

Sommario

Il Piano di zona, strumento del futuro **2**
di Anna Bonanomi

Piani di zona 2009-2011: quali prospettive?
La parola ad assessori, responsabili di Uffici di piano, segretari Spi **4**

Un nuovo protagonismo del territorio e dei soggetti della sussidiarietà
di Fabrizio Tagliabue **72**

Piani di zona: tre prospettive di impegno futuro **75**
di Sergio Veneziani

Il finanziamento dei Piani sociali di zona **76**
di Celina Cesari

Le politiche per i non autosufficienti nei Piani di zona 2009-2011:
opportunità e prospettive **78**
di Diletta Cicoletti e Katja Avanzini

Dalla legge 328 al Libro Bianco **81**
di Angelo Bonalumi

APPENDICI

Legge 8 novembre 2000, n. 328 **86**

Legge Regionale 12 marzo 2008, n. 3 **104**

Nuovi Argomenti Spi Lombardia

Numero 10/11/12 - ottobre/dicembre 2009
Pubblicazione mensile del Sindacato Pensionati Italiani Cgil Lombardia
Direttore responsabile: Erica Ardentì
Editore: Mimosa srl unipersonale

Presidente: Carlo Poggi
Progetto grafico: Giovanna Gammarota - Walker Studio Milano
Stampa: A.G. Bellavite, Missaglia (Lecco)
Registrazione Tribunale di Milano n. 477 in data 20 luglio 1996
Abbonamento annuale euro 10,32
Numero singolo euro 2,00

Il Piano di zona, strumento del futuro

di Anna Bonanomi*

Per il sistema socio sanitario del nostro paese l'introduzione della legge 328 del 2000 ha senz'altro segnato una svolta importante. La legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali è stata la prima legge nazionale di riforma del welfare, che ha esplicitato l'obiettivo di garantire alle persone e alle famiglie un sistema integrato di servizi sociali, qualità della vita e pari opportunità, al fine di prevenire, eliminare o ridurre le condizioni di disabilità, bisogno, disagio, difficoltà sociali, mancanza di autonomia.

Lo strumento che la legge prevede per definire, progettare e realizzare gli interventi che compongono l'offerta complessiva dei servizi socio assistenziali, forniti da soggetti pubblici, privati e del privato sociale è il Piano di zona.

Abbiamo giudicato questo strumento innovativo e potente perché in grado di coinvolgere e meglio coordinare tutte le realtà locali presenti sul territorio. In grado, anche e soprattutto, di qualificare la spesa con un impiego coerente delle risorse, promuovere solidarietà e aiuto, oltre che responsabilizzare i cittadini e gli stessi attori nella programmazione e nella verifica sulla realizzazione degli interventi e della rete di servizi.

Certo in molte realtà locali e regionali, compresa la Lombardia, erano maturate esperienze importanti in campo socio assistenziale, ma la 328 ha introdotto una vera e propria rivoluzione culturale che ha cambiato completamente le regole del gioco in merito alla governance, alla programmazione as-

sociata e all'integrazione tra le politiche sanitarie e quelle sociali.

Al concetto di delega si è sostituito quello di definizione degli ambiti di responsabilità e di ottimizzazione delle risorse a disposizione, perciò più potere agli enti locali, ma anche maggiore responsabilità.

Dall'introduzione di questo strumento anche la Regione Lombardia ha innovato i suoi strumenti legislativi ed è iniziato il cammino programmatico attraverso cui vengono definiti, progettati e realizzati gli interventi che compongono l'offerta complessiva dei servizi socio-assistenziali forniti dai soggetti pubblici, privati e del privato sociale.

I principali obiettivi cui abbiamo sempre ritenuto sia finalizzata l'attività dei Piani di zona riguarda lo sviluppo di interventi volti al mantenimento a domicilio dei soggetti fragili, la razionalizzazione dei servizi esistenti e contemporaneamente lo sviluppo di quelli definiti dalla legge 328, come «configurazione minima della rete di servizi» ossia quei servizi che devono essere assicurati a livello di ciascun ambito distrettuale.

Avendo sempre a mente che in un sistema di sicurezza sociale moderno ed efficace l'offerta di servizi non può prescindere dal conoscere a priori quali sono le reali esigenze dei potenziali fruitori degli stessi servizi che vengono offerti.

Da qui la necessità di impostare la programmazione tenendo conto prioritariamente della necessità di prendersi in carico la persona fragile e la sua famiglia.

La programmazione, attraverso lo strumento del Piano di zona, è e sarà sempre di più, nel futuro, lo strumento centrale per rendere maggiormente rispondente il sistema di offerta rispetto al bisogno, espresso o inespresso, della popolazione anziana.

Un sistema di offerta di interventi e servizi che a nostro giudizio deve avere caratteristiche di qualità, accessibilità, efficacia oltre ad essere in grado di valorizzare il ruolo del sistema pubblico quale regolatore capace di far interagire privato, il privato sociale, il volontariato e le organizzazioni che rappresentano gli interessi degli utenti.

Noi come sindacato dei pensionati che tutela gli interessi delle persone anziane siamo a pieno titolo protagonisti con gli altri attori istituzionali, sociali e privati della programmazione territoriale per questa ragione abbiamo realizzato questo numero di Nuovi Argomenti.

Ci serve conoscere, approfondire, confrontare, organizzare con efficacia un punto di vista che diventi proposta concreta, che mettiamo a disposizione affinché si organizzi una risposta più adeguata al grande problema che porta con sé l'invecchiamento, quello della cronicità della condizione fisica.

Non possiamo dimenticare che il cambiamento demografico della popolazione, avviatosi nel secondo dopoguerra, comincia a impattare fortemente su tutti i sistemi sanitari dei paesi industrializzati: l'invecchiamento della popolazione e il conseguente incremento senza precedenti delle patologie a lungo termine o croniche e delle cosiddette «fragilità» costituiscono il nuovo scenario che non può trovare nell'assistenza ospedaliera la sola e più congruente risposta sanitaria e tantomeno sociale.

Pur non essendo una condizione esclusiva della popolazione anziana, il fenomeno è prevalentemente osservabile nella fascia degli ultra settantacinquenni dove la cronicità, la morbilità, la compromissione funzionale e le problematiche di tipo sociosanitario, giocano un ruolo determinante.

Disabilità e fragilità spesso coesistono: la disabilità indica la perdita della funzione, la fragilità indica una situazione di instabilità nella quale è insito il rischio di perdita della funzione per l'elevata suscettibilità di eventi stressanti.

L'emergenza della patologia cronico-degenerativa riorienta, quindi, in modo deciso l'asse dell'assistenza sanitaria verso il territorio, sia in termini di prevenzione sia in termini di percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali rivolti a specifici gruppi di pazienti cronici.

Siamo ben coscienti delle sfide che ci attendono, in questo numero di Nuovi Argomenti, abbiamo voluto, attraverso gli importanti contributi che troverete pubblicati nelle pagine successive, dare un valido strumento per essere meglio attrezzati a svolgere il nostro lavoro a favore della popolazione anziana della nostra regione.

*** SEGRETARIO GENERALE SPI LOMBARDIA**

Piani di zona 2009 - 2011:

quali prospettive?

La parola ad assessori

responsabili di Uffici di piano

segretari Spi

Paola Morandini

UFFICIO DI PIANO AMBITO 1 BERGAMO

In data 17 Marzo 2009, è stato approvato dall'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito 1 Bergamo, l'Accordo di Programma per l'attuazione del «Piano di Zona del sistema integrato di interventi e servizi sociali per il triennio 2009-2011 dell'Ambito Territoriale 1 Bergamo».

L'Ambito Territoriale 1 Bergamo comprende sei Comuni, ente capofila è Bergamo, seguito da Gorle, Orio al Serio, Ponteranica, Sorisole e Torre Boldone.

La popolazione residente nell'Ambito di Bergamo, al 1° gennaio 2009 era di 149.890 abitanti.

120.000 sono gli abitanti di Bergamo, Gorle, Sorisole, Ponteranica e Torre Boldone hanno un numero di abitanti compreso tra i 6.000 e i 9.000, e solo il Comune di Orio al Serio ha meno di 2.000 abitanti. Negli ultimi anni si è evidenziata una crescita consistente soprattutto a

Gorle, mentre un leggero calo è avvenuto nel Comune di Ponteranica. A partire dal 2002, si è avuta una leggera crescita demografica, anche se di entità inferiore rispetto a quella dell'intera provincia.

Il Piano di zona, con valenza triennale, si trova alla sua terza annualità ed è lo strumento di programmazione in ambito locale delle reti d'unità d'offerta.

Il Piano definisce le modalità di accesso alla rete, indica gli obiettivi e le priorità di intervento, individua gli strumenti e le risorse necessarie alla loro realizzazione, attua l'integrazione tra la programmazione delle reti locali di offerta sociale e la rete di offerta socio-sanitaria in ambito distrettuale, anche in rap-

porto al sistema della sanità, dell'istruzione, della formazione e alle politiche del lavoro e della casa.

Nei due precedenti Piani si sono gettate le basi per la reale condivisione di scelte di programmazione di Ambito che potessero superare la logica della sola gestione del Fondo nazionale politiche sociali per sfociare nella costruzione di un sistema realmente integrato di interventi e servizi sociali del territorio. Questo passaggio diviene ora l'obiettivo fondamentale di questo nuovo, terzo Piano di zona.



Il percorso di redazione dello stesso si è svolto intrecciando momenti di elaborazione della direzione strategica condivisi con gli amministratori del territorio, letture del territorio e dei processi in atto analizzati nei tavoli di lavoro previsti nell'Ambito 1, il confronto tecnico-organizzativo svolto con i referenti dei Comuni, gli spunti di lavoro condivisi all'interno dell'Ufficio di

Piano, gli incontri di approfondimento svolti con i soggetti sottoscrittori dell'accordo di programma. Vi sono stati inoltre due momenti di confronto pubblico, uno a dicembre 2008 e uno a febbraio 2009, preparatori per la stesura del nuovo Piano di zona, aperti al territorio con l'obiettivo di allargare la possibilità di interlocuzione tra amministratori, tecnici dei servizi ed i soggetti della società civile.

A diverso titolo oltre 200 persone sono state coinvolte nel percorso di redazione del Piano di zona: i Comuni, l'Asl, la Provincia, l'Ufficio scolastico provinciale, la Casa circondariale e l'Uepe, quali enti sottoscrittori dell'Accordo di programma e com-

ponenti l'Assemblea dei Sindaci, hanno condiviso un pensiero politico forte, mirato alla realizzazione di un sistema di welfare e determinato non solo dalle normative vigenti, ma soprattutto elaborato alla luce delle potenzialità e dei bisogni del territorio.

Di grande importanza sono stati inoltre i contributi dell'Ufficio di Piano, dei responsabili di settore, dei tecnici comunali, dei componenti i Tavoli di lavoro, dell'istituzione per i Servizi alla persona, dell'associazionismo, del volontariato, della cooperazione, la Caritas, i sindacati, tutto quel mondo del terzo settore, espressione di legittima rappresentanza e di forte legame di appartenenza al territorio.

Al centro della nuova programmazione si vuole porre il governo del sistema di accesso alle unità d'offerta della rete, attraverso la definizione di regole uniformi da parte dei Comuni dell'Ambito distrettuale rispetto ai criteri di accesso, alle modalità di fruizione, alla partecipazione alla spesa da parte di cittadini di uno stesso territorio.

Inoltre nella terza triennalità si intende rafforzare l'integrazione socio-sanitaria con l'obiettivo di favorire il percorso assistenziale a favore di persone che necessitano di interventi complessi di carattere non solo sanitario ma anche socio-assistenziale.

Altro grande, importante obiettivo, è quello del rafforzamento della partecipazione del terzo settore. In particolare si intende consolidare l'Ufficio di Piano allargato come luogo di partecipazione dei firmatari dell'accordo di programma, dei comuni e degli organismi del terzo settore.

Inoltre si intende proseguire l'esperienza dei tavoli di lavoro, composti da rappresentanti degli enti pubblici, del terzo settore e del volontariato che garantiscono una partecipazione diffusa e competente, quale luogo privilegiato di elaborazione, progettazione e coinvolgimento dei soggetti territoriali.

L'elaborazione di indirizzi per il triennio 2009-2011, oltre alla valutazione dei risultati perseguiti nella precedente triennalità ed all'analisi dei bisogni e delle risorse locali disponibili, ha tenuto in considerazione gli indirizzi regionali in materia, sia per un riconoscimento del ruolo delle Regioni nelle politiche sociali sia perché tali indirizzi costituiscono il presupposto per l'intesa dell'Asl al Piano di zona, intesa che è condizione necessaria per l'efficacia della programmazione zonale.

Gli elementi che la Regione intende promuovere

per la prossima programmazione si concentrano attorno a due assi principali:

1. Continuità e consolidamento, con particolare riferimento al consolidamento del sistema dei titoli sociali: progressivo superamento del ricorso al buono per servizi che potrebbero essere voucherizzati, orientamento a buoni di importo tale da poter realmente incidere sul bisogno da sostenere, ampliamento dell'utilizzo del voucher per l'acquisto di servizi sociali a carattere diurno o residenziale, formazione di case-manager in grado di coordinare e attivare il lavoro di rete e di potenziare le risorse dell'individuo (libertà di scelta), integrazione tra titoli sociali e prestazioni sociosanitarie.

Particolare attenzione sarà inoltre riservata al miglioramento delle capacità di utilizzo del Fnps e budget unico.

2. Innovazione, con particolare riferimento a interventi di promozione, supporto alla genitorialità e alla famiglia, con una specifica attenzione ad interventi di sostegno alla maternità (attivando uno stretto collegamento tra consultori, servizi sociali, reti di solidarietà e mutuo-aiuto tra le famiglie), alla famiglia con figli minori e alle famiglie numerose (titoli sociali mirati, politiche di defiscalizzazione, conciliazione dei tempi famiglia-lavoro), agli interventi di sostegno alla domiciliarità, attraverso la valorizzazione del lavoro di cura reso da familiari care giver e da assistenti familiari (badanti); prevenzione, sostegno individuale e familiare, integrazione sociale delle persone con problemi di disagio psichico (area salute mentale); affiancamento e assistenza alle famiglie delle persone disabili, in particolare affette da autismo; prevenzione e promozione delle politiche rivolte ad adolescenti e giovani, con particolare attenzione alle diverse forme di dipendenza e al fenomeno del «bullismo»; promozione della salute e stili di vita sani.

Uno dei presupposti della nuova programmazione è che si punti alla sinergia tra i servizi piuttosto che alla realizzazione di nuovi interventi.

Questi gli obiettivi principali per le diverse aree di azione del Piano di zona, per il triennio 2009-2011:

- *Area Minori e Famiglie*: la promozione e il sostegno alla genitorialità e alle fragilità, la messa in rete e il potenziamento dei servizi per la prima infanzia, raccordo tra i progetti extrascuola, con-

solidamento degli interventi di assistenza domiciliare, progetto per l'affido familiare ed elaborazione di strumenti di ambito per la tutela dei minori.

- *Area Adolescenti e Giovani*: la prevenzione del disagio socio-culturale e la promozione della salute, della sicurezza e del benessere, la promozione delle competenze e dei diritti degli adolescenti e dei giovani, al supporto alla genitorialità.
- *Area Anziani*: uniformare a livello di Ambito i parametri di accesso al servizio di assistenza domiciliare; verifica del sistema dei buoni sociali ed attenzioni specifiche all'attuazione di nuove forme di sperimentazione di voucher; prosecuzione dell'iniziativa dell'Anagrafe delle fragilità in collaborazione con l'Asl e l'Università degli Studi di Bergamo, per una banca dati della popolazione fragile, promozione in collaborazione con la provincia e le organizzazioni del territorio di iniziative formative rivolte ai care-giver, prosecuzione del progetto di trasporto e di telefonia sociale per persone anziane e famiglie.
- *Area Immigrazione*: promuovere sinergie tra pubblico e privato nelle politiche sull'immigrazione, favorire, in collaborazione con l'Asl, processi di integrazione socio-sanitaria, promozione di percorsi di housing sociale.
- *Area Disabili*: verifica e riproposizione del sistema dei voucher promossi dall'ambito territoriale quali voucher socio-educativo ed assistenziale e voucher di inserimento lavorativo, consolidamento del funzionamento dell'equipe socio-psico-pedagogica, consolidamento del progetto sul trasporto sociale, realizzazione di una mappatura delle persone disabili, realizzazione di un progetto di Ambito per l'autismo dopo la scuola, intese con il Comune di Bergamo per la realizzazione di una comunità socio-sanitaria per persone disabili, collaborazione con l'associazionismo per la promozione di sperimentazioni riguardanti la vita indipendente, collaborazione con il Coordinamento bergamasco per la realizzazione del progetto «Famiglie con disabilità e Progetti di vita nei Piani di zona della provincia di Bergamo», collaborazione con il Forum delle associazioni di volontariato socio sanitario bergamasco.
- *Area Salute Mentale*: monitoraggio del sistema del voucher per la residenzialità leggera, attuazione

delle Buone Prassi di collaborazione con Asl e azienda ospedaliera, prosecuzione delle iniziative di promozione dell'inserimento lavorativo attraverso il servizio integrato di inserimento lavorativo dell'ambito, promozione di iniziative di sensibilizzazione culturale sui temi dello stigma e dell'esclusione sociale

- *Area Emarginazione Sociale e Povertà*: monitoraggio e consolidamento dei progetti attivati in collaborazione con soggetti del territorio quali lo spazio diurno per la grave emarginazione, il progetto Abitare solidale e il progetto di emergenza sanitaria.

Il Piano di zona è stato affiancato da un'Analisi della struttura e della dinamica socio-demografica dell'Ambito territoriale di Bergamo, a cura di Bruno Vedovati. Si tratta di un approfondimento di carattere socio-demografico capace di leggere la variegata e complessa realtà sociale, culturale ed economica dell'Ambito di Bergamo.

L'obiettivo è stato quello di offrire un contributo all'analisi di questi fenomeni per poter fornire gli strumenti di informazione adeguati per le valutazioni e le scelte.



Maurizio Vergani

RESPONSABILE DELL'UFFICIO DI PIANO

Marino Maffeis

DIRETTORE DELLA SERVIZI SOCIO-SANITARI SRL

L'ambito Territoriale Valle Seriana, ha una popolazione di 97.983 abitanti; comprende 18 comuni di piccole e medie dimensioni.

Nel 2007 gli stanziamenti per i servizi sociali sono ammontati complessivamente a 11.136.462 euro, con una spesa pro capite di 113,60 euro.

La spesa è così ripartita: 16,46% servizi per gli anziani; 30,07% disabili; 30,30% minori e famiglia, 15,75% personale dedicato dei Comuni e della Società; 7,40% immigrazione, emarginazione e altro.

LA GESTIONE ASSOCIATA

Il 36% della spesa viene gestito in forma associata. La gestione associata comprende servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali per i disabili e minori; il servizio famiglia che nel prossimo triennio si accrediterà come consultorio; alcuni servizi innovativi per gli anziani. È stata affidata dai Comuni alla Servizi Socio-Sanitari Srl a totale capitale pubblico, appositamente costituita.

La gestione associata ha portato i seguenti vantaggi: disponibilità di professionalità che i comuni singoli non possono mettere in campo; possibilità di costruire un'interfaccia stabile capace di dialogare con i servizi socio-sanitari dell'ambito (distrettuali e non); conseguimento di economie di scala.

Viene finanziata dal Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, parte del fondo sociale regionale (ex circolare 4) e dal fondo sociale dei comuni, calcolato su base capitaria. Nell'ultimo quinquennio è passato da 15,52 euro a 21,00 euro pro abitante. Nel prossimo triennio è previsto un aumento a 28,00 euro.

La previsione di spesa della gestione associata, ammonterà nel 2009 a 4.656.623,00 euro.

Nel triennio 2009-2011 è prevista la realizzazione di

52 progetti. Riassumiamo brevemente alcune idee di fondo che hanno orientato la programmazione.

PROGRAMMAZIONE PARTECIPATA

Le risorse messe in campo dai Comuni finanziano solo un segmento del welfare locale prevalentemente alimentato dalle risorse delle famiglie. Se da un lato è inestimabile il valore del loro impegno nell'educazione e nella cura di minori, anziani e disabili, dall'altro la spesa delle famiglie per l'acquisto di servizi da soggetti privati che operano sul territorio è di gran lunga superiore a quella dei Comuni.

Solo per esemplificare: nel nostro Ambito sono presenti 9 Rsa che dispongono di 936 posti con un indice di copertura (posti letto/anziani ultrasettantacinquenni) dell'11,6% a fronte di uno standard regionale inferiore al 7%; 4 Centri Diurni Integrati con una disponibilità complessiva di 93 posti; gli asili nido dispongono complessivamente di 511 posti (254 pubblici e 257 privati) con un indice di copertura (posti disponibili/bambini 0-2 anni) del 18%.

È indispensabile rafforzare i processi di governance per orientare le risorse umane e materiali disponibili nel nostro ambito su obiettivi condivisi.

Il sistema integrato dei servizi sociali non è la semplice sommatoria di quelli esistenti, la sua costruzione presuppone, pur nel rispetto delle specifiche competenze e autonomie la condivisione di intenzioni e programmi. I 52 progetti sono stati pensati dai tavoli tematici nei quali sono rappresentati i soggetti pubblici e privati che operano nell'Ambito.

GOVERNO DEL SISTEMA DI ACCESSO ALLE UNITÀ DI OFFERTA DELLA RETE

Tutte le famiglie accedono alle stesse condizioni e

con le medesime modalità ai servizi gestiti in forma associata.

L'accesso ai servizi gestiti dai singoli Comuni (Servizio di assistenza domiciliare, Servizio di assistenza scolastica agli alunni diversamente abili, asili nido pubblici) avviene sulla base di regolamenti condivisi.

IL SEGRETARIATO SOCIALE PORTA DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIALI

In tutti i Comuni dell'Ambito Territoriale è presente il Servizio sociale professionale.

Non sempre le ore disponibili sono appropriate ai bisogni; per questo sono stati fissati standard minimi di riferimento.

Il Segretariato sociale, nella persona dell'assistente sociale comunale, è la porta di accesso ai servizi gestiti direttamente dal Comune e a quelli gestiti in forma associata. È punto di riferimento indispensabile per l'orientamento e l'accompagnamento nella rete dei servizi socio-sanitari.

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE, ADEGUATEZZA E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

La continuità assistenziale viene garantita nella rete delle unità di offerta sociale gestite dai Comuni singoli o in forma associata.

Nel prossimo triennio verranno intensificati gli sforzi per:

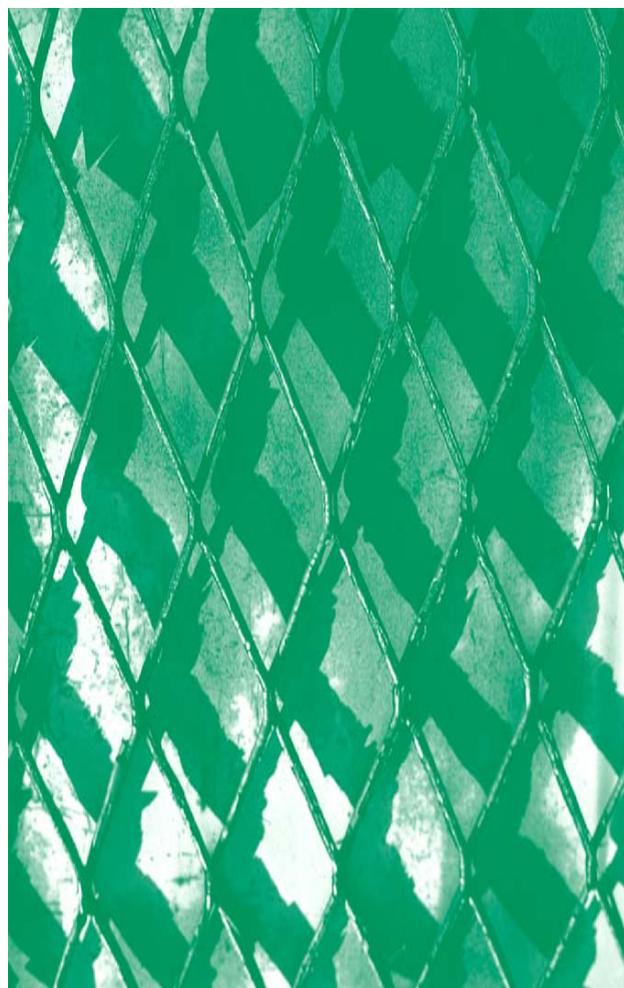
- adeguare la dotazione organica del servizio sociale al fabbisogno e alle dimensioni del Comune per aumentare la disponibilità al lavoro di rete;
- migliorare la condivisione delle modalità operative;
- rafforzare la titolarità del Servizio sociale comunale sui progetti, anche quando le persone accedono a servizi gestiti in forma associata (ad esclusione dell'area della tutela minori e della crisi di coppia).

In questi anni si è andata sempre più intensificando la necessità di rivalutare i progetti individualizzati in coerenza con i cambiamenti che vivono. Questo porta necessariamente a rivedere costantemente la loro collocazione nella rete dei servizi sociali e socio-sanitari.

Nel prossimo triennio verranno individuati criteri condivisi con i gestori dei servizi per un monitoraggio continuo dell'appropriatezza delle prestazioni e per favorire, dove necessario la mobilità all'interno delle unità di offerta

Per favorire l'integrazione tra servizi sociali e servizi socio-sanitari, sono state costruite, grazie all'impegno del Servizio sociale comunale e del personale della Società modalità organizzative stabili e aperte alla comunicazione con i servizi socio-sanitari per famiglie e minori, disabili e anziani.

Verrà intensificata la collaborazione, già in atto, con le strutture ospedaliere e le Rsa per migliorare i processi di dimissioni accompagnate di tutte le persone fragili dagli ospedali e rafforzata la già buona collaborazione con i medici di base anche favorendo, nelle modalità che ci sono consentite, la presa in carico dei malati cronici stabilizzati.



Secondo l'Istat gli anziani in Italia sono in continua crescita: i dati del nostro Distretto risultano in linea con questa tendenza. Il numero di anziani infatti dal 2000 al 2007 (ultimo dato disponibile) è aumentato di oltre il 60%; la popolazione anziana rappresenta il 13,39% dell'intera popolazione del Distretto che, al 31.12. 2007, risultava di 93.043 abitanti, con punte del 16,99% nel comune di Cellatica e del 10,05% in quello di Castel Mella. Le variazioni della popolazione si combinano con l'aumento dell'età media e con il livello della natalità che non aumenta: siamo quindi di fronte ad uno scenario demografico caratterizzato da un significativo innalzamento dell'indice di vecchiaia della popolazione. L'evoluzione demografica della popolazione italiana vede anche nella realtà del nostro Distretto una significativa corrispondenza. La percentuale di anziani incide sempre di più sul totale della popolazione e di conseguenza aumenteranno i bisogni e aumenterà la domanda di servizi assistenziali e sanitari.

La prima significativa riflessione rispetto allo stato complessivo dei servizi è che, a fronte del panorama demografico sopra descritto, nel Distretto di Brescia Ovest si registra la presenza di un sistema di servizi ben strutturato e, ancora più significativo, il fatto che, salvo due sole eccezioni, tutti i Comuni privilegiano la spesa per servizi rispetto alla spesa per contributi. Quest'ultima rappresentava nel 2007 solo il 24% della spesa totale dell'area anziani mentre nel 2000 era attestata al 36%. Trend opposto ha seguito invece la spesa per servizi che è andata aumentando dal 57% fino al 72% per l'anno 2007. Il mutato rapporto tra la spesa per servizi e spesa sociale totale evidenzia come i Comuni oggi preferiscano rispondere ai bisogni rilevati dalla popolazione anziana con l'offerta di servizi piuttosto che con aiuti prettamente economici.

Questa impostazione, che consente un maggior controllo della spesa e soprattutto un più puntuale controllo dell'appropriatezza dell'aiuto, rientra tra le scelte dell'impostazione delle politiche sociali portate avanti dal Piano di zona, sia le precedenti e

ancor più quelle del recente documento riferito al triennio 2009 – 2011.

Gli obiettivi che sottendono i diversi interventi, dettati dalle linee e dagli orientamenti della Conferenza dei Sindaci, possono essere così identificati:

- ridurre il ricorso all'istituzionalizzazione con il potenziamento della rete dei servizi a sostegno della domiciliarità e del mantenimento dell'anziano all'interno del suo ambiente familiare;
- pervenire ad una sempre più estesa gestione associata dei servizi, attraverso l'approvazione di norme e regolamenti condivisi e la concertazione con le rappresentanze di associazioni e delle organizzazioni sindacali dei pensionati;
- attuare il percorso di integrazione del sistema socio-assistenziale con quello sanitario, ricercando lo sviluppo di politiche socio-assistenziali e socio-sanitarie organiche, all'interno di un quadro programmatico generale;
- utilizzare al meglio le risorse disponibili in modo da rispondere ad una domanda in crescita.

La domiciliarità dell'anziano è stata da tempo sostenuta come dimostra il fatto che buona parte della spesa in servizi riguarda proprio i servizi domiciliari e che la gamma dei servizi presenti è pressoché completa: servizio di assistenza domiciliare, pasti a domicilio, telesoccorso, centro diurno integrato. A questo si aggiungono il buono sociale per anziani e le diverse forme di sostegno economico per fronteggiare le spese di riscaldamento, per i farmaci, per i soggiorni climatici, ecc...

Il Piano di zona 2009 – 2011, rafforzando ulteriormente tale scelta, aggiunge a quanto già presente, ulteriori interventi riguardanti i ricoveri di sollievo, l'estensione del servizio di assistenza domiciliare nei giorni festivi e prefestivi ottenibile attraverso voucher, i buoni sociali per le badanti regolarizzate. Tutto questo evidenzia come l'indirizzo politico del Distretto sia chiaramente quello di sostenere gli anziani e le loro famiglie nell'attività di cura a domici-

lio, rinviando il più possibile il momento dell'istituzionalizzazione.

Uno dei temi più sentiti e dibattuti fin dagli iniziali confronti per la realizzazione del primo Piano di Zona è stato sicuramente la necessità di ricercare un livello di omogeneità sull'intero territorio del Distretto, sia circa la possibilità di accedere a tutte le tipologie di servizi offerti, sia circa l'opportunità di usufruire del medesimo standard di qualità degli stessi e sia, infine, circa l'equità di sostenere costi sostanzialmente simili per ogni cittadino del Distretto, indipendentemente dal Comune di residenza. Il punto di partenza per realizzare tale intento doveva pertanto mirare ad uniformare il Minimo vitale e le soglie Isee che danno diritto ad agevolazioni sulle tariffe relative ad alcuni servizi ritenuti prioritari, primo fra tutti il Sad; accreditare una serie di soggetti per la gestione del Sad così da poter ottenere standard qualitativi e di costo uguali su tutto l'ambito distrettuale; uniformare la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi citati.

Una reale uniformità nel trattamento dei cittadini residenti nel Distretto, infatti, potrà essere raggiunta grazie all'approvazione di regole condivise e concertate per la compartecipazione dell'utenza ai servizi. Altro passo fondamentale è la definizione di standard qualitativi uniformi per i servizi offerti così come per il loro costo. Ulteriore passaggio garante di omogeneità è costituito dalla gestione in forma associata dei servizi e dall'introduzione della prassi di concertare e stipulare un unico protocollo d'intesa con i sindacati dei pensionati.

Anche per quanto riguarda i servizi gestiti in forma associata è interessante notare come, inizialmente, si trattasse esclusivamente di contributi economici: buoni sociali e successivamente buoni sociali per le badanti regolarizzate; dal 2008 sono state introdotte anche forme di gestione associata di servizi a cominciare dal telesoccorso. Per il prossimo triennio sono previsti ulteriori interventi con tale modalità di gestione, quali i ricoveri di sollievo, l'estensione del Sad nei giorni di sabato e domenica, mediante voucher, la valutazione di standard qualitativi ed economici uniformi su tutto il territorio sia per il Sad che per i pasti a domicilio e, infine, la definizione a livello distrettuale di un accordo con le associazioni sindacali dei pensiona-

ti sugli interventi a favore della popolazione anziana. Per quanto riguarda l'ormai annosa e molto dibattuta questione dell'integrazione socio-sanitaria, va rimarcato che, proprio in ragione del fatto che il sistema dei servizi nell'area anziani è completo, ben strutturato e consolidato, ciò che è emerso in sede di confronto con i diversi soggetti istituzionali e non, attuato in fase di verifica della triennialità conclusasi e di definizione del nuovo Piano di zona, è la necessità di migliorare il sistema informativo che regola l'operato dei diversi soggetti, da un lato, e di prevedere la possibilità di integrare i diversi sistemi (soprattutto di Asl, Comuni, Aziende di servizi), dall'altro. Solo in questo modo, infatti, è possibile costituire una banca dati che consenta di spaziare dal sanitario, al socio-sanitario al sociale favorendo così la possibilità di sviluppo di un servizio professionale di segretariato sociale, come per altro sollecitato dalla L.R. 3/2008, realmente in grado di orientare l'utente rispetto all'intero sistema di offerta.

Infine, rispetto all'ultimo obiettivo che mira ad ottimizzare le risorse, è appena il caso di sottolineare come l'organizzazione dei servizi nelle sue svariate forme, dalla gestione diretta, all'acquisto mediante gara ad evidenza pubblica, consenta un maggior controllo delle risorse gestite e, soprattutto, garantisca il mantenimento del loro vincolo di destinazione, risultati di notevole significatività nello scenario odierno che vede un aumento del bisogno inversamente proporzionale ad una costante diminuzione di finanziamenti pubblici, il tutto aggravato dalla grave crisi economica che interessa di questi tempi la nostra società.

Ritengo di poter concludere questa panoramica, che intendeva essere al contempo esplicativa e sintetica, con una positiva valutazione di quanto è stato fatto, nella consapevolezza che ancora ci siano nodi da sciogliere (si pensi ad esempio al condizionato utilizzo del Fondo sociale...) e quanto rimanga da fare sulla strada del confronto tra i soggetti che controllano la politica sociale e i soggetti che governano la politica sanitaria e socio-sanitaria per individuare alcuni obiettivi prioritari di integrazione, funzionali al raggiungimento del più generale obiettivo di presa in carico della persona e dei suoi bisogni globali.

Paolo Barbiani

ASSESSORE ALLE POLITICHE SOCIALI COMUNE DI VOBARNO - BS

Il Piano di zona è il documento che stabilisce le linee guida per definire un sistema integrato di servizi, che sia omogeneo per tutti i comuni della valle. L'obiettivo è di armonizzare i differenti indirizzi di politica sociale evitando sovrapposizioni e sprechi di risorse.

Il Piano di zona del distretto n. 12 di Valle Sabbia 2009-2011 «la regia del territorio per il radicamento della rete e il protagonismo della solidarietà sociale», è stato redatto dall'ufficio di Piano dell'ambito in ottemperanza alle indicazioni contenute nella legge regionale n. 3/2008.

La struttura organizzativa è articolata in Assemblea dei Sindaci, comitato ristretto dei Sindaci, Ufficio di piano.

L'assemblea dei sindaci è l'organo di rappresentanza politica di ambito responsabile per la programmazione.

Il comitato ristretto dei Sindaci è lo strumento di valutazione e concertazione preventiva, finalizzato alla predisposizione dei contenuti oggetto di discussione dell'assemblea dei sindaci.

L'ufficio di Piano è lo strumento tecnico-amministrativo, che assicura il coordinamento degli interventi e l'istruttoria degli atti di esecuzione del piano di zona.

L'ufficio di Piano è supportato nel lavoro di analisi e progettazione tecnica delle soluzioni e problematiche sociali, da diversi Tavoli tecnici d'area, che hanno il compito di analizzare i servizi e le risorse relative al settore di propria competenza, nonché condividere i processi di attuazione del piano di zona.

Come per il triennio precedente nel corso del triennio 2009-2011 è stato confermato il tavolo anziani.

Il tavolo anziani è composto dai tecnici dei servizi sociali delle amministrazioni comunali, da referenti dei servizi socio sanitari dell'Asl e da un rappresentante per ciascuno dei soggetti che operano sul territorio negli specifici settori di competenza (referenti Rsa, sindacato pensionati, cooperative sociali, associazioni di volontariato).

Considerata azione primaria la creazione di inter-

venti/servizi che favoriscano la permanenza delle persone anziane in seno alla famiglia o alla comunità di appartenenza, si è ritenuto proporre l'attivazione di:

- interventi di sostegno alla famiglia, per facilitare l'accudimento degli anziani al domicilio;
- percorsi di accompagnamento per aiutare la famiglia nella ricerca della risposta più adeguata ai bisogni, soprattutto laddove vi sia una forte compromissione della persona dal punto di vista socio-sanitario;
- azioni di sviluppo della rete integrata di assistenza domiciliare per anziani attraverso il coinvolgimento degli organismi territoriali formali e informali;
- interventi di supporto domiciliare rivolti a soggetti deboli nei momenti di allontanamento improvviso e/o temporaneo dei familiari;
- soluzioni di pronto intervento sociale (posti di sollievo) in grado di rispondere alle diverse tipologie di bisogno;
- potenziamento dei servizi residenziali e semi-residenziali delle reti di unità di offerta territoriale;
- procedimenti condivisi e criteri omogenei per l'accesso ai servizi a valenza distrettuale.

Tra i principali interventi vanno ricordati l'implementazione del servizio assistenza domiciliare Sad, il mantenimento del servizio di assistenza domiciliare integrata Adi, la costruzione di un coordinamento distrettuale delle Rsa (case di riposo) per giungere alla definizione di un progetto per la realizzazione di una lista unica di prenotazione.

Per concretizzare gli interventi è importante il lavoro di rete fra tutti i soggetti aderenti, finalizzato alla verifica delle singole esperienze, alla condivisione di nuovi progetti e alla razionalizzazione delle risorse economiche.

In questa rete un ruolo fondamentale viene svolto dalla comunità montana di Valle Sabbia, istituzione sovra-comunale che coordina il lavoro dei comuni. Sono profondamente contrario alla proposta di leg-

ge del governo che prevede l'abolizione delle comunità montane: questo ente per la Valle Sabbia rappresenta il punto di incontro di tutte le venticinque amministrazioni comunali per programmare e gestire in forma associata i servizi al cittadino, per offrire livelli omogenei di assistenza e per coordinare l'attività politica che risponda ai bisogni di un intero territorio.

La parola chiave è partecipazione.

Il divario tra risorse disponibili e compiti da svolgere, impone il superamento di ogni presunzione di autosufficienza da parte delle istituzioni, sia nei confronti dei cittadini, che attraverso le associazioni, i forum del terzo settore dovranno essere coinvolti nella programmazione, sia nei confronti dei comuni valsabbini e bresciani.

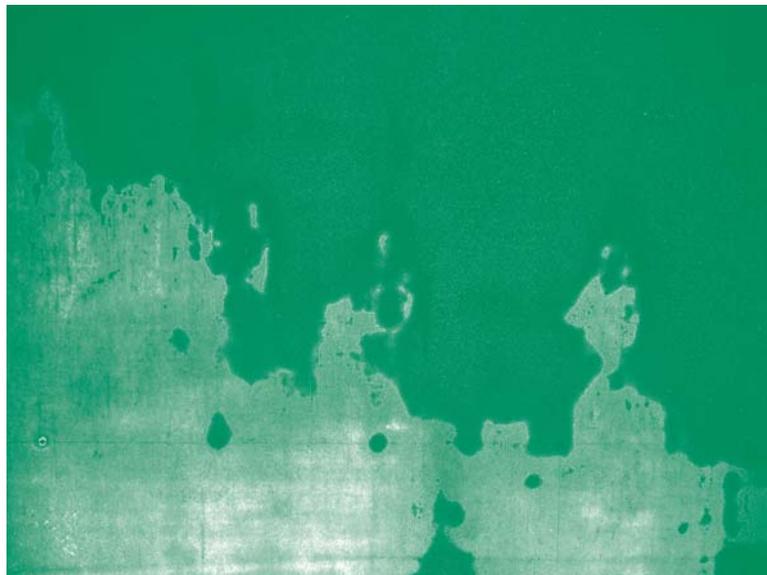
La partecipazione è richiesta anche alla cittadinanza che deve vincere l'indifferenza e riappropriarsi di valori quali il senso civico, di comunità, di solidarietà e di relazione sociale.

Nonostante gli sforzi e l'organizzazione messa in campo, capita purtroppo di dover registrare ancora episodi di persone anziane che vivono in solitudine o che presentano situazioni di disagio profondo.

I servizi sociali non possono conoscere la situazione personale di ogni individuo e per prevenire i casi di persone in difficoltà è necessario che vi sia la collaborazione di tutti i cittadini.

È importante affidarsi alla "cultura della prossimità" cioè all'azione spontanea di vicinato e auto aiuto che può sopperire a tanti interventi specialistici. Sarebbe sufficiente superare l'individualismo riscoprendo e valorizzando la rete parentale, e se quella non c'è o è carente, fare leva sui rapporti umani e di vicinanza di cui erano ricche un tempo le nostre comunità.

In questo modo sarà possibile attivare una rete di sorveglianza in grado di mettere immediatamente in comunicazione la struttura pubblica con le persone sole e disagiate.



LA SITUAZIONE ATTUALE

Di fronte al progressivo invecchiamento della popolazione, al significativo aumento dei «grandi vecchi», alla crescente diversificazione delle problematiche ed al parallelo ridursi della dimensione e delle capacità assistenziali della famiglia, solo un'ampia rete di sostegno, sia formale che informale, può permettere alle persone in difficoltà di mantenere una dignitosa qualità di vita nel proprio ambiente.

La condizione anziana, di per sé, non è un problema e non dovrebbe essere considerata tale, tuttavia il suo incremento ha fatto esplodere fenomeni di perdita di autosufficienza, facendo aumentare i bisogni e le richieste di assistenza rivolte alla comunità.

La vecchiaia non è una condizione omogenea per bisogni ed esigenze, ma un processo continuo ed è difficile determinare l'inizio di tale processo e l'incidenza, su di esso, in termine di maggiore o minore autonomia, di una pluralità di fattori psichici, fisici e sociali. Ne deriva la difficoltà di dividere fra bisogni sociali e sanitari e ne consegue l'impossibilità di organizzare un sistema di offerta che non presenti integrazioni e coordinamento socio-sanitario.

Le politiche sociali per la terza età, siano esse regionali o statali, si sono rivolte, soprattutto negli ultimi anni, verso la promozione dei servizi alternativi all'istituzionalizzazione.

La fotografia del territorio dell'Ambito 9 non si discosta dall'analisi sopra tratteggiata: la popolazione anziana è in costante aumento (gli ultrasessantacinquenni sono il 16,61 % della popolazione totale, se escludiamo i cittadini stranieri, tale popolazione sale al 18,97%), soprattutto nella fascia dei grandi anziani e nella popolazione femminile che vive sola.

Un altro fenomeno emergente è l'aumento delle demenze e dei disturbi caratteriali, che di per sé costituisce un ulteriore elemento di complessità, sia in termini assistenziali sia in termini di coinvolgimento emotivo dei familiari prestatori di cure. Le situazioni di fragilità inoltre aumentano il problema dell'isolamento delle persone anziane: situa-

zioni molto diffuse ma poco considerate, in quanto poco visibili.

Nel territorio della Bassa bresciana centrale i servizi a favore della popolazione anziana sono abbastanza numerosi; vi sono infatti ben undici Rsa che tuttavia, nonostante il numero, sono insufficienti a coprire le domande di ingresso e vi è quindi una consistente lista d'attesa. Vi sono inoltre sei centri diurni integrati e cinque centri diurni socio-assistenziali che sono viceversa sottoutilizzati. L'assistenza domiciliare, pur con una notevole frammentazione organizzativa, è presente in tutti i comuni del territorio ed ha interessato 421 utenti per una spesa di 964.050 euro (dati 2007). Dal 2007 il Sad comunale è integrato con un servizio di ambito a mezzo voucher sociali finalizzato ad ampliare la fascia oraria di intervento

Diffusa è la presenza degli interventi di carattere economico rivolti sia ad associazioni sia a persone singole; in tale contesto hanno trovato applicazione gli accordi sottoscritti dalle singole amministrazioni comunali con le organizzazioni sindacali dei pensionati. Si tratta per lo più di rimborsi per le spese farmaceutiche e sanitarie sostenute e sulle principali utenze domestiche: nel 2007 sono stati spesi dai comuni euro 160.000 dei quali hanno beneficiato circa 500 cittadini anziani. Appartiene a tale fattispecie l'assegno sociale di sostegno, erogato annualmente sulla base di specifici progetti di intervento predisposti dal servizio sociale di base e finalizzato a sostenere situazioni di particolare disagio e/o fragilità

PRIORITÀ D'INTERVENTO

Per ciò che attiene l'Area anziani il Piano di Zona dell'Ambito 9 ha individuato alcune priorità; la scelta e l'individuazione di tali priorità è scaturita da un percorso metodologico di coinvolgimento della rete degli attori che si occupano, a vario titolo, di politiche sociali per anziani.

In tema di progettazione degli interventi socio-assistenziali, trasversalmente alle altre aree di interven-

to, è centrale il ruolo del «progetto individuale di intervento», che tiene conto sia dei bisogni che degli interventi attuati a favore della persona. Preso atto che la Regione Lombardia identifica lo sviluppo dei titoli sociali come lo strumento principale per l'attuazione degli interventi sociali, per il Piano di zona si pone come prioritario un ripensamento del Titolo sociale, che non deve essere inteso semplicemente come corrispettivo per una mera prestazione di servizio (voucher) o un beneficio economico (buono); al titolo sociale dovrebbe essere sempre più associato un progetto individualizzato che tenga in considerazione l'unicità della persona e delle sue espressioni. In questa nuova connotazione il titolo sociale è da intendersi come una sorta di budget economico spendibile in una pluralità di azioni che il progetto individualizzato dovrà identificare.

L'estensione del Servizio sociale professionale di base a tutti i comuni dell'Ambito 9 ha certamente consentito una conoscenza più puntuale ed ampia del territorio ed ha permesso di far emergere situazioni che altrimenti sarebbero rimaste invisibili, tuttavia, a causa della molteplicità e della complessità dei servizi offerti in quest'area, si rilevano ancora lacune nella comunicazione e difficoltà di accesso alle informazioni da parte sia degli operatori sia dei cittadini. In base a ciò, particolare attenzione è da dedicare al sistema di comunicazione tra i diversi soggetti coinvolti nell'area, al fine di rendere accessibili le informazioni, nel pieno rispetto delle normative che regolano il trattamento dei dati sensibili. È dunque centrale la funzione del servizio professionale sociale di base quale elemento fondamentale della rete dei servizi, che può assumere il ruolo (in termini operativi) di regia del sistema dei servizi. Questo aspetto è infatti legato alla centralità metodologica posta dal progetto individuale di intervento, che deve essere presidiato e coordinato dalle assistenti sociali dei comuni del territorio. Tra le priorità del piano è dunque indicato il consolidamento e il potenziamento, sia in termini numerici che qualitativi, del servizio di base.

Particolarmente difficile è la questione delle dimissioni ospedaliere di soggetti con problematiche socio-sanitarie; tema questo che l'evoluzione demografica e sociale renderà sempre più complesso e sul quale si inserisce e si pone come urgente una più efficace integrazione tra i servizi sociali e i servizi sanitari. È già in essere un protocollo d'intesa tra le

aziende ospedaliere del territorio della provincia di Brescia e l'Asl, che è però riferito alla sola assistenza di tipo sanitario. Si pone come prioritaria una riletture «locale» di tale protocollo con la componente sociale, mediante una valutazione congiunta. È quindi necessario giocare in termini forti la capacità di integrazione socio-sanitaria e sociale che l'Asl e i comuni possono mettere in campo.

OBIETTIVI DI PIANO

Alla luce di quanto emerso si identificano come obiettivi da raggiungersi nell'arco del triennio di validità del Piano di zona 2009/2011:

a) *Ripensamento del titolo sociale (buono o voucher)*. Tale titolo che deve essere sempre più legato al «progetto individualizzato di intervento», che il Piano di zona identifica come nodo centrale di tutto il sistema dei servizi. Uno strumento di questo tipo, per essere operativo, necessita quale premessa della definizione di una rete di unità di offerta ad ampio spettro, sia di tipo residenziale, di sollievo, di assistenza diurna e per periodi definiti, e quindi il loro accreditamento. Ciò comporta, nello stesso tempo, incrementare la possibilità di usufruire di servizi con «regole» condivise e omogenee su tutto il territorio. La costruzione del progetto e quindi la finalità del titolo sociale è un'azione che comporta un percorso di condivisione tra operatore ed utente.

b) *Miglioramento del livello di comunicazione*. Tale miglioramento può avvenire attraverso:

- la condivisione a livello informativo dell'attività di ciascuno dei soggetti coinvolti nella rete che possa facilitare, a diversi livelli, sia l'orientamento degli operatori che dei cittadini;
- la funzione di «centro informativo», quale parte fondamentale del segretariato sociale che, con la partecipazione di tutti nella costruzione e nella gestione delle informazioni, deve prevedere un punto unico di riferimento. Tale nodo informativo può essere progressivamente costituito all'interno dell'Azienda territoriale dei Comuni. Tale azione, tuttavia, per essere efficace, va considerata di secondo livello, vale a dire come funzione di raccordo e di coordinamento.

c) *Identificazione di «buone prassi» e strategie condivise in tema di «dimissioni protette»*. Partendo dall'esistente protocollo d'intesa tra le aziende ospedaliere e l'Asl è

necessario allargarne la lettura al campo sociale al fine di definire, attraverso una rilettura «locale», utenti, servizi, ruoli, tempi e modi per la presa in carico della persona dimessa dalle strutture ospedaliere in condizioni di non autosufficienza.

L'obiettivo è il miglioramento delle modalità di dimissioni ospedaliere di persone con problematiche socio-sanitarie, individuando strategie e prassi operative che agevolino sia la comunicazione tra i servizi coinvolti e, allo stesso tempo, orientino il cittadino e i familiari nell'accesso e nella scelta dei servizi.

d) *Definizione di metodologie operative.* Per quanto riguarda questo tema si ritiene che possa essere perseguita la strada della collaborazione tra gli enti coinvolti attraverso una definizione di:

- metodologie operative per affrontare situazioni particolarmente complesse e multiproblematiche, con una «forte» presa in carico da parte dei servizi istituzionali;
- ruoli, competenze ed interventi delle diverse figure professionali coinvolte, in particolare assistenti sociali e medici di medicina generale. In

questo senso una più completa collaborazione tra gli attori potenzialmente coinvolti potrebbe svilupparsi attraverso:

- > il coinvolgimento nella fase di valutazione, in accordo con i familiari, dell'assistente sociale del comune, per quelle situazioni con probabili ripercussioni socio-assistenziali;
- > il coinvolgimento, a pieno titolo, del medico di medicina generale nei casi dove sia rilevante il suo ruolo propositivo (es: un paziente seguito a domicilio nel momento di cambiamento dei bisogni e/o vengono meno il supporto dei familiari).

Obiettivo è quello di giungere ad una valutazione più efficace e maggiormente corrispondente alle esigenze del cittadino, attivando, anche in via provvisoria, servizi alternativi al ricorso in struttura protetta.

e) *Definizione di regole comuni per l'accesso e l'erogazione dei servizi.* È questo un tema e un impegno del piano comune a tutte le aree di intervento che qualifica il Piano di zona come strumento reale per la costruzione di politiche sociali di ambito.

Il Piano di zona 2009-2011, denominato «La regia del territorio per il radicamento della rete e il protagonismo della solidarietà sociale», intende definire maggiormente il ruolo di governo del territorio, allo scopo di consolidare la rete locale e favorire i processi di intraprendenza sociale.

Per comprendere le priorità di intervento del Piano di zona è indispensabile fare alcune riflessioni sui bisogni emersi dall'analisi dell'esistente, nelle differenti aree di intervento.

In particolare per quanto riguarda l'area anziani, nel territorio dell'Ambito 12 di Valle Sabbia sono presenti un numero di persone anziane (ultra sessantacinquenni, al 1° gennaio 2008) pari a 13.550, di cui 7.848 femmine e 5.702 maschi, il totale della popolazione residente ammonta a 73.112.

Nel territorio sono presenti nove residenze sanitarie assistenziali autorizzate e tre case albergo.

Gli utenti inseriti nelle strutture accreditate del Distretto 12, di tipo residenziale, sono pari a 594, a fronte di una richiesta complessiva di 606 domande giacenti in lista d'attesa (dati Asl al 12 marzo 2009). Nelle Case Albergo sono attualmente accolti ottanta utenti.

Per quanto riguarda invece i servizi accreditati di tipo semi-residenziale (centro diurno integrato) il numero di posti disponibili è pari a 68, tutti occupati. Tale tipologia di servizio è collocata prevalentemente nella media e alta valle, tanto che uno degli obiettivi per il prossimo triennio sarà quello di condividere il bisogno con le Fondazioni della bassa valle e pensare all'attivazione di nuovi Cdi.

Il servizio di assistenza domiciliare è attualmente erogato in sedici Comuni del distretto, e raggiunge annualmente un numero complessivo di utenti pari circa a 400.

Per quanto concerne l'area di promozione del benessere rivolta a cittadini anziani si rileva nell'ambito la presenza di una rete fitta di iniziative di tipo spontaneo e auto-gestito, con valenza socializzante.

Sono stati censiti, infatti, sedici centri sociali che offrono al territorio un prezioso contributo attraverso l'organizzazione di attività a carattere ricreativo. Considerata dunque come azione primaria la creazione di interventi/servizi che favoriscano la permanenza delle persone anziane in seno alla famiglia, nonché alla comunità di appartenenza si ritiene indispensabile l'attivazione di:

- interventi di sostegno alla famiglia, per facilitare l'accudimento degli anziani al domicilio;
- percorsi di accompagnamento per aiutare la famiglia nella ricerca della risposta più adeguata ai bisogni, soprattutto laddove vi sia una forte compromissione della persona dal punto di vista socio-sanitario;
- azioni di sviluppo della rete integrata di assistenza domiciliare per anziani attraverso il coinvolgimento degli organismi territoriali formali e informali;
- interventi di supporto domiciliare rivolti a soggetti deboli nei momenti di allontanamento improvviso e/o temporaneo dei familiari;
- soluzioni di pronto intervento sociale (posti di sollievo) in grado di rispondere alle diverse tipologie di bisogno;
- potenziamento dei servizi residenziali e semi-residenziali delle reti di unità di offerta territoriale con la creazione di una lista unica d'attesa con valenza distrettuale;
- procedimenti condivisi e criteri omogenei per l'accesso ai servizi a valenza distrettuale.

Considerata l'importanza del confronto con i soggetti che a diverso titolo si occupano delle problematiche afferenti l'area degli anziani, da quattro anni è operativo nel Distretto 12 un tavolo tecnico che si occupa della tematica.

Questo luogo di concertazione ha permesso la realizzazioni di alcune azioni e interventi che senza il supporto dei diversi attori non sarebbero state possibili.

Segreteria Spi Brianza

La programmazione sociale del prossimo triennio deve comprendere lo sviluppo, a livello territoriale, di tre dimensioni indicate come importanti dalla Regione Lombardia.

La prima di queste è relativa alla creazione di un sistema di regole uniformi rispetto all'accesso ai servizi, alle modalità di fruizione, e quindi alla partecipazione alla spesa da parte dei cittadini. Per quanto attiene al nostro territorio, tale impegno si concretizzerà nella identificazione di dimensioni specifiche attraverso cui qualificare lo sviluppo della rete dei servizi. L'obiettivo generale è di ridurre le differenze esistenti nel

sistema, considerando le risorse in dotazione dei singoli comuni, così come le regole di accesso alle prestazioni e agli interventi, come riferimento al sistema di offerta del territorio. Allo scopo dovrà essere ricostruito il panorama dell'offerta, finalizzandolo all'individuazione dei livelli di

assistenza attualmente garantiti del territorio. La definizione di regole uniformi richiama il tema della rappresentazione del sistema di accesso al welfare locale. In base al principio della sussidiarietà orizzontale nel prossimo triennio si tratterà di decidere chi sono i soggetti, della rete, che accanto al settore pubblico costituiscono l'offerta e che come tali, rappresentano i punti di accesso al welfare locale. Così come andrà affrontato il tema dell'accesso unitario ai servizi, predisponendo, a favore dei cittadini, strumenti adeguati di carattere informativo e di orientamento. Sotto questo aspetto, riprendendo

quanto previsto dalla Legge 328/2000, art. 22 (ove esso è inteso come livello essenziale), le indicazioni della Legge Regionale 3/2008, art. 6, fanno ulteriore chiarezza: gli ambiti dovranno innovare la funzione attuale (sostanzialmente, di filtro della domanda) del Segretariato sociale estendendone la portata. In questo senso il segretariato non dovrà essere il servizio sociale che cambia semplicemente nome. La sua funzione principale è quella della presa in carico complessiva della persona. Come tale esso è da intendersi quale servizio universalistico che si rivolge a tutti i cittadini a cui occorre fornire

informazioni su servizi e prestazioni pubbliche e private nei settori dei servizi sociali, sanitari, educativi e culturali.

In sintesi l'obiettivo principale del triennio sarà così di costruire un sistema che consenta a ogni cittadino di accedere ai servizi non solo attraverso il canale tradizionale del servizio sociale

comunale, bensì anche attraverso una molteplicità di «sportelli» territoriali in grado di fornire informazioni e orientare l'utente al servizio più consono al proprio fabbisogno, nell'ambito del sistema socio sanitario e sociale. Se questa esperienza avrà successo, ne deriverà un impatto importante per l'organizzazione dei servizi, un impatto tanto più importante perché in grado di facilitare e supportare i cittadini nei loro percorsi partecipativi o assistenziali.

Per quanto attiene l'integrazione sociosanitaria (ulteriore dimensione fortemente rafforzata dalla nuova normativa regionale) che da un punto di vi-



sta sistematico, il suo sviluppo nel triennio si articolerà sulla base dell'innovazione intesa come continuità assistenziale; personalizzazione e unitarietà della risposta (Pai integrato, dimissioni protette); della costruzione del sistema di accesso alla rete dei servizi (realizzazione della rete delle unità d'offerta sociale e sociosanitarie, segretariato sociale; punto unico per la non autosufficienza); qualificazione del bisogno (sistemi informativi; osservatorio; anagrafe dinamica della disabilità). Tutto ciò in coerenza con la logica di decentramento delle funzioni che il nuovo contesto normativo trasferisce di fatto, ai comuni e alle Asl, il compito di ri-determinare il sistema di protezione sociale.

La fase programmatica dei Piani di zona risulta coerente solo se correlata ad una prospettiva di crescita del welfare. Fondamentale è allora comprendere il posizionamento attuale della nostra rete di welfare e quindi predisporre alcune linee di azione che ne contraddistinguano lo sviluppo. Ciò vale anche per il nostro territorio, relativamente «ricco» di servizi e risorse, ma che una più attenta analisi rivela fortemente disomogeneo e differenziato in termini di accesso e di caratteristiche delle prestazioni erogate. A tal fine sono state immaginate delle dimensioni di posizionamento che per quanto riguarda il territorio dovranno essere presidiate al fine di un movimento in prospettiva. Identificati gli obiettivi specifici grazie agli indicatori di massima indicati al termine del triennio saremo in grado di misurare l'entità dei passi compiuti dal sistema di protezione sociale.

Alcuni indicatori di massima:

- 1) innalzamento della % della spesa a gestione associata (negli ambiti ove esiste);
- 2) individuazione di servizi e attività comunali per i quali la gestione associata risulta più vantaggiosa;
- 3) livello di uniformità del diritto di accesso ai servizi;
- 4) individuazione dei livelli di uniformità dei servizi;
- 5) estensione dell'uniformità di accesso ai servizi gestiti dai comuni;
- 6) individuazione di alcuni servizi essenziali a cui estendere l'uniformità di accesso, prioritariamente nelle aree di non autosufficienza e della disabilità;
- 7) approvazione e applicazione nei comuni di criteri di accesso uniformi;
- 8) tariffazione omogenea dei servizi a gestione associata;
- 9) individuazione di alcuni servizi gestiti in forma associata rispetto a cui identificare criteri di tariffazione uniforme, prioritariamente nelle aree della non autosufficienza e della disabilità;
- 10) approvazione e applicazione dei servizi associati a tariffe omogenee;
- 11) innalzamento della % di copertura; diminuzione della forbice tra i comuni nella spesa pro capite;
- 12) tariffazione più omogenea per l'accesso ai nidi comunali; omogeneizzazione degli standard di servizio (accreditamento in relazione alla erogazione di voucher);
- 13) definizione dei criteri di standard di servizio in seno alle procedure per l'accreditamento; erogazione voucher.

Una programmazione «matura ed efficace» non può prescindere dalla valutazione di quanto realizzato in presenza, sia in termini di obiettivi e risultati raggiunti, ma anche di impatto e di metodo di lavoro. Importante sottolineare che l'ultima annualità è stata dedicata alla valutazione delle attività messe in campo nel corso del secondo ciclo del Piano di zona, in modo da metterne in luce i punti di forza e criticità relativi all'andamento degli interventi e del piano nella sua organicità, e identificando nel contempo nuove strategie di miglioramento. L'attivo coinvolgimento dei Tavoli d'Area (in particolare quello degli anziani) nei diversi ambiti ha consentito di valorizzare ulteriormente la funzione, coerentemente a quanto definito all'interno del sistema partecipativo vigente

Essendo i Tavoli soprattutto organi a supporto della programmazione e non e non soggetti impegnati nella realizzazione e nella gestione dei servizi, la loro funzione di «osservatori» dei «fenomeni sociali» si rileva come assolutamente centrale per il funzionamento del sistema Piano di zona.

Dalle restituzioni operate dai componenti dei Tavoli, risulta come questa funzione costituisce un'area di lavoro su cui insistere anche nel presente triennio, focalizzando l'attenzione soprattutto sulla capacità di meglio selezionare le informazioni che appaiono maggiormente rilevanti per la valutazione del sistema dei servizi, così come sul loro utilizzo come base per l'assunzione di decisioni di finalità e strategia d'intervento.

Un'attenzione particolare posta nei Piani di zona riguarda il tema della rete che richiama la collaborazione tra Comuni, Asl e azienda ospedaliera nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria. In materia, permangono non poche aree di debolezza che dovranno essere affrontate a livello di sistema nel corso di questo nuovo triennio, apprendendo dall'esperienza passata, ma anche declinando al meglio gli obiettivi indicati a tale riguardo dalla nuova normativa regionale. L'azione che il Piano di zona in materia socio sanitaria intende promuovere, per avere delle probabilità di realizzazione, deve incontrare una convergenza tra gli obiettivi perseguiti dai comuni e quelli già in agenda dell'Asl di riferimento.

Gli obiettivi di sistema presenti nei diversi Piani di zona della Brianza si possono così sintetizzare:

- qualificare la programmazione attraverso l'utilizzo dei dati per rendere il Piano di zona un «osservatorio sociale» in grado di raccogliere e di elaborare informazioni utili e a supporto della programmazione degli interventi e dei servizi territoriali;
- sostenere la capacità di innovazione dei servizi inteso come qualificazione della capacità di risposta rispetto al bisogno. Innovare deve progressivamente tradursi nel comprendere per tempo i bisogni dei cittadini per progettare e fornire servizi adeguati. Innovare deve significare produrre cambiamenti significativi per il tempo e la qualità della vita del cittadino/utente;

- definizione dei criteri di accreditamento delle unità di offerta sociali, questo sarà il banco di prova su cui gli enti locali avranno il modo di verificare da un lato, sul tema della qualità dei servizi e, dall'altro, sul rapporto con il terzo settore (in quanto ente gestore);
- strutture più flessibili intese come riorganizzazione del servizio di assistenza domiciliare in grado di coniugarsi in meglio con i tempi di lavoro dei familiari e con il loro bisogno di sollievo dal carico di cura, all'area del disagio adulto che accanto alle prestazioni di carattere economico necessita di opportuni percorsi di accompagnamento che possano sostenere la persona in condizioni di fragilità contrastando il rischio della cronicizzazione del disagio;
- l'integrazioni delle politiche sociali con le altre di settore, in particolare quelle educative, del lavoro e della casa. L'integrazione deve svilupparsi in orizzontale con le Asl e il privato sociale allo scopo di realizzare interventi sociali e socio sanitari sempre più attenti al fabbisogno locale. In tempi di ristrettezze economiche-finanziarie, l'integrazione contribuisce ad aumentare le risorse complessivamente disponibili.

A partire da questi presupposti, pensiamo che il sistema territoriale dei servizi possa svilupparsi, nel prossimo triennio, all'insegna di una maggiore coesione da cui trarranno beneficio non solo i soggetti più fragili, ma la comunità nel suo insieme.

Elena Cattaneo

REFERENTE AREA ANZIANI UFFICIO DI PIANO DISTRETTO DI CARATE - MONZA

Il lavoro del tavolo anziani allargato è ripreso ad ottobre 2007 a seguito della costituzione, nel mese di luglio dello stesso anno, dell'Ufficio di Piano con personale dedicato e distaccato presso il nuovo comune capofila di Besana Brianza.

Al tavolo hanno partecipato: Avulss Besana, Carate, Anteas, associazione Madre Teresa (Veduggio), Auser Besana e Veduggio, Fnp Cisl, Spi Cgil, associazione volontari Albiate, centro anziani Settecolli Besana, Caritas Lissone.

Durante il primo incontro di tale tavolo l'attuale direttore dell'Ufficio di Piano, Veronica Borroni, ha informato della proposta condivisa da tutti i tecnici dei Comuni, di proseguire il lavoro riprendendo e ampliando la riflessione sulla domiciliarità intesa sia come conoscenza e confronto dei vari servizi comunali e non, utili al mantenimento a domicilio della persona fragile.

Primo tra tutti il servizio Sad mediante l'analisi dei vari regolamenti e delle esperienze in atto (anche in termini di buoni e voucher) al fine di omogeneizzare o pervenire a degli standard comuni di servizio da garantire su tutti i territori.

Durante tale incontro sono stati invitati i partecipanti al tavolo, afferenti al terzo settore, a esprimere le proprie opinioni in merito nonché eventuali proposte.

Le tematiche riportate, soprattutto da parte dei rappresentanti dei sindacati, sono state le dimissioni protette con particolare riferimento a quei contesti ospedalieri sprovvisti di servizio sociale interno. Un'altra tematica sulla quale è stato richiesto di ragionare sono state i ricoveri temporanei- evidenziando la necessità che l'Asl attivasse delle convenzioni con alcune strutture richiedendo inoltre di attivare un processo di voucherizzazione anche sul territorio di Carate secondo l'esperienza del distretto di Seregno con pattanti esterni in cui venissero garantite, anche nel fine settimana, prestazioni assistenziali di Sad, ma anche sanitarie solitamente afferenti all'Adi.

Inoltre venne evidenziata in quella sede la tematica

dell'amministratore di sostegno; in particolare veniva sottolineata la necessità di reperire persone disponibili in qualità di volontari a rivestire questo ruolo.

Esplicitati questi possibili «focus di lavoro» sui quali tutti i partecipanti ai tavoli concordavano, il passaggio successivo fu quello di informare gli amministratori rappresentanti di tutti Comuni afferenti al distretto di Carate in merito alle problematiche sopra evidenziate e proporre all'Assemblea dei Sindaci di dare mandato a questo tavolo tecnico allargato di lavorare sulla tematiche espresse con particolare priorità relativamente all'argomento dimissioni protette.

Le problematiche evidenziate vennero non solo condivise dall'Assemblea dei Sindaci che conferì formale mandato a tale gruppo di lavoro in tal senso ma vennero anche nominati, in quella stessa sede, dei referenti politici per ogni tavolo d'area; a tal fine vennero individuati l'assessore di Triuggio, Maria Sala e il Presidente dell'Assemblea dei Sindaci, Filippo Viganò.

Il compito assegnato a tali referenti non fu quello di partecipare a tutte le riunioni bensì di monitoraggio e collegamento continuo durante il percorso tra il tavolo tecnico e l'Assemblea dei Sindaci.

Vennero pertanto invitati tali referenti a due successivi e distinti incontri del tavolo allargato in cui i vari partecipanti, soprattutto nell'incontro cui era presente Viganò, Presidente del tavolo interdistrettuale Comuni/Asl, evidenziarono criticità, bisogni e priorità rilevate rispetto a questa fascia di popolazione sia in termini di prestazioni/servizi e interventi sociali che sanitari presenti sul territorio.

Nei successivi incontri svolti durante l'anno 2008 le tematiche trattate dal tavolo hanno riguardato il protocollo dimissioni protette, l'assistenza mediante personale badante con particolare riferimento allo sportello badanti e al regolamento distrettuale dei buoni badanti, l'osservatorio anziani, la problematica della mobilità e del trasporto delle persone anziane, i ricoveri di sollievo e i servizi di assistenza

domiciliare sia per omogeneizzare le prestazioni che per il potenziamento dei servizi grazie anche ai finanziamenti derivanti dalla D.G.R.

Alla fine dell'anno 2008 e per i primi mesi dell'anno 2009 l'attività del tavolo si è, in base alle riflessioni e ai contributi portati rispetto alla argomentazioni sopraesposte, concentrata sulla stesura del piano di zona documento programmatico per il triennio 2009-2011 in uno scambio reciproco tra enti pubblici, enti privati e volontariato; in particolare tali interlocutori hanno partecipato, ognuno per le proprie competenze e «mission» di lavoro, alla raccolta dati e alla relativa analisi per la stesura di tale documento individuando e concordando su bisogni, priorità d'intervento nonché obiettivi, relativi a quest'area di popolazione, che in tale documento, dovevano essere rappresentati.

L'esito di questo lavoro, che si è sostanzialmente articolato in particolare su due tematiche specifiche (domiciliarietà e integrazione socio-sanitaria), può essere brevemente riassunto nei bisogni, riflessioni e obiettivi sinteticamente sottoelencati, contenuti nel piano di zona 2009/2011, approvati dall'Assemblea dei Sindaci in data 1° aprile 2009 e così riportati nel suddetto documento.

FOCUS DOMICILIARITÀ

1. Promuovere la realizzazione di corsi di formazione per badanti

La riflessione condivisa all'interno del tavolo allargato del piano di zona è stata la consapevolezza che il numero di tale fenomeno, come per il resto d'Italia, risulta di difficile quantificazione in quanto in tale attività vi è una forte presenza di lavoro irregolare.

La percezione che si ha, anche supportata dai dati dell'Inps, è che tale realtà sia in crescita con una forte concentrazione delle cosiddette badanti straniere sul territorio lombardo.

Un obiettivo che emerge, all'interno di questo contesto, poiché non si può considerare l'attività dell'assistente familiare una professionalità naturale, è sicuramente quello della formazione al fine di migliorare la qualità professionale del lavoro di cura delle assistenti familiari. In particolare tali attività formative, rivolte a lavoratori stranieri, dovrebbero assicurare idonee capacità comunicative per una buona relazione con l'anziano, la capacità di relazio-

narsi al contesto sociale e utilizzare in maniera appropriata i servizi esistenti nel territorio nonché sufficienti conoscenze per svolgere correttamente interventi minimi di cura e assistenza alla persona. Oltre a ciò è auspicabile che tali corsi prevedano la trattazione dei fondamenti delle materie sanitarie, di igiene personale e movimentazione dell'anziano, l'alimentazione, la sicurezza e l'antifortunistica domestica nonché la sperimentazione di un periodo di tirocinio. Sarebbe inoltre opportuno che tali momenti di formazione venissero realizzati in due sedi distinte, una collocata in uno dei Comuni al nord del distretto e l'altra al sud così da facilitarne, il più possibile, la fruibilità per il personale badante che spesso utilizza solamente mezzi pubblici per gli spostamenti.

Il fine ultimo sarebbe quello di pervenire ad una gestione e istituzione di un albo distrettuale delle assistenti familiari che dia garanzia alle famiglie, ne certifichi le competenze e faciliti l'incontro tra domanda e offerta di lavoro.

2. Realizzare sportelli finalizzati all'incontro tra domanda e offerta

Come è noto le famiglie di anziani non autosufficienti si affidano, per la ricerca di personale addetto alla cura, a canali cosiddetti informali (contatti diretti attraverso vicini di casa, conoscenti, parenti) o, attraverso la parrocchia o, molto più spesso, associazioni di volontariato (in particolare la Caritas) oppure mediante altre badanti che, a loro volta, contattano amiche o conoscenti che possano essere disponibili a svolgere tale lavoro. Chiaramente quest'ultima modalità, se da un lato consente una risposta immediata al bisogno, dall'altro spesso non consente la certezza di prestazioni qualificate e soprattutto continuative.

Pertanto, un altro bisogno che si è ravvisato, all'interno del tavolo allargato, in linea con quanto previsto dalla circolare regionale 41/2007, è stata la necessità di promuovere un intervento per orientare le famiglie nella ricerca, selezione e qualificazione del personale dedicato all'assistenza del parente.

Tale attività si configura contemporaneamente quale intervento di sostegno all'integrazione lavorativa delle persone straniere nonché occasione per sensibilizzare alla diffusione di rapporti di lavoro regolari.

A tal fine si stanno ora attivando, a seguito della de-

cisione dell'Assemblea dei Sindaci, tre sportelli distrettuali per le badanti e le famiglie che svolgono attività di accoglienza, informazione, orientamento per entrambi i target d'utenza. In particolare tali sportelli dovranno provvedere, all'informazione e all'orientamento delle famiglie, alla verifica delle competenze delle assistenti familiari, al supporto dell'incrocio tra domanda e offerta di servizi di cura e assistenza, alla sensibilizzazione e al sostegno di modalità di qualificazione/aggiornamento nonché alla sensibilizzazione alla diffusione di rapporti di lavoro regolari. Inoltre, tale servizio, porterà alla definizione di standard valevoli per tutti i Comuni del distretto al fine di creare un patrimonio condiviso di competenze, conoscenze e modalità di risposta omogenee al bisogno di servizi di assistenza domiciliare.

Tali interventi, che verranno realizzati mediante il coinvolgimento delle tre realtà già operanti in termini di sportello lavoro sul territorio del distretto di Carate Brianza e, più precisamente, l'associazione Progetto Lavoro Brianza, il Centro lavoro Nord Brianza e il Consorzio Formazione e lavoro in Brianza (Cofelb), saranno dislocati a Besana, Sovico e Carate cui potranno rivolgersi badanti e famiglie residenti nel distretto di Carate.

3. Prevedere interventi per il sostegno economico per gli anziani non autosufficienti

Se da un lato gli interventi sopradescritti mirano alla regolarizzazione delle assistenti familiari dall'altro si riscontra la necessità di sostenere, mediante interventi economici di supporto, i nuclei familiari che gestiscono per lungo tempo anziani non autosufficienti.

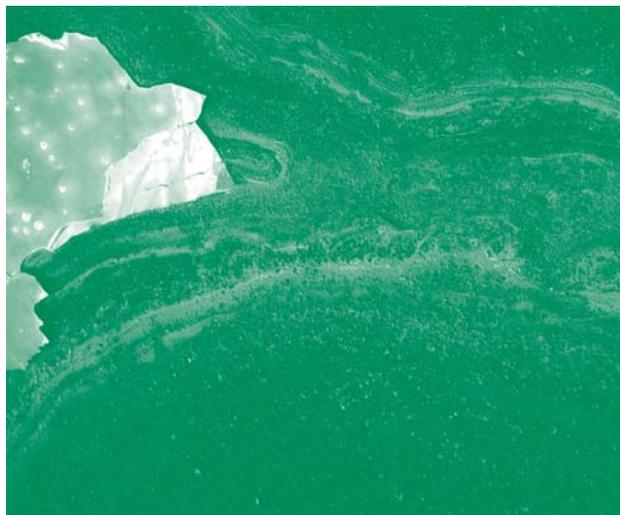
A tal fine risulta opportuno sia mantenere nei Comuni quelle iniziative per l'erogazione di buoni domiciliarità per gli anziani previsti dalla legge 328/00 a fronte di una stesura del Pai, ma anche attuare altre forme di incentivo per le famiglie come previsto dalla circolare regionale n° 41 del 2007.

A riprova di ciò, nel corrente anno, è stato approvato dall'Assemblea dei Sindaci, un regolamento distrettuale per l'erogazione di buoni mirati al sostegno della domiciliarità. L'entità di tale buono, per la prima volta erogato a livello distrettuale, varia, per l'anno 2009, da un minimo di euro 250,00 a un massimo di euro 350,00 e verrà erogato a chi sostiene spese documentate per la badante con un limite Isee

sotto i 18.500,00 euro. Anche in questo caso è prevista la sottoscrizione di un Pai tra famiglia e assistente sociale che, tra l'altro, impegna il servizio sociale comunale a monitorare tale situazione e la formazione della badante mediante il raccordo con gli operatori del servizio di assistenza domiciliare.

4. Realizzare un corso di formazione per gli operatori comunali deputati al coordinamento del Sad al fine di pervenire alla realizzazione di un regolamento distrettuale relativo a tale servizio

Un aspetto che emerge, anche dai dati sopra riportati relativi ai servizi di assistenza domiciliare, è che vi sono realtà piuttosto difformi nell'erogazione dei servizi. Il tavolo tecnico formato dalle assistenti sociali e dai responsabili dei servizi sociali dei comuni del distretto, ha evidenziato l'esigenza di creare uno spazio di confronto, alla luce delle evoluzioni nel campo dell'assistenza (vedasi fenomeno badanti) che si sono sopradescritte. Si pone la necessità di promuovere un momento di riflessione tra gli operatori dei Comuni (soprattutto assistenti sociali) sull'organizzazione dei servizi di assistenza domiciliare. Si pone quindi, come ulteriore obiettivo, quello di realizzare un corso di formazione appositamente formulato per gli operatori di questo distretto al fine di evidenziare gli elementi di qualità e di cambiamento della domanda e della cura (badanti) ma soprattutto omogeneizzare il quadro dell'offerta, nella direzione di costruire un modello territoriale unico normato da un regolamento comune. I contenuti di tale corso dovrebbero riguardare, nello specifico, l'organizzazione dei diversi servizi Sad,



gli accessi e la partecipazione ai costi, l'analisi della situazione attuale ed i possibili elementi comuni. Un'altra analisi che è doveroso affrontare riguarda le attività e le prestazioni svolte al fine di individuare degli elementi comuni. Il punto di arrivo nonché un ulteriore obiettivo del triennio che, a questo riguardo, ci si pone, è quello di condividere «linee guida» che portino alla creazione e stesura, di un regolamento distrettuale su questo servizio.

5. Favorire la mobilità sociale degli anziani mediante la costituzione di un servizio di coordinamento delle risorse del terzo settore attualmente disponibili

Come già evidenziato nel paragrafo relativo ai trasporti un altro bisogno evidenziato dal tavolo allargato è quello relativo alla mobilità degli anziani soprattutto per quei trasporti occasionali per visite mediche o trattamenti riabilitativi ai quali i comuni non riescono a dare risposta. Attualmente a tale bisogno rispondono per lo più, in maniera difforme, associazioni di volontariato dislocate sui diversi territori del distretto. Risulta pertanto opportuno attivare una politica dei trasporti rispondente ai bisogni di mobilità degli anziani ponendo, quale obiettivo per il triennio, la creazione e l'incentivazione di una rete/servizio di coordinamento tra le diverse risorse del territorio, in particolare tra le risorse del terzo settore che si occupano di trasporti ai luoghi di cura delle persone impossibilitate a spostarsi.

FOCUS INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Un aspetto importante su cui si è concentrata la riflessione del tavolo allargato riguarda la delicata tematica dell'integrazione socio sanitaria che, soprattutto rispetto agli anziani, evidenzia la necessità di azioni e interventi volti ad un maggior coordinamento e confronto tra servizi sociali e sanitari. Tale azione si concretizza come una scelta e consapevolezza da parte di tutti gli enti coinvolti titolari di competenze sanitarie, sociali e assistenziali per arrivare ad una integrazione fra servizi e operatori di professionalità diverse.

Si pone quindi la necessità di realizzare interventi/strategie rispondenti, in particolar modo, alle esigenze di quei soggetti non autosufficienti con patologie croniche o affetti da forme involutive per soddisfare tempestivamente il bisogno di cura e assistenza.

1. Sensibilizzare l'Asl alla realizzazione di ricoveri di sollievo all'interno dell'Rsa

La presenza di patologie degenerative e invalidanti in persone anziane che, come abbiamo visto in precedenza, vengono affidate alle cure quasi esclusive del nucleo familiare è all'origine di situazioni di estrema fatica e sofferenza per la famiglia stessa. Per questi casi si rileva la necessità di sensibilizzare l'Asl 3 alla creazione di posti di sollievo, d'intesa con le Rsa del territorio, quale azione di sostegno al fine di consentire un periodo cosiddetto «di respiro» alle famiglie che sostengono, per la maggior parte, il peso dell'assistenza.

2. Provvedere all'approvazione del protocollo dimissioni protette promuovendo azioni di monitoraggio dello stesso nel corso del triennio

La dimissione protetta si può definire come una sequenza integrata di interventi finalizzati a creare un percorso condiviso per garantire la continuità assistenziale tra l'ambito ospedaliero e la domiciliarità rispetto a quegli utenti che, considerati dimissibili dall'ospedale, necessitano di assistenza al domicilio o con interventi di tipo socio assistenziali/sanitari o entrambi tali interventi.

Alcuni fattori quali la crescente tendenza, soprattutto negli ultimi anni, da parte delle aziende ospedaliere, a ridurre i tempi di ricovero dei pazienti dall'altro una non tempestiva comunicazione da parte di tali strutture ai comuni rispetto a pazienti dimessi che presentavano problematiche afferenti alla sfera della fragilità sociale, hanno visto sovente il servizio sociale comunale fare i conti con le cosiddette «dimissioni selvagge» da parte di tali strutture trovandosi nell'assenza di programmare e attivare interventi per la tutela dell'anziano.

Pertanto si è ravvisata la necessità, già evidenziata a livello interdistrettuale, di realizzare un processo per l'attivazione di un percorso sperimentale integrato Asl, aziende ospedaliere interessate e Comuni per garantire le dimissioni protette dei pazienti dall'ospedale. A tal fine è stato creato un apposito gruppo di lavoro al quale erano presenti, oltre ad operatori Asl e delle aziende ospedaliere, anche rappresentanti dei Comuni. Il focus del lavoro è stata una revisione e integrazione del protocollo già in essere tra gli enti sanitari affinché venissero considerati anche i pazienti con fragilità sociale al fine di

condividere procedure cosiddette di «buone prassi». Questo lavoro ha «prodotto» un documento, quale atto d'intesa corredato da una procedura operativa, che è stata sperimentata in tutti i distretti dall'Asl Milano 3 a partire dal 1° agosto del 2008. Anche se durante tale periodo di sperimentazione si sono evidenziate una serie di difficoltà/criticità per lo più riconducibili all'assenza di comunicazione all'interno dei diversi enti, soprattutto ospedalieri, coinvolti, si ritiene utile proporre, quale ulteriore obiettivo, l'approvazione, da parte dell'Assemblea dei Sindaci di tale protocollo riconosciuta l'importanza di condividere indirizzi comuni relativi a questa importante tematica nonché modelli volti a facilitare la continuità delle cure tra ambito ospedaliero e domiciliarietà.

Un altro impegno che si intende perseguire, nel corso del triennio, sarà quello di monitorare periodicamente il livello di applicazione delle procedure previste, l'omogeneità e la rapidità nell'erogazione dei presidi nonché recepire eventuali criticità al fine di proporre possibili percorsi di miglioramento

3. Sensibilizzare gli enti preposti all'istituzione di un servizio sociale ospedaliero all'interno dell'azienda ospedaliera di Vimercate sede di Carate

Infine, un'altra esigenza evidenziata dai componenti del tavolo anziani allargato e dai Sindaci del distretto, fortemente correlata alla tematica delle dimissioni protette riguarda la necessità della creazione di un servizio sociale ospedaliero all'interno del-

l'ospedale caratese cui afferiscono molti anziani residenti nel distretto.

Tale servizio rappresenterebbe, oltre che un supporto di indubbia utilità per il cittadino ricoverato, anche uno strumento prioritario che, raccordandosi con i vari enti del territorio, promuoverebbe quell'integrazione socio sanitaria che si rivela fattore di fondamentale importanza per la qualità degli inter-

venti erogati a favore di questa fascia di popolazione...».

CONCLUSIONI

La realizzazione del piano di zona, è stata l'occasione per un confronto tra enti pubblici, terzo settore e associazioni per lavorare in modo integrato e migliorare la programmazione della rete dei servizi destinati agli anziani in ottemperanza a quanto previsto dalla legge 328/00.

La diversa provenienza dei vari partecipanti ha consentito un confronto arricchente caratterizzato dalla condivisione partendo dall'analisi dei bisogni fino alla definizione degli obiettivi da raggiungere nel triennio 2009-2011; ritengo personalmente che se ancora non abbiamo sviluppato una vera «programmazione partecipata» sicuramente abbiamo però interagito in un percorso costante di condivisione e interscambio tra le parti presenti nel rispetto dei ruoli e delle competenze di ognuno.

A tal fine rinnovo i miei più sentiti ringraziamenti ai partecipanti al tavolo d'area allargato afferenti alle diverse associazioni che costantemente hanno portato il loro importante contributo alla discussione.



Il terzo triennio dei Piani di zona può certamente considerarsi avviato; infatti sul territorio della provincia di Como i Piani sono stati redatti con la relativa sottoscrizione degli accordi di programma.

La puntuale sottoscrizione degli accordi di programma con l'Asl non risolve tuttavia quello che è certamente il problema principale: l'integrazione dei servizi a livello sociale e socio sanitario.

Il punto unico di accesso, finanziato con parte dei fondi per la non auto sufficienza, dovrebbe almeno in parte risolvere questo problema. Consapevoli però che non si possa pretendere la soluzione di un problema così complesso e dalle evidenti implicazioni politiche con un semplice sportello, consideriamo importante quantomeno l'opportunità per i cittadini di potersi relazionare con un unico punto di registrazione dell'istanza che, a prescindere dalla natura del problema, sia funzionale all'indirizzamento verso strutture idonee, siano esse sociali o sanitarie, risparmiandosi affannose e dispendiose ricerche.

Il diverso approccio dei Distretti al servizio ci porta, pur concedendo un'apertura di credito all'iniziativa, a fare alcune riflessioni:

- si apre, in prima istanza, la questione del Segretariato sociale, in quest'ottica non possiamo permetterci di disperdere il fondamentale apporto garantito negli anni dalle assistenti sociali, anche in virtù del fatto che l'opera negoziale del sindacato ha ormai reso questa figura diffusa ed in grado di coprire la quasi totalità della Provincia;
- in seconda battuta, crediamo dirimente che non si creino sovrastrutture che, oltre ad aumentare i costi in un periodo di contrazione dei finanziamenti, rappresenterebbero un ulteriore fonte di difficoltà per il cittadino che oggi vede nell'assistente sociale un riferimento certo.

Superate le valutazioni tecnico – organizzative, dovremmo porci quale risultato politico, una gestione dei servizi ove sanità e servizi sociali terminino di essere alternativi diventando complementari: a pu-

ro titolo di esempio, se l'obiettivo è l'integrazione, risulta del tutto anacronistica la distinzione tra Adi e Sad in merito all'assistenza domiciliare.

Quello dell'integrazione socio sanitaria non è l'unico tema sul quale è necessario ancora lavorare; infatti in un territorio eterogeneo come quello della nostra provincia, ove convivono realtà fortemente urbanizzate con aree montane e micro comuni in prossimità del lago, si rende assai difficile strutturare dei servizi omogenei, sia sotto l'aspetto qualitativo che sotto quello, forse ancora più delicato, dei costi.

L'attribuzione di gran parte delle politiche sociali ai Distretti previsti dalla L.328/00 doveva colmare le differenze in termini di capacità di erogazione dei servizi da parte dei Comuni, oggi possiamo dire che questo non è avvenuto, o quanto meno in maniera insufficiente in relazione alle attese; se in precedenza abbiamo attribuito questo deficit? Crediamo comune ad altre realtà lombarde – alla conformazione geografica della provincia, non possiamo tuttavia nasconderci l'esistenza di problemi ben più complessi:

- è necessario riflettere, in prima battuta, sui fondi disponibili, le erogazioni nazionali e regionali non solo vengono continuamente ridotte, ma rappresentano una percentuale minima in relazione alle esigenze, questo impone un'integrazione sensibile da parte dei Comuni ed è evidente che a maggior disponibilità corrisponde una migliore organizzazione dei servizi e spesso un minor onere per il cittadino;
- continuando, lamentiamo una sostanziale mancanza di coordinamento, da una parte l'azienda sanitaria, alla quale fa capo l'assemblea dei sindaci e dall'altra l'amministrazione provinciale, che si è fatta carico di un tavolo di coordinamento dei Piani di zona, in realtà di natura prettamente tecnica, non si sono dimostrate in grado assolvere pienamente a questo ruolo.

L'esperienza comasca dei Piani di zona, si può sinteticamente riassumere come segue: primo triennio di valutazione iniziale dei bisogni e allestimento dei

piani, secondo triennio di consolidamento, ma con la prevalente attenzione alla scelta della forma giuridica ed oggi l'avvio della terza triennalità pone gli enti di fronte ad un primo bilancio vero, al consolidamento od alla messa in discussione dei servizi, ma soprattutto, di fronte all'esigenza di misurarsi con una legge regionale la numero 3 del 2008 che, almeno in parte cambia gli scenari.

Avendo accennato all'attenzione posta, nel triennio appena concluso, alla ricerca di un'adeguata forma giuridica per la gestione dei vari distretti, credo sia importante soffermarsi brevemente sull'argomento. Una prima valutazione evidenzia come la caratteristica saliente sia la scelta quasi generale di una forma di gestione riconducibile ad Aziende speciali o consortili, hanno fatto scelte differenti mantenendo la struttura di associazioni di Comuni i soli distretti di Como e Cantù.

Non deve sorprendere questa decisione, infatti nel caso del Comune capoluogo, l'ambito territoriale è molto ampio e vede la presenza di molti piccoli comuni, questa scelta permette a Como di tenere un passo diverso rispetto alle piccole realtà del lago; nel caso di Cantù si vive la situazione opposta: pochi comuni con esigenze socio economiche simili, realtà demografiche senza grandi differenze fatta eccezione per Cantù che riesce a svolgere positivamente il ruolo di capofila.

L'atteggiamento sindacale, segnatamente quello della Cgil, che inizialmente considerava questa scelta come poco auspicabile, ora deve necessariamente essere rivalutata e misurata sui risultati ottenuti e sulle potenzialità che ogni singolo territorio è in grado di esprimere.

Alla luce di quanto espresso fin ora non possiamo affermare che esistano formule vincenti o perdenti in assoluto, per onestà intellettuale dobbiamo sottolineare che tolti i due estremi in positivo ed in negativo di cui si è accennato, tutte le altre realtà garantiscono una discreta offerta di servizi in grado di garantire tutte le fasce di popolazione.

Nel merito è comunque importante riflettere su un fattore: le realtà che hanno operato per prime la scelta dell'azienda, nel triennio appena concluso ci hanno posti di fronte ad un fenomeno che è interessante analizzare.

Inizialmente la maggior libertà gestionale aveva portato alla ricerca di partnership con soggetti esterni chiamati a gestire i servizi, oggi si assiste ad



un parziale ripensamento che sta riportando gli stessi servizi in seno all'azienda, prevalentemente per motivi economici.

Non si tratta di un fenomeno irrilevante se analizzato alla luce della legge regionale 3; infatti l'apertura totale al mondo della cooperazione ed al privato sociale fornisce a questi interlocutori credenziali delle quali i Piani di zona non potranno non tenere conto.

Il tema, assolutamente complesso, coinvolge direttamente anche la Cgil nel definire come rendere effettivo il suo ruolo negoziale: posto che sono imprescindibili due aspetti, ovvero la qualità dei servizi e l'economicità degli stessi per l'utente è necessario riflettere su quale sia lo strumento più idoneo per ottenere questi obiettivi.

Una rete di alleanze con il terzo settore che condizioni l'offerta a monte, o un atteggiamento rivendicativo con i Distretti, forte di una totale equidistanza, che li costringa ad imporre a soggetti terzi standard qualitativi precedentemente pattuiti con le organizzazioni sindacali.

Un approfondimento doveroso è corretto riservarlo in chiusura al nostro ruolo.

In premessa è corretto sottolineare la tenuta del fronte unitario; sebbene infatti il modello sindacale diverga, con una maggiore propensione ai servizi di altri che porta ad una maggiore propensione alla gestione, questo non pregiudica la definizione di istanze condivise che si esplicitano in piattaforme unitarie sottoscritte sia a livello di categorie pensionati sia a livello confederale.

In merito al ruolo dei servizi una riflessione è doverosa anche al nostro interno. L'esempio degli stranieri, è utile al ragionamento: da anni impegnati come siamo nelle procedure per l'ottenimento dei permessi di soggiorno, svolgiamo nei fatti un ruolo di presa in carico che non ha nulla da invidiare al segretariato sociale in termini di affidabilità e professionalità, oggi siamo nella condizione in cui alla nostra attività (per gli stranieri, ma anche in riferimento a pratiche fiscali o previdenziali attraverso Inca e Caaf) non viene riconosciuto sul territorio il giusto ruolo nella rete delle opportunità.

Credo sia corretto rilevare che i Piani di zona hanno rappresentato un'opportunità importante sul versante negoziale; infatti se era già consolidata la consuetudine di rapportarsi alle istituzioni, con questo nuovo strumento che regola ed organizza il sistema dei servizi sociali in continuità, le organiz-

zazioni sindacali hanno la possibilità di interagire in continuità e svolgere un ruolo contrattuale che si rinnova continuamente.

L'esperienza lariana in aggiunta a quanto detto ci fornisce uno stimolo ulteriore rappresentato da una sorta di doppio referente: da un lato le assemblee dei sindaci e dall'altro i Consigli di Amministrazione dei consorzi. È vero che spesso le figure si sovrappongono, ma il meccanismo della delega agli ultimi li legittima pienamente alla definizione strategica e, di conseguenza al ruolo negoziale.

Per l'immediato futuro, il timore è quello di trovarsi nella condizione contrastata tra la volontà di un maggior impegno auspicato e ripetutamente socializzato da parte di confederazione e Spi, a fronte di una chiusura della normativa regionale che nei fatti riduce gli spazi che la legge 328 sanciva con chiarezza.



Il Piano di zona del distretto di Cremona a valere per la triennalità 2009-2011 si colloca all'interno di un processo più ampio di trasformazione del welfare. La trasformazione del territorio e dei nuovi Distretti sociali, si collega tra l'altro alle dinamiche di attuazione della legge regionale 3/2008.

Il terzo piano di zona del distretto di Cremona infatti, vede la conferma del Distretto sociale, ossia l'ambito costituito da più Comuni, interfaccia del Distretto sociosanitario e nuovo soggetto che oggi si afferma come interlocutore del welfare locale.

Il filo che connette le azioni del triennio è rivolto alla governance dei Comuni e quindi alla valorizzazione delle funzioni di programmazione e progettazione non solo ed esclusivamente orientate alle fasce di maggiore fragilità bensì alla pianificazione zonale ed al governo complessivo dei servizi territoriali.

Il costante invecchiamento della popolazione residente, il bisogno di interventi di accompagnamento alle responsabilità educative e genitoriali di famiglie sempre più piccole e sempre più sole, l'integrazione delle famiglie immigrate e di seconda generazione, accanto alla crescente domanda di assistenza da parte di coloro che sono espulsi o si trovano ai margini del mercato del lavoro sono alcune tra le principali tematiche che hanno sviluppato la riflessione ed il percorso programmatico inserito nel Piano di zona.

Il Piano di zona del distretto di Cremona, quindi si pone quale strumento programmatico per conciliare la vocazione solidaristica e la presenza di una forte dotazione di capitale sociale sul territorio con il mantenimento di un forte ruolo del pubblico, in un contesto territoriale fortemente frammentato a livello municipale, nello sforzo di sviluppo non solo dei servizi per la fragilità ma anche per la promozione dei progetti volti a sostenere la «normalità».

In quest'ottica, il distretto sociale costituisce la risultante di alcuni passaggi riformatori importanti: il processo avviato con la legge 328/2000, la legge

di riforma costituzionale 3/2001 per arrivare alla legge regionale 3/2008, hanno favorito la definizione di un nuovo disegno delle competenze, responsabilità e individuato gli ambiti sempre più estendibili ed integrati della programmazione in tema di politiche sociali e sociosanitarie verso la costruzione di un welfare espressione del territorio.

La provincia di Cremona, analogamente al territorio lombardo, è caratterizzata da una situazione a forte frammentazione municipale; l'ambito costituito da più comuni rappresenta effettivamente il soggetto più idoneo alla programmazione e alla gestione dei servizi sociali.

La gestione associata dei servizi, cerca di superare l'eccessiva frammentazione municipale degli interventi che riguardano la persona, con l'ambizione di costruire intorno agli assi della territorialità e della domiciliarità un nuovo sistema integrato.

Con il consolidamento della programmazione sociale di zona i Comuni, insieme al Terzo settore, hanno dunque cominciato a pensare alle politiche sociali in una logica di ambito e gli interventi sociali sono stati rivolti all'intero Distretto.

Gli indirizzi si sviluppano sostanzialmente su due assi:

- razionalizzare e rendere più efficace ed efficiente la gestione dei servizi e dell'offerta sociale del territorio;
- sviluppare attività di promozione delle reti solidali, valorizzare le relazioni positive e le competenze presenti nella comunità locale per compiti di prevenzione e di sostegno alle relazioni a partire da quelle familiari.

Il Piano di zona recentemente approvato infatti ha visto, rispetto ai due precedenti, una rinnovata fase di dialogo e di confronto con il Terzo settore e con la rete degli interlocutori locali, chiamati a partecipare alla programmazione zonale: è stato attivato il Tavolo permanente di coordinamento con le rappresentanze del terzo settore, delle forze sociali, delle fondazioni, e si sono costituiti tavoli specifici



di co-progettazione in ambiti tematici tra pubblico e privato sociale.

L'esito di tale processo è un progetto triennale che evidenzia il forte investimento sui temi quali la domiciliarietà, la continuità assistenziale, l'integrazione sociosanitaria, la mediazione finalizzata a produrre coesione sociale. Tutto ciò alla luce tra l'altro di un percorso di analisi e di ricerca, condotto in collaborazione con Fondazione Zancan di Padova, che vede la necessità di omogeneizzare ulteriormente le condizioni di accesso ai servizi, anche attraverso nuovi modelli organizzativi.

Nel Piano di zona la centralità riconosciuta al cittadino e la nuova lettura dei servizi portati a ripensare la loro forma in funzione di una migliore risposta ai nuovi bisogni e ad un semplificato rapporto sia interno ai sistemi professionali di erogazione che nei confronti dei fruitori degli interventi sociali, evidenzia la necessità di sperimentare e consolidare la presa in carico cioè l'accompagnamento al cittadino in tutte le fasi relative all'intervento sociale, attraverso la messa in campo di servizi sociali professionali integrati a livello sociali, sociosanitario e sanitario. La piena valorizzazione delle risorse complessivamente disponibili, deve determinare le condizioni perché le risposte ai bisogni possano contare, oltreché sulla rete dei servizi, anche su un capitale umano che promuova, agevoli e integri le funzioni pubbliche.

Più esplicitamente diventa obiettivo del piano di zona la costruzione di un nuovo welfare in grado di accompagnare le persone lungo l'arco della vita e di promuovere opportunità e benessere sociale.

Vanno in questa direzione i progetti rivolti a rafforzare i legami intergenerazionali, miranti a coinvolgere l'associazionismo giovanile in percorsi di contrasto della solitudine delle persone anziane, la valorizzazione del protagonismo e dell'espressività gio-

vanile, le attività di supporto all'associazionismo familiare ed ai gruppi di auto-mutuo aiuto.

Centrale in questi processi è la capacità di comunicazione/collaborazione tra i diversi attori istituzionali e sociali del territorio.

Il tema della governance diventa centrale e ai Comuni compete l'esercizio di questo ruolo per l'intero ambito distrettuale, mediante le soluzioni organizzative ritenute più idonee a livello territoriale.

I Comuni dell'Ambito distrettuale di Cremona, in una logica di effettiva sussidiarietà verticale, intendono mettere a sistema l'esperienza di questi anni.

Mediante lo strumento della programmazione zonale, si delinea la prospettiva di gestione integrata delle risorse, non solo e principalmente aggiuntive, che peraltro risultano in quantità molto contenuta se confrontate con la spesa sociale dei Comuni.

Diventa centrale il tema dell'equità e della opportunità di redistribuzione delle risorse in particolare mediante servizi meno razionati sul territorio e non solo erogazioni economiche. Da qui la scelta di valorizzare le forme d'impiego dei titoli sociali, in particolare sotto forma di voucher all'interno però di piani individualizzati; le risorse e le competenze familiari vengono coinvolte dai servizi in un processo di condivisione, all'interno di un progetto che stabilisce l'accordo/patto, ne assicura l'attuazione anche attraverso l'apporto di risorse professionali con cui favorire empowerment e tenuta complessiva e/o creando le condizioni sul «mercato» per un «acquisto tutelato di servizi».

Il Distretto sociale si candida a rappresentare un vero e proprio sistema sociale di ambito all'interno del quale ogni Comune concorre alla costruzione del governo dei servizi e della valorizzazione delle risorse della comunità locale. In questa logica devono essere valutati i diversi possibili sistemi gestionali, necessariamente da ricondurre funzionalmente all'obiettivo ed al livello di protezione sociale di cui il territorio dell'Ambito intende dotarsi.

In prospettiva di consolidamento, probabilmente l'unica per evitare il rischio di una marginalità dei Comuni, il Piano di zona evidenzia la riflessione circa le forme associative e di gestione associata con personalità giuridica. Con il terzo Piano di zona del Distretto di Cremona infatti riconosce la nascita dell'Azienda sociale consortile chiamata ad assumere un ruolo stabile di interlocuzione non solo per attuare la gestione dei servizi sociali per conto

dei piccoli Comuni, bensì in prospettiva per assumere la gestione della regolazione dei servizi e quindi di quella ampia rete di Fondazioni nate dalla trasformazione delle Ipab che non solo gestiscono servizi di natura residenziale ma anche territoriale e domiciliare.

Non solo i Comuni ma anche il Terzo settore esprime, attraverso il Piano di zona, la richiesta di interlocuzione sovracomunale.

Tutto ciò nella logica tra l'altro di ridare equilibrio a forti sproporzioni tra le dimensioni di aziende sociali grandi collocate in piccoli Comuni, situazioni quest'ultima, diffusa nel territorio Cremonese.

Il Piano di zona si propone di uscire dalla fase della sperimentazione anche per poter affrontare i nodi relativi alla organizzazione dei servizi introdotti dalla legge regionale n. 3/2008 attraverso l'individuazione di percorsi attuativi e specifici strumenti di lavoro.

In primo luogo bisogna affrontare il superamento di ancora forti differenziazioni nei regimi di accesso ai servizi, differenze nella valutazione della capacità economica dei richiedenti e nella compartecipazione alla spesa, disomogeneità e frammentazioni negli interventi.

È prioritario il raggiungimento di condizioni per il riordino organizzativo dei servizi, la graduale omogeneizzazione di procedure e criteri per l'accesso, strumenti di valutazione del bisogno, di progettazione degli interventi il più possibile uniformi, nella prospettiva di definizione dei livelli essenziali di assistenza.

L'ambito distrettuale di Cremona, nell'affrontare il forte ritardo nella definizione dei Lea sociali a livello nazionale, si assume l'impegno e la sfida di lavorare al raggiungimento di livelli di sviluppo di servizi più uniformi. Per far questo, i riferimenti contenuti nella legge 328/2000 e ribaditi nella legge quadro regionale, hanno consentito di individuare con sufficiente chiarezza i Lea sociali su cui nel territorio si sta lavorando.

Si prevede, quindi, l'ulteriore sviluppo delle proget-

tualità già attive nel Distretto, riferite alla sperimentazione di nuovi modelli di segretariato sociale che, a partire dall'accesso del cittadino ai servizi, possano permettere di affrontare il tema dei Punti unitari di accesso ai servizi sociali e sociosanitari, pubblici e privati.

Non si tratta di semplici sportelli informativi per la cittadinanza, né solamente di funzioni di segretariato sociale bensì di soluzioni organizzative che, come avvenuto per il Comune di Cremona con il Pois (Porta unitaria di accesso ai servizi) possano favorire, in particolare nelle zone più periferiche del territorio, informazione orientamento e presa in carico del cittadino.

Il Comune di Cremona, in qualità di principale comune della provincia oltreché dell'Ambito distrettuale di cui è parte, ha avviato in quest'ottica la completa revisione dei modelli e pratiche interne al Settore di servizio sociale, in sintonia con la territorializzazione degli interventi, la distrettualizzazione dei progetti, nella prospettiva di attivazione dei livelli essenziali di assistenza. Il processo ha comportato l'avvenuta riorganizzazione dei servizi sociali comunali che vedrà, nell'attuazione del Piano di zona, la messa a regime di strumenti e metodologie specifiche di lavoro, nel costante dialogo e sintonia con i Comuni dell'Ambito.

Da ultimo con il Piano di zona s'intende affrontare il tema del concorso dei cittadini alla spesa, quindi porsi la valutazione della sostenibilità del sistema, con una ricognizione che è insieme istituzionale, gestionale e professionale. Con la riforma dell'art. 5 della costituzione e secondo le indicazioni della legge 328/2000 si ribadisce la centralità dell'ente locale all'interno della cornice regionale e nazionale. Tutto ciò a partire dalla possibilità d'individuare a livello locale soglie di accesso ai servizi omogenee tra i Comuni, sulla base di applicazioni modulate dell'indicatore Isee, al fine di favorire maggiori condizioni di equità nella fruizione dei servizi rispetto alla diversa condizione economica delle famiglie.

Il terzo Piano di zona dell'Ambito Distrettuale Cremasco si caratterizza per un forte impegno di partecipazione da parte di numerosi componenti la comunità locale.

In questo senso è quindi da considerarsi un elemento di nota il fatto che il Piano di zona non si è ridotto ad un documento scritto nel chiuso di qualche ufficio, ma è stato un processo comunitario di ascolto, di confronto e di fattiva partecipazione. È stato un cammino lungo ed impegnativo che ha visto diverse fasi di lavoro:

➤ (aprile - giugno 2008) confronto e discussione per individuare le ipotesi/tesi di fondo del Piano di zona. In questa fase l'Ufficio di Piano, su mandato dell'Assemblea dei Sindaci, ha svolto un ruolo di regia del processo, elaborando le tesi/ipotesi da proporre alle diverse componenti per una riflessione e per una «interpretazione» degli assi portanti il nuovo Piano. In questa fase sono stati realizzati momenti di confronto assembleari di tipo seminariale e di lavoro/confronto guidato dal titolo *Verso il Nuovo Piano di Zona*: il 19 maggio 2008 il 1° workshop – con l'intervento del professor Mozzanica – ed il 17 giugno 2008 il 2° workshop – con l'intervento della dottoressa Manoukian;

➤ (settembre - dicembre 2008) momento di confronto e di analisi del nostro contesto territoriale alla luce delle tesi/ipotesi per il nuovo Piano di zona. In questa fase è stata realizzata una lettura ragionata dell'ambito territoriale per andare ad individuare le principali aree di bisogno in funzione delle quali definire le priorità per il prossimo triennio. L'analisi ragionata è stata presentata anche in un incontro pubblico per le realtà del terzo settore (25 novembre 2008) e ha beneficiato di contributi e di apporti da parte di diverse realtà della comunità locale. La fase due si è conclusa con l'Assemblea distrettuale dei Sindaci che in data 18 dicembre ha approvato il documento preliminare per il nuovo Piano di zona. Questo documento contiene gli indirizzi politici dell'Assemblea che si traducono nella definizione degli assi strategici e

delle aree di priorità per il prossimo triennio;

➤ (gennaio - febbraio 2009) di sviluppo delle azioni del nuovo Piano di zona. In questa fase è stato realizzato un nuovo investimento dei gruppi tematici/di progetto composti da operatori del pubblico e del privato sociale, chiamati a «redigere» il nuovo Piano, sviluppandone le azioni e le linee innovative di attuazione. In questa fase l'Ufficio di Piano ha lavorato sulla riprogettazione delle attività consolidate del Piano di zona (con particolare riferimento al Servizio sociale professionale, all'Accreditamento e ai titoli sociali e ai sistemi e regole di accesso ai servizi. Sempre in questo periodo, in accordo con gli Uffici di Piano di Cremona e Casalmaggiore e con l'Azienda sanitaria locale, è giunto a completamento il lavoro progettuale per costruire aree di lavoro per l'integrazione sociosanitaria da porre quali obiettivi per il prossimo triennio. Il documento ha avuto anche un significativo momento di presentazione e di riflessione pubblica grazie all'organizzazione di un convegno provinciale a Cremona il 16 gennaio 2009. L'Ufficio di Piano e Coordinamento politico hanno poi riformulato il quadro complessivo del sistema di finanziamento dell'attività distrettuale mediante la finalizzazione del Fondo Unico.

➤ (marzo 2009) di socializzazione e di condivisione dell'elaborato finale quale sintesi del percorso svolto. Questa fase ha visto la realizzazione di due serate di presentazione ed un incontro di condivisione e di riflessione rivolta in modo particolare ai soggetti della comunità locale. L'Assemblea dei Sindaci quale componente politica rappresentativa delle comunità locali che compongono l'ambito territoriale, nella riunione del 31 marzo 2009 ha proceduto all'approvazione del Piano di zona 2009-2011 e del relativo Accordo di programma per la sua realizzazione.

Oltre che nel processo, la dimensione comunitaria è fortemente entrata nei contenuti del Piano di zona che ha aperto, rispetto al passato, nuove possibili

lità di lavoro e di confronto progettuale su aree tematiche e su aspetti di politica sociale in precedenza non definiti come prioritari.

In particolare le linee strategiche di riferimento possono essere sintetizzate:

- nella volontà di agire in qualità di enti locali impegnati nella promozione di tutele e opportunità per tutti i cittadini, attraverso la costruzione di una dinamica relazionale forte con tutti gli attori della rete formale ed informale che agiscono nei nostri comuni;
- nella chiara scelta di privilegiare la dimensione di lavoro di stampo preventivo-promozionale a beneficio della collettività e dell'interesse dei cittadini, pur tenendo in considerazione le diverse tipologie di soggetti che vivono nelle nostre comunità. Questa dimensione dovrà permeare l'intero assetto delle politiche sociali e caratterizzare in modo innovativo il prossimo triennio di attività;
- nella necessità di giungere ad un nuovo investimento di attenzioni e strategie che tendano a favorire modalità di presa in carico che non si risolvano nella «gestione» di casi, nell'erogazione di prestazioni, nell'attivazione di servizi standardizzati e di un sistema di offerta auto referenziale. La nuova dimensione del lavoro sociale pone al centro e valorizza le componenti dell'ascolto, dello «stare con», dell'accompagnamento e della cura delle persone. La dimensione della cura si esprime con una spinta ad introdurre una cultura della «vicinanza» che permette di riconoscere la persona che chiede aiuto nella sua globalità, al di là e oltre il motivo specifico che in quel momento determina una condizione di fragilità o bisogno.

La comunità diventa soggetto e oggetto del lavoro sociale e, in questa prospettiva il Piano di Zona accoglie le seguenti aree di priorità, quale ambito di impegno comune di tutti i soggetti attivi nel contesto locale:

- ripensare le politiche sociali del nostro territorio a partire da una connotazione «educativa» dei nostri interventi, servizi, progetti, (...) La dimensione educativa appare essere la via maestra per richiamare a fatti concreti il valore promozionale/preventivo dell'intervento sociale e permette a molte componenti, formali ed informali della comunità locale,

di agire il proprio ruolo e di condividere i propri talenti;

- compiere un ulteriore passo in avanti rispetto al difficile e mai concluso lavoro di ricomposizione della frammentarietà degli interventi che ruotano attorno al cittadino, ancora considerato solo come un utente di singole e differenziate prestazioni. Oltre all'integrazione interistituzionale, che pur rimanendo obiettivo da raggiungere ha visto molteplici sforzi profusi, si punta a promuovere una logica integrata che allarghi lo sguardo alle altre componenti della comunità locale, intese come risorsa e come possibilità di intervento che vanno oltre ed integrano le possibilità operative dei servizi. Tutto ciò per considerare l'interesse della persona che vive in una comunità, che ha una rete di relazioni, che porta con se delle problematiche, ma che ha anche delle risorse proprie o della propria «rete» in grado di concorrere alla «cura» della situazione di bisogno;
- condividere alcuni livelli essenziali di opportunità, omogenei a livello territoriale. Quest'area d'intervento si traduce in molteplici possibili attuazioni, quali: offrire una garanzia, in relazione a determinate tipologie di opportunità, di risposte omogenee a livello territoriale/distrettuale, oltre la rigidità dei confini amministrativi di residenza, anche mediante la costruzione di una carta dei servizi sociali distrettuali: realizzare sistemi unitari di accesso a determinate tipologie di servizi, con riferimento anche a modalità omogenee di co-responsabilizzazione dell'utenza rispetto ai costi dei servizi.

Da alcuni mesi è iniziata la fase di attuazione e certo il lavoro non manca. Non basta, infatti, aver scritto delle cose da fare, ora si tratta di operare per rendere concrete le idee e gli obiettivi condivisi. Non mancano neppure le difficoltà e gli ostacoli che quotidianamente siamo chiamati ad affrontare. Ciò nonostante, ci sentiamo di affermare che il Piano di zona dell'Ambito di Crema ha acquisito un valore nuovo e si è arricchito rispetto al passato: è sempre di meno «un adempimento» e sempre di più «una scelta» che enti locali, associazioni di volontariato, cooperative sociali, enti di promozione sociale, diocesi, oratori, scuole, (...) hanno fatto insieme e che ora cercano di portare avanti per concorrere alla promozione del bene delle nostre comunità.

La legge 328 e la legge regionale 3/08, oltre all'esperienza concreta di programmazione zonale condotta a partire dal 2002 confermano che sostanzialmente sono due le direttrici intorno alle quali ruota il processo di elaborazione e attuazione del Piano locale: una è finalizzata allo scopo principale del piano, ovvero alla promozione e organizzazione di un sistema locale integrato di servizi sociali, l'altra alla costruzione del sistema di governance dell'ambito, ovvero alla mobilitazione di attori territoriali pubblici e di privato sociale che costruiscono partnership per condividere, pur nella valorizzazione dei diversi specifici ruoli, la responsabilità di governo delle politiche sociali e sociosanitarie del territorio.

Il Piano di zona ha dunque lo scopo di costruire progressivamente un sistema locale integrato di servizi sociali, attraverso una governance di zona, ovvero la mobilitazione delle risorse vitali della società civile di ciascun territorio.

La esperienza condotta in questi anni ci suggerisce che per raggiungere questo scopo è opportuno considerare il Piano di zona secondo un approccio strategico, comunicativo ed incrementale.

Possiamo affermare che in questi anni con il Piano di zona sono decisamente aumentati coloro che si propongono come costruttori di politiche sociali pubbliche, ovvero come «teste pensanti» che ragionano non solo con un'ottica progettuale, ma anche con un'ottica strategica, di «policy making». Chi partecipa alla pianificazione zonale, prima di redigere progetti è infatti parte in causa nella scelta delle priorità e degli orientamenti per la costruzione delle politiche più adeguate ai bisogni del proprio contesto territoriale.

In questo quadro considerare il Piano di zona secondo un approccio strategico, comunicativo ed incrementale significa tenere conto dei processi di significativo cambiamento in atto e in particolare superare i rischi di autoreferenzialità che invece si incontrerebbero adottando un approccio di tipo razional-sinottico. Infatti all'approccio razionale il modello strategico contrappone una pianificazione

che privilegia la dimensione riflessiva e al tempo stesso interattiva della programmazione. Il presupposto di questo tipo di approccio è il riconoscimento del fatto che, nel particolare campo delle politiche sociali e socio sanitarie, la realtà si sviluppa per piccoli passi e si ridefinisce continuamente nel corso dell'azione sotto la spinta del mutare dei bisogni e degli interessi dei soggetti in campo. In questo quadro è necessario un approccio riflessivo, che si interroghi costantemente, attraverso progettazione, osservazione, valutazione e riprogettazione sul senso delle scelte via via operate. Tale riflessione avviene anche e non secondariamente attraverso il confronto fra i diversi portatori di interesse (attori della governance). La riflessione, la valutazione e la negoziazione fra gli attori accompagnano infatti tutto il percorso di elaborazione ed attuazione del piano di zona.

La valorizzazione della dimensione comunicativo-negoziale di questo approccio è pertanto una importante tappa dell'evoluzione della programmazione sociale nel nostro territorio. Nella nuova fase di programmazione 2009-2011 si intende ulteriormente valorizzare e rafforzare questa funzione attraverso un sistema di comunicazione, coinvolgimento e negoziazione dei diversi attori istituzionali e della società civile, in una logica sempre più orientata alla costruzione di una solida governance.

Inoltre l'esperienza ha dimostrato che uno degli elementi di successo del Piano di zona sta nella possibilità di determinare le azioni effettivamente fattibili nel breve periodo in un determinato territorio, capaci di innescare una prima trasformazione del sistema, nella consapevolezza che le prime trasformazioni conseguite libereranno nuove attenzioni ed energie, e che da esse scaturiranno nuovi orientamenti e nuovi sviluppi. In questo continuo concatenarsi di risultati ed obiettivi il piano di zona assume necessariamente anche un carattere incrementale, evitando di divenire un documento statico e a rischio di rapido invecchiamento, per assumere il ruolo di un indirizzo delle politiche periodicamente ri-

definibile sulla scorta dell'analisi del percorso fatto. Alla luce ed in coerenza con quanto esposto, per il prossimo triennio 2009-2011 si intende rilanciare la programmazione passando ad una nuova fase, orientata al consolidamento di questo modello di programmazione strategico, comunicativo-negoziale e incrementale.

Quindi si procederà tanto nella costruzione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e socio-sanitari, quanto nel consolidamento del sistema di governance delle politiche sociali del territorio, sviluppando le relazioni e la coesione fra i soggetti coinvolti con responsabilità ai vari livelli. Solo potenziando parallelamente entrambi questi livelli si potranno solide basi per la costruzione di un sistema integrato di servizi effettivamente efficiente ed efficace.

La nostra cornice programmatica, che andremo a sviluppare anche alla luce delle indicazioni regionali nel prossimo triennio, prevede di promuovere una visione d'insieme orientata a due livelli: il territorio e il singolo cittadino portatore di un bisogno.

La programmazione, e di conseguenza la sua organizzazione, devono poter pertanto prestare attenzione a entrambe queste dimensioni, ponendo in equilibrio i due aspetti.

Di fatto quello che si chiede al nostro piano di zona è di avere:

Promuovere coesione sociale:

- > informazione;
- > promozione e sensibilizzazione;
- > partecipazione.

Promuovere l'integrazione a vari livelli:

- > 20 Comuni 1 ambito territoriale;
- > integrazione con le realtà presenti sul nostro territorio;
- > integrazione socio sanitaria;
- > integrazione con l'amministrazione provinciale;
- > integrazione con altre politiche.

Sperimentare e innovare nei modi e nei contenuti:

- > accesso;
- > presa in carico integrata;
- > progetti individualizzati;
- > continuità assistenziale.

Gli assi strategici individuati e le parole chiave per la politica sociale a misura di cittadino.

Promuovere la salute e il benessere per bambini, ragazzi, genitori:

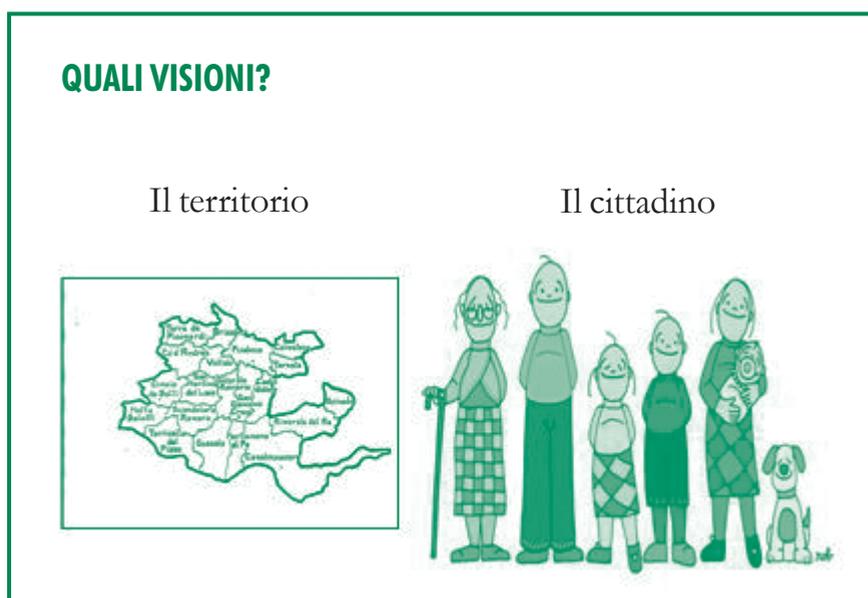
- > sani stili di vita;
- > responsabilità educativa diffusa;
- > conciliazione tra lavoro e vita familiare e sociale;
- > percorsi di cura per bambini/ragazzi a rischio evolutivo e genitori fragili;

Promuovere la salute e il benessere per anziani e disabili:

- > sani stili di vita;
- > sostegno alle reti relazionali e sociali e contrasto all'isolamento;
- > favorire l'accesso al sistema dei servizi;
- > rafforzare attori e strumenti dei percorsi di cura: formazione, sistema informativo, integrazione dei percorsi;
- > integrazione scolastica e lavorativa per i disabili.

Promuovere la salute e il benessere per giovani, adulti fragili, disagio mentale e dipendenze:

- > prevenzione e stili di vita sani;



Gli assi strategici individuati e le parole chiave per la politica sociale a misura di territorio.

- > favorire percorsi di reinserimento sociale;
- > accogliere, mediare e orientare.

Lecco è una provincia piccola (poco più 300.000 abitanti), ma con numerosi comuni (92). Il territorio lecchese è molto eterogeneo: c'è una consistente parte Montana (la Valsassina e ValVarrone), c'è la zona del Lago, Lecco e il suo interland e, infine, la Brianza con i suoi comuni e numerose attività artigianali e industriali.

Dal punto di vista macro economico, Lecco pur soffrendo la crisi economica dal punto di vista occupazionale con numerose chiusure di aziende e un aumento considerevole della cassa integrazione, rimane una provincia economicamente avanzata, con un alto reddito e una disoccupazione al di sotto della media nazionale e regionale.

In questo contesto si inseriscono numerosi problemi sociali che qui riassumiamo brevemente:

- a) l'invecchiamento della popolazione e le conseguenti fragilità sia sul piano sanitario che dal punto di vista socio/economico;
- b) l'isolamento delle famiglie e la fragile rete di servizi della prima infanzia;
- c) la difficoltà ad affrontare le problematiche adolescenziali e i conseguenti negativi stili di vita;
- d) l'aumento della presenza di immigrati con i conseguenti problemi di ordine economico, sociale;
- e) la diminuzione dei finanziamenti statali inerenti l'integrazione dell'handicap nella scuola;
- f) l'aumento dei costi dei servizi e delle infrastrutture.

Questi problemi si inseriscono inoltre in un substrato culturale di bassa propensione alla fiscalità e pertanto di una diminuzione di risorse messe a disposizione ai servizi. Oltre a una diminuzione di finanziamenti, se da un lato si sostiene l'unicità del Fondo nazionale politiche sociali (legge 328/00) dall'altro, in questi anni, il legislatore regionale ha prodotto iniziative di natura settoriale che vanno ad inserirsi, e a volte a sovrapporsi, sui Piani di zona.

Sinteticamente possiamo dire che:

- il primo Piano di zona (2002-2005) è stato un

Piano di zona con una forte presenza della Asl (divenuto ente capofila dei Piani di zona) e ha definito il sistema di relazione di natura gestionale, istituzionale e giuridica. I Piani di zona (tre nella provincia di Lecco) nel primo triennio hanno di fatto trasportato la rete dei servizi presenti nel territorio e avviato la «politica dei nuovi titoli sociali» introducendo il Buono Anziani;

- il secondo Piano di zona (2006-2008) ha visto la nascita delle gestioni associate dei servizi sociali. Tolto poche eccezioni nel territorio lecchese, con l'impossibilità per l'Asl di gestire in forma delegata i servizi sociali, i Comuni hanno definito nuove forme associate di gestione. Nel Distretto di Merate nel luglio 2005 è nata l'Azienda speciale consortile ReteSalute con l'obiettivo di creare i presupposti organizzativi, gestionali e istituzionali per costruire un gestore unico dei servizi alla persona, verificando la possibilità di creare ambiti di integrazione con gli interventi sanitari (hanno aderito tutti i comuni del distretto escluso Missaglia). Nel Distretto di Lecco si è costituita l'associazione dei Comuni del Distretto di Lecco, con capo-fila il Comune di Lecco per la gestione dei servizi ex delegati (tutela minori, gestione Cse ecc.). Nel Distretto di Bellano si è costituita la gestione Associata con capofila la Comunità montana principalmente per il Servizio tutela minori. Inoltre per questo territorio ha significato l'avvio di un servizio specifico su questo delicato tema.

Pertanto il secondo Piano di zona, da un lato, ha significato il profondo cambiamento gestionale dei servizi sociale con il passaggio dalla gestione Asl alla gestione associata comunale. L'impegno di energie e risorse su questo campo ha un po' limitato l'avvio degli ambiti di partecipazione (tavoli tematici, tavoli tecnici ecc.) che di fatto si sono avviati alla fine del triennio in occasione del nuovo Piano di zona.

Inoltre nel secondo Piano di zona si sono rafforzati gli ambiti di confronto tra i Piani di zona (Ufficio

dei Piani), concordando bandi, concorsi, iniziative comuni su tutto il territorio provinciale:

- > voucher del pronto intervento anziani;
- > bando buono sociale;
- > bando disabili;
- > bando affido familiare.

Il terzo Piano di zona, approvato nel marzo del 2009 di fatto è lo strumento per attuare nel territorio la Legge regionale n. 3/08, che ha abrogato la legge regionale 1/86 e ha disegnato un nuovo sistema dei servizi alla persona. Con i nuovi Piani di zona andranno a delinarsi alcuni fondamentali aspetti:

- a) l'accreditamento delle Unità d'offerta
- b) la completa attuazione del sistema dei nuovi titoli sociali
- c) l'avvio di programma riguardanti la non autosufficienza
- d) l'avvio di interventi a sostegno della famiglia.

Accanto a ciò, soprattutto per i Distretti di Bellano e Lecco si dovranno meglio definire la struttura, l'organizzazione e la modalità di gestione della gestione associata dei servizi alla persona.

Infatti in questi anni, a causa degli interventi legislativi verso la finanza locale, la gestione diretta appare complessa e difficile. Questi ambiti territoriali dovranno trovare modelli gestionali consoni alle oggettive difficoltà dei Comuni. Inoltre gli amministratori locali dovranno trovare un equilibrio fra gestione dei servizi e l'impostazione legislativa regionale basata sulla libertà di scelta.

L'attuazione della Legge Regionale 3, il maggior coinvolgimento dell'Asl nei Piani di zona, la definitiva attuazione, anche nel nostro territorio, dei voucher

sociali dovranno definire una nuova organizzazione dei servizi.

Infine, e non per importanza, questo triennio dovrà maggiormente vedere il coinvolgimento dei soggetti pubblici e privati nell'attuazione del Piano di zona e la piena operatività dei tavoli tematici e del terzo settore.

MA TUTTO QUESTO COSA PORTERÀ AL CITTADINO?

In questi anni, al di là dei proclami e degli interventi estemporanei (come per esempio il Buono famiglie numerose), il sistema del welfare lombardo ha subito una riduzione dei finanziamenti sia a livello nazionale (circa il 15% rispetto al 2008) che a livello regionale (circa il 10% rispetto al 2008). Accanto alla diminuzione delle risorse sono aumentati i bisogni e le domande dei cittadini. Inoltre sono sorte, anche in territori poveri di servizi come il bellanese, nuove unità d'offerta.

Oggi il tema, che deve essere affrontato dagli uffici di Piano e dalle Assemblee Distrettuali, è l'accessibilità ai servizi da parte dei cittadini. Case di riposo, centri diurni per anziani, asili nido, servizi per minori sono oggi servizi con costi e conseguenti rette all'utenza molto alti.

Gli attuali sistemi di rilevazione del reddito per eventuali integrazioni economiche appaiono superati rispetto alla nuova situazione. Pertanto per una fascia considerevole di popolazione sembra difficile accedere ai servizi. Questa spezzatura consistente della popolazione rappresenta la fascia che, paradossalmente, paga maggiormente le tasse (ceti medi, lavoratori dipendenti).

Poche risorse e tanti bisogni, deve portare il programmatore zonale a definire meglio le priorità d'intervento e a ipotizzare servizi ai cittadini sempre più efficaci ed efficienti.

Dobbiamo ammettere, con tutta onestà, che il nostro territorio sconta una certa arretratezza rispetto ad un progetto organico e integrato di risposte ai bisogni sociali e, soprattutto, socio-sanitari per le persone anziane. Il primo Piano di zona, con l'Asl come ente capofila ha visto l'avvio dei soli «buoni sociali» per gli anziani, caratterizzandosi per una gestione frammentaria e tesa a rispondere sul piano del solo bisogno individualmente espresso.

Inquadro quanto avvenuto a livello locale all'interno dei forti mutamenti registrati nell'orientamento delle politiche sociali e socio-sanitarie regionali. La separazione tra Asl e azienda ospedaliera e la trasformazione delle Asl da ente gestore di servizi a ente di «programmazione, acquisto, controllo» (Pac) hanno posto il territorio (primi fra tutti i Comuni) di fronte al difficile compito di riassumersi una responsabilità diretta nell'erogazione dei servizi alla persona, oltre a porre la necessità di ricostruire un legame virtuoso tra gli interventi di cura deputati all'ospedale e gli interventi di riabilitazione, assistenza, delegati al territorio. Di fronte a questi problemi oggettivamente dirimenti, il Lodigiano è stato attraversato da forti contrasti sul piano politico-istituzionale, problemi che hanno portato il territorio a dividersi rispetto agli orientamenti e alle scelte di politica sociale da mettere in campo. Due distretti socio sanitari (Lodi e Casalpusterlengo con quarantanove Comuni) hanno deciso di provare a sperimentarsi insieme in un secondo Piano di zona (2006-2008) avendo a riferimento un preciso progetto di «welfare territoriale» che ricomponesse (nelle sue linee essenziali) la necessità per i Comuni di organizzarsi in un unico Ente di gestione per l'erogazione dei servizi alla persona; il dare organicità alla programmazione sociale territoriale a partire da una analisi dei bisogni condivisa tra i soggetti del settore pubblico-istituzionale e quelli afferenti al terzo settore (nell'accezione ampia di questo termine); il mettere in rete le tredici case di riposo locali a partire dalle due Asp pubbliche, al fine di creare economie di scala; il definire criteri uniformi di accesso ai servizi per tutto il territorio. Le politiche a favore del-

la popolazione anziana hanno visto una collocazione trasversale in tutti gli obiettivi strategici del piano di zona, senza averne una lettura particolare.

Il terzo Distretto socio sanitario (S. Angelo con tredici Comuni) ha invece deciso di fare un proprio piano di zona autonomo.

Queste scelte di ordine politico hanno comportato difficoltà, incomprensioni, fratture che si sono ovviamente riprodotte sul piano operativo, creando, per una buona parte della vigenza del secondo Piano di zona, ad una differenziazione delle risposte sociali messe in campo nel territorio.

Il Piano di zona dei Distretti di Lodi e Casalpusterlengo si è posto il problema di quali risposte garantire alle necessità sociali delle persone anziane mettendo al centro della propria riflessione il tema del sostegno alla domiciliarità. Il «Consorzio Lodigiano per i Servizi alla persona» (a cui hanno aderito, inizialmente 43 Comuni più la Provincia, poi 49 e ora 58), nato dalla volontà degli amministratori locali di assumere su di sé la responsabilità della gestione e della erogazione dei servizi sociali prima delegati alla Asl, sulla scorta delle indicazioni della programmazione territoriale basata sull'analisi dei bisogni sociali, ha organizzato un servizio capillare e diffuso di assistenza domiciliare rivolta alle persone anziane che ha raggiunto le 41.721 ore di assistenza con l'obiettivo di favorire la permanenza a domicilio di 519 persone anziane.

Anche il servizio di «Segretariato sociale professionale», sempre organizzato attraverso il citato Consorzio e presente in cinquantadue Comuni (altri sette hanno una gestione autonoma di questo servizio) risponde alla esigenza fondamentale di vicinanza ai bisogni sociali là dove nascono, anche nel caso di Comuni di piccolissime dimensioni. E nel tempo questo servizio si è dimostrato essenziale per l'ascolto delle problematiche delle persone anziane e delle loro famiglie.

Il terzo Piano di zona (2009-2011) gode dei frutti del lavoro lungo e faticoso portato avanti nella triennalità precedente, caratterizzato da una unità di intenti tra

l'apparato tecnico del piano di zona stesso (Ufficio di Piano) e il livello amministrativo-istituzionale. Si è giunti a ricomporre il territorio nell'ambito della programmazione attraverso la realizzazione di un unico Piano di zona (con Lodi ente capofila) che si caratterizza per l'ampia partecipazione attivata e per l'alto livello di corresponsabilità promosso fra i vari attori che a differente titolo e ruolo sono oggi implicati nella costruzione di un «Sistema integrato di protezione sociale territoriale». Costruire un sistema integrato significa porsi il problema di come passare dalla analisi dei bisogni alla definizione dei «problemi sociali» concreti che da quella analisi condivisa ne scaturiscono. Non solo, significa anche porsi il problema degli interlocutori, dei soggetti sociali con i quali, nel qui e ora, è possibile costruire rapporti e risposte efficaci. A partire dalla analisi dei dati a disposizione che indicano nel Lodigiano un territorio ad alto tasso di invecchiamento, con una percentuale rilevante di «grandi anziani» che vivono soli, spesso in condizioni di non autosufficienza, con una conferma sempre più evidente della fragilità della famiglia quando si trova a doversi occupare di un proprio congiunto anziano in difficoltà (sia che lo voglia assistere a domicilio che voglia orientarsi per un ricovero in struttura residenziale) questo terzo Piano di zona, per la prima volta, ha ritenuto strategico costruire gli obiettivi di mandato per il triennio 2009-2011 attraverso un confronto con la rete delle unità di offerta dei servizi socio-sanitari e assistenziali (Rsa, Cdi, Idr, Sad) e soprattutto con il sindacato. Sono stati effettuati incontri congiunti con le organizzazioni confederali Cgil, Cisl, Uil, le relative organizzazioni dei pensionati, degli enti locali e della sanità, al fine di affrontare le tematiche sociali con una visione di insieme. Non si è trattato del solo confronto ma della costruzione di un rapporto di corresponsabilità che ha portato alla scelta di individuare il sindacato confederale e le rappresentanze delle unità di offerta socio-sanitarie per anziani quali soggetti aderenti al Piano di zona. Oggi il sindacato siede al Tavolo istituzionale zonale (Tiz) come uno dei partner del Piano di zona, partner che ha piena voce e titolarità per affrontare i problemi e fare proposte. Un primo efficace risultato di questa apertura di dialogo è dato dalla individuazione di uno degli obiettivi strategici di lavoro per il prossimo triennio: il garantire l'integrazione socio-sanitaria attraverso azioni per «la continuità di cura» e la definizione di un «protocol-

lo per le dimissioni protette» non solo scritto sulla carta, ma realmente condiviso tra i soggetti interessati e quindi con caratteristiche di maggiore efficacia. Sviluppare e ottimizzare l'area dei servizi per gli anziani è diventato un obiettivo rilevante per questo triennio del Piano di zona. In particolare pensiamo di continuare a sostenere il progetto, appena avviato in collaborazione con la Provincia di Lodi, per la formazione di un Albo delle assistenti familiari, attraverso la prima fase (ora in svolgimento) che prevede un corso di formazione per queste figure assistenziali e l'erogazione di un «buono sociale» di sostegno alle famiglie che intendono regolarizzare il rapporto di lavoro con l'assistente familiare in una logica di emergenza dal «nero». Per quanto concerne le azioni per la «non autosufficienza» il Piano di zona è orientato ad ampliare la gamma di titoli sociali per favorire la domiciliarità (buoni sociali per l'assistenza a domicilio; voucher sociale di sollievo per le persone non autosufficienti che usufruiscono di periodi di ricovero di sollievo presso le Rsa; voucher sociale per il trasporto per le persone non autosufficienti che frequentano un Centro diurno integrato). Per quanto concerne il tema delle «dimissioni protette» è stato definito come obiettivo per i Comuni quello di partecipare, attraverso la presenza di proprie figure sociali, all'equipe multidisciplinare con l'Asl per la gestione integrata degli interventi da valutare nel passaggio dal ricovero ospedaliero al domicilio, o alle strutture di riabilitazione e di cura. Una ulteriore azione che si intende perseguire riguarda l'analisi del sistema di offerta complessivo per le persone anziane che rimanda ad un altro obiettivo strategico del Piano di zona: quello del governo della rete dell'offerta al fine di programmare, orientare e valutare l'efficacia dei servizi e delle prestazioni offerte in funzione delle necessità dei cittadini anziani.

Per il sindacato pensionati si tratta ora di farsi portatore di una conoscenza delle problematiche sociali derivanti dal contatto diretto con i «portatori di bisogno» e di un sapere che è frutto di anni di approfondimenti.

La sfida del territorio è quella di aggiungere tasselli importanti per la definizione del «Sistema integrato locale», un sistema di welfare in cui il pubblico intende mantenere la volontà di responsabilizzarsi sui compiti del sociale e del socio-sanitario per offrire risposte, il più adeguate possibili, ai cittadini.

Donatella Barberis

**RESPONSABILE UFFICIO DI PIANO
DISTRETTI DI LODI, CASALPUSTERLENGO,
SANT'ANGELO LODIGIANO**

Il Piano di zona è certamente uno strumento di programmazione strategica oltre che operativa che restituisce ai Comuni la piena titolarità delle politiche sociali e riporta l'attenzione sulle principali priorità sociali sia con un obiettivo di attivare delle risposte immediate e concrete, sia con la finalità di prefigurare uno scenario futuro e di investire conseguentemente in interventi di prevenzione, di progettazione e di innovazione del sistema del welfare.

Riteniamo che sia importante, e nella nostra esperienza possibile, interpretare il lavoro di programmazione zonale come un'azione e un pensiero collegato, per tentare nel contempo di riuscire a tenere insieme la dimensione del breve del qui e ora e quella del medio - lungo termine.

Ciò significa da una parte mettere mano alle risorse e occuparsi delle situazioni contingenti, dall'altra parte interrogarsi sulle cause, riflettere sui fenomeni sociali e la loro dinamicità, sui cambiamenti che comportano sul piano socio-demografico per ipotizzare, in una visione prospettica, quali siano le necessità, i bisogni e quale sistema di servizi e di risposte può essere utile predisporre.

Nell'ambito dei servizi per la popolazione anziana, ad esempio, ci troviamo di fronte ad un fenomeno, il crescente invecchiamento della popolazione, che pur annunciato e ampiamente previsto dagli studi demografici tuttavia ci coglie parzialmente impreparati ad assumerne le trasformazioni profonde nella composizione delle famiglie e della popolazione complessiva che esso comporta.

L'allungamento della vita media e la sua complessità sanitaria e assistenziale ci pongono delle nuove questioni in termini di cura, di assistenza e di servizi domiciliari, sia nel breve termine che in una prospettiva più ampia e distesa nel tempo.

Programmare e destinare le risorse per la non autosufficienza si pone come una scelta fra l'azione reattiva alla contingenza, il mantenimento di un sistema collaudato di assistenza verso gruppi predefiniti di destinatari, oppure la possibilità di investimento, ad esempio, in ipotesi di differenti criteri per la redistribuzione dei sostegni.

Questo spostamento avviene, nella nostra esperienza, quando si sceglie di privilegiare l'aspetto del progetto individualizzato integrato di assistenza, che necessita di un'integrazione fra diversi interlocutori e di un effettivo coinvolgimento della famiglia, e si cerca di scoraggiare la consuetudine della esigibilità del buono sociale per anziani, ad esempio, come un «diritto» conseguente al possesso di requisiti per l'accesso ai titoli sociali. Nel primo caso l'orientamento è quello di corresponsabilizzare gli attori implicati e di sostenere effettivi e comprovati livelli di bisogno e di carico assistenziale; nel secondo caso si tratta di proseguire in una logica di assistenza che punta più ad individuare e a mantenere un target statico di riferimento e meno si interroga sul reale bisogno, non pre-occupandosi di trattare i problemi.

Uno scopo del Piano di zona è quello di governare il problema nel suo insieme, nell'approccio sistemico al problema/tema di rilievo sociale.

Si crea infatti, nella programmazione zonale, l'opportunità di ricostruire una rappresentazione del problema attraverso i diversi punti di vista degli interlocutori che sono parte attiva nella determinazione del problema e nell'attivazione delle risorse per affrontarlo, ci riferiamo ai servizi pubblici, del privato sociale, all'associazionismo e volontariato, agli utenti e alle famiglie, alle unità d'offerta come le strutture residenziali e diurne, ecc.

Nel caso dell'assistenza degli anziani ci sono molteplici aspetti da considerare, per limitarsi al campo socio-assistenziale, si prevedono differenti dislocazioni: c'è il punto di vista del sistema d'offerta, strutture residenziali, case di riposo, centri di riabilitazione, servizi diurni come centri diurni integrati, con le loro aspettative e con l'esigenza di ampliare il numero dei posti; c'è il ruolo e la nuova titolarità dei Comuni per le politiche sociali, con il tema del trasporto sociale, i regolamenti da armonizzare rispetto all'applicazione della disciplina Isee per l'accesso ai servizi e la compartecipazione della spesa a carico dell'utente; c'è il punto di vista della famiglia nel faticoso e continuativo lavoro di cura domiciliare;

c'è il dato dell'innovazione nell'assistenza domiciliare introdotta dalla presenza delle badanti, straniere in maggior parte; c'è il rapporto non scontato fra ospedale e territorio per la continuità di cura e le dimissioni protette, che coinvolge famiglie e pazienti e servizi territoriali, medici, associazioni di volontariato di vari ambiti.

Tale rappresentazione d'insieme del problema viene restituita e resa disponibile per tutti i soggetti/interlocutori implicati attraverso la funzione di coordinamento che il Piano di zona svolge; uno scopo primario è quello di mettere in contatto parti che fra loro non si conoscono o ri-conoscono reciprocamente come risorse su cui contare per progettare delle risposte maggiormente articolate e funzionali ai bisogni dei cittadini.

Spesso non si valorizzano e non si ricorre sufficientemente ai servizi sia strutturati che informali presenti sul territorio.

Un altro aspetto collegato è quello delle interdipendenze fra le parti del sistema; non è solo utile conoscere, valorizzare e utilizzare al meglio le risorse e le competenze disponibili, è altrettanto vero che le risorse sono tali solo se in relazione fra loro, soltanto se si dà luogo ad una relazione di interdipendenza.

Attraverso il lavoro di programmazione si mettono in luce tali relazioni di funzionalità e se ne evidenziano anche le criticità e le aree di miglioramento; si sviluppano progetti, sperimentazioni successivamente traducibili in nuovi servizi di taglia sovracomunale, territoriale; si può dar luogo ad economie di scala, a sinergie importanti nella dimensione di sussidiarietà fra Comuni; la forma associata di un territorio non si misura solo con la presenza di forme gestionali associate per il livelli di assistenza primaria, come ad esempio nel nostro caso l'importante esperienza del Consorzio Lodigiano per i servizi alla persona, ma anche attraverso la condivisione di criteri zonali per la redistribuzione dei titoli sociali, con la nascita di servizi/progetti cui tutti i Comuni

possono avvalersi (per fare alcuni esempi: educativa di strada per minori e per adulti in difficoltà e senza fissa dimora, microcredito per famiglie colpite dalla crisi economica, inserimento lavorativo per soggetti in condizione di svantaggio sociale), con la scelta comune di dotarsi di criteri sovra comunali per omogeneizzare e armonizzare le differenze fra i regolamenti per garantire pari condizioni nell'accesso ai servizi e nel trattamento economico ai cittadini.

La programmazione può rappresentare quindi una forte sollecitazione alla coesione sociale di un territorio, richiamando i Comuni ad una visione d'insieme delle esigenze delle diverse fasce di popolazione, anziani, minori, persone in condizione di svantaggio sociale, favorendo

una comprensione e una conoscenza dei problemi sociali del territorio; ciò può sostenere gli amministratori locali in un'azione di politica sociale che ricerchi continuamente l'equilibrio fra le diverse istanze, che ponga in ordine di priorità le questioni da affrontare, che non si faccia travolgere dalle emergenze, ma che sappia contemperare la necessità di risposta alla contingenza immediata e l'esigenza di costruire le condizioni

per il futuro, di investire in nuovi dispositivi di risposta, strutturati e maggiormente funzionali ai problemi complessi da trattare

La programmazione costringe a guardare al futuro mentre ci si occupa delle situazioni quotidiane; necessitano di un pensiero futuro in particolare gli anziani proprio per il significativo spostamento dei termini della vita media peculiare di questo periodo storico.

Per concludere una breve annotazione sui principali fattori che incidono nella programmazione zonale e di cui è necessario tener conto.

Il primo fattore è rappresentato dall'andamento dinamico dei problemi sociali e dalle trasformazioni socio-demografiche, che è il primo elemento cono-



scitivo, la cui previsione deve essere monitorata e compresa, riconosciuta dai principali interlocutori territoriali. Nel caso degli anziani la dinamica fenomenologica è significativamente rilevante.

Un secondo fattore è costituito dal reperimento delle risorse; non è solo una questione legata alle quantità messe a disposizione, progressivamente in riduzione, ma si evidenzia una crescente difficoltà di accesso alle risorse, nel senso della tempistica non rispettata, modificata senza preavviso, dei continui cambiamenti dei canali di accesso e dei loro regolamenti intesi come procedure e bandi, infine le assegnazioni con indicazioni vincolate per il loro utilizzo, come ad esempio il fondo per

la non autosufficienza, destinato solo all'assistenza domiciliare.

Infine il fattore maggiormente rilevante ai fini della programmazione è certamente quello della «politica» intesa come gli indirizzi degli amministratori pubblici in ambito di politica sociale, le scelte e le decisioni che vengono assunte ai vari livelli istituzionali e di cui è necessario tener conto in fase di programmazione, sia che esse siano sintoniche e spendibili a sostegno di un piano di welfare localmente efficace e pervasivo, sia che esse rappresentino dei vincoli, delle possibili conflittualità e contraddizioni e che inducano in pensieri ed azioni regressive e semplificative della complessità sociale.



Il 2001 è stato l'anno in cui gli enti locali hanno cominciato a ragionare su come predisporre i Piani di zona che sarebbero diventati operativi e efficaci l'anno successivo.

Le difficoltà che i Comuni avevano in quel momento erano moltissime, in quanto dovevano per la prima volta affrontare le politiche sociali all'interno dei Distretti dei comuni, in attuazione della legge di riforma 328/00, ma in assenza di indicazioni chiare e operative da parte della Regione Lombardia. Soprattutto non si riusciva a capire se la Regione avrebbe confermato i contenuti della legge dopo la riforma del titolo V della Costituzione che assegnava le competenze in via esclusiva alle Regioni stesse. Inoltre in tutte le circolari regionali le Province non erano mai citate e anche le Asl in quella fase erano in difficoltà poiché sarebbero divenute di lì a poco un organismo di programmazione, acquisto e controllo del sistema sanitario locale. Questa situazione di stallo e poca chiarezza ha fatto sì che la Provincia prendesse posizione convocando i Comuni per spiegare e chiarire le novità della legge attraverso analisi approfondite che permettessero di capire le attività che i Comuni potevano condividere e progettare insieme a livello distrettuale. La stessa operazione di studio e conoscenza l'abbiamo riportata, adeguandola al contesto, al tavolo del Terzo settore, privilegiando il mondo del volontariato, con la partecipazione delle organizzazioni sociali e della Caritas. Questo lavoro di formazione è servito nel tempo ai rappresentanti del volontariato, per rompere quella diffidenza che vi era verso questa «intrusione», come spesso veniva percepita la voglia di partecipazione su temi che sino ad allora erano di totale competenza degli enti locali.

Tutto il lavoro fatto in questa direzione è servito a dare fiducia e sostegno ai Comuni assumendoci un ruolo che allora nessuno era in grado di svolgere, nemmeno l'Asl, che anzi ha trovato nella Provincia la possibilità di formazione anche per i propri funzionari, un ruolo che come ho già evidenziato in precedenza la Regione non ci aveva assegnato, così

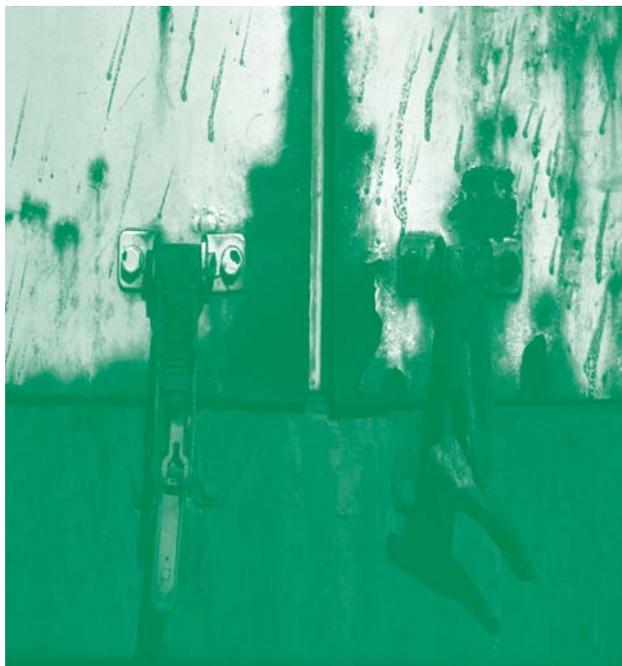
come non sono mai state riconosciute risorse economiche alle Province per seguire il dipanarsi della fase di costruzione dei Piani di zona.

Con l'andare del tempo le Asl hanno definito sempre più il loro ruolo di programmazione e controllo anche su questioni di carattere sociale mentre le Province hanno perso buona parte delle loro competenze in questo settore: gli interventi sui minori, il rilascio di autorizzazioni al funzionamento di alcuni tipi di strutture come Rsa o i servizi per l'infanzia o addirittura perdendo il ruolo di referente per la Regione della legge nazionale 285/97.

In ogni caso con il passare degli anni si è andata affermando l'autonomia organizzativa e di programmazione dei distretti con la costituzione degli Uffici di piano, mentre il ruolo delle Province è andato scemando anche se i Comuni ci coinvolgono quando hanno difficoltà di progettazione e richiedono consulenze particolari su argomenti che hanno caratteristiche sovradistrettuali. La critica che a volte rivolgo ai Comuni è di avere un ruolo troppo reverenziale nei confronti dell'Asl e di essere poco propensi a lottare su questioni che riguardano i propri cittadini. Voglio citare a questo proposito l'esempio dell'unità di valutazione geriatria, servizio importantissimo, molto attivo e funzionale abolito nel 2004 senza creare le condizioni per un servizio analogo, ma lasciando la «libertà di scelta» ai cittadini. Si può benissimo immaginare la confusione che si è creata nella popolazione mantovana, la più anziana della Lombardia dopo Pavia, con poche disponibilità per degenze nelle Rsa e Idr e con una sanità che ha ridotto drasticamente il numero di *posti letto per acuti*. Fin da subito mi sono mosso per dare altri strumenti alle famiglie che le potessero aiutare in questi frangenti, coinvolgendo i Comuni, l'Asl e le aziende ospedaliere in quanto spesso i famigliari dei pazienti che dovevano essere dimessi litigavano con medici o infermieri in assenza di alternative al momento delle dimissioni del congiunto. L'idea di avere un servizio alternativo all'Uvg è stata condivisa dai Comuni e ho avuto nel vostro sindacato un

valido sostenitore, e di grande stimolo nei confronti di tutti i soggetti interessati, ma a parte qualche sindaco i Comuni non hanno mai dato battaglia fino in fondo adeguandosi alle proposte che avanzava il sistema sanitario e ospedaliero in particolare, che naturalmente non pensava agli anziani nel loro complesso ma solamente a liberare i posti letto degli ospedali che essendo stati ridotti all'osso non potevano tenere ricoverati pazienti bisognosi di Idr, Rsa o cure domiciliari. Le Rsa non sollecitate hanno quindi continuato a muoversi singolarmente come aziende con le proprie liste d'attesa e i propri ingressi. Ho visto in questa occasione, che doveva trovarci tutti uniti, Provincia e Comuni una grossa debolezza da parte dei Comuni stessi che sempre si adeguano a ciò che decide la sanità a livello centrale per *poi sostenere altri servizi e costi a proprio carico.*

Inoltre una delle finalità dei Piani di zona è quella di integrare le politiche sociali dei Comuni, del distretto con le altre politiche a favore delle persone: assistenza, sanità, lavoro, formazione, tempo libero. Finalmente dopo otto anni solo ora s'inizia a intravedere la realizzazione di queste linee d'indirizzo anche se resta tantissimo da fare. Infatti come responsabile delle politiche per i giovani ho proposto percorsi formativi agli assessori competenti dei Comuni del territorio mantovano e ho sempre detto loro di partecipare alla stesura dei Piani di zona in quanto credo che un buon lavoro con i giovani, un rapporto di dialogo, di ascolto, sugli stili di vita, sull'aiu-



to a crescere e a progettare dovrebbe servire anche per fare prevenzione. Non basta spendere soldi per cercare di risolvere i problemi dei giovani in situazioni di disagio conclamato ma bisogna creare condizioni per favorire la partecipazione. Gli assessori alle politiche giovanili non sono stati chiamati alla stesura dei piani di zona.

Finalmente per la prima volta all'interno degli ultimi Piani di zona sono stati inseriti alcuni servizi che la Provincia con Caritas avevano avviato anni fa e che dopo aver raccolto l'adesione di alcuni comuni hanno avuto successivamente quella di vari distretti. Servizi di sostegno e protezione alle donne maltrattate costrette a lasciare la propria abitazione per sfuggire alla violenza domestica. Servizi di accoglienza e pasti caldi a chi non ha un alloggio e sostentamento economico e altro.

Abbiamo inoltre dato impulso alle attività delle consulte per l'immigrazione e con il Centro di educazione interculturale provinciale abbiamo realizzato azioni a favore dell'immigrazione rispetto ai minori stranieri in ambito scolastico, sanitario e familiare. Tutti questi servizi sono stati riconosciuti in ambito distrettuale. Interventi apprezzati sì ma che devono essere sostenuti ripristinando le professionalità perdute a causa dei continui tagli di personale della pubblica amministrazione. Un ruolo fondamentale poi lo abbiamo avuto sul terreno della formazione e aggiornamento del personale impegnato nei vari servizi rivolti alla persona e anche per la preparazione di carte dei servizi. Più recentemente abbiamo lavorato per tutti i distretti per avere regolamenti omogenei in ambito provinciale per gli accreditamenti dei servizi di competenza comunale. Spesso si parla di contenimento dei costi, costi della politica, abolizione delle Province utilizzando argomenti a volte sensati e con pertinenza, a volte strumentali. Eppure la normativa regionale che ha tolto molto potere alle Province, con l'introduzione dei distretti, sei per il nostro territorio, ha creato sei mini province, con sei uffici di piano e con altrettanti organismi politici, che si dovrebbero confrontare con sei distretti Asl. Per questo il nostro intervento a sostegno dei distretti diventa sempre frammentario e disorganico in mancanza di un preciso chiaro e certo riconoscimento di ruolo che possa veramente permettere una proficua collaborazione tra l'esperienza collaudata delle Province e i nuovi organismi di programmazione sociale integrata.

Daniela Ottoni

**RESPONSABILE UFFICIO DI PIANO E DIRETTORE
DEL CONSORZIO PUBBLICO SERVIZIO
ALLA PERSONA - VIADANA MN**

Con l'emanazione della Legge regionale n. 3 del 12 marzo 2008 *Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario* in attuazione della legge 328/2000, si conferma il ruolo d'indirizzo dell'amministrazione regionale e viene rafforzato il ruolo dei Comuni, in forma singola o associata, nella programmazione, progettazione e realizzazione della rete locale delle unità d'offerta sociali. I dieci Comuni del distretto sociale e socio-sanitario di Viadana, con un bacino d'utenza in media di 47.500 abitanti circa, hanno optato dall'anno 2006 per la forma giuridica del «Consorzio Pubblico Servizio alla Persona» ai sensi dell'art. 31 del D.Lgs. 267/2000 T.U. Enti Locali, quale forma di gestione associata e unitaria del Piano di zona, al fine di garantire un'erogazione organica e uniforme dei servizi in tutto l'ambito territoriale. La forma di gestione associata dei servizi sociali adottata ha prioritariamente coinvolto tutti i Comuni dell'Ambito quale espressione piena della partecipazione e del consenso comunale.

L'aumento delle richieste di servizi sociali rappresenta un importante vincolo per gli enti locali, specie se di piccole dimensioni e non più in grado di rispondere direttamente alla continua crescita nella richiesta di interventi. Ragionando in termini di politiche sociali integrate, le dimensioni dell'ambito territoriale di Viadana garantiscono comunque la possibilità di disporre di risorse finanziarie e professionali per rispondere a crescenti richieste di intervento. Inoltre, il maggior potere negoziale esercitato dal Consorzio nei confronti degli erogatori di servizi consente un maggior livello di omogeneità e uniformità degli interventi sul territorio. Attraverso l'adozione di regolamenti unici e medesimi sistemi di remunerazione vengono salvaguardati i principi fondamentali come l'equità e la parità di trattamento dei cittadini.

La pianificazione sociale attuata con l'elaborazione del Piano di zona 2009-2011 può essere pienamente rappresentata dal termine di *governance* inteso come processo condiviso di consultazione e

di concertazione che ha visto coinvolta una pluralità di soggetti pubblici e privati. Il Piano di zona si è posto in continuità con l'esperienza realizzata nei precedenti trienni partendo dalla valutazione dei risultati raggiunti e orientando la nuova progettualità allo sviluppo di una più articolata integrazione operativa.

Il Consorzio include nella sua struttura organizzativa l'Ufficio di Piano che garantisce l'integrazione di servizi attraverso la programmazione e la pianificazione degli interventi, l'amministrazione delle risorse complessivamente assegnate (Fondo nazionale politiche sociali, Fondo sociale regionale, Fondo per le non autosufficienze, quote dei Comuni e di altri eventuali soggetti), oltre al coordinamento della partecipazione dei soggetti sottoscrittori e aderenti all'Accordo di programma. La rappresentanza politica di ambito e il ruolo di indirizzo sono affidati all'Assemblea distrettuale dei Sindaci. I tavoli tematici, che rappresentano uno strumento importante per lo sviluppo della programmazione e pianificazione sociale, costituiscono occasione di partecipazione ai processi programmatori anche delle forze sociali operanti sul territorio (fondazioni, cooperative sociali, associazioni di volontariato e di promozione sociale, associazioni familiari/genitori, enti ecclesiastici, organizzazioni sindacali/enti di patronato). Va sottolineato quanto questi gruppi di lavoro o tavoli tematici hanno prodotto le sinergie necessarie per creare consenso e condivisione intorno al documento di programmazione partendo dalla verifica dell'esistente, all'analisi dei punti di forza e dei punti critici fino a giungere alla definizione degli obiettivi.

La riprogettazione del Piano sociale, tenendo conto degli indirizzi regionali, ha dimostrato che la competitività e l'efficienza del sistema della gestione associata passa attraverso anche una migliore integrazione con il settore sanitario. L'integrazione sociosanitaria, attraverso una programmazione coordinata con le politiche sanitarie, deve costituire il reale obiettivo di una presa in carico unitaria dei bi-

sogni e della persona; essa è rafforzata operativamente dalla sottoscrizione degli accordi di programma da parte dell'Asl, deve riguardare gli interventi di continuità assistenziale, il raccordo tra titoli sociali e titoli sociosanitari e in generale gli interventi di tipo domiciliare, quelli a sostegno della genitorialità e la tutela minori, gli interventi e i progetti in area salute mentale, dipendenze e promozione di sani stili di vita.

Ciò che è emerso dalla partecipazione attiva dei vari attori aderenti al Piano di zona è stata l'importanza di porre in primo piano la differenza che intercorre tra il progettare per un ente di appartenenza e il progettare per una comunità, quando questo implica lavorare per il «bene comune» insieme a persone che provengono da esperienze diverse e da diversi ambiti. Il Piano di zona è una ricerca che ci impegna nel confronto con tutte le agenzie e le rappresentanze locali per arrivare il più vicino possibile al cittadino e ai suoi problemi. Il lavoro svolto da gruppi multiprofessionali può produrre risultati importanti quali:

- l'arricchimento professionale e personale delle persone che ne fanno parte;
- un lavoro condiviso e consapevole;
- la diffusione del senso di appartenenza ad una comunità;
- la costruzione della rete;
- la centralità della persona;

Nell'individuazione di bisogni, obiettivi e priorità, il «sistema famiglia» viene posto sempre al centro della programmazione e degli interventi di promozione della qualità della vita, prevenzione, sostegno e assistenza. Emerge pertanto nelle aree d'intervento la necessità e la volontà dei soggetti operanti sul territorio di costituire e rafforzare la rete per sviluppare iniziative e nuove opportunità a sostegno delle famiglie in una logica di forte integrazione interistituzionale e operativo-funzionale.

Gli obiettivi per il prossimo triennio si sviluppano fondamentalmente lungo due assi: quello della «continuità e consolidamento» e quello dell'«innovazione» legate da un comune denominatore: l'integrazione tra politiche sociali e politiche sanitarie, in

sinergia con il privato sociale, per una presa in carico complessiva della persona.

L'analisi dei bisogni sociali evidenzia in particolare alcune emergenze che propongono alle scelte politiche in campo sociale e sociosanitario alcuni contenuti prioritari: il contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale; il sostegno alla famiglia con figli e con altri carichi assistenziali; sostegno alla non autosufficienza per fronteggiarne il carico specifico.

La sfida del Consorzio per il futuro sarà quella di garantire a tutti Comuni le prestazioni che la legge 328/00 definisce «Liveas» ovvero i servizi fondamentali per il territorio e le comunità che vi risiedono. Congiuntamente va pensato il raggiungimento dell'obiettivo di un più elevato standard di qualità e appropriatezza delle prestazioni socio-assistenziali in una logica di cooperazione e integrazione con gli altri soggetti della rete istituzionale e informale. Osservando le risorse che ogni Comune del distretto di Viadana immette nel sistema di copertura dei bisogni sociali, emerge come essi destinano una quota rilevante del proprio bilancio nella programmazione e nella gestione dei servizi assistenziali. Con riferimento alle aree di intervento nell'anno 2007, famiglia e minori risulta la principale categoria assistita, con il 39,7% della spesa, seguita dai servizi socio-sanitari integrati con il 16,10%, dai disabili con il 12,39 % e dagli anziani con il 12%. La restante parte della spesa è rivolta ad adulti in difficoltà ed immigrati. Complessivamente la spesa sociale delle amministrazioni comunali nel 2007 si è aggirata intorno ai 4,2 milioni di euro. I Comuni hanno finanziato tale spesa per il 64,8% circa con risorse proprie mentre per il restante 35,2% con trasferimenti da Regioni e Stato e con la compartecipazione al costo di produzione dei servizi da parte dell'utenza.

La progressiva riduzione dei trasferimenti dallo Stato e dalla Regione, comporta la necessità di attivare, nel prossimo triennio, la ricerca in modo sistematico di fonti di finanziamento pubbliche e private, quale stimolo all'innovazione finalizzata alla ricerca della qualità nei servizi offerti e di possibili economie di scala.

L'attuale crisi oltre a interessare l'intero sistema produttivo e del lavoro, sta andando a colpire le categorie più fragili della popolazione mettendo anche in ginocchio il sistema del welfare già reso fragile da ridotti trasferimenti, dall'aumento dei bisogni e dalla crescita dei costi dei servizi.

I numeri di contatti al segretariato sociale parlano chiaro: solo nei primi mesi del 2009 sono aumentati del 30% rispetto all'anno scorso.

Partendo da queste brevi considerazioni è più che mai urgente e necessario che l'organizzazione dei servizi non vada più a ricalcare gli storici percorsi di assistenza, anche se consolidati e per certi versi sicuri, benché non più sostenibili, ma si parta da nuove programmazioni che tengano conto del bisogno della persona inserita nel contesto del territorio, orientando le scelte sociali e sociosanitarie con interventi e servizi maggiormente aderenti ai bisogni, individuando obiettivi verificabili, monitorabili, misurabili e valutabili.

Ovviamente rispondere a tutte le necessità dei cittadini rivolgendosi alle

sole disponibilità di bilancio non è più pensabile e non sarebbe nemmeno giusto. Bisogna sempre più affinare gli strumenti di analisi, programmazione e controllo che coinvolgano tutta la rete sociale attiva sapendo di avere a che fare con situazioni spesso multiproblematiche.

In questa prospettiva il Piano di zona è lo strumento che permette di offrire la base sulla quale sviluppare le diverse strategie di intervento e rendere governabile il dato sociale.

Secondo le Linee guida regionali 2009 il Piano di zo-

na si configura come strumento per la programmazione per l'integrazione tra le varie politiche, l'analisi dei bisogni, che ci sono e che si pensa emergeranno, la definizione delle priorità, ovviamente legati all'oggi, in una gestione innovativa, flessibile e partecipata.

Tutte le risorse che il sistema delle unità di offerta territoriale mette in campo, istituzionali e del privato sociale, vengono raccordate in questo documento condiviso. Si restituisce a chi vuole operare nel nostro Ambito una fotografia quanto mai realistica del volto del territorio, ne descrive la complessità e

individua le opportunità per orientare gli interventi indicandone le priorità dove tutto sembra essere prioritario.

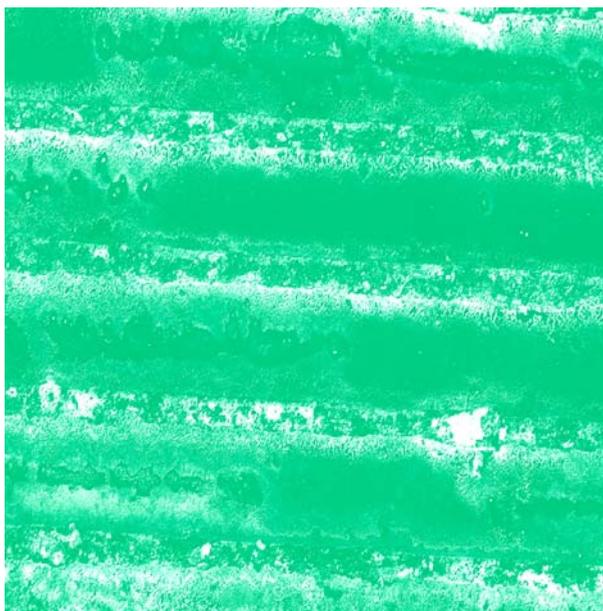
È un documento che racconta l'oggi come *incipit* per il domani: un già e non ancora... un documento in divenire.

Non dobbiamo pensare che tutto ciò che è scritto si possa poi realizzare, ma visto che tutto non si può fare, occorre individuare le azioni prioritarie.

Il Piano di zona può essere definito il luogo del-

la conoscenza di ciò che si fa sul territorio, dei bisogni cui si cerca di far fronte, della condivisione degli interventi e dell'inclusione massima di ogni soggetto che a vario titolo decide di partecipare al processo programmatico. E per far parte di un processo occorre assumersi un ruolo riconoscibile e di responsabilità.

La partecipazione ai tavoli tematici (minori e famiglia, anziani, disabili...) non ha lo scopo di vedersi riconosciuti e necessariamente finanziati i propri interventi, ma è un modo di essere «servizio socia-



le», dove dichiarare istituzionalmente ciò che si è e ciò che si fa e fornire strumenti utili ad orientare le scelte di chi è chiamato ad amministrare la cosa pubblica.

Portare il proprio contributo significa rafforzare il proprio operare nella città secondo un autentico senso civico e politico.

Tutti però devono essere messi nella condizione di sapere, conoscere, condividere e collaborare, dalla piccola associazione alla grande cooperativa, dai servizi strutturati nei Comuni e nella sanità ai sindacati, dalle scuole ai servizi per l'impiego. Attraverso un percorso strutturato ogni tavolo di lavoro diventa la voce autorevole della città verso chi governa e il Piano di zona restituisce all'Assemblea dei Sindaci d'Ambito che lo approva pubblicamente, la fotografia puntuale e approfondita del volto sociale del nostro territorio.

Fondamentale è garantire un processo partecipativo autentico. Per questo è stato richiesto di valutare e poi condividere insieme le regole – il sistema della *governance* – indicando chi sono gli attori, dove e come devono interagire nella programmazione e nelle azioni, come si rapportano con l'ambito politico-amministrativo, di quali strumenti si possono servire per la programmazione.

In questi anni sono stati circa un'ottantina i soggetti coinvolti e la quantità di materiale prodotto dai tavoli testimonia il faticoso lavoro per migliorare i servizi locali, con grande senso di responsabilità e di generosità. Un onere supplementare che va ben oltre al già prezioso servizio svolto secondo le finalità e le competenze di ciascun ente e che danno ragione del forte senso di solidarietà e partecipazione che sempre ha caratterizzato i nostri territori.

Questo è il capitale sociale che forma la rete di solidarietà vicina ad ogni cittadino. Attraverso il Piano di zona si arriva a definire puntualmente questa rete come una rete di comunità che affianca secondo la propria natura il sistema istituzionale dei servizi.

Possiamo dire senza ombra di dubbio che in questi anni si è verificata una svolta culturale che ha iniziato a produrre importanti risultati in termini di programmazione, anche se, a dire il vero ed è paradossale, spesso è lo stesso ambito istituzionale ad avere le difficoltà più grosse a immettersi in questo circuito da lui stesso promosso.

Il passaggio culturale vede la svolta che dalla dimensione del servizio sociale assistenzialistico, che finisce spesso a ridurre il soggetto fragile a dipendere cronicamente dalle istituzioni, all'accompagnamento verso la riacquisizione della propria autonomia e indipendenza.

Questo passaggio può avvenire solo superando la visione di intervento per categorie di disagio, tipico del sistema assistenzialista (l'anziano, il disabile, il minore...), per arrivare a una dimensione globale e personalizzata del percorso, che vede coinvolto non l'individuo con il disagio, ma tutta la persona che vive il disagio che genera disagi, nel contesto sociale in cui vive e che potrebbe sostenerlo, percorrendo un progetto di cura e riabilitazione che coinvolga tutta la sua vita. Piani personalizzati di cura prevedono una visione della persona inserita nel suo ambiente, nella sua quotidianità, nella sua famiglia, nel suo territorio, nella sua rete sociale, nella sua rete di comunità. L'intervento non potrà avere effetti duraturi se la comunità non riesce a farsi carico del soggetto attraverso il sostegno nelle relazioni di vicinato.

La legge regionale 3/2008 chiama i Comuni a governare questa rete, a rendere sempre più coerente il welfare da quello istituzionale a quello che potremmo definire informale della prossimità. Pensiamo semplicemente al portato costituzionale che vede la famiglia come cellula della coesione sociale, moltiplichiamola fino ad arrivare al territorio come famiglia delle famiglie, vediamo che questa molteplicità, certamente non standardizzabile, perché ogni famiglia rimane un unicum relazionale originale e irripetibile, da una parte può, nella quotidianità, dare alcune necessarie risposte e protezione e man mano che aumenta la complessità dei bisogni vedere intervenire a sostegno della rete altri soggetti strutturati (istituzioni, associazioni...) che si auspica siano in grado di dare risposte pronte, appropriate ed efficaci.

Evidentemente non si potrà far fronte a tutti i bisogni, ma è urgente far comprendere che i servizi alla persona non possono fare a meno di una promozione sociale che ha come obiettivo primo far sentire la persona stessa centro e interesse della comunità.

Questa è l'ambizione, lo spirito e la politica che ha mosso il nostro Piano di zona.

LA COSTRUZIONE DEL PIANO DI ZONA

La produzione del Piano di zona 2009-2011 rappresenta l'ultimo atto di un processo di lavoro che ha impegnato tutti i soggetti che partecipano alla governance sociale di Ambito per l'intero triennio 2006-2008: la programmazione si configura, quindi, come un processo senza soluzione di continuità organizzata in fasi di lavoro svolte da organismi stabili e permanenti. Il monitoraggio del Piano 2006-2008 ha consentito di acquisire le informazioni necessarie per la valutazione di impatto dello strumento programmatico sulle politiche sociali; rilevare fenomeni emergenti in rapporto al contesto descritto; verificare l'effettiva aderenza delle priorità indicate espresse con i bisogni del territorio; produrre un flusso di informazioni su progetti e servizi promossi orientati al perseguimento delle priorità individuate.

Gli esiti di questa fase di lavoro hanno permesso di costruire le fondamenta della base conoscitiva utile alla programmazione triennale 2009-2011.

Il lavoro di costruzione del nuovo Piano di zona ha previsto tre fasi principali:

1. L'individuazione delle criticità presenti sul territorio dell'Ambito è stata possibile prendendo in considerazione l'evoluzione della struttura socio demografica del territorio, le caratteristiche del sistema di offerta, i dati provenienti dai servizi istituzionali, le indicazioni contenute nel Piano di Salute del distretto socio sanitario di Sesto San Giovanni. Grazie a questi elementi è stato possibile individuare le aree problematiche valorizzando i differenti punti di osservazione degli attori delle politiche sociali e socio-sanitarie;
2. le criticità emerse dalla prima fase di lavoro sono state analizzate con un set di criteri-filtro – dimensione del fenomeno, punti di forza, punti di debolezza, individuazione di obiettivi e azioni – per verificarne la consistenza e la fattibilità di intervento;
3. le criticità setacciate ed elaborate in obiettivi e linee guida di intervento dai Tavoli di Area hanno

assunto lo status di priorità per il triennio 2009-2011 con l'approvazione delle stesse da parte del Tavolo tecnico politico.

LE PRIORITÀ DELLE POLITICHE A FAVORE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA

Le criticità e le priorità emerse dal lavoro di programmazione delle politiche a favore della popolazione anziana indicano le linee di intervento nelle aree *Informazione e comunicazione, Cura e prevenzione delle problematiche sociali e socio-sanitarie connesse alla condizione di fragilità, Sostegno della domiciliarità con il lavoro privato di cura.*

INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

I problemi relativi all'informazione e comunicazione vengono rappresentati sul territorio in una duplice dimensione: da una parte l'inadeguata diffusione delle informazioni rivolte ai cittadini sugli interventi e sul sistema di offerta, dall'altra l'insufficiente circolazione delle informazioni tra gli operatori dei diversi servizi.

Per rispondere a queste criticità sono state individuate le seguenti strategie:

costruzione di strumenti e del sistema informativo dedicato agli operatori, con l'obiettivo di favorire la circolazione e l'aggiornamento delle informazioni, si stabilisce di dedicare pagine web dinamiche e interattive del sito del Piano di Zona (in costruzione), dove scambiare materiali, notizie, utilità e aggiornare costantemente la mappa del sistema d'offerta oltre che creare possibili ambiti di progettazione e collaborazione;

definizione di linee guida di Ambito per la costruzione delle Carte dei Servizi, si ritiene, con la realizzazione e la diffusione delle linee guida, di promuovere sul territorio forme di comunicazione uniformi che facilitino i cittadini nella ricerca di informazioni. Unitamente a questo, si intende perseguire l'obiettivo di costituire un riferimento per i servizi e i progetti che intendono dotarsi di uno strumento di comunicazione con i cittadini che è anche preconditione di

accesso al sistema di accreditamento come previsto dalla legge regionale 3/2008.

CURA E PREVENZIONE DELLE PROBLEMATICHE SOCIALI E SOCIO SANITARIE CONNESSE ALLA CONDIZIONE DI FRAGILITÀ

Lo stato di non autosufficienza, nei suoi differenti livelli di gravità, può essere condizionata sensibilmente da elementi socio-relazionali e di contesto che influiscono sulla qualità della vita. Le dimensioni individuate come critiche sul territorio sono le seguenti: l'impreparazione della comunità nel sostenere dal punto di vista relazionale e del carico di cura sia i cittadini anziani sia le loro famiglie e la carenza di risorse materiali e immateriali dovuta alle condizioni socioeconomiche e alla atrofizzazione delle reti sociali naturali.

I dati raccolti nell'individuazione di questa criticità indicano un incremento dell'indice di dipendenza e di vecchiaia nel triennio 2005 - 2007, l'aumento delle richieste di integrazione delle prestazioni assistenziali a domicilio con interventi di carattere sociale e relazionale, l'incremento della domanda di trasporti verso luoghi di socializzazione e opportunità relazionali. Si intensifica, inoltre, il carico di cura da parte dei familiari, aggravato anche dalla carenza di competenze e strategie per fronteggiare lo stress e le difficoltà. Con l'aumento del numero di cittadini in condizione di non autosufficienza si registra una crescita delle richieste di Amministrazione di sostegno.

Le azioni valutate come prioritarie per favorire la permanenza al domicilio di persone anziane con limitati livelli di autonomia e funzionalità e supportare la famiglia nei suoi carichi di cura sono:

- la realizzazione di progetti e interventi per lo sviluppo di coesione sociale su aree territoriali definite dell'Ambito di Sesto San Giovanni e Cologno Monzese;
- la costruzione di legami comunitari in contesti ricreativi, culturali e di socializzazione;
- l'organizzazione di azioni che mirano a far acquisire competenze specifiche alla costruzione di relazioni interpersonali;
- la formazione dedicata agli operatori per l'acqui-

sizione di strumenti e strategie utili alla promozione e costituzione di reti formali e informali;

Gli interventi di promozione della salute efficaci in età avanzata, basati sull'empowerment di comunità e sull'educazione tra pari sono quelli che permettono di raggiungere un gran numero di anziani in una realtà territoriale caratterizzata da un elevato rischio di isolamento sociale. Pertanto le sperimentazioni dovranno perseguire obiettivi di alfabetizzazione alla salute delle persone in età avanzata, per costruire le necessarie competenze. In particolare si fa riferimento ai temi dell'invecchiamento in salute, che comprende alimentazione corretta, attività fisica, promozione della sicurezza domestica, uso corretto dei farmaci, facilitazione dell'accesso ai servizi, prevenzione dell'isolamento sociale.

SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITÀ CON IL LAVORO PRIVATO DI CURA

Il tema del lavoro privato di cura pone all'attenzione delle politiche territoriali la necessità di interventi stabili di supporto alle famiglie sotto forma di orientamento alla scelta, supporto emotivo-psicologico, sostegno economico. Il lavoro di programmazione ha inoltre consentito di individuare, quale area tuttora critica, il tema delle competenze e delle qualifiche professionali oltre che quello della regolarizzazione del rapporto di lavoro.

I principali assi di azione prevedono una maggiore integrazione tra i servizi di supporto alle famiglie e quelli di consulenza al lavoro e formazione per poter lavorare allo stesso tempo nella direzione del sostegno alle famiglie e dell'inserimento lavorativo.

Gli interventi formativi e di sostegno per le assistenti familiari dovranno essere focalizzati sulla qualificazione del lavoro di cura, l'informazione rispetto agli aspetti relativi a diritti e doveri contrattuali, il supporto, anche in forme di mutuo aiuto, nella gestione di persone anziane non autosufficienti.

Si ritiene inoltre importante sviluppare, per il futuro e nell'ottica di una integrazione dei servizi territoriali, possibili sinergie tra le Rsa del territorio e lo Sportello assistenti familiari.

IL QUADRO METODOLOGICO

Il Piano di zona è la sintesi concreta e il momento di realizzazione del processo di programmazione, che vede la partecipazione dei diversi soggetti che intervengono attivamente e a vario titolo in campo sociale; definisce obiettivi, risorse e modalità di gestione dei servizi per il triennio 2009-2012, partendo da una analisi ragionata del bisogno e degli andamenti socio demografici.

Prima di addentrarsi in una sintesi dei contenuti e al fine di inquadrare metodologicamente il processo di programmazione è importante ripercorrere le fasi di sviluppo in cui questa terza tornata programmatica si colloca. L'analisi degli elementi cardine della programmazione consente di evidenziarne lo sviluppo:

- analisi del bisogno: si è passati da una descrizione sommaria basata su indici demografici ad un più puntuale monitoraggio e lettura dei problemi sociali, costruendone le basi nei precedenti piani, che hanno investito in questa direzione;
- descrizione del sistema dei servizi esistente: da una impostazione descrittiva dell'esistente, centrata solo sul sistema pubblico dei servizi, verso una mappa completa dell'offerta pubblica e privata. La conoscenza del sistema d'offerta esistente è, insieme all'analisi del bisogno, una degli elementi di base per una coerente programmazione;
- governance: dalla conoscenza degli attori ad una fattiva collaborazione e connessione centrata sulla realizzazione di un «sistema»; questo si concretizza nella piena partecipazione alla fase programmatica e in una partnership forte nella fase progettuale;
- definizione degli obiettivi/allocazione delle risorse: si è transitati (già dalla trascorsa triennalità), da una programmazione centrata solo sul fondo nazionale delle politiche sociali ad una visione che tiene conto, tanto nella definizione degli obiettivi che nella distribuzione delle risorse di tutto il sistema di offerta sociale dell'ambito;

- modalità di gestione degli interventi: in linea con la programmazione associata si è passati da una forma di gestione frammentata o al più centrata su un comune capofila ad una gestione associata dei servizi, che sia in grado di concretizzare in modo armonico e unitario sul territorio la programmazione. A questo si aggiunge il tema della efficacia ed efficienza dei servizi che si ritiene possano essere meglio perseguite attraverso la gestione associata.

Di seguito si propone una breve sintesi dei contenuti principali del piano di zona del rhodense.

L'ANALISI DEL BISOGNO

I dati demografici sono sostanzialmente in linea con gli andamenti provinciali: aumentano gli anziani (soprattutto i grandi anziani), la popolazione in fascia 0-18 anni è in leggera crescita, mentre il dato di assoluto rilievo riguarda la crescita della popolazione straniera, pari al 50% rispetto al 2005. L'analisi dei problemi sociali evidenzia un relativo impoverimento della popolazione e un parallelo incremento del disagio abitativo.

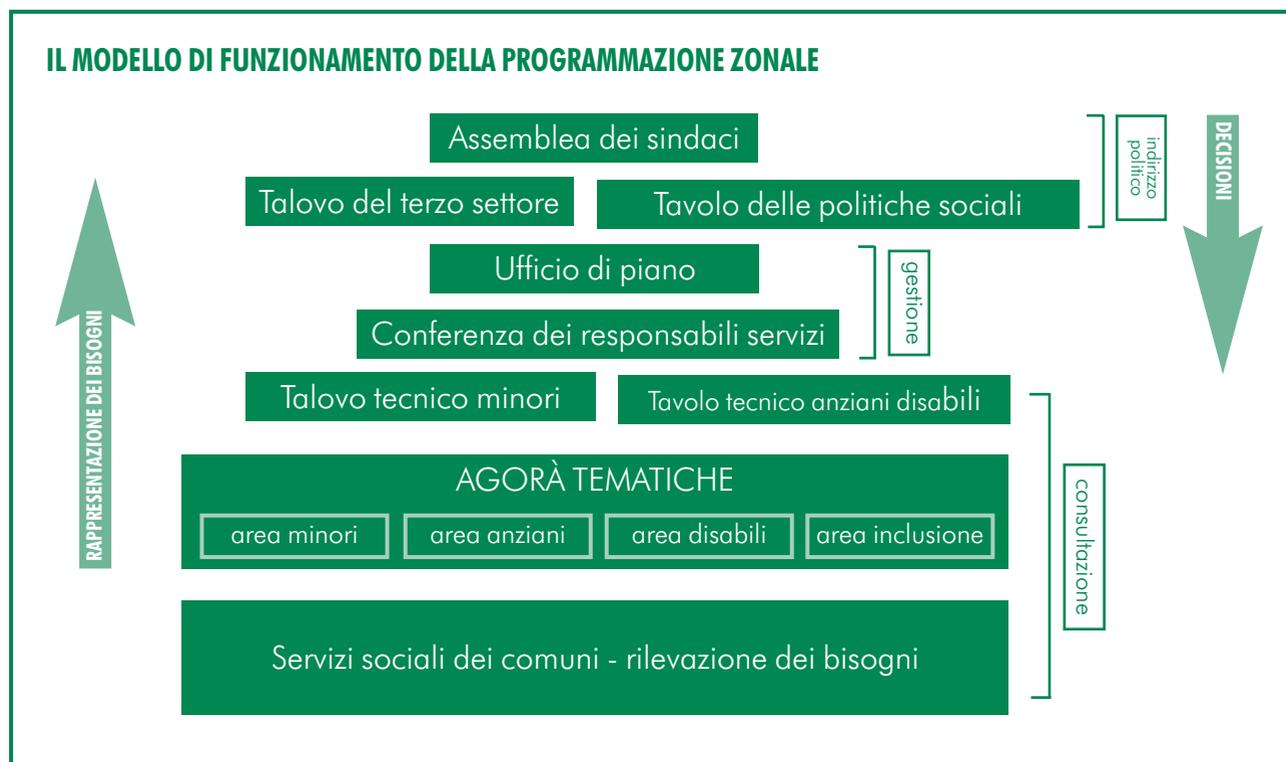
LA GOVERNANCE

Il sistema di governo della programmazione zonale è di seguito rappresentato:

Il piano di zona ha rappresentato l'esito di un lungo lavoro avviatosi nel settembre 2008 con la costituzione di un Gruppo integrato di progettazione, composto da diversi attori (Comuni, Terzo settore, Asl, azienda ospedaliera, sindacato, etc). Questo al fine di aderire da subito ad una sensibilità che veda nell'integrazione tra i diversi attori operanti uno degli elementi chiave della nuova programmazione. L'idea di base è di connettere pensieri, obiettivi e responsabilità diverse di soggetti differenti ma accomunati da una capacità di lettura del territorio e dei suoi bisogni e risorse.

Capacità allora non solo di connettere attori diversi, ma anche politiche programmatiche diverse, che

IL MODELLO DI FUNZIONAMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE ZONALE



dall'ambito più propriamente sociale ed assistenziale si «contaminino» con quelle sanitarie, ma anche con le politiche educative e formative, del lavoro e dello sviluppo, della cultura, dell'urbanistica.

GLI OBIETTIVI

Gli obiettivi sono suddivisi in cinque aree: anziani, minori, disabili, inclusione sociale e sistema; sono uno degli elementi essenziali del piano, costruiti con un lavoro partecipato dagli attori interessati (Comuni, Asl, azienda ospedaliera, Terzo settore). Senza addentrarsi nel dettaglio degli obiettivi, se ne fornisce una chiave di lettura trasversale rappresentata, più che dalla implementazione di nuovi interventi, dalla ricerca di:

- una effettiva e fattiva integrazione socio sanitaria, trasversale a tutte le aree;
- una forte attenzione al tema della prevenzione;
- la definizione di regole di accesso e prestazioni omogenee per l'ambito.

LE RISORSE

Rispetto al tema delle risorse ci si è posti un orizzonte che comprendesse tutto l'ammontare delle fonti di finanziamento che ad ogni titolo entrano nel sistema sociale del rhodense; operazione complessa, che non si limita a programmare e definire Fondo nazionale politiche sociali e Fondo sociale

	TOTALE SPESA EURO	%
Anziani	3.940.488	14,42
Disabili	7.469.120	27,33
Minori	10.865.960	39,76
Inclusione	3.162.680	11,57
Sistema e SSB	1.893.520	6,93
Totale	27.331.768	100,0

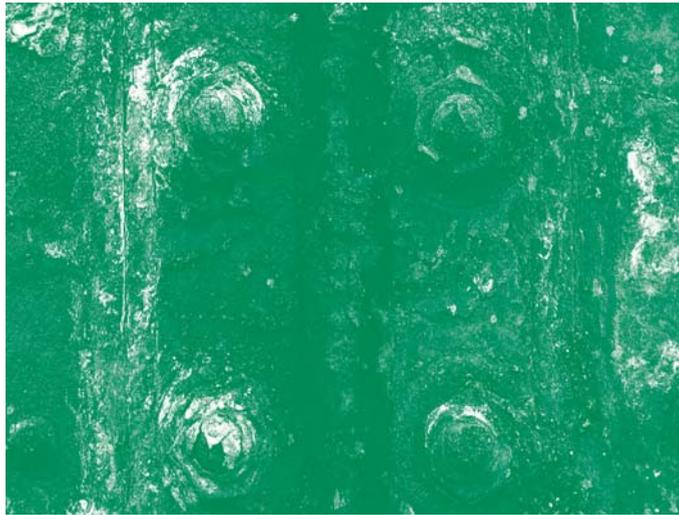
regionale, ma raccoglie nel quadro tutto l'insieme del volume delle fonti che afferiscono al rhodense, dalle risorse proprie dei Comuni ai recuperi dall'utenza. Ne esce quindi un quadro complessivo del sistema sociale territoriale, almeno per quanto attiene alle fonti di finanziamento del sistema.

La spesa sociale totale procapite risulta pari a euro 171 annui; se si escludono le quote a carico dell'utenza si ha una spesa pubblica sociale pari a euro 143 all'anno.

L'ACCREDITAMENTO

Uno degli obiettivi essenziali di sistema del presente piano di zona è la costruzione di un sistema di accreditamento dei servizi socio assistenziali, ai sensi di quanto stabilito dagli art 11 e 13 della LR 3/08. È una sostanziale rivoluzione del sistema di acquisto dei servizi da parte dei soggetti erogatori. In ter-

mini generali l'accreditamento è un processo articolato che si conclude con l'abilitazione ai soggetti che possiedono determinati requisiti ad erogare prestazioni socio assistenziali. È anche il presupposto necessario per poter accedere al finanziamento pubblico ovvero alla remunerazione delle prestazioni effettuate. Il processo programmatico delle reti di offerta trova una completa sintesi nell'accreditamento, quale sistema completo di «regolazione del mercato»



sintetizzabile nelle seguenti funzioni:

- definizione dei livelli di qualità «ex ante» che si vogliono assumere;
- definizione dei volumi di prestazioni;
- controllo della spesa.

LA PROGRAMMAZIONE DEI VOLUMI

La parte che si ritiene maggiormente qualificante nel presente piano è però la definizione dello sviluppo dei volumi di servizio per il prossimo triennio; si tratta di evidenziare quegli interventi per i quali di fatto esiste uno spazio programmatico di sviluppo, che nel triennio, potrebbero essere potenziati con un sicuro riscontro di domanda da parte dell'utenza. Non stabilisce un vincolo assoluto ma una direzione

di sviluppo potenziale, sottoposto a due tensori: la domanda di servizio da una parte e il vincolo di bilancio e la disponibilità di risorse dall'altra.

Rappresenta quindi la chiave di volta del processo programmatico e la sua reale essenza.

L'esito che ne deriva indica una necessità di sviluppo di una serie di interventi, che in grande maggioranza trovano il loro naturale (e storico, in relazione alle risorse sin qui attribuite) finanziamento attingendo

dalle risorse dei Comuni e dal Fondo sociale regionale. Lungi dal rappresentare una rigida definizione di impegno a carico dei Comuni stessi, va rilevato che l'impiego ormai assolutamente rigido (in quanto centrato su volumi consolidati di buoni, voucher e servizi stabili) delle risorse del Fondo nazionale non ne consente un utilizzo dinamico quali risorse aggiuntive per rispondere alle necessità di sviluppo dei servizi esistenti.

Questo terzo piano di zona è un documento che raggiunge una sua maturità e assume in pieno la funzione di regia dell'ambito distinguendo nettamente le funzioni programmatiche (di cui è titolare l'assemblea dei sindaci) da quelle gestionali in capo a Sercop ed ai Comuni.

Negli ultimi 20/30 anni si è assistito ad un aumento dell'età media della vita che ha comportato un cambiamento nella visione del welfare sociale. Già a partire dagli anni Ottanta vi è stato il perseguimento di una politica sociale volta alla deistituzionalizzazione delle persone anziane in favore di un progressivo sviluppo della cultura della domiciliarità. Questa nuova impostazione culturale ha portato alla nascita di un «welfare leggero» che ha visto emanare nuove disposizioni per la creazione e sviluppo di nuovi servizi domiciliari e semiresidenziali, potenziando, da un lato, la rete dei servizi territoriali e rispondendo, dall'altro lato, in un modo più concreto e puntuale ai bisogni delle persone anziane e a quelli delle famiglie.

Il quadro attuale delinea le necessità di proseguire nella costruzione di un sistema organico di cure domiciliari con un'offerta diversificata ed efficace di interventi assistenziali erogati in modo integrato e flessibile dai vari servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali.

È opportuno, inoltre, sottolineare come sia notevolmente cambiata la condizione di vita dell'anziano con la conseguente opportunità/necessità di valorizzarne le capacità rendendo così la persona anziana risorsa attiva del suo territorio.

BISOGNI E INTERVENTI

La scelta degli obiettivi strategici del Piano di zona non poteva prescindere dall'individuazione dei bisogni delle persone anziane, rilevati attraverso il confronto diretto con gli interlocutori presenti sul territorio distrettuale, ovvero i cittadini, le organizzazioni del Terzo settore e gli enti che a vario titolo si occupano di problematiche inerenti la terza età.

Ne scaturisce un approccio globale che, ponendo al centro la persona, quale fulcro dal quale far partire gli interventi, non trascurava il contesto né le risorse del territorio.

LIVELLO MICRO DI INTERVENTO

A livello «micro», la filosofia che sottende il nuovo Piano di zona si traduce in una attenzione posta nel fornire risposte ai bisogni espressi ed inespressi,

con interventi diretti, come di seguito delineati.

Potenziare la presenza e la vicinanza dei servizi sociali ai bisogni e alle realtà del territorio e migliorare l'accesso ai servizi da parte delle persone in difficoltà, tramite il mantenimento dell'attività di segretariato sociale decentrato in tutti Comuni del Distretto. Contrastare la solitudine della persona anziana con azioni di prevenzione a tutela degli anziani per contrastare da un lato la microcriminalità e valorizzare dall'altro le abilità degli anziani come risorse del territorio, ad esempio:

- implementazione dell'attività di teatro sociale, anche con il coinvolgimento diretto volontariato dell'anziano, nell'ottica della prevenzione;
- attivazione di azioni positive e informative finalizzate alla sicurezza nell'ambito del Distretto;
- sostegno alle iniziative di «buon vicinato» operative sul territorio, Banche del Tempo operative sul territorio e azioni di sensibilizzazione di giovani del territorio anche nelle scuole.

Migliorare le informazioni sulle procedure e le modalità di accesso ai servizi sociali e sociosanitari sviluppando modalità integrate di accesso ai servizi, attraverso azioni di sostegno alla creazione di:

- un «Punto Unico» da parte dell'Asl territoriale inteso come modalità di integrazione attraverso strumenti organizzativi e telematici come a vigenti disposizioni regionali (delibera n. VIII/8243 del 22/10/2008);
- un gruppo di volontariato inter-associativo o con operatori del servizio civile per il monitoraggio delle situazioni di fragilità durante il e settimana.

LIVELLO MACRO DI INTERVENTO

A livello «macro», l'orientamento è quello di razionalizzare gli interventi assistenziali, sociosanitari e sanitari con azioni di rafforzamento della rete tra enti, come di seguito esposto.

Sopperire alla carenza di integrazione tra i servizi sociali e sociosanitari, con le seguenti azioni:

- definizione delle modalità di presa in carico della persona anziana e non autosufficiente tramite

un piano individualizzato di assistenza che contempli sia le prestazioni erogate dai servizi sociali sia quelle erogate dai servizi sanitari, in raccordo diretto con l'Asl territoriale;

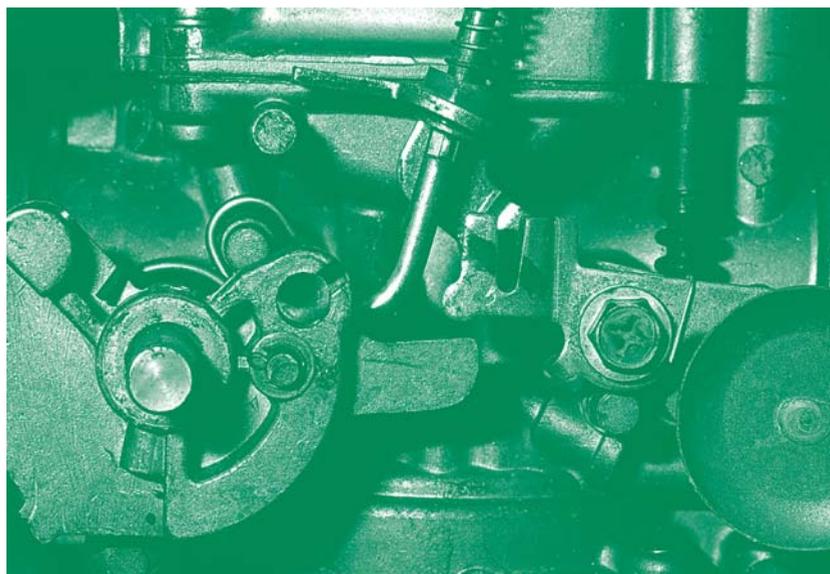
- stesura di protocolli operativi per la presa in carico di anziani con patologie psichiatriche e supporto all'attivazione un iter procedurale con il «comparto sanitario» per l'adozione di misure ad hoc per le dimissioni protette.

Rafforzamento dei servizi socio-assistenziali con riferimento alla domiciliarità, nell'ottica di favorire l'autonomia e la permanenza al domicilio della persona anziana, tramite l'erogazione di titoli sociali destinati ai soggetti in condizioni di fragilità e/o im-

plementazione dei servizi a supporto della domiciliarità.

Colmare la carenza di formazione delle figure di assistenti familiari che supportano l'anziano e qualificare il servizio svolto dagli stessi, sostenendo l'attivazione di corsi di formazione mirati per le badanti
Implementare la fruizione dei Centri diurni integrati del territorio come risposta mirata ai bisogni degli anziani, anche affetti da patologie demenziali, attraverso la stipula di una convenzione con l'Azienda servizi alla persona di Pavia.

Creazione di una rete informativa tra i diversi soggetti istituzionali e del privato sociale attraverso la creazione di un portale Internet gestito dal Consorzio.



Luca Verri

RESPONSABILE UFFICIO DI PIANO DISTRETTO SOCIO SANITARIO SONDRIO

Sono trascorsi poco meno di dieci anni dall'approvazione del primo Piano di zona e la lettura del materiale prodotto nell'Ambito territoriale di Sondrio è un'occasione per indicare alcuni spunti di riflessione sul welfare locale e per tracciare brevemente un bilancio, parziale e personale, dell'esperienza di questi anni.

Il Piano di zona è un documento di programmazione triennale approvato dall'Assemblea dei Sindaci di un Ambito territoriale normalmente coincidente con il Distretto socio sanitario. Questo strumento di pianificazione, introdotto nel 2000 con la legge 328, ha portato per la prima volta gli enti locali ad enunciare in forma scritta ciò che è necessario e ciò che ci si propone di fare in un determinato territorio per affrontare i problemi sociali, in altre parole a programmare sul medio periodo partendo da un'analisi del contesto, dei bisogni e delle strategie di soluzione da adottare in modo uniforme e condiviso tra più Comuni. Programmare è un'azione razionale che richiede capacità di analisi e di previsione, ma può anche rappresentare un'esperienza generativa impregnata di entusiasmo e ambizione, un'esperienza che alimenta la motivazione e l'impegno tra coloro che sono direttamente coinvolti.

Con l'avvio di questa attività di programmazione i Comuni italiani sono stati investiti di enormi aspettative e in primis quella di dare vita ad un *sistema integrato di interventi e servizi sociali* proteso a limitare la frammentazione delle risposte ed a ricomporre relazioni di collaborazione e cooperazione tra più soggetti ed enti. Ai Comuni veniva chiesto di *garantire i livelli essenziali di assistenza*, oggetto sommariamente delineato ed ancora oggi impregnato di ambiguità perché privo di indicazioni chiare circa le modalità con cui garantire l'assistenza, i volumi minimi di intervento, i criteri di selezione dei soggetti che hanno diritto ad una prestazione.

Ciononostante, l'afflusso di maggiori risorse (costituzione di un Fondo nazionale per le politiche sociali) e le indicazioni normative nazionali e regionali successive alla legge 328/2000 hanno indubbiamente

offerto l'occasione per avviare in molte «zone» interventi di razionalizzazione dei servizi e processi ricchi di spinte innovative e creative.

È questo il caso, ritengo, di quanto successo in Provincia di Sondrio, suddivisa in cinque «zone» corrispondenti ai Distretti socio-sanitari.

Rileggendo il Piano di zona 2002-2004 dell'Ambito di Sondrio ritroviamo non poche ambizioni, frutto di questa fase di entusiasmo degli esordi che sottace l'analisi critica ed enfatizza i nuovi traguardi da raggiungere.

In perfetta coerenza con il dettato normativo scrivevamo: «Il Piano di Zona dovrà quindi progressivamente essere non solo e non tanto uno strumento di programmazione delle attività e dei servizi, ma lo strumento fondamentale di pianificazione degli interventi e della rete, di integrazione e di armonizzazione delle politiche più strettamente incidenti sulla qualità della vita della persona». Veniva inoltre evidenziata la necessità di individuare forme di integrazione e collaborazione con l'Asl e con gli altri soggetti istituzionali (Provincia, Comunità Montane...) e di dare attuazione al principio di sussidiarietà attraverso la promozione di un sistema di relazioni tra servizi pubblici e soggetti del terzo settore.

A partire da queste premesse vorrei condurre questo breve bilancio lungo tre direttrici. Anzitutto vorrei accennare a come si è sviluppato il sistema dei servizi e degli interventi sociali nell'Ambito e quale ruolo ha svolto e svolge l'Ufficio di Piano. Mi pare infatti utile comprendere quale sia stata l'azione dell'Ufficio di Piano, nel nostro caso ufficio di programmazione e di governance del sistema, e se l'attuale configurazione dei servizi e degli interventi sia dovuta più ad un'azione esogena indipendente (nuove normative, logiche di mercato, protagonismo e iniziativa di alcuni attori sociali...) o ad eventi determinati in buona parte dall'azione condotta dai Comuni.

In secondo luogo vorrei ripercorrere e verificare quali network si sono sviluppati in questi anni, quali processi di integrazione e di cooperazione sono in

corso ed in che modo il desiderio di «armonizzare» (termine più romantico che illuminista) gli interventi di più soggetti si sia tradotto in realtà.

Infine indicherò quali siano le nuove sfide, previste o imprevedute, che ci troviamo ad affrontare e che possono rappresentare un nuovo slancio per un welfare più solidale e vitale, non ingessato da logiche puramente razionalistiche e di presunta efficienza.

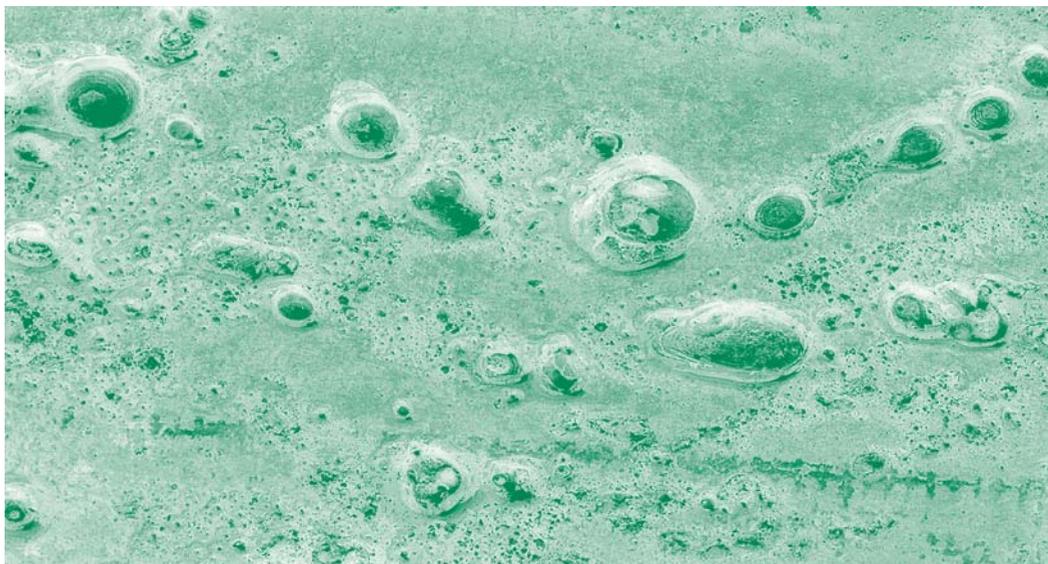
Per quanto riguarda lo sviluppo dei servizi, rileggendo l'articolazione degli obiettivi strategici indicati nei tre Piani di zona fino a ora approvati, possiamo dire che alcuni obiettivi sono stati pienamente raggiunti come l'istituzione e il potenziamento del servizio sociale di base, la sperimentazione e il consolidamento dei titoli sociali, l'aumento di servizi gestiti in forma associata, la promozione di progetti innovativi come il «Piano locale giovani» (progetto per la promozione delle politiche giovanili), «Intermediando» (progetto provinciale per lo sviluppo dell'azione dei mediatori linguistici), «Spazio di reinserimento sociale» (programma di inclusione sociale per soggetti a grave rischio di emarginazione).

Altri obiettivi citati nei Piani sono invece solo parzialmente attuati come ad esempio la realizzazione di un sistema compiuto di accreditamento delle Unità d'offerta sociali (il cui termine ultimo è stato posto dalla Regione Lombardia a dicembre 2010), la realizzazione di un sistema informativo compiuto (solo in parte riconducibile all'implementazione di un sistema informativo di Ambito con l'allestimento di un portale di Ambito, www.ufficiodipianodisondrio.it e di un software gestionale per i servizi sociali) e l'adozione di una Carta dei servizi di Ambito.

Indubbiamente le azioni intraprese dall'Ufficio di Piano e dal servizio sociale di base hanno consentito di superare in questi anni la forte disomogeneità riscontrabile in precedenza negli interventi sociali gestiti dai Comuni, una condizione che determinava di fatto grandi disuguaglianze nel territorio in

merito all'accesso dei cittadini alle informazioni, ai servizi e alle prestazioni. In particolare nei piccoli comuni dell'Ambito di Sondrio, l'idea di cosa fosse un «servizio sociale» era pressoché sconosciuta e la progettazione di politiche sociali praticamente inesistente, cosicché la presenza e il contatto diretto con un professionista e con un ufficio di gestione e programmazione ha avuto l'importante scopo di orientare e sostenere il «pensiero» sociale dell'ente locale, fornendo agli amministratori pubblici il panorama aggiornato e documentato dei bisogni e delle risorse del territorio.

Segnale tangibile dell'impegno dei Comuni e della collaborazione venutasi ad instaurare tra questi e l'Ufficio di Piano è l'aumento progressivo della spesa procapite con un incremento di quasi il 100% in 8 anni (da 15,77 euro nel 2007 a 30 euro previsti per il 2011) con una quota di finanziamento a carico dei



Comuni che si è attestata nel 2009 al 57% dell'intera spesa sociale di Ambito. È ormai evidente come alla crescita della spesa e all'incremento degli impegni assunti dall'Ufficio di Piano per conto dei Comuni non sia corrisposto un analogo adeguamento delle fonti di finanziamento nazionali e regionali e come l'azione regionale di ridefinizione del sistema voluta dalla legge 3/2008 non sia accompagnata da adeguati finanziamenti al punto che i Comuni, strangolati da una progressiva riduzione dei trasferimenti e coinvolti in un clima di generale apprensione e sfiducia, rischiano di mettere in discussione la sostenibilità del sistema e di negare i progressi raggiunti.

Per quanto attiene allo sviluppo dei network sociali possiamo dire che il coinvolgimento di una pluralità di attori nella pianificazione e nella gestione degli interventi, previsto dalla legge 328/2000, e il ruolo sempre più determinante degli organismi del Terzo settore nella fasi di consultazione e di progettazione, si è concretizzato attraverso la costituzione dei tavoli di lavoro tematici, la co-progettazione e la partnership in progetti che hanno ottenuto importanti finanziamenti da parte di ministeri e della Regione Lombardia e, infine, nell'impegno dell'Ufficio di Piano nel costruire connessioni, creare convergenze, aprire un dialogo il più possibile allargato intorno alle problematiche sociali. In particolare la costituzione di un Tavolo permanente del Terzo settore rappresenta per l'Ambito di Sondrio una nuova forma di rapporto tra enti locali e Terzo settore che fin dai primi incontri sembra prospettare un salto di qualità nel dibattito intorno alle regole di funzionamento del sistema.

Se quindi il principio di sussidiarietà sembra aver trovato una sua declinazione operativa sia grazie al contributo degli attori locali che alla precisa volontà espressa a più riprese dalla Regione l'enfasi sulla sussidiarietà e sull'integrazione tra sociale e socio-sanitario che ritroviamo nelle linee guida regionali del 2008, nella stessa legge Regionale 3/2008 e in modo diffuso negli ultimi Piani di zona, sembra nascondere la velata consapevolezza che l'eccessivo investimento sui Comuni stia portando ad un rischio di frammentazione. In provincia di Sondrio Comuni e Asl hanno infatti condiviso la necessità di un raccordo sistematico tra Uffici di Piano e Direzione sociale dell'Asl, hanno avviato lo studio di protocolli operativi (anche alla luce di risultati positivi raggiunti con l'adozione di accordi precedenti), stanno intraprendendo un serrato confronto sullo sviluppo degli interventi e dei servizi nelle aree della salute mentale, delle dipendenze e della non-autosufficienza. Ma diverso è il piano delle risorse in gioco (si pensi ad esempio alle entità dei finanziamenti), diverso il ruolo degli attori, con l'Asl sempre più orientata ad un'azione esclusiva di Programmazione acquisto e controllo e i Comuni che ancora gestiscono in economia buona parte dei servizi e si avviano alle prime esperienze di governante del sistema d'offerta sociale. Un'integrazione dunque auspicabile ma non priva di ostacoli e incognite.

Come anticipato vorrei infine accennare ad alcune sfide che si profilano all'orizzonte e delle quali troviamo solo qualche riferimento nei Piani di Zona. Anzitutto i giovani, non più categoria sociale di cui occuparsi perché portatrice di disagio, ma generazione svantaggiata che va sostenuta con azioni concrete perché possa riprendere terreno, tornare a rappresentare la forza vitale della società. La nuova sfida, intrapresa anche dai Comuni dell'Ambito di Sondrio, è quella di interpretare le politiche giovanili come politiche di sviluppo locale, occasione per valorizzare la creatività giovanile che può essere alla base della ripresa economica e sociale di un territorio. In provincia di Sondrio abbiamo il primato nel tasso di suicidi (non solo giovani), stiamo al passo con le stragi sulla strada, il consumo di sostanze, l'aumento dei reati penali, la diffusione dei disturbi alimentari; ma abbiamo registrato un aumento esponenziale di giovani iperspecializzati in cerca di occupazione, con un buon livello di scolarizzazione e scarse prospettive. Affrontare questo tema significa riporre al centro delle politiche sociali le politiche del lavoro e dei diritti di cittadinanza.

Altro tema dibattuto e periodicamente ripreso è quello dell'aumento della povertà, dell'evidente diminuzione del potere d'acquisto e della difficoltà delle famiglie a tirare fine mese. Un tema che richiederebbe un'ampia trattazione ma qui di interesse solo per sottolineare il fatto che in una realtà come quella valtellinese, che ha conosciuto un periodo di benessere e di quasi totale assenza di disoccupazione, gli operatori sociali fino a qualche anno fa avevano la sensazione di poter far fronte alle situazioni estreme, alle emergenze più gravi. I numeri sembravano contenuti ed era tollerato e tollerabile che a questi pochi sfortunati fosse dedicato tempo e danaro (pubblico): qualche contributo, l'assegnazione «provvisoria» di un alloggio popolare, un lavoretto di ripiego, un programma di recupero, ecc. Ma l'aumento della casistica, la presenza di un numero sempre maggiore di giovani-adulti-disoccupati, l'insofferenza dilagante verso i nuovi emarginati e verso gli stranieri impongono strategie nuove in cui l'impegno sociale non sia esclusivo patrimonio degli specialisti ma possa tornare a rappresentare un terreno di confronto per una comunità meno discriminante e più disponibile a ripartire da un dibattito sui diritti, più disponibile ad ascoltare e ad intraprendere scelte coraggiose.

Il Piano di Zona 2009-2011 è il frutto di un processo di programmazione condotto dagli undici Comuni dell'Ambito territoriale di Legnano congiuntamente con l'Azienda sanitaria locale Milano 1 e con la partecipazione attiva di tutti i soggetti coinvolti nella rete dei servizi, tra cui la Provincia, l'azienda ospedaliera, i soggetti rappresentativi del Terzo settore, le organizzazioni sindacali, le Istituzioni scolastiche.

Tale documento si inserisce in un nuovo contesto normativo, caratterizzato dalla Legge Regionale n. 3 del marzo 2008 «Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario». In base alla nuova disciplina, il Piano di Zona si configura non solo come il principale strumento della programmazione della rete dei servizi a livello locale, ma soprattutto come ambito privilegiato per conseguire forme di integrazione tra i vari servizi, in particolare tra le unità d'offerta socioassistenziali e quelle sociosanitarie, mediante l'analisi approfondita dei bisogni e la gestione innovativa, flessibile e partecipata dei servizi.

Dentro questo scenario, il processo di programmazione per il triennio 2009-2011 si è sviluppato a partire da una estesa valutazione di quanto realizzato nel secondo triennio di pianificazione zonale condotta dall'Istituto di ricerca sociale (Irs) in collaborazione con l'Ufficio di piano e i referenti dei tavoli tematici, che ha messo in luce i punti di forza e le criticità che hanno contraddistinto il Piano di zona 2006-2008 sia in termini di processo che in termini di azioni attuate.

Sulla base di quanto emerso nella fase di valutazione, è stato quindi costituito un «Gruppo integrato» di lavoro per la redazione del nuovo Piano di zona, composto da due rappresentanti del Tavolo politico, dal responsabile e dalla collaboratrice dell'Ufficio di piano, dalle referenti delle Aree tematiche del Piano di zona, dai referenti dell'Asl Milano 1, nonché dai rappresentanti del terzo settore (co-conduttori dei tavoli tematici).

Attraverso l'organizzazione di due giornate di lavoro

(workshop) svoltesi nel mese di febbraio 2009, a cui sono stati invitati tutti gli operatori delle istituzioni interessate e tutti gli organismi del terzo settore che hanno aderito e partecipato ai lavori dei tavoli tematici sviluppatasi nel corso del secondo triennio, è stata effettuata una lettura dei bisogni del territorio e sono state raccolte riflessioni, indicazioni e proposte circa gli obiettivi prioritari e le azioni da inserire nella nuova programmazione.

L'Ufficio di piano e le referenti d'area hanno in seguito sistematizzato i contenuti emersi nei suddetti incontri e hanno presentato agli organi istituzionali del Piano di zona (Tavolo tecnico e Tavolo politico) le ipotesi di macroobiettivi. A chiusura di questa fase, sulla base delle risultanze del confronto sviluppatosi a livello tecnico-politico e della contestualizzazione delle indicazioni regionali, sono stati fissati gli obiettivi e le priorità del nuovo documento di programmazione triennale, determinate le risorse necessarie, le forme di finanziamento, le modalità di gestione, e sono stati infine assunti da parte dell'Assemblea distrettuale dei Sindaci e degli organi competenti degli enti locali gli atti relativi all'adozione del Piano di zona 2009-2011.

Il documento di Piano rappresenta quindi il frutto di un percorso partecipato e costituisce una tappa importante nella costruzione della rete integrata dei servizi sociali e sociosanitari dell'Ambito.

Nel mondo dei servizi il concetto della rete (con i molti significati ad esso correlati: coordinamento, integrazione, partnership, sinergia, pianificazione congiunta) mai come oggi è stato così tanto invocato e allo stesso tempo disatteso. Dopo l'uscita delle leggi di riforma (legge nazionale 328/2000 e legge regionale 3/2008) questi termini sono ormai noti e acquisiti a livello teorico, ma accompagnati tuttavia da una certa difficoltà a metterli in pratica in modo efficace. Non tutte le reti funzionano, cioè producono cura e benessere, più e meglio delle azioni isolate di singoli operatori o singoli enti. Le reti devono essere a loro volta «curate» affinché siano in grado di «prendersi cura» e affinché diventino davvero

delle opzioni strategiche superiori, nella realtà frammentata degli attuali sistemi locali di welfare.

La cura della rete diventa allora il punto fondamentale attorno al quale devono incentrarsi gli sforzi di tutti gli attori in gioco, la condizione imprescindibile per poter veramente migliorare la qualità del sistema. Sappiamo ormai che la speranza di miglioramento non può più essere agganciata alla crescita degli stanziamenti e delle risorse, e sappiamo anche che non basta introdurre le logiche del mercato e della concorrenza per rendere l'intero assetto del sistema più «efficiente». La qualità del welfare non può ridursi ad una maggiore efficienza delle singole prestazioni o dei singoli servizi (che pure va ricercata e perseguita), perché costruire dinamiche di benessere sociale è una cosa ben diversa dal fabbricare un prodotto.

La qualità del welfare è qualità del vivere delle persone e quindi non tanto (o non solo) qualità delle prestazioni standard o dei meccanismi erogativi, bensì qualità delle azioni sensate e intelligenti (da qualsiasi parte provengano) capaci di rafforzare il senso di comunità che tiene insieme un territorio. Qualità del welfare è la capacità del «sistema» (cioè delle istituzioni) di connettersi alla «società» (ai mondi della vita) per vincere una scommessa condivisa circa il benessere sociale. È dalla capacità di connessione tra le organizzazioni/professionalità con il sociale che può emergere il welfare (inteso come lo star bene/la qualità della vita, ecc.). Quindi, in definitiva, quello che è veramente essenziale è la qualità delle relazioni, la qualità dei rapporti tra istituzioni e società, tra servizi sociali territoriali e comunità locali, tra operatori sociali e famiglie, e anche qualità delle relazioni tra cittadini e cittadini, senza la fuorviante etichettatura di utenti o pazienti o consumatori.

Nelle sempre più complicate situazioni di oggi, la strada maestra da seguire è quella di riscoprire e sostenere (a tutti i livelli) strategie condivise, progetti collettivi che sappiano farci progredire nella direzione del bene comune e del benessere collettivo, fare sintesi tra le tante e diverse strategie che ciascun soggetto coinvolto nella rete mette in campo, in modo da poter individuare delle possibili convergenze su progetti comuni e condivisi.

La nostra speranza e la nostra attesa è che il Piano di zona e i processi che gli sono collegati possano costituire un'occasione e uno spazio privilegiato per

progredire in tal senso e per ripensare una nuova cultura della qualità del welfare nella comunità legnanese.

Tra le problematiche affrontate in questa tornata di programmazione, una particolare attenzione è stata dedicata ai **bisogni che riguardano la popolazione anziana**. Il numero dei cittadini di età superiore ai 65 anni è in crescita costante e ancora più evidente è il processo di invecchiamento e l'aumento della longevità. Nell'ambito del legnanese l'indice di vecchiaia, che stima il grado di invecchiamento di una popolazione definendo il rapporto di composizione tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e la popolazione più giovane (0-14 anni), è del 140,9%, il più alto dell'Asl Provincia MI1.

Il servizio di assistenza domiciliare (Sad) è il servizio cardine in ogni comune dell'ambito. Il tasso di copertura dell'ambito è pari a 17%, rispetto al totale della popolazione over 65 stimata. Il dato raccolto sugli undici comuni rappresenta una situazione poco omogenea, facendo apparire rilevante la disparità di copertura del servizio, che spazia da un minimo del 7,6% ad un massimo del 23%.

L'introduzione del sistema voucher ha permesso un aumento della copertura del servizio di assistenza domiciliare che ha interessato complessivamente un ulteriore 0,57% della popolazione anziana residente.

Il ricorso alla residenzialità viene riservato in buona parte a soggetti gravemente non autosufficienti, per i quali il carico assistenziale dei caregiver diventa troppo gravoso. La figura parentale rimane riferimento diretto per un anziano su due e, anche in caso di presenza di assistenza familiare, questa va a sommarsi all'assistenza prestata dal caregiver, ma non lo sostituisce.

Le assistenti familiari sono la risorsa maggiormente utilizzata dopo la famiglia. Il numero delle persone al servizio delle necessità di cura degli anziani è stimato che nell'Asl MI1 sia pari a un numero di poco inferiore alle 15.000 unità, e nell'ambito legnanese di poco inferiore alle 3.000 unità. Il dato è in crescita costante, e si caratterizza tendenzialmente con un incremento del lavoro a ore senza convivenza con l'anziano. Questa tendenza verso la scarsa disponibilità da parte del personale di cura a coprire le 24 ore di assistenza fa sì che solo il 30% delle badanti si dichiarino favorevole alla convivenza con l'anziano. Alla nuova realtà si sommano i motivi di conve-

nienza economica che rendono preferibile il lavoro non regolare, più libero e meno vincolato. Per contro, si sta sviluppando una forte propensione alla formazione: tra le assistenti famigliari straniere giunte in Italia dopo il 2005, il 73% è interessata a percorsi formativi.

Riassumendo le evidenze emerse, risulta chiara la necessità di un ampliamento e di una maggiore articolazione dell'offerta di servizi in parallelo con l'estrema varietà delle condizioni di vita degli anziani, non più inquadrabili verso le standardizzazioni utilizzate in passato.

Il vero salto di qualità della condizione anziana è rappresentato dalla presenza di una rete di servizi su cui poter contare, in grado di modulare i diversi gradi di intensità assistenziale, che possa mitigare la delega alla famiglia, rendendola più tollerabile.

In linea generale nel corso del triennio 2009-2011, in collaborazione con l'Asl, si intende sostenere e migliorare il processo di **presa in carico integrata** delle persone in situazione di bisogno, attraverso la definizione di un protocollo operativo tra servizi. Nell'ambito del percorso di standardizzazione delle procedure di assistenza domiciliare si intende sostenere e sviluppare una modalità di presa in carico della persona, in particolare la persona non autosufficiente, attraverso un piano individualizzato di assistenza, sviluppando modalità integrate di valutazione del bisogno di prestazioni sociosanitarie e socio-assistenziali.

Altro importante obiettivo è costituito dalla organizzazione e attivazione di **punti unici per l'accesso integrato ai servizi sanitari e sociali**, con la finalità di fornire informazioni e orientamento al cittadino, risolvere problemi semplici, rinviare i casi di maggior complessità verso le sedi e i servizi adeguati, aggiornare la rete informativa dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali del territorio. In altri termini l'Asl e i Comuni del legnanese intendono di comune intesa:

- a) sviluppare nel triennio una rete di punti unici attraverso i quali fornire informazioni all'utenza fragile in modo trasversale rispetto all'accesso ai servizi socio-assistenziali e socio-sanitari;
- b) realizzare una anagrafica per agevolare la conoscenza quantitativa e qualitativa del fenomeno «utenza fragile».

Un'altra priorità è rappresentata dalla **continuità as-**

sistenziale, ovvero attivare percorsi di cura integrati tra ospedale e territorio (e viceversa), in grado di colmare quel vuoto assistenziale che, oltre a essere negativamente percepito dal paziente quale abbandono istituzionale, può compromettere il buon esito delle cure e condurre alla medicalizzazione di condizioni anche non strettamente sanitarie. La continuità assistenziale deve altresì svolgere una «funzione cerniera» tra la realtà ospedaliera e quella territoriale, e deve agire da garante della continuità delle cure per i soggetti. Sarà pertanto prioritaria nel triennio 2009-2011 la realizzazione di percorsi di continuità assistenziale sia con le strutture sanitarie che socio sanitarie accreditate, siano esse Rsa e ex Idr riclassificati, in un'ottica di stretto collegamento e responsabilizzazione con le realtà territoriali locali, ai fini dell'integrazione socio sanitario e socio assistenziale.

Volendo schematizzare, le priorità del Piano di zona legnanese per l'area anziani si possono così riassumere:

Interventi di sostegno alla domiciliarità:

- mantenimento dei voucher per l'assistenza domiciliare;
- sperimentazione voucher per le emergenze (es. dimissioni ospedaliere in situazione di non autosufficienza).

Azioni di sollievo alle famiglie con malati di Alzheimer:

- tavolo di confronto tra Comuni, Asl e Terzo settore per la progettazione di servizi/interventi di sollievo ai caregiver;
- sostegno alla costituzione di gruppi di mutuo aiuto.

Continuità assistenziale e dimissioni protette:

- gruppo di lavoro tra Comuni, Asl, azienda ospedaliera per la definizione di percorsi assistenziali integrati;
- coinvolgimento dei medici di base.

Qualificazione e regolarizzazione del lavoro di cura:

- consolidamento dello Sportello assistenti famigliari;
- programmazione nuovi corsi di formazione;
- mantenimento buoni sociali per la regolarizzazione delle badanti.

Mobilità sociale delle persone in condizione di fragilità:

- razionalizzare e mettere in rete i servizi di trasporto/accompagnamento.

Il Piano di zona per il triennio 2009-2011 costituisce per i Comuni del Magentino una duplice opportunità per programmare in modo integrato un insieme di interventi e servizi sociali: da un lato si tratta di dare continuità e consolidare quanto di positivo già è in atto, dall'altro di individuare gli spazi di miglioramento e innovazione nel governo integrato del welfare locale.

La fase di programmazione non ha potuto prescindere da una valutazione del «contesto ambientale» che consentisse alle amministrazioni di riconoscere il loro attuale posizionamento rispetto al livello di welfare per poi decidere la traiettoria della nuova programmazione. La consapevolezza rappresenta senza dubbio il primo ingrediente per la corretta definizione di ogni policy. Per questa ragione una parte rilevante del nuovo documento di piano è costituito proprio dall'analisi del territorio, dei risultati raggiunti nella precedente triennalità e dalla capacità di impiego delle risorse.

Dalla lettura dei dati del territorio e dei risultati riferiti alla passata triennalità si sono tratte le seguenti indicazioni che hanno costituito il punto di partenza per la costruzione del nuovo piano sociale di zona:

- il territorio ha fatto dei passi nella direzione dell'integrazione delle politiche comunali soprattutto con riferimento ai bisogni «emergenti» o da «trattare» su area vasta (stranieri, facilitazione linguistica nelle scuole per gli alunni, progetti di prevenzione e inclusione sociale);
- rimangono rilevanti differenze in termini di impiego delle risorse, target di utenti, e tali differenze sono in parte fisiologiche e legittime in relazione al-

l'autonomia di ogni ente in particolare con riferimento ai servizi e alle prestazioni storicamente strutturate e consolidate nelle competenze comunali (servizi per anziani, prima infanzia, regolamenti, ecc.);

- si evidenzia invece un'inversione di tendenza rispetto soprattutto agli ambiti di integrazione socio-sanitaria (servizi per disabili, affidi familiari, tutela minori, ecc.) per i quali i comuni stanno maturando la consapevolezza dell'opportunità di cooperare e collaborare per garantire risposte appropriate ed efficaci ai bisogni dei propri cittadini;
- rispetto all'impiego delle risorse si evidenzia un miglioramento nelle performance relative alle capacità di impegno e liquidazione della spesa, stante comunque la difficoltà di allinearsi rispetto a modalità di erogazione dei fondi non sem-

AZIONI DI CONSOLIDAMENTO	2009-2011
<i>Azioni di consolidamento/continuità</i>	<i>Fondi stimati</i>
Area Disabili	euro 384.000
Area Immigrazione	euro 318.000
Area Inclusione Sociale	euro 174.000
Area Minori e Famiglia	euro 243.000
Area Titoli sociali	euro 913.362
Spese di Gestione Ufficio di Piano	euro 399.664
<i>Sud totale azioni di consolidamento/continuità</i>	<i>euro 2.432.026</i>
AZIONI DI INNOVAZIONE	2009-2011
<i>Azioni di innovazione</i>	<i>Fondi stimati</i>
Sistemi di accreditamento unità d'offerta sociale	euro 2.845.599
Progetti da fondo non autosufficienze	euro 760.869
Sistemi informativi	euro 100.000
Punto unico di accesso/segretariato	euro 50.000
Budget unico altre azioni	euro 375.263
<i>Sub totale azioni di innovazione</i>	<i>euro 4.131.731</i>
TOTALE GENERALE DELLE RISORSE IMPIEGATE	EURO 6.563.757

pre in linea con i tempi di approvazione degli strumenti contabili degli enti locali.

La sintesi di questa fase valutativa ha consentito di immaginare i futuri scenari e provare a definire una cornice di regole e alcuni assi strategici rilevanti da sviluppare nei prossimi tre anni.

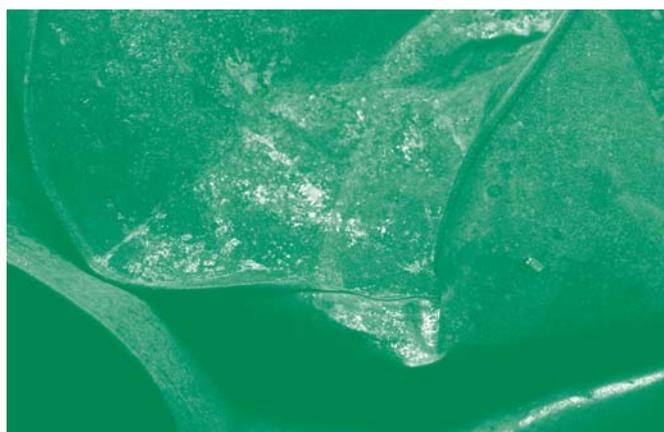
La crescita delle aspettative della collettività in termini di qualità, flessibilità e personalizzazione dei servizi pubblici assieme alle limitate capacità finanziarie di cui spesso le amministrazioni dispongono per garantire la fruizione di servizi di qualità a costi ragionevoli e accessibili a tutti, sono gli elementi che spingono verso la ricerca di formule innovative, anche radicali e di strumenti per dare concretezza a queste formule. Il nuovo documento di piano, da questo punto di vista, contiene senza dubbio alcune sfide per questo territorio (punto unico di accesso, segretariato sociale, integrazione delle fonti di finanziamento, sistemi di accreditamento, budget individuale, sistemi informativi, sistema di governance, valutazione di impatto delle politiche,

ecc..) che rappresentano la vera frontiera per la creazione di un «sistema» di welfare locale attento e prossimo ai bisogni della cittadinanza.

Complessivamente nel prossimo triennio le risorse a disposizione del Piano saranno articolate come indicato nella tabella.

Vi è infine la coscienza che l'attuale situazione di grave crisi economica avrà certamente grande influenza sulle misure di sostegno alle famiglie in difficoltà che le amministrazioni pubbliche, ma non solo, sapranno mettere in campo; a questo proposito si ritiene fondamentale mettere in evidenza come il tema lavoro trovi solo parzialmente una sua risposta all'interno del documento di piano, tuttavia non sfugge ai programmatori la necessità di mantenere alta l'attenzione su tali tematiche.

Il nuovo Piano sociale di zona si è potuto realizzare grazie al lavoro, alle capacità e alla disponibilità degli assessori ai Servizi sociali dei Comuni dell'Ambito e dei tecnici che hanno accettato la sfida di scrivere a più mani e in poco tempo un testo «leggero», ma denso di contenuti, un testo che vale la pena di leggere.



UFFICIO DI PIANO COMUNITÀ MONTANA DI VALLE CAMONICA - BRENO (BS)

La Valle Camonica, terminata l'esperienza del Piano di zona 2006-2008 si era trovata a dover ridisegnare il quadro del governo delle politiche sociali evidenziando le competenze dell'Ufficio di Piano, rimaste vacanti in nel primo semestre del 2008; semestre caratterizzato per l'assenza di un responsabile dell'Ufficio di Piano e per la nascita sul territorio Camuno di due aziende speciali costituite dai Comuni del Distretto a seguito del ritiro delle deleghe dall'Asl Vallecamonica Sebino.

Ecco dunque che per definire con adeguata trasparenza e chiarezza i ruoli istituzionali propedeutici alla progettazione, gestione e valutazione del Piano di zona, è stato necessario innanzitutto definire i livelli di gestione delle politiche sociali sul territorio. I due livelli che sono emersi e dei quali si è dato evidenza sono:

- la funzione di governo;
- la funzione di produzione.

LA FUNZIONE DI GOVERNO

La funzione di governo, è quella funzione che la legge 328/2000 e recentemente anche la L.R. 3 del 2008 della Regione Lombardia, vede in capo ai Comuni dell'Ambito con il supporto delle Aziende sanitarie locali.

In Valle Camonica essa è assolta, per conto della Conferenza dei Sindaci del Distretto, dalla Comunità Montana in qualità di ente capofila.

La Comunità Montana di Valle Camonica, attraverso l'Ufficio di Piano, si assume le responsabilità programmatiche, progettuali e di indirizzo delle Politiche sociali sul territorio e nei confronti della Regione Lombardia. L'Ufficio di piano, infatti, programma e progetta le azioni di sistema, definisce il sistema delle regole di erogazione/fruizione e spesa dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali, ne monitora costantemente la corretta esecuzione e implementazione e assolve al debito informativo e di comunicazione-rendicontazione richiesto dalla Regione.

LA FUNZIONE DI GESTIONE E DI PRODUZIONE

Si è partecipi della doppia funzione di gestione/produzione solo producendo e gestendo servizi, interventi e prestazioni.

La funzione di produzione in Valle Camonica è assunta secondo un sistema sussidiario di tipo verticale, dai seguenti enti e organismi:

- > le due Aziende speciali presenti sul territorio che producono ed erogano alcuni servizi (segretariato sociale, servizi specialistici, servizi di integrazione lavorativa...) e ne acquistano altri dal sistema di enti gestori;
- > gli enti gestori presenti sul territorio che erogano servizi di tipo residenziale, semi residenziale, domiciliare a favore di tutte le categorie sociali di fragilità.

Nella tabella n. 1 è descritto il funzionigramma di governo del Piano di zona.

OBIETTIVI E CONTESTO PER L'AREA ANZIANI

Gli anziani residenti nel Distretto di Valle Camonica agli inizi del 2007 sono in totale 18.541. Considerando la composizione numerica delle classi d'età quinquennali superiori ai 65 anni d'età (fig. n. 1), oltre 10.000 cittadini si collocano nelle fasce d'età fra i 65 e i 74 anni, mentre coloro che hanno fra i 75 e i 79 anni sono circa 3.800. Gli anziani ultraottantenni, infine, raggiungono circa le 4.500 unità.

Passando alla distribuzione percentuale delle classi stesse sul totale della popolazione anziana (fig. n. 1), la classe d'età 65-69 è quella che pesa maggiormente (con il 31,02%), seguita dalla classe 70-74 (24,17%). Coloro che hanno fra i 75 e i 79 anni rappresentano il 20,86% della popolazione anziana, mentre i cosiddetti grandi anziani (dagli ottant'anni in su) ne costituiscono il 23,94%.

I servizi presenti sul territorio del distretto per quanto riguarda l'area anziani sono i seguenti.

Residenze sanitario-assistenziali (Rsa)

Sono strutture residenziali extra ospedaliere finalizzate a fornire accoglienza, prestazioni sanitarie e di

TABELLA N. 1

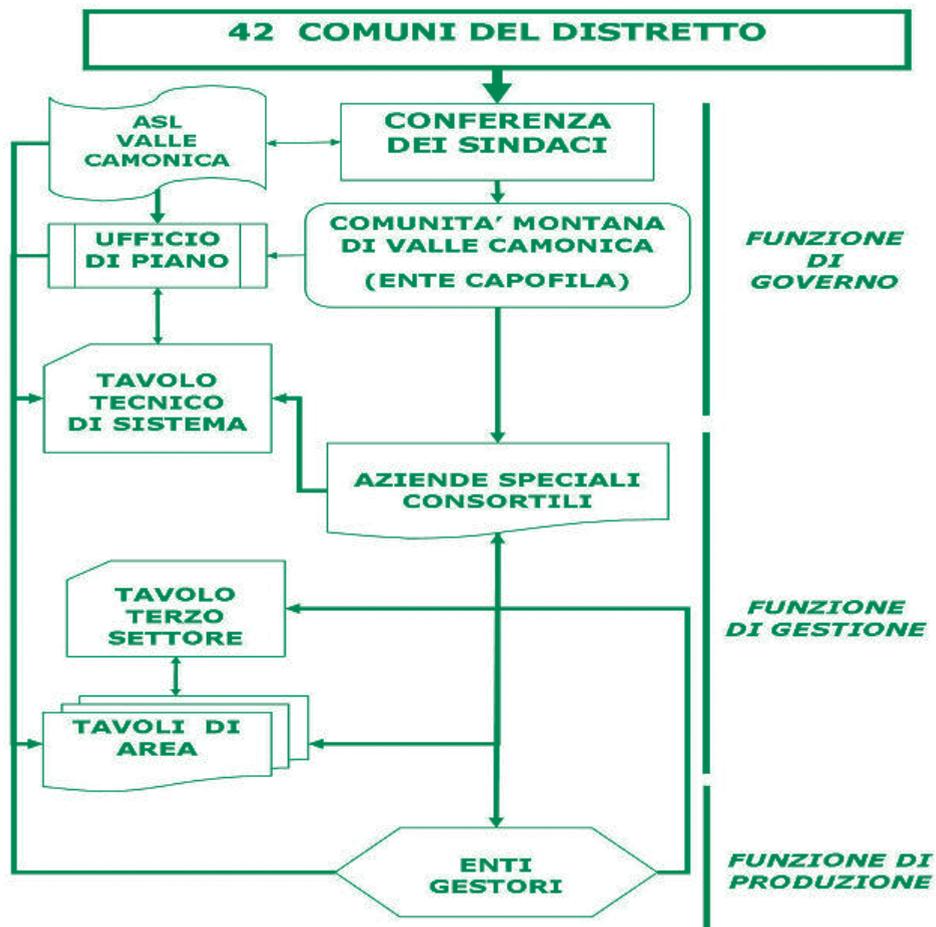


FIGURA N. 1 - DISTRETTO DI VALLE CAMONICA. RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DELLA DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE CLASSI DI ETÀ QUINQUENNALI SUPERIORI AI 65 ANNI. VALORI AL 1 GENNAIO 2007

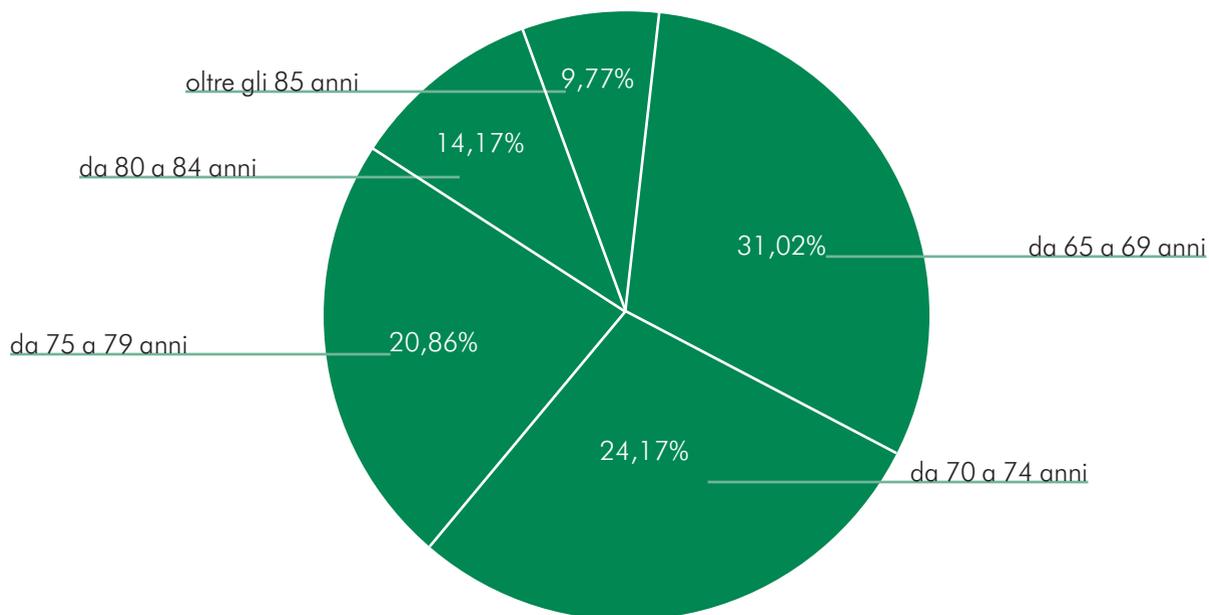


TABELLA N. 2 - DISTRETTO DI VALLE CAMONICA, RSA ANNO 2008

NUMERO	ENTE GESTORE	SEDE STRUTTURA	POSTI AUTORIZZATI	POSTI ACCREDITATI	PL. OLLIEVO	PL. ALZHEIMER
1	Comune di Artogne	Artogne	32	32	0	0
2	«Margherita» Società cooperativa sociale ONLUS	Berzo Inferiore	36	36	0	0
3	Fondazione «Villa Monsignor Damiano Zani» ONLUS	Bienno	42	42	9	0
4	Comune di Borno	Borno	54	54	0	0
5	Fondazione «Ente Celeri» ONLUS	Breno	55	55	0	0
6	Fondazione «Fratelli Bona» ONLUS	Capo di Ponte	40	40	1	0
7	Residenza «Angelo Maj» Fondazione ONLUS	Darfo B.T.	76	64	4	15
8	Fondazione «Giamboni» ONLUS	Edolo	72	72	0	0
9	Fondazione «Ninj Beccagutti» ONLUS	Esine	54	54	7	0
10	«AESIS» Società Cooperativa Sociale ONLUS	Lozio	43	0	0	0
11	Fondazione «Don Giovanni Ferraglio» ONLUS	Malonno	100	90	0	20
12	Fondazione «Giovannina Rizzieri» ONLUS	Piancogno	67	67	9	20
13	Fondazione «Santa Maria della Neve» ONLUS	Pisogne	90	90	8	20
14	Fondazione «Mansignore Giacomo Caretoni»	Ponte di Legno	41	41	0	0
TOTALE			802	737	38	75

Fonte: ASL Vallecamonica-Sebino.

recupero, tutela e trattamenti riabilitativi ad anziani in condizioni di non autosufficienza fisica o psichica, privi di supporto familiare che consenta di erogare a domicilio gli interventi sanitari continui e l'assistenza necessaria.

Centri diurni integrati (Cdi)

Sono servizi diurni che offrono prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche, riabilitative), assistenziali (aiuto nella cura dell'igiene personale), attività di animazione e di socializzazione ad anziani con un'autosufficienza compromessa parzialmente o totalmente. Svolgono una funzione intermedia tra il servizio di assistenza domiciliare (Sad) e la struttura residenziale (Rsa).

Centri diurni per anziani (Cda)

Forniscono un servizio di assistenza a carattere integrativo e di sostegno alla vita di relazione; questi centri si propongono di assicurare agli anziani effettive possibilità di vita autonoma e sociale, favorendo il rapporto di comunicazione interpersonale e le attività ricreative e culturali.

Servizio di assistenza domiciliare (Sad)

È un servizio diretto alle persone anziane o disabili, che reca beneficio anche alle rispettive famiglie, offrendo prestazioni sociali, assistenziali e di tutela. Il servizio, destinato alle persone di oltre 65 anni e ai disabili di età anche inferiore, si pone l'obiettivo di favorire la loro permanenza nell'ambiente fami-

TABELLA N. 3 - DISTRETTO DI VALLE CAMONICA, CDI ANNO 2008

NUMERO	ENTE GESTORE	SEDE STRUTTURA	POSTI AUTORIZZATI	POSTI ACCREDITATI
1	Fondazione «Villa Monsignor Damiano Zani» ONLUS	Bienno	5	5
2	Residenza «Angelo Maj» Fondazione ONLUS	Darfo B.T.	15	15
3	Fondazione «Ninj Beccagutti» ONLUS	Esine	5	5
4	Fondazione «Don Giovanni Ferraglio» ONLUS	Malonno	15	15
5	Fondazione «Giovannina Rizzieri» ONLUS	Piancogno	15	15
6	Fondazione «Santa Maria della Neve» ONLUS	Pisogne	30	30
7	Associazione «Pro Casa anziani»	Niardo	12	12
TOTALE			97	97

Fonte: ASL Vallecamonica-Sebino.

TABELLA N. 4 - DISTRETTO DI VALLE CAMONICA, CDA ANNO 2008

NUMERO	ENTE GESTORE	SEDE STRUTTURA	POSTI AUTORIZZATI
1	Comune di Angolo T.	Angolo T.	25
2	Comune di Bienno	Bienno	60
3	Associazione Fraternità Anziani, Pensionati e invalidi	Cividade C.	30
4	Comune di Esine	Esine	70
5	Associazione Pensionati e Invalidi	Gianico	25
6	Associazione Volontari Assistenza	Malegno	45
7	Comune di Paspardo	Paspardo	80
8	Comune di Piancamuno	Piancamuno	50
TOTALE			385

Fonte: ASL Vallecamonica-Sebino.

liare e sociale di appartenenza, prevenire e rimuovere le situazioni di bisogno e disagio, riducendo il ricorso ad ospedalizzazione impropria e, per quanto possibile, il ricovero in strutture residenziali.

Voucher socio-sanitario Assistenza domiciliare integrata (Adi)

Il voucher socio-sanitario è un titolo utilizzabile per l'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare

FIGURA N. 2 - DISTRETTO DI VALLE CAMONICA. DISTRIBUZIONE UTENTI S.A.D. ANNI 2006, 2007, 2008

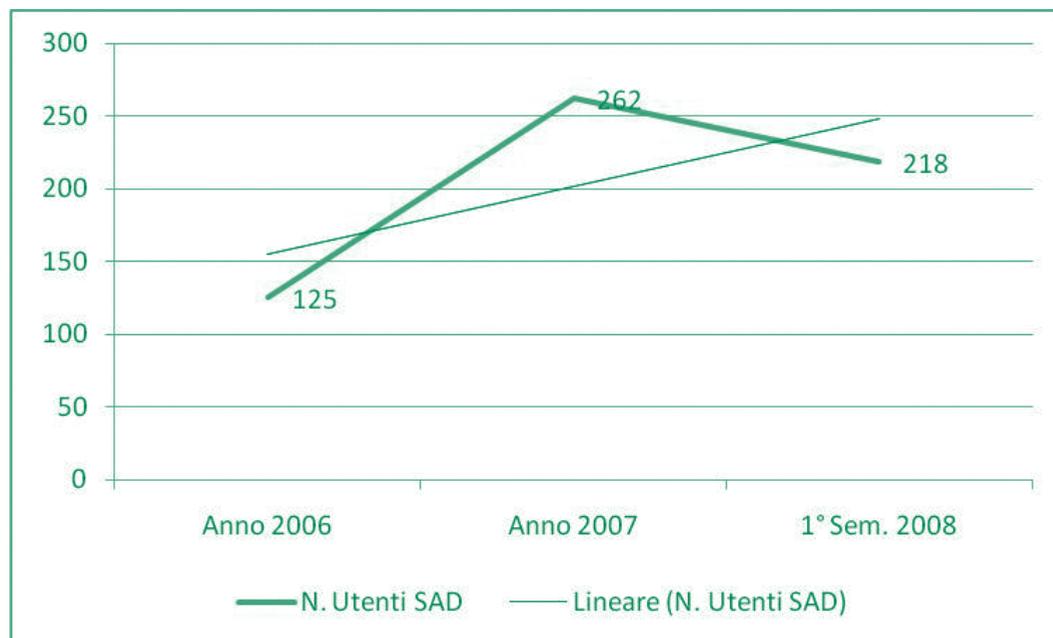


TABELLA N. 5 - DISTRETTO DI VALLE CAMONICA. UTENTI RSA PER SEDE, STRUTTURA E CLASSE D'ETÀ. ANNO 2007

		< 60 ANNI	60-64 ANNI	65-69 ANNI	70-74 ANNI	75-79 ANNI	80-84 ANNI	> 85 ANNI	TOTALE
1	Artogne	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
2	Berzo Inferiore	2	2	3	4	7	13	19	50
3	Bienno	0	1	3	1	6	9	22	42
4	Borno	2	1	3	7	9	11	20	53
5	Breno	0	1	0	6	5	13	29	54
6	Capo di Ponte	0	2	5	2	6	9	38	62
7	Darfo B.T.	4	3	4	8	7	18	33	77
8	Edolo	0	1	3	4	10	17	52	87
9	Esine	0	1	3	5	6	14	31	60
10	Lozio	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	np.	n.p.	n.p.
11	Malonno	4	1	6	7	9	28	35	90
12	Piancogno	0	0	6	6	10	18	27	67
13	Pisogne	0	8	6	8	11	17	40	90
14	Ponte di Legno	2	0	3	1	6	10	19	41
TOTALE		14	21	45	59	92	177	365	773°

*Il totale include n. 49 ospiti non residenti nel Distretto di Valle Camonica. Fonte: R.S.A. della Valle Camonica.

socio-sanitaria integrata di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e socio-assistenziale rese a domicilio, a favore di anziani e, in generale, di soggetti fragili.

L'obiettivo è quello di consentire agli utenti di rimanere il più possibile nel proprio ambiente di vita e di relazione.

Telesoccorso

È un sistema che permette di rilevare tempestivamente i bisogni dell'anziano al domicilio attraverso un apparecchio che, utilizzando la linea telefonica, mette immediatamente in contatto l'utente con una centrale opera-

tiva di telecontrollo e telesoccorso attiva 24 ore su 24. Dopo una breve definizione del contesto, vengono di seguito delineati in forma sintetica e diretta gli obiettivi dell'area anziani per il triennio 2009-2011.

Punti di forza dell'Area

- Sostegno ai percorsi formativi rivolti a famiglie, volontari e assistenti familiari.

Punti di debolezza dell'Area

- Fragilità della rete tra singole realtà e territorio.

Opportunità legate al contesto

- Presenza del Terzo Settore come soggetto promotore di collaborazioni con il volontariato.

OBIETTIVI	STRATEGIA	AZIONI	TEMPI
Censire le risorse umane in ogni Comune	innovazione	Mappatura e messa in rete delle organizzazioni di volontariato	Triennio
Sperimentare nuovi modelli di sostegno agli anziani e alle loro famiglie sulla base dell'analisi delle risorse attivabili	Innovazione	Assegnazione di fondi per l'assistenza ospedaliera di anziani soli	Triennio
		Erogazione fondi per le famiglie che regolarizzeranno le assistenti domiciliari	1° annualità
Creazione di una rete pubblica-privata volta a regolamentare il sistema di domanda-offerta delle assistenti familiari	Innovazione	Realizzazione di un corso di formazione per badanti	1° annualità
		Creazione di un albo distrettuale delle badanti	
		Attivazione di uno sportello badanti a livello territoriale	1° annualità
Ridurre le situazioni di isolamento sociale negli anziani	Consolidamento/ potenziamento	Favorire la riorganizzazione dei CDA	Triennio
Qualificare il sistema territoriale di accoglienza residenziale per persone anziane	Innovazione	Implementazione di una rete residenziale leggera per persone anziane	Triennio
Favorire il potenziamento dei servizi domiciliari su tutto il territorio	Consolidamento/ potenziamento	Creazione di un monte ore/fondo territoriale da erogare attraverso il SAD, per la gestione delle emergenze e i momenti acuti della non autosufficienza	1° annualità

L'Assemblea dei Sindaci del Distretto di Sesto Calende, nella seduta del 26 Marzo 2009, ha approvato il nuovo Piano di zona - triennio 2009/2011

Tra gli obiettivi della nuova triennalità, meritano particolare attenzione:

- lo sviluppo del «segretariato sociale» anche attraverso il consolidamento dello «sportello sociale di cittadinanza» strettamente collegato con le funzioni di ufficio delle relazioni con il pubblico delle singole amministrazioni comunali;
- la regolamentazione dell'accesso ai servizi operativi e alle provvidenze economiche di persone che si trovino in particolari condizioni di bisogno successivamente all'improvvisa espulsione dal mondo del lavoro.

Inoltre la promozione di iniziative specifiche finalizzate alla:

- definizione di un «patto educativo di comunità» quale progetto di costruzione di reti di solidarietà e di relazione positiva cui dovranno partecipare tutti i soggetti pubblici e privati dell'Ambito deputati alla mission educativa e a cui potranno aderire tutti quei soggetti – individui e gruppi – che nella stessa dichiarano di volersi impegnare;
- definizione di «patto di comunità: obiettivo lavoro» finalizzato a creare condizioni favorevoli all'incontro domanda/offerta per persone e famiglie in situazioni di fragilità sociale in questo particolare momento di congiuntura economica.

I percorsi istituzionali riguardano inoltre la necessità di migliorare le collaborazioni tra enti: il Comune, l'Azienda sanitaria locale e il Distretto sociosanitario, l'azienda ospedaliera, la Provincia, la scuola e tutte le altre agenzie che operano nel sistema di welfare locale.

Questi molto sinteticamente i contenuti del «piano triennale» che è «nato» in un contesto sociale e di riferimenti normativi decisamente nuovi.

Infatti il quadro normativo di riferimento si è ampliato e consolidato a livello regionale soprattutto

con l'approvazione della legge regionale n. 3/2008 ma anche attraverso altri provvedimenti più specifici rispetto al processo di programmazione sociale quali la dgr. n. 8234 del 22 ottobre 2008 e la dgr. n. 8551 del 3 dicembre 2008.

Con questi provvedimenti la Regione ha nella sostanza indirizzato la programmazione zonale a una più attenta e specifica prospettiva di integrazione delle politiche per le persone mettendo i Comuni associati nella responsabilità di promuovere azioni di collegamento tra gli obiettivi più propriamente sociali e assistenziali con quelli socio-sanitari (con particolare attenzione alle persone non-autosufficienti v - dgr. n. 8234/08) ma anche con quelli delle politiche del lavoro, della formazione, della casa (dgr. n. 8551/08).

L'altro aspetto significativo che emerge dai provvedimenti regionali è quello della necessità di garantire ai cittadini diffusa e approfondita informazione per sostenere l'accesso alla rete dei servizi anche attraverso l'ipotesi di realizzazione di un unico punto di accesso per le prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie.

Il nuovo piano triennale è però nato in un particolare momento di grave crisi economica che produce effetti pesanti anche sulla vita sociale e delle relazioni.

I Comuni quindi nella loro titolarità delle funzioni di programmazione delle politiche hanno dovuto tener conto di quanto di nuovo e positivo sono andate a promuovere le disposizioni regionali ma anche quanto di nuovo e negativo si è rilevato dalla osservazione sociale di contesto.

In una prospettiva di programmazione è indispensabile avere non solo un quadro di conoscenza dei bisogni e delle questioni da affrontare ma anche e soprattutto avere la certezza delle risorse.

In tal senso non possiamo certamente sostenere che la nuova programmazione triennale dei Piani di zona si sia trovata nelle condizioni ideali e favorevoli in quanto essendo il termine di chiusura dato dalla l.r.n. 3/08 la fine del mese di marzo 2009, la co-

noscenza delle risorse finanziarie a disposizione si è avuta solo a seguito della approvazione della dgr. n. 9152 del 30 marzo 2009.

Tale situazione di fatto ha messo in difficoltà il programmatore zonale e di fatto ha impedito la possibilità di avanzare nelle prospettive di integrazione delle politiche e dell'ampliamento delle funzioni che comunque erano sostenute dalle linee date dalla Regione Lombardia.

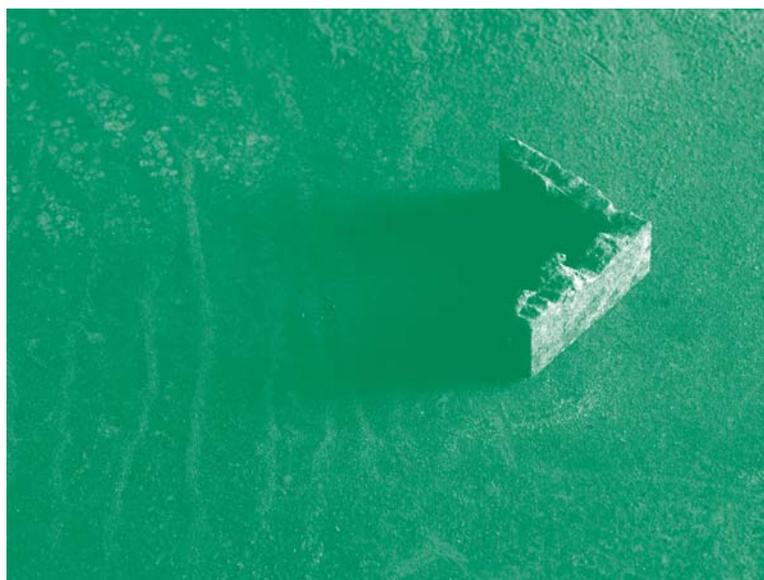
Di fatto comunque nell'ambito della programmazione triennale della zona di Sesto Calende si sono individuate alcune linee operative specifiche che, sostenute dalle risorse messe a disposizione a livello associato, si cercherà di portare a risultato; in particolare:

- > il consolidamento dello «sportello sociale di cittadinanza» quale punto informativo integrato;
- > la regolamentazione dell'accesso ai servizi operativi e alle provvidenze economiche per perso-

ne che si trovino in particolari condizioni di bisogno successivamente all'improvvisa espulsione dal mondo del lavoro;

- > il fondo di solidarietà per la non autosufficienza collegato anche con le disponibilità finanziarie date dal fondo per le non autosufficienze;
- > il fondo di solidarietà a favore dei minori con provvedimento dell'autorità giudiziaria ma anche per rispondere ad altri bisogni emergenti a livello locale.

A conclusione si ritiene importante confermare la necessità che tutte le azioni che potranno essere realizzate per portare a compimento tali obiettivi avranno esito favorevole solo creando condizioni di condivisione e di partecipazione da parte di tutti gli attori sociali del territorio e in particolare con i soggetti rappresentativi delle funzioni di tutela dei cittadini e dei loro diritti.



Un nuovo protagonismo del territorio e dei soggetti della sussidiarietà

di Fabrizio Tagliabue*

Si è aperto il nuovo triennio per i Piani di zona nella nostra regione e ciò, per il Forum del Terzo settore della Lombardia, rappresenta un significativo appuntamento per mettere alla prova il nuovo sistema disegnato dalla recente riforma del welfare introdotta con la L.R. 3 del 2008.

La programmazione partecipata, infatti, deve essere in gran parte ripensata alla luce della nuova «governance» della rete socio sanitaria voluta dal legislatore regionale, cosa che potrebbe rilanciare il ruolo dei soggetti della sussidiarietà e che ripropone il nodo delle relazioni tra istituzioni pubbliche e privato sociale a livello locale.

Rispetto alle passate esperienze il Forum ha effettuato una valutazione complessa e articolata: se da un lato l'effettivo coinvolgimento nella programmazione dei soggetti del Terzo settore rappresenta tutt'oggi un'incompiuta è altresì vero che l'esperienza in molti distretti ha favorito lo sviluppo di relazioni e di sinergie che hanno contribuito a ridare slancio alla progettualità e alla coesione sociale. Ne è riprova, per quanto riguarda lo stesso «sistema forum» lombardo la nascita di ben diciotto forum territoriali, la gran parte di ambito distrettuale, che hanno sicuramente tratto origine anche dalla necessità di confrontarsi, discutere,

collaborare, coprogettare, attrezzarsi per reggere un confronto costruttivo e produttivo con i partner istituzionali e con gli altri soggetti, come il sindacato, chiamati ai tavoli di programmazione. Tra gli elementi di particolare criticità per quanto riguarda l'esperienza passata vi è sicuramente la mancanza di un efficace sistema di monitoraggio, in grado di fornire un quadro attendibile degli esiti e quindi di rendere possibile una valutazione nel merito. Uno dei principali nodi che a nostro parere dovrà essere sciolto riguarda proprio la creazione di un sistema informativo (per altro previsto dalla L.R.3/2008) in grado di mettere in connessione le comunità locali e i soggetti che le animano, tra loro e con la Regione, affinché sia possibile disporre di informazioni complete e spendibili per una efficace valutazione e perché si possa mettere in moto un processo di valorizzazione delle risorse e delle esperienze che i territori producono. Senza un efficace sistema di rilevazione dei dati non sarà inoltre possibile definire indicatori oggettivi e credibili della qualità della rete e dei servizi, né valutare l'impatto concreto delle nuove regole di governance su cui tante energie Terzo settore e sindacato hanno investito durante tutta la fase di elaborazione della nuova legge sul welfare regionale. Il nuovo sistema sarà in grado di apportare significativi innalzamenti della qualità dei servizi nei confronti dei cittadini? Ad oggi dobbiamo prendere atto che siamo nell'impossibilità di effettuare una valutazione compiuta e oggettiva, quindi il primo obiettivo deve essere il sistema informativo. Un secondo aspetto, tra quelli prioritari, riguarda poi il salto di qualità da tutti auspicato, nell'integrazione socio sanitaria: quella che serve davvero è un'integrazione dei servizi che non può essere disgiunta dall'integrazione «istituzionale» tra i soggetti municipali (che esprimono la partecipazione elettiva dei cittadini) e le Asl, che dipendono direttamente dal potere centrale del governo regionale. Integrazione di servizi e istituzionale che a nostro parere può essere realizzata solo a patto che si affermi la cultura dell'integrazione, necessariamente basata sulla presa in carico integrale dei bisogni della persona e sulla valorizzazione delle sue risorse. Integrazione che non è nemmeno pensabile se non si affronta insieme alla questione cruciale della sussidiarietà: verticale, se pensiamo al rapporto asimmetrico tra enti locali e aziende sanitarie locali, spia di una evidente contraddizione politica, orizzontale, se pensiamo che l'affermazione della cultura dell'integrazione passa anche attraverso l'indispensabile riconoscimento delle potenzialità e delle responsabilità che le formazioni sociali incarnano nei territori, traducendola in servizio, in azione di rappresentanza e di advocacy e in impresa sociale. Senza un'idea chiara e condivisa dell'una e dell'altra sussidiarietà (e l'una dipende dall'altra in modo inscindibile) non si può sperare in un'effettiva integrazione socio sanitaria che è per noi l'altro nome del riconoscimento della persona nella sua interezza e dell'affermazione integrale dei suoi diritti di cittadinanza. Per tutto il periodo di gestazione della L.R. 3 abbiamo insistito su questo punto ed espresso le nostre riserve su un impianto legislativo originariamente fondato sul governo dei servizi (sulle risposte) e non sul riconoscimento della soggettività (e quindi dei diritti soggettivi e dei bisogni) delle persone nella comunità locale di cui fanno parte; adesso che abbiamo ottenuto una parziale correzione della struttura originariamente pensata dalla Regione, dobbiamo presidiare attentamente la traduzione dei principi della L.R. 3 in azioni capaci di dare effettivo impulso al protagonismo dei territori e alla centralità della persona. Un conto è stato presidiare un'azione di riforma legislativa, che ci ha dato uno strumento che in buona parte riconosciamo positivo e utile per innovare il sistema, un conto sarà, da qui in poi, presidiarne il processo di attuazione e le conseguenze che potranno discenderne in ambito locale. In sintesi, il sistema



Forum del Terzo Settore della Lombardia, dopo un approfondito giro di consultazioni nei territori della nostra Regione, ha individuato tre priorità in merito alla nuova triennalità 2009-2011, che sono le seguenti.

La prima. Occorre dare visibilità piena agli esiti delle sperimentazioni, sia a livello regionale che locale e fare in modo che la conoscenza e le informazioni non rimangano nei cassetti delle amministrazioni. Le innovazioni sviluppate nei territori sono tutte da valorizzare.

Una seconda riguarda la necessità di lavorare sulla valutazione.

Un sistema che valuta deve sapere assumere le innovazioni e saperle premiare, ma anche sapere rimuovere le cose che non funzionano più. Pensiamo perciò che la nuova triennalità possa favorire la creazione di sistemi premiali per quei territori che sanno non solo sperimentare, ma anche portare a sistema le sperimentazioni e innovare il sistema locale dei servizi. Pensiamo altresì che la costruzione degli indicatori per le valutazioni e per le sperimentazioni debba avvenire in maniera congiunta con le realtà che lavorano con il territorio. È importante, inoltre, definire strumenti di valutazione del sistema di offerta, anche mediante idonei «osservatori» per porre in luce le situazioni che attualmente non sono prese in carico o riconosciute dal sistema, ovvero quelle che i servizi ignorano. Oggi il territorio è ricettore di politiche e finanziamenti, ma non ne è il protagonista. Si tratta di invertire il senso delle politiche, partendo dai territori e dai loro attori. La nuova stagione della programmazione partecipata è il terreno di prova su cui si può tentare di rovesciare definitivamente la logica prestazionale dei servizi.

La terza priorità è quella della governance territoriale: i soggetti partecipano davvero o sono solo comparse? Occorre dare seguito anche sui territori alle delibere sui tavoli del terzo settore, agendo in modo efficace anche per non determinare il collasso di un sistema comunque fragile, che costa molta fatica e il cui senso va continuamente richiamato e rielaborato, solo così le formazioni sociali potranno superare la tentazione dell'autoreferenzialità e restare ben ancorate all'agire per il bene comune, ultimo orizzonte di senso della programmazione partecipata. Sistemi snelli, quindi, che privilegino i contenuti rispetto alla rappresentatività e alle appartenenze.

Infine nella nuova triennalità dei Piani di zona dovremo mettere mano all'implementazione dei principali elementi di riforma del sistema che abbiamo contribuito a collocare nella L.R.3. Pensiamo soprattutto al Segretariato sociale, perché è certamente stato uno degli argomenti intorno ai quali si è maggiormente sviluppato il confronto tra tutti i soggetti che hanno investito tempo ed energia nel dibattito sul nuovo modello di welfare. Il Forum raccoglie e rilancia un appello al sindacato con cui, su questo specifico terreno, ha registrato molte e significative convergenze: riusciremo, a partire dai territori in cui ci troviamo a lavorare insieme, a dare vita ad esperienze capaci di aprire nuovi scenari e di segnare la via dell'innovazione? Più che un auspicio è un impegno: noi ci siamo.

*** PORTAVOCE FORUM TERZO SETTORE LOMBARDIA**

PIANI DI ZONA: TRE PROSPETTIVE DI IMPEGNO FUTURO

di Sergio Veneziani*

È con interesse che aderisco alla richiesta della redazione di «Nuovi Argomenti» di esprimere il punto di vista di Auser Lombardia in merito ai Piani di zona e alle prospettive di sviluppo possibile che essi contengono. Da sempre Auser Lombardia ha considerato la legge quadro 328 del 2000 e i relativi Piani di zona una grande opportunità per la riorganizzazione delle politiche sociali territoriali.

Le ragioni di questo interesse sono molto semplici e risiedono nel fatto che nel nostro operare quotidiano abbiamo incontrato e spesso anche contribuito a far emergere bisogni che per un lungo periodo sono stati sommersi e non conosciuti dalle stesse istituzioni preposte alle politiche sociali. Basti pensare cosa ha prodotto in termini di emersione e di soddisfazione del bisogno, ormai decennale, attività di Auser Lombardia sulla telefonia sociale e il servizio alla persona: oltre 100.000 utenti e 520.000 servizi erogati all'anno. Ed è questa attività che ha contribuito a radicare Auser Lombardia sul territorio. Infatti nei 98 Piani di zona lombardi Auser è presente in 65 Comuni Capofila e in 353 Comuni dei quali in 262 eroga quotidianamente servizi alla persona. Alla luce del fatto che da poche settimane è iniziata la terza triennalità dei Piani di zona lombardi (2009/2011), «Nuovi Argomenti» ci invita a ragionare sulla prospettiva in termini di obiettivi possibili e realizzabili e quindi anche sulle criticità che nei diversi Piani di zona abbiamo riscontrato. A noi sembrano tre le prospettive sulle quali impegnarci: lo sviluppo ulteriore della rete, la presa in carico dei bisogni richiesti e una buona sussidiarietà che produca coinvolgimento e partecipazione.

Per noi fare più rete, cioè mettere in connessione i diversi soggetti istituzionali e associativi, che operano nei diversi ambiti territoriali, è un obiettivo strategico in quanto comporta la conoscenza dei problemi e un affinamento continuo delle competenze, significa avere un'idea condivisa del bene comune da raggiungere, oltre che migliorare la capacità complessiva di dare risposte ai bisogni. Per noi significa fare rete fra le nostre associazioni presenti nell'ambito territoriale, fra Auser e le nostre organizzazioni promotrici e, più complessivamente, fra noi e il vasto mondo associativo.

Per funzionare bene un lavoro di rete non ha bisogno di gerarchie, ma di una buona governance che può essere realizzata anche sulla base delle legge regionale 3 del marzo 2008 e che assegna al Terzo settore un ruolo di soggetto che partecipa alla programmazione e alla progettazione delle politiche sociali territoriali. È per queste ragioni che la costruzione della rete deve essere assunta come obiettivo strategico negli Accordi di programma dei Piani di zona.

Una seconda prospettiva da assumere riguarda la modalità della presa in carico del bisogno. È un problema di accesso, ma anche di accompagnamento al servizio che viene richiesto: all'anziano e alla propria famiglia è necessario dare certezze e garantire un buon livello di informazioni puntando, fin quando è possibile, a un servizio domiciliare con l'obiettivo di mantenere l'anziano stesso il più a lungo possibile nel proprio contesto familiare e sociale.

In sostanza il processo di presa in carico deve assumere l'obiettivo di promuovere l'autonomia possibile delle persone e privilegiare la domanda e i bisogni sommersi e non solo l'offerta già in atto.

La terza prospettiva sulla quale sentiamo il bisogno di approfondire e di lavorare riguarda la sussidiarietà sia quella orizzontale che verticale. È necessario confrontarsi meglio con questo tema attraverso un approccio che parta dalla situazione reale in atto.

Il volontariato, la promozione e la cooperazione sociale, quindi il Terzo settore, nel welfare lombardo svolgono oggi un ruolo non solo significativo ma, per alcuni versi, insostituibile. Io credo che la scelta più sbagliata che possiamo fare è quella di vivere la sussidiarietà come un aspetto della esternalizzazione dei servizi, quasi come un ritirarsi delle istituzioni che, invece, devono garantire e pretendere la loro piena titolarità politica e programmatica.

La sussidiarietà, invece, è per noi una sfida che allarga e amplia i soggetti che partecipano alla ridefinizione delle politiche sociali territoriali e che quindi, con la partecipazione, democratizza l'intera società lombarda.

***PRESIDENTE AUSER LOMBARDIA**

Il finanziamento dei Piani sociali di zona

di Celina Cesari*

I piani sociali di zona sono lo strumento individuato dalla legge n. 328/2000 di riforma dell'assistenza per realizzare «il sistema integrato di interventi e servizi sociali».

Essi hanno l'obiettivo di attivare le risorse istituzionali, associative, di rappresentanza sociale e del volontariato delle comunità locali per programmare, in un'ottica di leale collaborazione, i servizi e le prestazioni utili ad assistere le persone in condizioni di bisogno e a promuovere le capacità e le competenze dei cittadini.

I principi, i valori e le regole ai quali i Piani di zona fanno riferimento sono indicati nella Legge quadro di riforma dell'assistenza.

Si tratta, sinteticamente, dei principi e dei valori della solidarietà, dell'equità, dell'integrazione sociale e della responsabilità degli attori istituzionali e sociali sui quali fondare una nuova politica sociale per cancellare le disuguaglianze accumulate nel tempo e per far fronte ai problemi nuovi, e resi più pressanti dalla crisi, posti dai mutamenti delle attività produttive, delle relazioni sociali e dell'evoluzione demografica.

La nuova programmazione sociale ha l'ambizione di invertire il paradigma previsto dalla legge Crispi entrata in vigore nel nostro paese alla fine del 1800, fondata sull'erogazione di emolumenti economici e sull'istituzionalizzazione dei poveri e dei bisognosi, per attestarsi su un'idea di un nuovo welfare comunitario capace di leggere la realtà dei bisogni e predisporre risposte personalizzate capaci di produrre giustizia e inclusione sociale.

Una scelta di questo genere è sicuramente complessa: mette in discussione assetti di potere e culture consolidate. Comporta la necessità di programmare interventi efficaci e dunque flessibili e differenziati, per tener conto delle diversità, nonché integrati tra i comparti del sanitario, del sociale e tra tutta la pianificazione nazionale e regionale che ha come scopo la promozione dei diritti della persona (casa, lavoro, trasporti, accesso all'informazione, alla formazione etc.).

Per questo motivo risulta essere antiquato e fuorviante pensare di risolvere i nuovi rischi ai quali le persone sono esposte ricorrendo unicamente all'e-

largizione di «bonus» economici, che hanno il difetto di lasciare irrisolti i problemi, ma hanno il pregio della sbrigatività.

E veniamo al finanziamento dei Piani sociali. La realizzazione dei Piani di zona può fare ricorso ad un sistema plurimo di finanziamento che coinvolge diversi livelli istituzionali: l'Unione Europea, lo Stato, le Regioni, le autonomie locali e soggetti privati, compresi i singoli cittadini chiamati a partecipare ai costi dei servizi di cui godono.

Si tratta di un «sistema di governance multilivello» che prevede la messa in opera di politiche coordinate e integrate tra i diversi soggetti chiamati ad un ruolo di programmazione, progettazione e attuazione della rete dei servizi alla persona.

Lo strumento principale messo a disposizione dall'Unione Europea è il Fondo per l'inclusione sociale. Creato nel 1957, è finalizzato alla promozione della coesione sociale tra gli stati membri. Per le annualità 2007-2013 affida all'economia della conoscenza la crescita della ricchezza e della produttività degli stati membri, e interviene con azioni specifiche per la promozione sociale di diversi soggetti sociali, quali le donne, per ridurre la segregazione di genere nel mercato del lavoro e per aumentare i tassi di occupazione femminile. Così per i migranti e – complessivamente – per i soggetti svantaggiati.

La programmazione 2007-2013 prevede, poi, per le otto Regioni meridionali una premialità condizionata al raggiungimento di target vincolanti per un numero limitato di servizi, destinati all'implementazione delle competenze e della capacità di apprendimento dei giovani e delle comunità locali, l'aumento dei servizi per la cura e per la presa in carico delle persone e, non ultimo, il miglioramento della qualità dell'ambiente.

I relativi Piani operativi regionali per la prima volta contengono riferimenti all'inclusione delle persone anziane. Ciò rappresenta un successo per il sindacato dei pensionati che, a questo fine, si è attivato.

I finanziamenti del Fse ammontano per il nostro

paese a circa 15 miliardi e 200 milioni di euro di cui 1,03 miliardi per l'inclusione sociale.

Un altro importante canale di finanziamento è rappresentato dal Fondo per le politiche sociali, a livello nazionale particolarmente destinato agli interventi di assistenza alle persone ed alle famiglie. Esso contiene i trasferimenti economici erogati attraverso l'Inps e le risorse destinate all'inclusione sociale ed alla promozione del benessere delle persone.

La sua dotazione finanziaria conosce alterne fortune a seconda delle intenzioni dei Governi in carica e dello stato della finanza pubblica. L'attuale governo di centro-destra ha diminuito le risorse ad esso destinate per la parte finalizzata alla costruzione delle reti dei servizi alla persona.

Il suo ammontare per l'anno 2009 è pari a 1 miliardo 311 milioni di euro.

Queste risorse vengono impegnate per finanziare le priorità indicate dal Piano sociale nazionale e ripartite tra le Regioni, le quali provvedono a loro volta a finanziare i Piani sociali regionali aggiungendo risorse proprie e curando la loro ulteriore distribuzione al sistema delle autonomie locali per finanziare i Piani sociali di zona.

Non tutte le Regioni e i Comuni dispongono di fondi propri, per cui il sistema conosce notevoli difformità in tutto il territorio nazionale e all'interno degli stessi territori regionali in ragione delle differenze dei punti di partenza, delle capacità di spesa e delle scelte politiche che i diversi livelli di Governo si propongono.

In conclusione, possiamo affermare che l'insieme dei finanziamenti destinati al sociale, ancorché sottostimato, appare comunque ragguardevole, ma il suo utilizzo è condizionato dalla difficoltà di avviare un processo capace di superare il concetto di municipalità, di modificare gli assetti organizzativi interni agli enti e di predisporre una nuova disciplina per regolamentare la gestione finanziaria demandata ai Comuni capofila.

***SEGRETERIA SPI NAZIONALE**

LE POLITICHE PER *non autosufficienti* NEI PIANI ZONA 2009-2011 OPPORTUNITÀ E PROSPETTIVE

di Diletta Cicoletti e Katja Avanzini*

Il 2008 è stato un anno di grandi attivazioni nel campo delle politiche sociali e sociosanitarie in Lombardia: alla vigilia della scadenza dei piani di zona per il triennio 2009-2011, la L.R. 3/08 ha aperto diversi scenari di cambiamento.

I sistemi di governance, sempre legati ai singoli distretti, sono stati aggiornati considerando l'intero sistema di relazioni sociali, considerando domanda e offerta necessariamente comunicanti fin dalla fase di mappatura iniziale; nonostante le tante difficoltà si sono costituiti e si stanno ancora costituendo i tavoli del terzo settore così come indicato nella normativa (L.R. n. 3/08), recuperando un'esperienza passata un po' a macchia d'olio sul territorio regionale.

È stata discussa la partecipazione del volontariato ai piani di zona in alcune realtà territoriali: in particolare una ricerca Irs¹, voluta dal coordinamento regionale del volontariato lombardo, ha analizzato i perché di una limitata partecipazione e le possibilità aperte rispetto alla partecipazione stessa.

Il Fondo per la non autosufficienza è stata una delle novità «attese» più rilevanti, perché, richiamando la normativa nazionale, si davano indicazioni sulla costituzione dei punti unici d'accesso (Pua) con una specifica particolare disposizione verso i servizi territoriali e domiciliari.

Subito è sembrato di cogliere un richiamo verso un terzo triennio di programmazione zonale orientato verso il territorio, la comunità, la cittadinanza, ma anche verso il singolo cit-

tadino portatore di un bisogno. O almeno ci sembra che i piani di zona abbiamo recepito questo.

Il terzo triennio non ha trovato distretti o ambiti impreparati, tutti hanno fatto esperienza in questi anni (dal 2002) delle difficoltà di programmazione e delle opportunità che questa presenta.

La Regione Lombardia arrivava a questa nuova triennalità con diversi passaggi già definiti in base alla direzione data dai piani sociosanitari regionali (2002-2004 e 2006-2008) e allo sviluppo che in questi anni hanno avuto le unità di offerta e il sistema dei servizi in generale.

Per la non autosufficienza in particolare la Regione ha investito su due fronti: la residenzialità, con la costruzione di Rsa e l'accreditamento di circa 60.000 posti letto per anziani non autosufficienti, la domiciliarietà con l'indicazione di utilizzo finalizzato dei voucher per l'assistenza al domicilio delle persone non autosufficienti.

QUALI SFIDE

I nuovi piani di zona dunque raccolgono alcune sfide interessanti: per ciò che riguarda i livelli di governo si va verso il consolidamento e l'ulteriore rafforzamento del ruolo di regia posto in capo all'ambito zonale rispetto al sistema dei servizi sociali e alla necessità di presidiare il raggiungimento a livello territoriale dell'obiettivo integrazione sociosanitaria, trasversale alle diverse aree d'intervento.

L'ufficio di piano diventa il luogo di governo territoriale, che lavora in stretta connessione con gli altri soggetti pubblici chiamati ad agire su questo tema (Regione, Asl e Provincia). Tale connessione risulta essere funzionale alla qualificazione del sistema presente sul territorio.

Per l'area anziani diversi sono i temi che dovranno entrare nell'agenda programmatica e progettuale dei piani di zona.

Dicevamo precedentemente che con il terzo triennio i distretti hanno la disponibilità di programmare utilizzando il Fondo non autosufficienza, che da quest'anno entra nel budget unico dei piani di zona con l'obiettivo di potenziamento dei servizi domiciliari.

Le risorse trasferite agli ambiti sono importanti e quindi risulta strategica una riflessione su come queste risorse possono essere utilizzate in relazione alle caratteristiche dell'utenza (gli anziani non autosufficienti), e quindi ai loro specifici bisogni: è infatti ancora aperto il tema della valutazione della non autosufficienza, che sembra un tema lontano dai problemi reali dei cittadini, ma risulta cruciale in termini di accesso alle differenti prestazioni. A questo proposito è tutto da definire se si prevede di erogare un mix di prestazioni al domicilio, se si procederà attraverso la voucherizzazione, quali potranno essere i costi di queste operazioni e quale la sostenibilità.

DIFFICOLTÀ E OPPORTUNITÀ

Dopo aver sperimentato in questi anni che paradossalmente un Servizio di assistenza domiciliare (Sad) ben gestito e ben organizzato non basta, proprio per l'aumento della domanda e dei bisogni dei cittadini, ma anche per un utilizzo finalizzato delle risorse a disposizione, i distretti si devono ora muovere pensando alla messa in comune di energie e risorse, alla condivisione di progetti e visione di problemi. Pensando dunque alla rete e a creare le condizio-

ni affinché la rete diventi un soggetto importante, coordinata, gestita e non lasciata sola ad affrontare mille difficoltà. In quest'ottica l'integrazione sociosanitaria diventa un obiettivo da perseguire sia localmente, attraverso lo sviluppo di servizi, prestazioni, progetti, attività sia a livello distrettuale attraverso le cosiddette *azioni di sistema*, che prevedono per esempio la costituzione della Porta Unitaria Accesso, le équipe di valutazione integrata, la formazione congiunta tra gli operatori, la progettazione dell'assistenza personalizzata, ovvero gli strumenti per l'attuazione dell'integrazione sociosanitaria².

Proprio i progetti personalizzati possono essere strumenti di lavoro per gli operatori, gli utenti e le famiglie per costruire percorsi assistenziali adeguati, soddisfacenti e attenti al cittadino e alla comunità in cui è inserito. Lavorare sulla costruzione di progetti personalizzati, seguendo le indicazioni regionali e tenendo in considerazione le specificità dei territori in termini di servizi/unità di offerta e bisogni/domande dei cittadini, diventa un elemento di interesse generale, difficile e importante contemporaneamente. Un importante passaggio verso l'integrazione e interazione non solo tra servizi, ma anche tra i servizi e cittadini.

Per proseguire in questa direzione, che è anche la direzione delle altre Regioni italiane impegnate nello sviluppo del welfare locale, è dunque necessario incrementare e qualificare il livello di conoscenza della rete dei servizi e delle modalità accesso ai servizi sul territorio distrettuale.

Serve inoltre un'azione di sensibilizzazione territoriale volta da un lato a monitorare le problematiche connesse alla condizione anziana e dall'altro ad incentivare l'integrazione tra soggetti pubblici e privati per incrementare e qualificare l'offerta.

Le diverse prospettive di lavoro richiamano la necessità di una chiara «visione d'insieme», pena il rischio di interventi frammentati e non coordinati fra loro e dall'altro l'opportunità che con questo triennio si rafforzi l'agire del distretto sociale anche come luogo in cui sperimentare e presidiare la definizione di livelli essenziali di prestazioni sociali a regime.

Il distretto sociale può diventare quindi il luogo di coinvolgimento dei diversi interlocutori impegnati nella politica sociale, di definizione dei progetti, di erogazione delle prestazioni nel mix prescelto, di verifica e valutazione. Ma per fare questo tutti gli attori sono chiamati ad un preciso impegno per lo sviluppo della governance, arricchendo ed integrare la rete istituzionale e sociale come condizione di effettiva realizzazione dei livelli essenziali sociali e sanitari.

***SOCIOLOGHE E RICERCATRICI IRS**

Note

¹ Mosca A., a cura di, *Il volontariato e il nuovo welfare in Lombardia*, Franco Angeli, 2008.

² Cicoletti D., «Il percorso assistenziale», in *Le politiche regionali per i non autosufficienti*, a cura di Gori, Carocci Pressonline, 2008.

Dalla

LEGGE 328

al Libro bianco

di Angelo Bonalumi

SEGRETERIA SPI LOMBARDIA

Il sindacato dei pensionati della Cgil, Fnp Cisl e Uilp Uil è realmente l'«azionista di maggioranza» della Legge 328/00.

L'aver raccolto centinaia di migliaia di firme tra i cittadini, in tutto il territorio nazionale, alla fine degli anni novanta, ha sicuramente agevolato il legislatore nell'emanazione della Legge; aver presidiato e fattivamente partecipato all'applicazione della stessa, nei singoli territori, attraverso la «programmazione partecipata» per la costruzione dei Piani di zona, con un indubitabile impegno di risorse umane ed economiche, ci ha fatto diventare attori importanti – e alcune volte fondamentali – nella costruzione di un nuovo welfare territoriale.

I contributi presenti in questa pubblicazione sono la prova evidente, non solo della necessità che le organizzazioni sindacali dei pensionati si occupino e contrattino, nei territori e nei Comuni, una migliore organizzazione ed erogazione dei servizi socio-sanitari dedicati agli anziani, ma anche, e soprattutto, della nostra grande capacità di elaborare e avanzare proposte che rispondano realmente ai bisogni della popolazione anziana.

Se si leggono i Piani di zona di tutti i Distretti sociali della Lombardia – cosa che diligentemente abbiamo fatto –, definiti nel primo trimestre di quest'anno per il triennio 2009-2011, emergono nella quasi totalità delle indicazioni significative e degli indirizzi strategici importanti:

- > un ruolo dell'assessorato regionale alla Famiglia e solidarietà sociale finalmente diverso da quello assunto per i due precedenti trienni. Da semplice emanatore di circolari a «regista» della programmazione (L. R. 3/2008 e Dgr 8551/2008);
- > il Piano di zona è diventato lo strumento delle funzioni sotto elencate, attraverso il quale si promuove, programma, progetta, realizza e valuta, a livello locale, il Sistema integrato di servizi e interventi sociali:

- titolarità e responsabilità in merito alle garanzie di cittadinanza sociale, e alla loro promozione, programmazione, sicurezza e gestione, secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare;

- osservazione e rilevazione dei bisogni sociali del territorio;
- individuazione di politiche sociali in connessione con ogni altra politica concorrente alla complessiva qualità della vita delle comunità locali;
- programmazione del sistema a rete di interventi e servizi sociali e sociosanitari nel suo complesso;
- promozione sul territorio di percorsi di sussidiarietà, attraverso processi di autorizzazione, accreditamento, concertazione, co-progettazione e sostegno, nei confronti dei soggetti indicati dalla L. 328/00;
- responsabilità, ferma restando la titolarità di indirizzo e la responsabilità degli enti locali, in merito alla piena attuazione della sussidiarietà orizzontale nelle fasi previste di progettazione, programmazione, erogazione e gestione;
- garanzia ed erogazione, in forma autonoma o associata, di servizi, interventi e prestazioni;
- introduzione di nuovi livelli di gestione, coincidenti con «l'ambito territoriale adeguato», secondo le opportunità di associazione previste dall'ordinamento degli enti locali vigente;
- titolarità – in forma associata – delle funzioni amministrative concernenti la programmazione, progettazione, realizzazione, promozione, valutazione degli interventi e dei servizi sociali.

Vengono così messi in discussione e, molto spesso, superate vecchie consuetudini, campanilismi e la conservazione burocratica dell'esistente.

La «programmazione partecipata» dei Piani di zona ha permesso a molti dipendenti della pubblica amministrazione di «rimettersi in gioco» dal punto di vista professionale e ha obbligato gli amministratori pubblici (non tutti, ma molti) a smettere di considerare i servizi sociali come un solo costo del Comune. Ciò anche per merito nostro.

Il sistema integrato a rete previsto dalla L. 328 ha affiancato quello previsto e realizzato dalla legge di riforma sanitaria, proponendo un sistema nazionale complessivo delle garanzie di cittadinanza, e di servizio al benessere della popolazione.

In questo quadro il sistema socio-assistenziale incontra le funzioni socio-sanitarie e sanitarie esercitate dalle Asl e le prestazioni e gli interventi assicurati al territorio dalle aziende ospedaliere e di altri enti accreditati.

La politica sociosanitaria è la prima da presidiare

per il benessere e per la programmazione di un welfare territoriale maturo.

È essenziale, quindi, che i due differenti sistemi organizzativi programmino specifiche azioni di sistema comuni, oltre che individuare contenuti e livelli di prestazione socio-sanitaria ad elevata integrazione, di intervento sociale a rilevanza sanitaria e di intervento sanitario a rilevanza sociale, da agire concordemente nei tre anni di programmazione considerati dai Piani di zona.

COSA SUCCEDERÀ NEI PROSSIMI ANNI?

La definizione e la presumibile applicazione dei contenuti del Libro Bianco del ministro del Lavoro (presentato il 7 maggio 2009) non ci permettono di essere ottimisti.

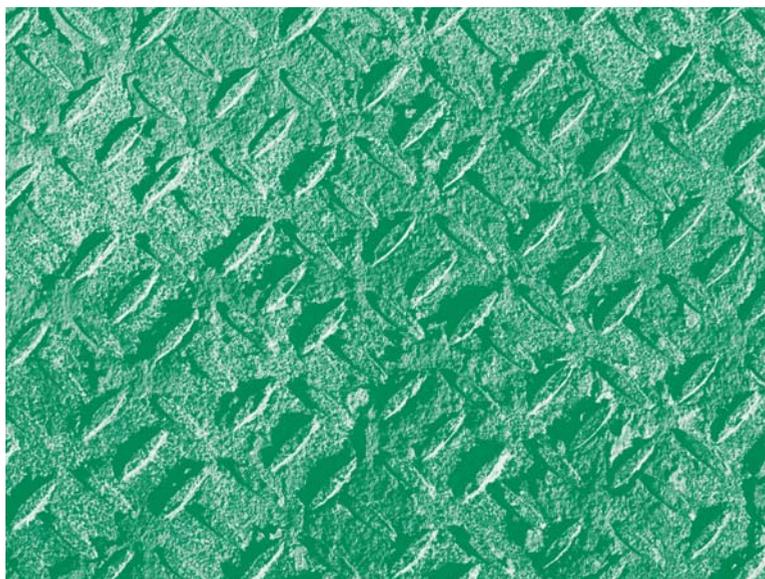
Quello che ci preoccupa (e un po' ci indigna) leggendo il Libro Bianco è:

1. la scomparsa dell'idea-guida che si possano migliorare la qualità e l'efficienza del servizio pubblico;
2. la totale delega alla famiglia (che diventa, secondo il ministro, «attore sociale») della gestione dei

bisogni socio-sanitari, mentre le istituzioni pubbliche diventano, non strumenti di sviluppo della società, ma «mediatori istituzionali»;

3. la privatizzazione strisciante della sanità con la nascita di forme di assicurazione integrative;
4. la soluzione delle problematiche legate alla non autosufficienza solo attraverso la costituzione di un nuovo strumento finanziario che ricorda molto una forma di assicurazione individuale privata.

Questo modo di intendere il welfare se messo a confronto con il lavoro (e i risultati!) prodotto nei territori dai Comuni, dai Distretti, da molti dipendenti pubblici, dal Terzo Settore e dalle organizzazioni sindacali per estendere la platea di coloro che possono e devono usufruire di servizi sociali pubblici, migliorati in qualità e implementati in numero, è il punto di partenza per garantire che lo Spi Cgil non intenda retrocedere nel proprio impegno di garantire che i diritti vengano estesi e che continuino a essere esigibili dalle nostre anziane e dai nostri anziani.





Appendice

LEGGE 8 NOVEMBRE 2000, N. 328

Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali

pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 265 del 13 novembre 2000 - Supplemento ordinario n. 186

Capo I

PRINCIPI GENERALI DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI

Art. 1

(Principi generali e finalità)

1. La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione.

2. Ai sensi della presente legge, per «interventi e servizi sociali» si intendono tutte le attività previste dall'articolo 128 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

3. La programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli enti locali, alle regioni ed allo Stato ai sensi del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, e della presente legge, secondo 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.

4. Gli enti locali, le regioni e lo Stato, nell'ambito delle rispettive competenze, riconoscono e agevolano il ruolo degli organismi non lucrativi di utilità sociale, degli 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 operanti nel settore nella programmazione, nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

5. Alla gestione ed all'offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici nonché, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, 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. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha tra gli scopi anche la promozione della solidarietà sociale, con la valorizzazione delle iniziative delle persone, dei nuclei familiari, delle forme di auto-aiuto e di reciprocità e della solidarietà organizzata.

6. 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.

7. Le disposizioni della presente legge costituiscono principi fondamentali ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono, nell'ambito delle competenze loro attribuite, ad adeguare i propri ordinamenti alle disposizioni contenute nella presente legge, secondo quanto previsto dai rispettivi statuti.

Art. 2

(Diritto alle prestazioni)

1. Hanno diritto di usufruire delle prestazioni e dei servizi del sistema integrato di interventi e servizi sociali i cittadini italiani e, nel rispetto degli accordi internazionali, con le modalità e nei limiti definiti dalle leggi regionali, anche i cittadini di Stati appartenenti all'Unione europea ed i loro familiari, nonché gli stranieri, individuati ai sensi dell'articolo 41 del testo unico di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286. Ai profughi, agli stranieri ed agli apolidi sono garantite le misure di prima assistenza, di cui all'articolo 129, comma 1, lettera h), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

2. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha carattere di universalità. I soggetti di cui all'articolo 1, comma 3, sono tenuti a realizzare il sistema di cui alla presente legge che garantisce i livelli essenziali di prestazioni, ai sensi dell'articolo 22, e a consentire l'esercizio del diritto soggettivo a beneficiare delle prestazioni economiche di cui all'articolo 24 della presente legge, nonché delle pensioni sociali di cui all'articolo 26 della legge 30 aprile 1969, n. 153, e successive modificazioni, e degli assegni erogati ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335.

3. I soggetti in condizioni di povertà o con limitato reddito o con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico e psichico, con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, nonché i soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali, accedono prioritariamente ai servizi e alle prestazioni erogati dal sistema integrato di interventi e servizi sociali.

4. I parametri per la valutazione delle condizioni di cui al comma 3 sono definiti dai comuni, sulla base dei criteri generali stabiliti dal Piano nazionale di cui all'articolo 18.

5. Gli erogatori dei servizi e delle prestazioni sono tenuti, ai sensi dell'articolo 8, comma 3, della legge 7 agosto 1990, n. 241, ad informare i destinatari degli stessi sulle diverse prestazioni di cui possono usufruire, sui requisiti per l'accesso e sulle modalità di erogazione per effettuare le scelte più appropriate.

Art. 3

(Principi per la programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali)

1. Per la realizzazione degli interventi e dei servizi sociali, in forma unitaria ed integrata, è adottato il metodo della programmazione degli interventi e delle risorse, dell'operatività per progetti, della verifica sistematica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni, nonché della valutazione di impatto di genere.

2. I soggetti di cui all'articolo 1, comma 3, provvedono, nell'ambito delle rispettive competenze, alla programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali secondo i seguenti principi:

a) coordinamento ed 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, che partecipano con proprie risorse alla realizzazione della rete, le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale nonché le aziende unità sanitarie locali per le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria comprese nei livelli essenziali del Servizio sanitario nazionale.

3. I soggetti di cui all'articolo 1, comma 3, per le finalità della presente legge, possono avvalersi degli accordi previsti dall'articolo 2, comma 203, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, anche al fine di garantire un'adeguata partecipazione alle iniziative ed ai finanziamenti dell'Unione europea.

4. I comuni, le regioni e lo Stato promuovono azioni per favorire la pluralità di offerta dei servizi garantendo il diritto di scelta fra gli stessi servizi e per consentire, in via sperimentale, su richiesta degli interessati, l'eventuale scelta di servizi sociali in alternativa alle prestazioni economiche, ad esclusione di quelle di cui all'articolo 24, comma 1, lettera *a)*, numeri 1) e 2), della presente legge, nonché delle pensioni sociali di cui all'articolo 26 della legge 30 aprile 1969, n. 153, e successive modificazioni, e degli assegni erogati ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335.

Art. 4

(Sistema di finanziamento delle politiche sociali)

1. La realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali si avvale di un finanziamento plurimo a cui concorrono, secondo competenze differenziate e con dotazioni finanziarie afferenti ai rispettivi bilanci, i soggetti di cui all'articolo 1, comma 3.

2. Sono a carico dei comuni, singoli e associati, le spese di attivazione degli interventi e dei servizi sociali a favore della persona e della comunità, fatto salvo quanto previsto ai commi 3 e 5.

3. Le regioni, secondo le competenze trasferite ai sensi dell'articolo 132 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché in attuazione della presente legge, provvedono alla ripartizione dei finanziamenti assegnati dallo Stato per obiettivi ed

interventi di settore, nonchè, in forma sussidiaria, a cofinanziare interventi e servizi sociali derivanti dai provvedimenti regionali di trasferimento agli enti locali delle materie individuate dal citato articolo 132.

4. Le spese da sostenere da parte dei comuni e delle regioni sono a carico, sulla base dei piani di cui agli articoli 18 e 19, delle risorse loro assegnate del Fondo nazionale per le politiche sociali di cui all'articolo 59, comma 44, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni, nonchè degli autonomi stanziamenti a carico dei propri bilanci.

5. Ai sensi dell'articolo 129 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, competono allo Stato la definizione e la ripartizione del Fondo nazionale per le politiche sociali, la spesa per pensioni, assegni e indennità considerati a carico del comparto assistenziale quali le indennità spettanti agli invalidi civili, l'assegno sociale di cui all'articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335, il reddito minimo di inserimento di cui all'articolo 59, comma 47, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, nonchè eventuali progetti di settore individuati ai sensi del Piano nazionale di cui all'articolo 18 della presente legge.

Art. 5

(Ruolo del terzo settore)

1. Per favorire l'attuazione del principio di sussidiarietà, gli enti locali, le regioni e lo Stato, nell'ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19, promuovono azioni per il sostegno e la qualificazione dei soggetti operanti nel terzo settore anche attraverso politiche formative ed interventi per l'accesso agevolato al credito ed ai fondi dell'Unione europea.

2. Ai fini dell'affidamento dei servizi previsti dalla presente legge, gli enti pubblici, fermo restando quanto stabilito dall'articolo 11, promuovono azioni per favorire la trasparenza e la semplificazione amministrativa nonchè il ricorso a forme di aggiudicazione o negoziali che consentano ai soggetti operanti nel terzo settore la piena espressione della propria progettualità, avvalendosi di analisi e di verifiche che tengano conto della qualità e delle caratteristiche delle prestazioni offerte e della qualificazione del personale.

3. Le regioni, secondo quanto previsto dall'articolo 3, comma 4, e sulla base di un atto di indirizzo e coordinamento del Governo, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con le modalità previste dall'articolo 8, comma 2, della presente legge, adottano specifici indirizzi per regolamentare i rapporti tra enti locali e terzo settore, con particolare riferimento ai sistemi di affidamento dei servizi alla persona.

4. Le regioni disciplinano altresì, sulla base dei principi della presente legge e degli indirizzi assunti con le modalità previste al comma 3, le modalità per valorizzare l'apporto del volontariato nell'erogazione dei servizi.

Capo II

ASSETTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI

Art. 6

(Funzioni dei comuni)

1. I comuni sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale e concorrono alla programmazione regionale. Tali funzioni sono esercitate dai comuni adottando sul piano territoriale gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa ed al rapporto con i cittadini, secondo le modalità stabilite dalla legge 8 giugno 1990, n. 142, come da ultimo modificata dalla legge 3 agosto 1999, n. 265.

2. Ai comuni, oltre ai compiti già trasferiti a norma del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, ed alle funzioni attribuite ai sensi dell'articolo 132, comma 1, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, spetta, nell'ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19 e secondo la disciplina adottata dalle regioni, l'esercizio delle seguenti attività:

a) programmazione, progettazione, realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, indicazione delle priorità e dei settori di innovazione attraverso la concertazione delle risorse umane e finanziarie locali, con il coinvolgimento dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 5;

- b)* erogazione dei servizi, delle prestazioni economiche diverse da quelle disciplinate dall'articolo 22, e dei titoli di cui all'articolo 17, nonché delle attività assistenziali già di competenza delle province, con le modalità stabilite dalla legge regionale di cui all'articolo 8, comma 5;
- c)* autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a gestione pubblica o dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 5, secondo quanto stabilito ai sensi degli articoli 8, comma 3, lettera *f)*, e 9, comma 1, lettera *c)*;
- d)* partecipazione al procedimento per l'individuazione degli ambiti territoriali, di cui all'articolo 8, comma 3, lettera *a)*;
- e)* definizione dei parametri di valutazione delle condizioni di cui all'articolo 2, comma 3, ai fini della determinazione dell'accesso prioritario alle prestazioni e ai servizi.

3. Nell'esercizio delle funzioni di cui ai commi 1 e 2 i comuni provvedono a:

- a)* promuovere, nell'ambito del sistema locale dei servizi sociali a rete, risorse delle collettività locali tramite forme innovative di collaborazione per lo sviluppo di interventi di auto-aiuto e per favorire la reciprocità tra cittadini nell'ambito della vita comunitaria;
- b)* coordinare programmi e attività degli enti che operano nell'ambito di competenza, secondo le modalità fissate dalla regione, tramite collegamenti operativi tra i servizi che realizzano attività volte all'integrazione sociale ed intese con le aziende unità sanitarie locali per le attività socio-sanitarie e per i piani di zona;
- c)* adottare strumenti per la semplificazione amministrativa e per il controllo di gestione atti a valutare l'efficienza, l'efficacia ed i risultati delle prestazioni, in base alla programmazione di cui al comma 2, lettera *a)*;
- d)* effettuare forme di consultazione dei soggetti di cui all'articolo 1, commi 5 e 6, per valutare la qualità e l'efficacia dei servizi e formulare proposte ai fini della predisposizione dei programmi;
- e)* garantire ai cittadini i diritti di partecipazione al controllo di qualità dei servizi, secondo le modalità previste dagli statuti comunali.

4. Per i soggetti per i quali si renda necessario il ricovero stabile presso strutture residenziali, il comune nel quale essi hanno la residenza prima del ricovero, previamente informato, assume gli obblighi connessi all'eventuale integrazione economica.

Art. 7

(Funzioni delle province)

1. Le province concorrono alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali per i compiti previsti dall'articolo 15 della legge 8 giugno 1990, n. 142, nonché dall'articolo 132 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, secondo le modalità definite dalle regioni che disciplinano il ruolo delle province in ordine:

- a)* alla raccolta delle conoscenze e dei dati sui bisogni e sulle risorse rese disponibili dai comuni e da altri soggetti istituzionali presenti in ambito provinciale per concorrere all'attuazione del sistema informativo dei servizi sociali;
- b)* all'analisi dell'offerta assistenziale per promuovere approfondimenti mirati sui fenomeni sociali più rilevanti in ambito provinciale fornendo, su richiesta dei comuni e degli enti locali interessati, il supporto necessario per il coordinamento degli interventi territoriali;
- c)* alla promozione, d'intesa con i comuni, di iniziative di formazione, con particolare riguardo alla formazione professionale di base e all'aggiornamento;
- d)* alla partecipazione alla definizione e all'attuazione dei piani di zona.

Art. 8

(Funzioni delle regioni)

1. Le regioni esercitano le funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali nonché di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale e disciplinano l'integrazione degli interventi stessi, con particolare riferimento all'attività sanitaria e socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria di cui all'articolo 2, comma 1, lettera *n)*, della legge 30 novembre 1998, n. 419.

2. Allo scopo di garantire il costante adeguamento alle esigenze delle comunità locali, le regioni programmano gli interventi sociali secondo le indicazioni di cui all'articolo 3, commi 2 e 5, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, promuovendo, nell'ambito delle rispettive competenze, modalità di collaborazione e azioni coordinate con gli enti locali, adottando strumenti e procedure di raccordo e di concertazione, anche permanenti, per dare luogo a forme di cooperazione. Le regioni provvedono altresì alla consultazione dei soggetti di cui agli articoli 1, commi 5 e 6, e 10 della presente legge.

3. Alle regioni, nel rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, spetta in particolare l'esercizio delle seguenti funzioni:

- a) determinazione, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, tramite le forme di concertazione con gli enti locali interessati, degli ambiti territoriali, delle modalità e degli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete. Nella determinazione degli ambiti territoriali, le regioni prevedono incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti territoriali di norma coincidenti con i distretti sanitari già operanti per le prestazioni sanitarie, destinando allo scopo una quota delle complessive risorse regionali destinate agli interventi previsti dalla presente legge;
- b) definizione di politiche integrate in materia di interventi sociali, ambiente, sanità, istituzioni scolastiche, avviamento al lavoro e reinserimento nelle attività lavorative, servizi del tempo libero, trasporti e comunicazioni;
- c) promozione e coordinamento delle azioni di assistenza tecnica per la istituzione e la gestione degli interventi sociali da parte degli enti locali;
- d) promozione della sperimentazione di modelli innovativi di servizi in grado di coordinare le risorse umane e finanziarie presenti a livello locale e di collegarsi altresì alle esperienze effettuate a livello europeo;
- e) promozione di metodi e strumenti per il controllo di gestione atti a valutare l'efficacia e l'efficienza dei servizi ed i risultati delle azioni previste;
- f) definizione, sulla base dei requisiti minimi fissati dallo Stato, dei criteri per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture e dei servizi a gestione pubblica o dei soggetti di cui all'articolo 1, commi 4 e 5;
- g) istituzione, secondo le modalità definite con legge regionale, sulla base di indicatori oggettivi di qualità, di registri dei soggetti autorizzati all'esercizio delle attività disciplinate dalla presente legge;
- h) definizione dei requisiti di qualità per la gestione dei servizi e per la erogazione delle prestazioni;
- i) definizione dei criteri per la concessione dei titoli di cui all'articolo 17 da parte dei comuni, secondo i criteri generali adottati in sede nazionale;
- l) definizione dei criteri per la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni, sulla base dei criteri determinati ai sensi dell'articolo 18, comma 3, lettera g);
- m) predisposizione e finanziamento dei piani per la formazione e l'aggiornamento del personale addetto alle attività sociali;
- n) determinazione dei criteri per la definizione delle tariffe che i comuni sono tenuti a corrispondere ai soggetti accreditati;
- o) esercizio dei poteri sostitutivi, secondo le modalità indicate dalla legge regionale di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nei confronti degli enti locali inadempienti rispetto a quanto stabilito dagli articoli 6, comma 2, lettere a), b) e c), e 19.

4. Fermi restando i principi di cui alla legge 7 agosto 1990, n. 241, le regioni disciplinano le procedure amministrative, le modalità per la presentazione dei reclami da parte degli utenti delle prestazioni sociali e l'eventuale istituzione di uffici di tutela degli utenti stessi che assicurino adeguate forme di indipendenza nei confronti degli enti erogatori.

5. La legge regionale di cui all'articolo 132 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, disciplina il trasferimento ai comuni o agli enti locali delle funzioni indicate dal regio decreto - legge 8 maggio 1927, n. 798, convertito dalla legge 6 dicembre 1928, n. 2838, e dal decreto-legge 18 gennaio 1993, n. 9, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 marzo 1993, n. 67. Con la medesima legge, le regioni disciplinano, con le modalità stabilite dall'articolo 3 del citato decreto legislativo n. 112 del 1998, il trasferimento ai comuni e agli enti locali delle risorse umane, finanziarie e patrimoniali per assicurare la copertura degli oneri derivanti dall'esercizio delle funzioni sociali trasferite utilizzate alla data di entrata in vigore della presente legge per l'esercizio delle funzioni stesse.

Art. 9

(Funzioni dello Stato)

1. Allo Stato spetta l'esercizio delle funzioni di cui all'articolo 129 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché dei poteri di indirizzo e coordinamento e di regolazione delle politiche sociali per i seguenti aspetti:

- a) determinazione dei principi e degli obiettivi della politica sociale attraverso il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali di cui all'articolo 18;
- b) individuazione dei livelli essenziali ed uniformi delle prestazioni, comprese le funzioni in materia assistenziale, svolte per minori ed adulti dal Ministero della giustizia, all'interno del settore penale;
- c) fissazione dei requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale; previsione di requisiti specifici per le comunità di tipo familiare con sede nelle civili abitazioni;

- d)* determinazione dei requisiti e dei profili professionali in materia di professioni sociali, nonché dei requisiti di accesso e di durata dei percorsi formativi;
- e)* esercizio dei poteri sostitutivi in caso di riscontrata inadempienza delle regioni, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, e dell'articolo 5 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112;
- f)* ripartizione delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali secondo i criteri stabiliti dall'articolo 20, comma 7.

2. Le competenze statali di cui al comma 1, lettere *b)* e *c)*, del presente articolo sono esercitate sentita la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281; le restanti competenze sono esercitate secondo i criteri stabiliti dall'articolo 129, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

Art. 10

(Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza)

1. Il Governo è delegato ad emanare, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, un decreto legislativo recante una nuova disciplina delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) di cui alla legge 17 luglio 1890, n. 6972, e successive modificazioni, sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:

- a)* definire l'inserimento delle IPAB che operano in campo socio-assistenziale nella programmazione regionale del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui all'articolo 22, prevedendo anche modalità per la partecipazione alla programmazione, secondo quanto previsto dall'articolo 3, comma 2, lettera *b)*;
- b)* prevedere, nell'ambito del riordino della disciplina, la trasformazione della forma giuridica delle IPAB al fine di garantire l'obiettivo di un'efficace ed efficiente gestione, assicurando autonomia statutaria, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica compatibile con il mantenimento della personalità giuridica pubblica;
- c)* prevedere l'applicazione ai soggetti di cui alla lettera *b)*:
 - 1) di un regime giuridico del personale di tipo privatistico e di forme contrattuali coerenti con la loro autonomia;
 - 2) di forme di controllo relative all'approvazione degli statuti, dei bilanci annuali e pluriennali, delle spese di gestione del patrimonio in materia di investimenti, delle alienazioni, cessioni e permuta, nonché di forme di verifica dei risultati di gestione, coerenti con la loro autonomia;
- d)* prevedere la possibilità della trasformazione delle IPAB in associazioni o in fondazioni di diritto privato fermo restando il rispetto dei vincoli posti dalle tavole di fondazione e dagli statuti, tenuto conto della normativa vigente che regola la trasformazione dei fini e la privatizzazione delle IPAB, nei casi di particolari condizioni statutarie e patrimoniali;
- e)* prevedere che le IPAB che svolgono esclusivamente attività di amministrazione del proprio patrimonio adeguino gli statuti, entro due anni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo, nel rispetto delle tavole di fondazione, a principi di efficienza, efficacia e trasparenza ai fini del potenziamento dei servizi; prevedere che negli statuti siano inseriti appositi strumenti di verifica della attività di amministrazione dei patrimoni;
- f)* prevedere linee di indirizzo e criteri che incentivino l'accorpamento e la fusione delle IPAB ai fini della loro riorganizzazione secondo gli indirizzi di cui alle lettere *b)* e *c)*;
- g)* prevedere la possibilità di separare la gestione dei servizi da quella dei patrimoni garantendo comunque la finalizzazione degli stessi allo sviluppo e al potenziamento del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
- h)* prevedere la possibilità di scioglimento delle IPAB nei casi in cui, a seguito di verifica da parte delle regioni o degli enti locali, risultino essere inattive nel campo sociale da almeno due anni ovvero risultino esaurite le finalità previste nelle tavole di fondazione o negli statuti; salvaguardare, nel caso di scioglimento delle IPAB, l'effettiva destinazione dei patrimoni alle stesse appartenenti, nel rispetto degli interessi originari e delle tavole di fondazione o, in mancanza di disposizioni specifiche nelle stesse, a favore, prioritariamente, di altre IPAB del territorio o dei comuni territorialmente competenti, allo scopo di promuovere e potenziare il sistema integrato di interventi e servizi sociali;
- i)* esclusione di nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

2. Sullo schema di decreto legislativo di cui al comma 1 sono acquisiti i pareri della Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e delle rappresentanze delle IPAB. Lo schema di decreto legislativo è successivamente trasmesso alle Camere per l'espressione del parere da parte delle competenti Commissioni parlamentari, che si pronunciano entro trenta giorni dalla data di assegnazione.

3. Le regioni adeguano la propria disciplina ai principi del decreto legislativo di cui al comma 1 entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del medesimo decreto legislativo.

Art. 11

(Autorizzazione e accreditamento)

1. I servizi e le strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a gestione pubblica o dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 5, sono autorizzati dai comuni. L'autorizzazione è rilasciata in conformità ai requisiti stabiliti dalla legge regionale, che recepisce e integra, in relazione alle esigenze locali, i requisiti minimi nazionali determinati ai sensi dell'articolo 9, comma 1, lettera *c*), con decreto del Ministro per la solidarietà sociale, sentiti i Ministri interessati e la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

2. I requisiti minimi nazionali trovano immediata applicazione per servizi e strutture di nuova istituzione; per i servizi e le strutture operanti alla data di entrata in vigore della presente legge, i comuni provvedono a concedere autorizzazioni provvisorie, prevedendo l'adeguamento ai requisiti regionali e nazionali nel termine stabilito da ciascuna regione e in ogni caso non oltre il termine di cinque anni.

3. I comuni provvedono all'accreditamento, ai sensi dell'articolo 6, comma 2, lettera *c*), e corrispondono ai soggetti accreditati tariffe per le prestazioni erogate nell'ambito della programmazione regionale e locale sulla base delle determinazioni di cui all'articolo 8, comma 3, lettera *n*).

4. Le regioni, nell'ambito degli indirizzi definiti dal Piano nazionale ai sensi dell'articolo 18, comma 3, lettera *e*), disciplinano le modalità per il rilascio da parte dei comuni ai soggetti di cui all'articolo 1, comma 5, delle autorizzazioni alla erogazione di servizi sperimentali e innovativi, per un periodo massimo di tre anni, in deroga ai requisiti di cui al comma 1. Le regioni, con il medesimo provvedimento di cui al comma 1, definiscono gli strumenti per la verifica dei risultati.

Art. 12

(Figure professionali sociali)

1. Con decreto del Ministro per la solidarietà sociale, da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, di concerto con i Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale, della pubblica istruzione e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sulla base dei criteri e dei parametri individuati dalla Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, ai sensi dell'articolo 129, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sono definiti i profili professionali delle figure professionali sociali.

2. Con regolamento del Ministro per la solidarietà sociale, da emanare di concerto con i Ministri della sanità e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definiti:

a) le figure professionali di cui al comma 1 da formare con i corsi di laurea di cui all'articolo 6 del regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, adottato con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509;

b) le figure professionali di cui al comma 1 da formare in corsi di formazione organizzati dalle regioni, nonché i criteri generali riguardanti i requisiti per l'accesso, la durata e l'ordinamento didattico dei medesimi corsi di formazione;

c) i criteri per il riconoscimento e la equiparazione dei profili professionali esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge.

3. Gli ordinamenti didattici dei corsi di laurea di cui al comma 2, lettera *a*), sono definiti dall'università ai sensi dell'articolo 11 del citato regolamento adottato con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509.

4. Restano ferme le disposizioni di cui all'articolo 3-octies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'articolo 3 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, relative ai profili professionali dell'area socio-sanitaria ad elevata integrazione socio-sanitaria.

5. Ai sensi del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni, con decreto dei Ministri per la solidarietà sociale, del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e per la funzione pubblica, da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono individuate, per le figure professionali sociali, le modalità di accesso alla dirigenza, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

6. Le risorse economiche per finanziare le iniziative di cui al comma 2 sono reperite dalle amministrazioni responsabili delle attività formative negli stanziamenti previsti per i programmi di formazione, avvalendosi anche del concorso del Fondo sociale europeo e senza oneri aggiuntivi a carico dello Stato.

Art. 13

(Carta dei servizi sociali)

1. Al fine di tutelare le posizioni soggettive degli utenti, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la solidarietà sociale, d'intesa con i Ministri interessati, è adottato lo schema generale di riferimento della carta dei servizi sociali. Entro sei mesi dalla pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, ciascun ente erogatore di servizi adotta una carta dei servizi sociali ed è tenuto a darne adeguata pubblicità agli utenti.

2. Nella carta dei servizi sociali sono definiti i criteri per l'accesso ai servizi, le modalità del relativo funzionamento, le condizioni per facilitarne le valutazioni da parte degli utenti e dei soggetti che rappresentano i loro diritti, nonché le procedure per assicurare la tutela degli utenti. Al fine di tutelare le posizioni soggettive e di rendere immediatamente esigibili i diritti soggettivi riconosciuti, la carta dei servizi sociali, ferma restando la tutela per via giurisdizionale, prevede per gli utenti la possibilità di attivare ricorsi nei confronti dei responsabili preposti alla gestione dei servizi.

3. L'adozione della carta dei servizi sociali da parte degli erogatori delle prestazioni e dei servizi sociali costituisce requisito necessario ai fini dell'accreditamento.

Capo III

DISPOSIZIONI PER LA REALIZZAZIONE DI PARTICOLARI INTERVENTI DI INTEGRAZIONE E SOSTEGNO SOCIALE

Art. 14

(Progetti individuali per le persone disabili)

1. Per realizzare la piena integrazione delle persone disabili di cui all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro, i comuni, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, predispongono, su richiesta dell'interessato, un progetto individuale, secondo quanto stabilito al comma 2.

2. Nell'ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19, il progetto individuale comprende, oltre alla valutazione diagnostico-funzionale, le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del Servizio sanitario nazionale, i servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale. Nel progetto individuale sono definiti le potenzialità e gli eventuali sostegni per il nucleo familiare.

3. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono definite, nel rispetto dei principi di tutela della riservatezza previsti dalla normativa vigente, le modalità per indicare nella tessera sanitaria, su richiesta dell'interessato, i dati relativi alle condizioni di non autosufficienza o di dipendenza per facilitare la persona disabile nell'accesso ai servizi ed alle prestazioni sociali.

Art. 15

(Sostegno domiciliare per le persone anziane non autosufficienti)

1. Ferme restando le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, per le patologie acute e croniche, particolarmente per i soggetti non autosufficienti, nell'ambito del Fondo nazionale per le politiche sociali il Ministro per la solidarietà sociale, con proprio decreto, emanato di concerto con i Ministri della sanità e per le pari opportunità, sentita la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, determina annualmente la quota da riservare ai servizi a favore delle persone anziane non autosufficienti, per favorirne l'autonomia e sostenere il nucleo familiare nell'assistenza domiciliare alle persone anziane che ne fanno richiesta.

2. Il Ministro per la solidarietà sociale, con il medesimo decreto di cui al comma 1, stabilisce annualmente le modalità di ripartizione dei finanziamenti in base a criteri ponderati per quantità di popolazione, classi di età e incidenza degli anziani, valutando altresì la posizione delle regioni e delle province autonome in rapporto ad indicatori nazionali di non autosufficienza e di reddito. In sede di prima applicazione della presente legge, il decreto di cui al comma 1 è emanato entro novanta giorni dalla data della sua entrata in vigore.

3. Una quota dei finanziamenti di cui al comma 1 è riservata ad investimenti e progetti integrati tra assistenza e sanità, realizzati in rete con azioni e programmi coordinati tra soggetti pubblici e privati, volti a sostenere e a favorire l'autonomia delle persone anziane e la loro permanenza nell'ambiente familiare secondo gli indirizzi indicati dalla presente legge. In sede di prima applicazione della presente legge le risorse individuate ai sensi del comma 1 sono finalizzate al potenziamento delle attività di assistenza domiciliare integrata.

4. Entro il 30 giugno di ogni anno le regioni destinatarie dei finanziamenti di cui al comma 1 trasmettono una relazione al Ministro per la solidarietà sociale e al Ministro della sanità in cui espongono lo stato di attuazione degli interventi e gli obiettivi conseguiti nelle attività svolte ai sensi del presente articolo, formulando anche eventuali proposte per interventi innovativi. Qualora una o più regioni non provvedano all'impegno contabile delle quote di competenza entro i tempi indicati nel riparto di cui al comma 2, il Ministro per la solidarietà sociale, di concerto con il Ministro della sanità, sentita la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, provvede alla rideterminazione e riassegnazione dei finanziamenti alle regioni.

Art. 16

(Valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari)

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

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

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

- a*) l'erogazione di assegni di cura e altri interventi a sostegno della maternità e della paternità responsabile, ulteriori rispetto agli assegni e agli interventi di cui agli articoli 65 e 66 della legge 23 dicembre 1998, n. 448, alla legge 6 dicembre 1971, n. 1044, e alla legge 28 agosto 1997, n. 285, da realizzare in collaborazione con i servizi sanitari e con i servizi socio - educativi della prima infanzia;
- b*) politiche di conciliazione tra il tempo di lavoro e il tempo di cura, promosse anche dagli enti locali ai sensi della legislazione vigente;
- c*) servizi formativi ed informativi di sostegno alla genitorialità, anche attraverso la promozione del mutuo aiuto tra le famiglie;
- d*) prestazioni di aiuto e sostegno domiciliare, anche con benefici di carattere economico, in particolare per le famiglie che assumono compiti di accoglienza, di cura di disabili fisici, psichici e sensoriali e di altre persone in difficoltà, di minori in affidamento, di anziani;
- e*) servizi di sollievo, per affiancare nella responsabilità del lavoro di cura la famiglia, ed in particolare i componenti più impegnati nell'accudimento quotidiano delle persone bisognose di cure particolari ovvero per sostituirli nelle stesse responsabilità di cura durante l'orario di lavoro;
- f*) servizi per l'affido familiare, per sostenere, con qualificati interventi e percorsi formativi, i compiti educativi delle famiglie interessate.

4. Per sostenere le responsabilità individuali e familiari e agevolare l'autonomia finanziaria di nuclei monoparentali, di coppie giovani con figli, di gestanti in difficoltà, di famiglie che hanno a carico soggetti non autosufficienti con problemi di grave e temporanea difficoltà economica, di famiglie di recente immigrazione che presentino gravi difficoltà di inserimento

sociale, nell'ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19, i comuni, in alternativa a contributi assistenziali in denaro, possono concedere prestiti sull'onore, consistenti in finanziamenti a tasso zero secondo piani di restituzione concordati con il destinatario del prestito. L'onere dell'interesse sui prestiti è a carico del comune; all'interno del Fondo nazionale per le politiche sociali è riservata una quota per il concorso alla spesa destinata a promuovere il prestito sull'onore in sede locale.

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

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

Art. 17

(Titoli per l'acquisto di servizi sociali)

1. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, i comuni possono prevedere la concessione, su richiesta dell'interessato, di titoli validi per l'acquisto di servizi sociali dai soggetti accreditati del sistema integrato di interventi e servizi sociali ovvero come sostitutivi delle prestazioni economiche diverse da quelle correlate al minimo vitale previste dall'articolo 24, comma 1, lettera *a*), numeri 1) e 2), della presente legge, nonché dalle pensioni sociali di cui all'articolo 26 della legge 30 aprile 1969, n. 153, e successive modificazioni, e dagli assegni erogati ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335.

2. Le regioni, in attuazione di quanto stabilito ai sensi dell'articolo 18, comma 3, lettera *i*), disciplinano i criteri e le modalità per la concessione dei titoli di cui al comma 1 nell'ambito di un percorso assistenziale attivo per la integrazione o la reintegrazione sociale dei soggetti beneficiari, sulla base degli indirizzi del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali.

Capo IV

STRUMENTI PER FAVORIRE IL RIORDINO DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI

Art. 18

(Piano nazionale e piani regionali degli interventi e dei servizi sociali)

1. Il Governo predispone ogni tre anni il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali, di seguito denominato «Piano nazionale», tenendo conto delle risorse finanziarie individuate ai sensi dell'articolo 4 nonché delle risorse ordinarie già destinate alla spesa sociale dagli enti locali.

2. Il Piano nazionale è adottato previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la solidarietà sociale, sentiti i Ministri interessati. Sullo schema di piano sono acquisiti l'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nonché i pareri degli enti e delle associazioni nazionali di promozione sociale di cui all'articolo 1, comma 1, lettere *a*) e *b*), della legge 19 novembre 1987, n. 476, e successive modificazioni, maggiormente rappresentativi, delle associazioni di rilievo nazionale che operano nel settore dei servizi sociali, delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale e delle associazioni di tutela degli utenti. Lo schema di piano è successivamente trasmesso alle Camere per l'espressione del parere da parte delle competenti Commissioni parlamentari, che si pronunciano entro trenta giorni dalla data di assegnazione.

3. Il Piano nazionale indica:

- a*) le caratteristiche ed i requisiti delle prestazioni sociali comprese nei livelli essenziali previsti dall'articolo 22;
- b*) le priorità di intervento attraverso l'individuazione di progetti obiettivi e di azioni programmate, con particolare riferimento alla realizzazione di percorsi attivi nei confronti delle persone in condizione di povertà o di difficoltà psico-fisica;
- c*) le modalità di attuazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e le azioni da integrare e coordinare con le politiche sanitarie, dell'istruzione, della formazione e del lavoro;

- d)* gli indirizzi per la diffusione dei servizi di informazione al cittadino e alle famiglie;
- e)* gli indirizzi per le sperimentazioni innovative, comprese quelle indicate dall'articolo 3, comma 4, e per le azioni di promozione della concertazione delle risorse umane, economiche, finanziarie, pubbliche e private, per la costruzione di reti integrate di interventi e servizi sociali;
- f)* gli indicatori ed i parametri per la verifica dei livelli di integrazione sociale effettivamente assicurati in rapporto a quelli previsti nonché gli indicatori per la verifica del rapporto costi - benefici degli interventi e dei servizi sociali;
- g)* i criteri generali per la disciplina del concorso al costo dei servizi sociali da parte degli utenti, tenuto conto dei principi stabiliti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109;
- h)* i criteri generali per la determinazione dei parametri di valutazione delle condizioni di cui all'articolo 2, comma 3;
- i)* gli indirizzi ed i criteri generali per la concessione dei prestiti sull'onore di cui all'articolo 16, comma 4, e dei titoli di cui all'articolo 17;
- l)* gli indirizzi per la predisposizione di interventi e servizi sociali per le persone anziane non autosufficienti e per i soggetti disabili, in base a quanto previsto dall'articolo 14;
- m)* gli indirizzi relativi alla formazione di base e all'aggiornamento del personale;
- n)* i finanziamenti relativi a ciascun anno di vigenza del Piano nazionale in coerenza con i livelli essenziali previsti dall'articolo 22, secondo parametri basati sulla struttura demografica, sui livelli di reddito e sulle condizioni occupazionali della popolazione;
- o)* gli indirizzi per la predisposizione di programmi integrati per obiettivi di tutela e qualità della vita rivolti ai minori, ai giovani e agli anziani, per il sostegno alle responsabilità familiari, anche in riferimento all'obbligo scolastico, per l'inserimento sociale delle persone con disabilità e limitazione dell'autonomia fisica e psichica, per l'integrazione degli immigrati, nonché per la prevenzione, il recupero e il reinserimento dei tossicodipendenti e degli alcolodipendenti.

4. Il primo Piano nazionale è adottato entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

5. Il Ministro per la solidarietà sociale predisponde annualmente una relazione al Parlamento sui risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano nazionale, con particolare riferimento ai costi e all'efficacia degli interventi, e fornisce indicazioni per l'ulteriore programmazione. La relazione indica i risultati conseguiti nelle regioni in attuazione dei piani regionali. La relazione dà conto altresì dei risultati conseguiti nei servizi sociali con l'utilizzo dei finanziamenti dei fondi europei, tenuto conto dei dati e delle valutazioni forniti dal Ministro del lavoro e della previdenza sociale.

6. Le regioni, nell'esercizio delle funzioni conferite dagli articoli 131 e 132 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, e dalla presente legge, in relazione alle indicazioni del Piano nazionale di cui al comma 3 del presente articolo, entro centoventi giorni dall'adozione del Piano stesso adottano nell'ambito delle risorse disponibili, ai sensi dell'articolo 4, attraverso forme di intesa con i comuni interessati ai sensi dell'articolo 3 della legge 8 giugno 1990, n. 142, e successive modificazioni, 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.

Art. 19 **(Piano di zona)**

1. I comuni associati, negli ambiti territoriali di cui all'articolo 8, comma 3, lettera *a)*, a tutela dei diritti della popolazione, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, provvedono, nell'ambito delle risorse disponibili, ai sensi dell'articolo 4, per gli interventi sociali e socio-sanitari, secondo le indicazioni del piano regionale di cui all'articolo 18, comma 6, a definire il piano di zona, che individua:

- a)* gli obiettivi strategici e le priorità di intervento nonché gli strumenti e i mezzi per la relativa realizzazione;
- b)* le modalità organizzative dei servizi, le risorse finanziarie, strutturali e professionali, i requisiti di qualità in relazione alle disposizioni regionali adottate ai sensi dell'articolo 8, comma 3, lettera *b)*;
- c)* le forme di rilevazione dei dati nell'ambito del sistema informativo di cui all'articolo 21;
- d)* le modalità per garantire l'integrazione tra servizi e prestazioni;
- e)* le modalità per realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali, con particolare riferimento all'amministrazione penitenziaria e della giustizia;
- f)* 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;
- g)* le forme di concertazione con l'azienda unità sanitaria locale e con i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4.

2. Il piano di zona, di norma adottato attraverso accordo di programma, ai sensi dell'articolo 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142, e successive modificazioni, è volto a:

- 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;
- b)* qualificare la spesa, attivando risorse, anche finanziarie, derivate dalle forme di concertazione di cui al comma 1, lettera *g*);
- c)* definire criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun comune, delle aziende unità sanitarie locali e degli altri soggetti firmatari dell'accordo, prevedendo anche risorse vincolate per il raggiungimento di particolari obiettivi;
- d)* prevedere iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi.

3. All'accordo di programma di cui al comma 2, per assicurare l'adeguato coordinamento delle risorse umane e finanziarie, partecipano i soggetti pubblici di cui al comma 1 nonché i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, e all'articolo 10, che attraverso l'accreditamento o specifiche forme di concertazione concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali previsto nel piano.

Art. 20

(Fondo nazionale per le politiche sociali)

1. Per la promozione e il raggiungimento degli obiettivi di politica sociale, lo Stato ripartisce le risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali.

2. Per le finalità della presente legge il Fondo di cui al comma 1 è incrementato di lire 106.700 milioni per l'anno 2000, di lire 761.500 milioni per l'anno 2001 e di lire 922.500 milioni a decorrere dall'anno 2002. Al relativo onere si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2000-2002, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente «Fondo speciale» dello stato di previsione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica per l'anno 2000, allo scopo utilizzando quanto a lire 56.700 milioni per l'anno 2000, a lire 591.500 milioni per l'anno 2001 e a lire 752.500 milioni per l'anno 2002, l'accantonamento relativo al Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica; quanto a lire 50.000 milioni per l'anno 2000 e a lire 149.000 milioni per ciascuno degli anni 2001 e 2002, l'accantonamento relativo al Ministero della pubblica istruzione; quanto a lire 1.000 milioni per ciascuno degli anni 2001 e 2002, le proiezioni dell'accantonamento relativo al Ministero dell'interno; quanto a lire 20.000 milioni per ciascuno degli anni 2001 e 2002, le proiezioni dell'accantonamento relativo al Ministero del commercio con l'estero.

3. Il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

4. La definizione dei livelli essenziali di cui all'articolo 22 è effettuata contestualmente a quella delle risorse da assegnare al Fondo nazionale per le politiche sociali tenuto conto delle risorse ordinarie destinate alla spesa sociale dalle regioni e dagli enti locali, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica dal Documento di programmazione economico-finanziaria.

5. Con regolamento, da emanare ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, il Governo provvede a disciplinare modalità e procedure uniformi per la ripartizione delle risorse finanziarie confluite nel Fondo di cui al comma 1 ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:

- a)* razionalizzare e armonizzare le procedure medesime ed evitare sovrapposizioni e diseconomie nell'allocazione delle risorse;
- b)* prevedere quote percentuali di risorse aggiuntive a favore dei comuni associati ai sensi dell'articolo 8, comma 3, lettera *a*);
- c)* garantire che gli stanziamenti a favore delle regioni e degli enti locali costituiscano quote di cofinanziamento dei programmi e dei relativi interventi e prevedere modalità di accertamento delle spese al fine di realizzare un sistema di progressiva perequazione della spesa in ambito nazionale per il perseguimento degli obiettivi del Piano nazionale;
- d)* prevedere forme di monitoraggio, verifica e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati degli interventi, nonché modalità per la revoca dei finanziamenti in caso di mancato impegno da parte degli enti destinatari entro periodi determinati;
- e)* individuare le norme di legge abrogate dalla data di entrata in vigore del regolamento.

6. Lo schema di regolamento di cui al comma 5, previa deliberazione preliminare del Consiglio dei ministri, acquisito il pa-

rere della Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, è trasmesso successivamente alle Camere per l'espressione del parere da parte delle competenti Commissioni parlamentari, che si pronunciano entro trenta giorni dalla data di assegnazione. Decorso inutilmente tale termine, il regolamento può essere emanato.

7. Il Ministro per la solidarietà sociale, sentiti i Ministri interessati, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, provvede, con proprio decreto, annualmente alla ripartizione delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, tenuto conto della quota riservata di cui all'articolo 15, sulla base delle linee contenute nel Piano nazionale e dei parametri di cui all'articolo 18, comma 3, lettera *n*). In sede di prima applicazione della presente legge, entro novanta giorni dalla data della sua entrata in vigore, il Ministro per la solidarietà sociale, sentiti i Ministri interessati, d'intesa con la Conferenza unificata di cui al citato articolo 8 del decreto legislativo n. 281 del 1997, adotta il decreto di cui al presente comma sulla base dei parametri di cui all'articolo 18, comma 3, lettera *n*). La ripartizione garantisce le risorse necessarie per l'adempimento delle prestazioni di cui all'articolo 24.

8. A decorrere dall'anno 2002 lo stanziamento complessivo del Fondo nazionale per le politiche sociali è determinato dalla legge finanziaria con le modalità di cui all'articolo 11, comma 3, lettera *d*), della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni, assicurando comunque la copertura delle prestazioni di cui all'articolo 24 della presente legge.

9. Alla data di entrata in vigore del decreto legislativo di cui all'articolo 24, confluiscono con specifica finalizzazione nel Fondo nazionale per le politiche sociali anche le risorse finanziarie destinate al finanziamento delle prestazioni individuate dal medesimo decreto legislativo.

10. Al Fondo nazionale per le politiche sociali affluiscono, altresì, somme derivanti da contributi e donazioni eventualmente disposti da privati, enti, fondazioni, organizzazioni, anche internazionali, da organismi dell'Unione europea, che sono versate all'entrata del bilancio dello Stato per essere assegnate al citato Fondo nazionale.

11. Qualora le regioni ed i comuni non provvedano all'impegno contabile della quota non specificamente finalizzata ai sensi del comma 9 delle risorse ricevute nei tempi indicati dal decreto di riparto di cui al comma 7, il Ministro per la solidarietà sociale, con le modalità di cui al medesimo comma 7, provvede alla rideterminazione e alla riassegnazione delle risorse, fermo restando l'obbligo di mantenere invariata nel triennio la quota complessiva dei trasferimenti a ciascun comune o a ciascuna regione.

Art. 21

(Sistema informativo dei servizi sociali)

1. Lo Stato, le regioni, le province e i comuni istituiscono un sistema informativo dei servizi sociali per assicurare una compiuta conoscenza dei bisogni sociali, del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali e poter disporre tempestivamente di dati ed informazioni necessari alla programmazione, alla gestione e alla valutazione delle politiche sociali, per la promozione e l'attivazione di progetti europei, per il coordinamento con le strutture sanitarie, formative, con le politiche del lavoro e dell'occupazione.

2. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge è nominata, con decreto del Ministro per la solidarietà sociale, una commissione tecnica, composta da sei esperti di comprovata esperienza nel settore sociale ed in campo informativo, di cui due designati dal Ministro stesso, due dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, due dalla Conferenza Stato-città e autonomie locali. La commissione ha il compito di formulare proposte in ordine ai contenuti, al modello ed agli strumenti attraverso i quali dare attuazione ai diversi livelli operativi del sistema informativo dei servizi sociali. La commissione è presieduta da uno degli esperti designati dal Ministro per la solidarietà sociale. I componenti della commissione durano in carica due anni. Gli oneri derivanti dall'applicazione del presente comma, nel limite massimo di lire 250 milioni annue, sono a carico del Fondo nazionale per le politiche sociali.

3. Il Presidente del Consiglio dei ministri, con proprio decreto, su proposta del Ministro per la solidarietà sociale, sentite la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e l'Autorità per l'informatica nella pubblica amministrazione, definisce le modalità e individua, anche nell'ambito dei sistemi informativi esistenti, gli strumenti necessari per il coordinamento tecnico con le regioni e gli enti locali ai fini dell'attuazione del sistema informativo dei servizi sociali, in conformità con le specifiche tecniche della rete unitaria delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 15, comma 1, della legge 15 marzo 1997, n. 59, tenuto conto di quanto disposto dall'articolo 6 del citato decreto legislativo n. 281 del 1997, in materia di scambio di dati ed informazioni tra le amministrazioni centrali, regionali e delle province auto-

nome di Trento e di Bolzano. Le regioni, le province e i comuni individuano le forme organizzative e gli strumenti necessari ed appropriati per l'attivazione e la gestione del sistema informativo dei servizi sociali a livello locale.

4. Gli oneri derivanti dall'applicazione del presente articolo sono a carico del Fondo nazionale per le politiche sociali. Nell'ambito dei piani di cui agli articoli 18 e 19, sono definite le risorse destinate alla realizzazione del sistema informativo dei servizi sociali, entro i limiti di spesa stabiliti in tali piani.

Capo V
INTERVENTI, SERVIZI ED EMOLUMENTI ECONOMICI
DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI

Sezione I
Disposizioni generali

Art. 22
(Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali)

1. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali si realizza mediante politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche, e la definizione di percorsi attivi volti ad ottimizzare l'efficacia delle risorse, impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazioni delle risposte.

2. Ferme restando le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché le disposizioni in materia di integrazione socio-sanitaria di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, gli interventi di seguito indicati costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi secondo le caratteristiche ed i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale, nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate dagli enti locali alla spesa sociale:

- a) misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento, con particolare riferimento alle persone senza fissa dimora;
- b) 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) interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza;
- d) misure per il sostegno delle responsabilità familiari, ai sensi dell'articolo 16, per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;
- e) misure di sostegno alle donne in difficoltà per assicurare i benefici disposti dal regio decreto-legge 8 maggio 1927, n. 798, convertito dalla legge 6 dicembre 1928, n. 2838, e dalla legge 10 dicembre 1925, n. 2277, e loro successive modificazioni, integrazioni e norme attuative;
- f) interventi per la piena integrazione delle persone disabili ai sensi dell'articolo 14; realizzazione, per i soggetti di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, dei centri socio-riabilitativi e delle comunità-alloggio di cui all'articolo 10 della citata legge n. 104 del 1992, e dei servizi di comunità e di accoglienza per quelli privi di sostegno familiare, nonché erogazione delle prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie;
- g) interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio;
- h) prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale;
- i) informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto-aiuto.

3. Gli interventi del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui al comma 2, lettera c), sono realizzati, in particolare, secondo le finalità delle leggi 4 maggio 1983, n. 184, 27 maggio 1991, n. 176, 15 febbraio 1996, n. 66, 28 agosto 1997, n.

285, 23 dicembre 1997, n. 451, 3 agosto 1998, n. 296, 31 dicembre 1998, n. 476, del testo unico di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, e delle disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni, approvate con decreto del Presidente della Repubblica 22 settembre 1988, n. 448, nonché della legge 5 febbraio 1992, n. 104, per i minori disabili. Ai fini di cui all'articolo 11 e per favorire la deistituzionalizzazione, i servizi e le strutture a ciclo residenziale destinati all'accoglienza dei minori devono essere organizzati esclusivamente nella forma di strutture comunitarie di tipo familiare.

4. In relazione a quanto indicato al comma 2, le leggi regionali, secondo i modelli organizzativi adottati, prevedono per ogni ambito territoriale di cui all'articolo 8, comma 3, lettera *a*), tenendo conto anche delle diverse esigenze delle aree urbane e rurali, comunque l'erogazione delle seguenti prestazioni:

- a*) servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;
- b*) servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;
- c*) assistenza domiciliare;
- d*) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;
- e*) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

Sezione II

Misure di contrasto alla povertà e riordino degli emolumenti economici assistenziali

Art. 23

(Reddito minimo di inserimento)

1. L'articolo 15 del decreto legislativo 18 giugno 1998, n. 237, è sostituito dal seguente:

«Art. 15. - (Estensione del reddito minimo di inserimento). - 1. Il Governo, sentite la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, riferisce al Parlamento, entro il 30 maggio 2001, sull'attuazione della sperimentazione e sui risultati conseguiti. Con successivo provvedimento legislativo, tenuto conto dei risultati della sperimentazione, sono definiti le modalità, i termini e le risorse per l'estensione dell'istituto del reddito minimo di inserimento come misura generale di contrasto della povertà, alla quale ricondurre anche gli altri interventi di sostegno del reddito, quali gli assegni di cui all'articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335, e le pensioni sociali di cui all'articolo 26 della legge 30 aprile 1969, n. 153, e successive modificazioni».

2. Il reddito minimo di inserimento di cui all'articolo 15 del decreto legislativo 18 giugno 1998, n. 237, come sostituito dal comma 1 del presente articolo, è definito quale misura di contrasto della povertà e di sostegno al reddito nell'ambito di quelle indicate all'articolo 22, comma 2, lettera *a*), della presente legge.

Art. 24

(Delega al Governo per il riordino degli emolumenti derivanti da invalidità civile, cecità e sordomutismo)

1. Il Governo è delegato ad emanare, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, nel rispetto del principio della separazione tra spesa assistenziale e spesa previdenziale, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, un decreto legislativo recante norme per il riordino degli assegni e delle indennità spettanti ai sensi delle leggi 10 febbraio 1962, n. 66, 26 maggio 1970, n. 381, 27 maggio 1970, n. 382, 30 marzo 1971, n. 118, e 11 febbraio 1980, n. 18, e successive modificazioni, sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) riclassificazione delle indennità e degli assegni, e dei relativi importi, che non determini una riduzione degli attuali trattamenti e, nel complesso, oneri aggiuntivi rispetto a quelli determinati dall'andamento tendenziale degli attuali trattamenti previsti dalle disposizioni richiamate dal presente comma. La riclassificazione tiene inoltre conto delle funzioni a cui gli emolumenti assolvono, come misure di contrasto alla povertà o come incentivi per la rimozione delle limitazioni personali, familiari e sociali dei portatori di handicap, per la valorizzazione delle capacità funzionali del disabile e della sua potenziale autonomia psico-fisica, prevedendo le seguenti forme di sostegno economico:

- 1) reddito minimo per la disabilità totale a cui fare afferire pensioni e assegni che hanno la funzione di integrare, a seguito della minorazione, la mancata produzione di reddito. Il reddito minimo, nel caso di grave disabilità, è cumulabile con l'indennità di cui al numero 3.1) della presente lettera;
- 2) reddito minimo per la disabilità parziale, a cui fare afferire indennità e assegni concessi alle persone con diversi gradi di minorazione fisica e psichica per favorire percorsi formativi, l'accesso ai contratti di formazione e lavoro di cui al decreto-legge 30 ottobre 1984, n. 726, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 dicembre 1984, n. 863, e successive modificazioni, alla legge 29 dicembre 1990, n. 407, e al decreto-legge 16 maggio 1994, n. 299, convertito, con modifi-

cazioni, dalla legge 19 luglio 1994, n. 451, ed a borse di lavoro di cui al decreto legislativo 7 agosto 1997, n. 280, da utilizzare anche temporaneamente nella fase di avvio al lavoro e da revocare al momento dell'inserimento definitivo;

3) indennità per favorire la vita autonoma e la comunicazione, commisurata alla gravità, nonché per consentire assistenza e sorveglianza continue a soggetti con gravi limitazioni dell'autonomia. A tale indennità afferiscono gli emolumenti concessi, alla data di entrata in vigore della presente legge, per gravi disabilità, totale non autosufficienza e non deambulazione, con lo scopo di rimuovere l'esclusione sociale, favorire la comunicazione e la permanenza delle persone con disabilità grave o totale non autosufficienza a domicilio, anche in presenza di spese personali aggiuntive. L'indennità può essere concessa secondo le seguenti modalità tra loro non cumulabili:

3.1) indennità per l'autonomia di disabili gravi o pluriminorati, concessa a titolo della minorazione;

3.2) indennità di cura e di assistenza per ultrasessantacinquenni totalmente dipendenti;

b) cumulabilità dell'indennità di cura e di assistenza di cui alla lettera a), numero 3.2), con il reddito minimo di inserimento di cui all'articolo 23;

c) fissazione dei requisiti psico-fisici e reddituali individuali che danno luogo alla concessione degli emolumenti di cui ai numeri 1) e 2) della lettera a) del presente comma secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 1, secondo periodo, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109;

d) corresponsione dei nuovi trattamenti per coloro che non sono titolari di pensioni e indennità dopo centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo, prevedendo nello stesso la equiparazione tra gli emolumenti richiesti nella domanda presentata alle sedi competenti ed i nuovi trattamenti;

e) equiparazione e ricollocazione delle indennità già percepite e in atto nel termine massimo di un anno dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo;

f) disciplina del regime transitorio, fatti salvi i diritti acquisiti per coloro che già fruiscono di assegni e indennità;

g) riconoscimento degli emolumenti anche ai disabili o agli anziani ospitati in strutture residenziali, in termini di pari opportunità con i soggetti non ricoverati, prevedendo l'utilizzo di parte degli emolumenti come partecipazione alla spesa per l'assistenza fornita, ferma restando la conservazione di una quota, pari al 50 per cento del reddito minimo di inserimento di cui all'articolo 23, a diretto beneficio dell'assistito;

h) revisione e snellimento delle procedure relative all'accertamento dell'invalideria civile e alla concessione delle prestazioni spettanti, secondo il principio della unificazione delle competenze, anche prevedendo l'istituzione di uno sportello unico; revisione dei criteri e dei requisiti che danno titolo alle prestazioni di cui al presente articolo, tenuto conto di quanto previsto dall'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, dal decreto legislativo 30 aprile 1997, n. 157, nonché dalla Classificazione internazionale dei disturbi, disabilità ed handicap - International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità; definizione delle modalità per la verifica della sussistenza dei requisiti medesimi.

2. Sullo schema di decreto legislativo di cui al comma 1 sono acquisiti l'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nonché i pareri degli enti e delle associazioni nazionali di promozione sociale di cui all'articolo 1, comma 1, lettere a) e b), della legge 19 novembre 1987, n. 476, e successive modificazioni, delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale e delle associazioni di tutela degli utenti. Lo schema di decreto legislativo è successivamente trasmesso alle Camere per l'espressione del parere da parte delle competenti Commissioni parlamentari, che si pronunciano entro trenta giorni dalla data di assegnazione.

Art. 25

(Accertamento della condizione economica del richiedente)

1. Ai fini dell'accesso ai servizi disciplinati dalla presente legge, la verifica della condizione economica del richiedente è effettuata secondo le disposizioni previste dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, come modificato dal decreto legislativo 3 maggio 2000, n. 130.

Art. 26

(Utilizzo di fondi integrativi per prestazioni sociali)

1. L'ambito di applicazione dei fondi integrativi previsti dall'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, comprende le spese sostenute dall'assistito per le prestazioni sociali erogate nell'ambito dei programmi assistenziali intensivi e prolungati finalizzati a garantire la permanenza a domicilio ovvero in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane e disabili.

Capo VI
DISPOSIZIONI FINALI

Art. 27

(Istituzione della Commissione di indagine sulla esclusione sociale)

1. È istituita, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, la Commissione di indagine sulla esclusione sociale, di seguito denominata «Commissione».
2. La Commissione ha il compito di effettuare, anche in collegamento con analoghe iniziative nell'ambito dell'Unione europea, le ricerche e le rilevazioni occorrenti per indagini sulla povertà e sull'emarginazione in Italia, di promuoverne la conoscenza nelle istituzioni e nell'opinione pubblica, di formulare proposte per rimuoverne le cause e le conseguenze, di promuovere valutazioni sull'effetto dei fenomeni di esclusione sociale. La Commissione predispone per il Governo rapporti e relazioni ed annualmente una relazione nella quale illustra le indagini svolte, le conclusioni raggiunte e le proposte formulate.
3. Il Governo, entro il 30 giugno di ciascun anno, riferisce al Parlamento sull'andamento del fenomeno dell'esclusione sociale, sulla base della relazione della Commissione di cui al comma 2, secondo periodo.
4. La Commissione è composta da studiosi ed esperti con qualificata esperienza nel campo dell'analisi e della pratica sociale, nominati, per un periodo di tre anni, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la solidarietà sociale. Le funzioni di segreteria della Commissione sono assicurate dal personale del Dipartimento per gli affari sociali o da personale di altre pubbliche amministrazioni, collocato in posizione di comando o di fuori ruolo nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti. Per l'adempimento dei propri compiti la Commissione può avvalersi della collaborazione di tutte le amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, degli enti pubblici, delle regioni e degli enti locali. La Commissione può avvalersi altresì della collaborazione di esperti e può affidare la effettuazione di studi e ricerche ad istituzioni pubbliche o private, a gruppi o a singoli ricercatori mediante convenzioni.
5. Gli oneri derivanti dal funzionamento della Commissione, determinati nel limite massimo di lire 250 milioni annue, sono a carico del Fondo nazionale per le politiche sociali.

Art. 28

(Interventi urgenti per le situazioni di povertà estrema)

1. Allo scopo di garantire il potenziamento degli interventi volti ad assicurare i servizi destinati alle persone che versano in situazioni di povertà estrema e alle persone senza fissa dimora, il Fondo nazionale per le politiche sociali è incrementato di una somma pari a lire 20 miliardi per ciascuno degli anni 2001 e 2002.
2. Ai fini di cui al comma 1, gli enti locali, le organizzazioni di volontariato e gli organismi non lucrativi di utilità sociale nonché le IPAB possono presentare alle regioni, secondo le modalità e i termini definiti ai sensi del comma 3, progetti concernenti la realizzazione di centri e di servizi di pronta accoglienza, interventi socio-sanitari, servizi per l'accompagnamento e il reinserimento sociale.
3. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con atto di indirizzo e coordinamento deliberato dal Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la solidarietà sociale, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definiti i criteri di riparto tra le regioni dei finanziamenti di cui al comma 1, i termini per la presentazione delle richieste di finanziamento dei progetti di cui al comma 2, i requisiti per l'accesso ai finanziamenti, i criteri generali di valutazione dei progetti, le modalità per il monitoraggio degli interventi realizzati, i comuni delle grandi aree urbane per i quali gli interventi di cui al presente articolo sono considerati prioritari.
4. All'onere derivante dall'attuazione del presente articolo, pari a lire 20 miliardi per ciascuno degli anni 2001 e 2002, si provvede mediante corrispondente riduzione delle proiezioni per gli anni 2001 e 2002 dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2000-2002, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente «Fondo speciale» dello stato di previsione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica per l'anno 2000, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica.

Art. 29
(Disposizioni sul personale)

1. La Presidenza del Consiglio dei ministri è autorizzata a bandire concorsi pubblici per il reclutamento di cento unità di personale dotate di professionalità ed esperienza in materia di politiche sociali, per lo svolgimento, in particolare, delle funzioni statali previste dalla presente legge, nonché in materia di adozioni internazionali, politiche di integrazione degli immigrati e tutela dei minori non accompagnati. Al predetto personale non si applica la disposizione di cui all'articolo 12, comma 1, lettera c), della legge 15 marzo 1997, n. 59. Le assunzioni avvengono in deroga ai termini ed alle modalità di cui all'articolo 39 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni.

2. All'onere derivante dall'attuazione del comma 1, pari a lire 2 miliardi per l'anno 2000 e a lire 7 miliardi annue a decorrere dall'anno 2001, si provvede a valere sul Fondo nazionale per le politiche sociali, come rifinanziato ai sensi dell'articolo 20 della presente legge.

Art. 30
(Abrogazioni)

1. Alla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati l'articolo 72 della legge 17 luglio 1890, n. 6972, e il comma 45 dell'articolo 59 della legge 27 dicembre 1997, n. 449.

2. Alla data di entrata in vigore del decreto legislativo di cui all'articolo 10 è abrogata la disciplina relativa alle IPAB prevista dalla legge 17 luglio 1890, n. 6972. Alla data di entrata in vigore del decreto legislativo di cui all'articolo 24 sono abrogate le disposizioni sugli emolumenti economici previste dalle leggi 10 febbraio 1962, n. 66, 26 maggio 1970, n. 381, 27 maggio 1970, n. 382, 30 marzo 1971, n. 118, e 11 febbraio 1980, n. 18, e successive modificazioni.

LEGGE REGIONALE 12 MARZO 2008, N. N. 3
Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale eSociosanitario
(BURL n. 12, 1° suppl. ord. del 17 Marzo 2008)
urn:nir:regione.lombardia: legge: 2008-03-12; 3

Capo I
DISPOSIZIONI GENERALI

Art. 1
(Finalità)

1. La presente legge, al fine di promuovere condizioni di benessere e inclusione sociale della persona, della famiglia e della comunità e di prevenire, rimuovere o ridurre situazioni di disagio dovute a condizioni economiche, psico-fisiche o sociali, disciplina la rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie, nel rispetto dei principi e dei valori della Costituzione, della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, dello Statuto regionale, nonché nel rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, in armonia con i principi enunciati dalla legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e con le leggi regionali di settore.
2. L'insieme integrato dei servizi, delle prestazioni, anche di sostegno economico, e delle strutture territoriali, domiciliari, diurne, semiresidenziali e residenziali costituisce la rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie, funzionali al perseguimento delle finalità di cui al comma 1.
3. La rete delle unità d'offerta garantisce il diritto alla esigibilità delle prestazioni sociali e sociosanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente.

Art. 2
(Principi ed obiettivi)

1. Il governo della rete delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie si informa ai seguenti principi:
 - a) rispetto della dignità della persona e tutela del diritto alla riservatezza;
 - b) universalità del diritto di accesso e uguaglianza di trattamento nel rispetto della specificità delle esigenze;
 - c) libertà di scelta, nel rispetto dell'appropriatezza delle prestazioni;
 - d) personalizzazione delle prestazioni, ai fini di una effettiva e globale presa in carico della persona;
 - e) promozione dell'autonomia della persona e sostegno delle esperienze tese a favorire la vita indipendente;
 - f) sussidiarietà verticale e orizzontale;
 - g) riconoscimento, valorizzazione e sostegno del ruolo della famiglia, quale nucleo fondamentale per la crescita, lo sviluppo e la cura della persona;
 - h) promozione degli interventi a favore dei soggetti in difficoltà, anche al fine di favorire la permanenza e il reinserimento nel proprio ambiente familiare e sociale;
 - i) solidarietà sociale, ai sensi degli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione;
 - j) effettività ed efficacia delle prestazioni erogate.
2. La Regione, nel rispetto dei principi di cui al comma 1, persegue i seguenti obiettivi:
 - a) omogeneità ed adeguatezza della rete delle unità di offerta ai bisogni sociali e sociosanitari;
 - b) flessibilità delle prestazioni, anche attraverso la predisposizione di piani individualizzati di intervento;
 - c) integrazione delle politiche sociali e sociosanitarie con le politiche sanitarie e di settore, in particolare dell'istruzione, della formazione, del lavoro e della casa;
 - d) efficienza della rete delle unità di offerta ed ottimale utilizzo delle risorse finanziarie disponibili.

Capo II
SOGGETTI E UNITÀ D'OFFERTA

Art. 3
(Soggetti)

1. Nel quadro dei principi della presente legge e in particolare secondo il principio di sussidiarietà, concorrono alla programmazione, progettazione e realizzazione della rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie, secondo gli indirizzi definiti dalla Regione:

- a)* i comuni, singoli ed associati, le province, le comunità montane e gli altri enti territoriali, le aziende sanitarie locali (ASL), le aziende di servizi alla persona (ASP) e gli altri soggetti di diritto pubblico;
- b)* le persone fisiche, le famiglie e i gruppi informali di reciproco aiuto e solidarietà;
- c)* i soggetti del terzo settore, le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e gli altri soggetti di diritto privato che operano in ambito sociale e sociosanitario;
- d)* gli enti riconosciuti delle confessioni religiose, con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese, che operano in ambito sociale e sociosanitario.

2. È garantita la libertà per i soggetti di cui al comma 1, lettere *b)*, *c)* e *d)* di svolgere attività sociali ed assistenziali, nel rispetto dei principi stabiliti dalla presente legge e secondo la normativa vigente, indipendentemente dal loro inserimento nella rete delle unità di offerta sociali.

Art. 4
(Unità di offerta sociali)

1. Le unità di offerta sociali hanno il compito di:

- a)* aiutare la famiglia, anche mediante l'attivazione di legami di solidarietà tra famiglie e gruppi sociali e con azioni di sostegno economico;
- b)* tutelare la maternità e la vita umana fin dal concepimento e garantire interventi di sostegno alla maternità e paternità ed al benessere del bambino, rimuovendo le cause di ordine sociale, psicologico ed economico che possono ostacolare una procreazione consapevole e determinare l'interruzione della gravidanza;
- c)* promuovere azioni rivolte al sostegno delle responsabilità genitoriali, alla conciliazione tra maternità e lavoro ed azioni a favore delle donne in difficoltà;
- d)* tutelare i minori, favorendone l'armoniosa crescita, la permanenza in famiglia e, ove non possibile, sostenere l'affido e l'adozione, nonché prevenire fenomeni di emarginazione e devianza;
- e)* promuovere il benessere psicofisico della persona, il mantenimento o il ripristino delle relazioni familiari, l'inserimento o il reinserimento sociale e lavorativo delle persone in difficoltà e contrastare forme di discriminazione di ogni natura;
- f)* promuovere l'educazione motoria anche finalizzata all'inserimento e reinserimento sociale della persona;
- g)* assistere le persone in condizioni di disagio psicosociale o di bisogno economico, con particolare riferimento alle persone disabili e anziane, soprattutto sole, favorendone la permanenza nel proprio ambiente di vita;
- h)* favorire l'integrazione degli stranieri, promuovendo un approccio interculturale;
- i)* sostenere le iniziative di supporto, promozione della socialità e coesione sociale, nonché di prevenzione del fenomeno dell'esclusione sociale.

2. La Giunta regionale individua le unità di offerta sociali, previa consultazione dei soggetti di cui all'articolo 3, comma 1, e sentito il parere della competente commissione consiliare.

Art. 5

(Unità di offerta sociosanitarie)

1. Le unità di offerta sociosanitarie erogano prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e hanno il compito di:

- a)* sostenere la persona e la famiglia, con particolare riferimento alle problematiche relazionali e genitoriali, all'educazione e allo sviluppo di una responsabile sessualità, alla procreazione consapevole, alla prevenzione dell'interruzione della gravidanza;
- b)* favorire la permanenza delle persone in stato di bisogno o di grave fragilità nel loro ambiente di vita;
- c)* accogliere ed assistere persone che non possono essere assistite a domicilio;
- d)* prevenire l'uso di sostanze illecite, l'abuso di sostanze lecite, nonché forme comportamentali di dipendenza e favorire il reinserimento sociale delle persone con problemi di dipendenza;
- e)* assistere le persone in condizioni di disagio psichico, soprattutto se isolate dal contesto familiare;
- f)* assistere i malati terminali, anche al fine di attenuare il livello di sofferenza psicofisica.

2. La Giunta regionale individua le unità di offerta sociosanitarie, previa consultazione dei soggetti di cui all'articolo 3, comma 1, e sentito il parere della competente commissione consiliare.

Capo III GLI UTENTI

Art. 6

(Accesso alla rete)

1. Accedono alla rete delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie:

- a)* i cittadini italiani residenti nei comuni della Lombardia e gli altri cittadini italiani e di Stati appartenenti all'Unione europea (UE) temporaneamente presenti;
- b)* i cittadini di Stati diversi da quelli appartenenti alla UE, in regola con le disposizioni che disciplinano il soggiorno e residenti in Lombardia, i profughi, i rifugiati, i richiedenti asilo, gli stranieri con permesso umanitario ai sensi del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 (Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero), gli apolidi, i rimpatriati e comunque coloro che beneficiano di una forma di protezione personale, riconosciuta a livello internazionale;
- c)* le persone diverse da quelle indicate nelle lettere *a)* e *b)*, comunque presenti sul territorio della Lombardia, allorché si trovino in situazioni tali da esigere interventi non differibili e non sia possibile indirizzarli ai corrispondenti servizi della regione o dello Stato di appartenenza. Sono sempre garantite la tutela della maternità consapevole e della gravidanza e la tutela delle condizioni di salute e sociali del minore.

2. In base agli indirizzi dettati dalla Regione e ai parametri successivamente definiti dai comuni, accedono prioritariamente alla rete delle unità d'offerta sociali le persone in condizioni di povertà o con reddito insufficiente, nonché le persone totalmente o parzialmente incapaci di provvedere a se stesse o esposte a rischio di emarginazione, nonché quelle sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali.

3. Accedono prioritariamente alla rete delle unità di offerta sociosanitarie, in considerazione delle risorse disponibili e relativamente alle prestazioni non incluse nell'allegato 1 C del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza), le persone e le famiglie che si trovano in uno stato di bisogno determinato da:

- a)* non autosufficienza dovuta all'età o a malattia;

- b)* inabilità o disabilità;
- c)* patologia psichiatrica stabilizzata;
- d)* patologie terminali e croniche invalidanti;
- e)* infezione da HIV e patologie correlate;
- f)* dipendenza;
- g)* condizioni di salute o sociali, nell'ambito della tutela della gravidanza, della maternità, dell'infanzia, della minore età;
- h)* condizioni personali e familiari che necessitano di prestazioni psico-terapeutiche e psico-diagnostiche.

4. I comuni, in forma singola o associata, d'intesa con le ASL, anche in collaborazione con gli altri soggetti di cui all'articolo 3, comma 1, organizzano una attività di segretariato sociale finalizzata alla presa in carico della persona, con lo scopo di:

- a)* garantire e facilitare l'unitarietà di accesso alla rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie;
- b)* orientare il cittadino all'interno della rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie e fornire adeguate informazioni sulle modalità di accesso e sui relativi costi;
- c)* assicurare competenza nell'ascolto e nella valutazione dei bisogni, in particolar modo per le situazioni complesse e che necessitano di un pronto intervento sociale e di una continuità assistenziale;
- d)* segnalare le situazioni complesse ai competenti uffici del comune e dell'ASL ed alle unità di offerta, affinché sia assicurata la presa in carico della persona secondo criteri di integrazione e di continuità assistenziale.

Art. 7

(Diritti della persona e della famiglia)

1. Le persone che accedono alla rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie hanno diritto a:

- a)* scegliere liberamente le unità d'offerta, compatibilmente con il requisito dell'appropriatezza delle prestazioni;
- b)* fruire delle prestazioni erogate alle condizioni e in conformità ai requisiti e agli standard stabiliti dalle norme vigenti e dalla programmazione regionale e comunale;
- c)* essere informate sulle prestazioni di cui è possibile usufruire, sulle condizioni e sui requisiti per accedere alle prestazioni stesse, nonché sulle relative modalità di erogazione, ed esprimere il consenso sulle proposte d'intervento che le riguardano;
- d)* accedere alle prestazioni, nel rispetto della riservatezza e della dignità personale e della disciplina in materia di consenso informato;
- e)* rimanere, ove possibile, nel proprio ambiente familiare e sociale o comunque mantenere nella misura massima possibile le relazioni familiari e sociali;
- f)* essere prese in carico in maniera personalizzata e continuativa ed essere coinvolte nella formulazione dei relativi progetti;
- g)* ricevere una valutazione globale, di norma scritta, del proprio stato di bisogno.

2. I gestori delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie residenziali e semiresidenziali assicurano:

- a)* la presenza dei familiari o delle persone di fiducia da loro delegate e la costante informazione sulla condizione degli utenti medesimi e sulle cure ad essi prestate;
- b)* l'accesso alle strutture dei ministri di culto, dei volontari e delle altre persone la cui presenza sia richiesta dagli utenti.

Art. 8

(Partecipazione al costo delle prestazioni)

1. Le persone che accedono alla rete partecipano, in rapporto alle proprie condizioni economiche, così come definite dalle normative in materia di Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) e nel rispetto della disciplina in materia di definizione dei livelli essenziali di assistenza, alla copertura del costo delle prestazioni mediante il pagamento di rette determinate secondo modalità stabilite dalla Giunta regionale, previa consultazione dei soggetti di cui all'articolo 3 e sentita la competente commissione consiliare. Partecipano altresì i soggetti civilmente obbligati secondo le modalità stabilite dalle normative vigenti.

2. I gestori delle unità d'offerta accreditate garantiscono massima trasparenza circa le rette applicate e forniscono informazioni sull'accesso a contributi pubblici o a forme di integrazione economica.
3. Il gestore della unità d'offerta informa il comune di residenza dell'assistito della richiesta di ricovero o, nei casi in cui il ricovero sia disposto d'urgenza, dell'accettazione.
4. Gli oneri per le prestazioni sociali e le quote a carico dei comuni, relative a prestazioni sociosanitarie, sono a carico del comune in cui la persona assistita è residente o, nei casi di cui alle lettere *b)* e *c)* dell'articolo 6, dimorante.
5. Qualora la persona assistita sia ospitata in unità d'offerta residenziali situate in un comune diverso, i relativi oneri gravano comunque sul comune di residenza o di dimora in cui ha avuto inizio la prestazione, essendo a tal fine irrilevante il cambiamento della residenza o della dimora determinato dal ricovero.
6. Per i minori la residenza o la dimora di riferimento è quella dei genitori titolari della relativa potestà o del tutore, anche quando sia nominato dopo l'inizio della prestazione.
7. Se la tutela è deferita ad un amministratore della unità d'offerta residenziale presso la quale il minore è ricoverato, gli oneri sono a carico del comune di residenza di coloro che esercitano la potestà o del tutore nel momento immediatamente precedente il deferimento della tutela all'amministratore della unità d'offerta.
8. In caso di affidamento familiare di un minore, le prestazioni assistenziali, diverse dai contributi alla famiglia affidataria, sono a carico del comune che ha avviato l'affido.

Art. 9

(Carta dei servizi e ufficio di pubblica tutela. Modifica alla legge regionale 11 luglio 1997, n. 31
«Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali»)

1. Le unità d'offerta sociali accreditate si dotano della carta dei servizi sociali, finalizzata ad assicurare la trasparenza dell'attività amministrativa e ad informare i soggetti che fruiscono della rete sulle condizioni che danno diritto all'accesso e sulle modalità di erogazione delle prestazioni, nonché sulle condizioni per facilitarne le valutazioni da parte degli utenti e sulle procedure per la loro tutela nei casi di inadempienza.
2. Le persone che accedono alla rete, ferma restando la tutela giurisdizionale, in caso di atti o comportamenti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni, possono richiedere l'intervento del difensore civico del comune in cui ha sede legale l'unità d'offerta, il quale si pronuncia entro quindici giorni dalla presentazione della segnalazione. Nel caso in cui non sia istituito il difensore civico comunale, è competente il difensore civico regionale, il quale si pronuncia entro lo stesso termine.
3. L'articolo 11 della legge regionale 11 luglio 1997, n. 31 (Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali) (1) è sostituito dal seguente:

Art. 11

(I diritti di partecipazione dei cittadini)

1. Le unità d'offerta si dotano di strutture e strumenti finalizzati alla costante verifica della qualità delle prestazioni, al potenziamento di ogni utile iniziativa rivolta alla umanizzazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, al mantenimento di corrette relazioni con il pubblico e con le rappresentanze dei soggetti del terzo settore.

2. Nella carta dei servizi sono definite le modalità per il concreto esercizio dei diritti dei cittadini, nonché l'indicazione dei criteri per l'accesso alle prestazioni, le modalità di erogazione delle stesse e le modalità di valutazione da parte degli utenti o delle associazioni che li rappresentano.

3. Le aziende sanitarie sono tenute ad istituire un ufficio di pubblica tutela (UPT) retto da persona qualificata, non dipendente dal servizio sanitario, e un ufficio di relazioni con il pubblico affidato a personale dipendente. Le ASL, le aziende ospedaliere ed i soggetti accreditati sono tenuti al pieno rispetto delle disposizioni della legge regionale 16 settembre 1988, n. 48 (Norme per la salvaguardia dei diritti dell'utente del servizio sanitario nazionale e istituzione dell'ufficio di pubblica tutela degli utenti dei servizi sanitari e socio-assistenziali) e della legge 7 agosto 1990, n. 241 (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi). La funzione del responsabile dell'UPT ha, sotto ogni profilo, natura di servizio onorario. Il direttore generale delle aziende pubbliche provvede alla regolamentazione dell'attività dell'ufficio per le relazioni con il pubblico e garantisce le condizioni per l'esercizio indipendente dell'UPT.

4. L'UPT verifica, anche d'ufficio, che l'accesso alle prestazioni rese dalle unità d'offerta avvenga nel rispetto dei diritti degli utenti e alle condizioni previste nella carta dei servizi.

5. È costituita, nell'ambito delle direzioni generali sanità e famiglia e solidarietà sociale della Regione, una struttura organizzativa di pubblica tutela aperta al pubblico con il compito di verificare che le aziende assicurino il libero accesso alle prestazioni da parte dei cittadini.

6. L'ASL, nell'ambito della propria organizzazione, in accordo con la Conferenza dei sindaci, individua una struttura finalizzata a promuovere o favorire i procedimenti per il riconoscimento degli strumenti di tutela delle persone incapaci, nonché dell'amministrazione di sostegno.

7. La Giunta regionale approva le linee guida relative alla organizzazione ed al funzionamento degli UPT, prevedendo forme di coordinamento tra questi e gli uffici dei difensori civici degli enti locali e della Regione.

Art. 10

(Titoli sociali e sociosanitari)

1. I titoli sociali e sociosanitari, nell'ambito della programmazione regionale e zonale e ad integrazione dei servizi resi dalla rete, sono volti a sostenere la permanenza a domicilio delle persone in condizioni di disagio e a riconoscere l'impegno diretto delle reti familiari o di solidarietà nell'assistenza continuativa, nonché ad agevolare l'esercizio della libertà di scelta dei cittadini nell'acquisizione di prestazioni sociali e sociosanitarie.

2. I titoli sociali e sociosanitari sono rispettivamente rilasciati dai comuni singoli o associati e dalle ASL competenti per territorio.

3. La Giunta regionale, previa consultazione dei soggetti di cui all'articolo 3, comma 1, lettera *a*) ed informativa alla competente commissione consiliare, definisce i criteri, le modalità per la concessione dei titoli sociali e le modalità di gestione ed erogazione dei titoli sociosanitari.

Capo IV
ASSETTO ISTITUZIONALE ED ORGANIZZATIVO

Art. 11
(Competenze della Regione)

1. La Regione esercita le funzioni di indirizzo, programmazione, coordinamento, controllo e verifica delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie, avvalendosi della collaborazione degli enti locali, delle aziende sanitarie e dei soggetti del terzo settore ed in particolare:

- a) programma, con il piano sociosanitario, la rete delle unità di offerta sociosanitarie e svolge funzioni di indirizzo per la programmazione della rete delle unità di offerta sociali;
- b) persegue l'integrazione delle unità d'offerta sociali, sociosanitarie e sanitarie;
- c) promuove l'integrazione delle politiche sociali con le politiche della sanità, del lavoro, della casa, della formazione professionale, dell'istruzione, dell'educazione, della sicurezza e della pianificazione territoriale, avvalendosi della collaborazione delle province e dei comuni;
- d) promuove la programmazione partecipata a livello comunale dei soggetti di cui all'articolo 3 comma 1, lettere b), c) e d), la costituzione di forme di gestione associata e la promozione di azioni a sostegno e qualificazione dei soggetti operanti nel terzo settore;
- e) definisce i requisiti minimi di qualità, ulteriori rispetto a quelli definiti dalla normativa statale, per le unità di offerta sociosanitarie;
- f) accredita le unità d'offerta sociosanitarie e definisce le modalità di finanziamento delle prestazioni rese con oneri a carico del fondo sanitario;
- g) definisce, previo parere della competente commissione consiliare, i requisiti minimi per l'esercizio delle unità d'offerta sociali, nonché i criteri per il loro accreditamento, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 3, comma 2;
- h) determina, per le unità d'offerta sociosanitarie, gli schemi tipo dei contratti per l'acquisizione di prestazioni
- i) accreditate;
- j) individua indicatori per valutare l'efficacia e la qualità delle prestazioni erogate;
- k) emana linee guida in materia di accesso alle unità d'offerta residenziali e semiresidenziali pubbliche;
- l) determina i criteri per la definizione delle rette e delle tariffe dei servizi sociali e sociosanitari, nonché le agevolazioni a beneficio dei soggetti aventi diritto;
- m) disciplina il riparto e l'impiego delle risorse finanziarie confluite nei fondi di cui agli articoli 23, 24 e 25;
- n) definisce le modalità di consultazione in ambito regionale dei soggetti di cui all'articolo 3, comma 1 entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, acquisito il parere della competente commissione consiliare;
- o) definisce la tipologia dei titoli sociosanitari e le modalità di concessione degli stessi;
- p) stabilisce le linee d'indirizzo relative all'attività di formazione e aggiornamento del personale che opera nelle unità d'offerta sociali e sociosanitarie e definisce, in accordo con gli enti competenti e sentiti gli ordini professionali, i percorsi formativi e di qualificazione ed aggiornamento;
- q) cura la tenuta dei registri delle unità d'offerta sociosanitarie accreditate e del registro regionale delle associazioni di cui ai capi III e VI della legge regionale 14 febbraio 2008 n. 1 (Testo unico delle leggi regionali in materia di volontariato, cooperazione sociale, associazionismo e società di mutuo soccorso), nonché la tenuta della sezione regionale del registro generale delle organizzazioni di volontariato di cui al capo II della l.r. 1/2008;
- r) verifica il permanere dei requisiti per l'iscrizione ai registri di cui alla lettera p), avvalendosi del supporto delle ASL;
- s) promuove e attua il servizio civile nazionale e regionale, di cui alla legge 6 marzo 2001, n. 64 (Istituzione del servizio civile nazionale) e alla legge regionale 3 gennaio 2006, n. 2 (Servizio civile in Lombardia), cura la tenuta dei relativi albi e verifica il permanere dei requisiti di iscrizione, avvalendosi del supporto delle ASL;
- t) promuove la costituzione di osservatori, in collaborazione con le province, i comuni, le ASL e i soggetti del terzo settore;
- u) organizza e coordina il sistema informativo regionale sulla rete delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie;
- v) promuove l'utilizzo di strumenti di controllo di gestione;

- m)* provvede, nei limiti delle risorse disponibili, alle coperture assicurative contro i rischi derivanti dalla gestione delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie, secondo criteri stabiliti dalla Giunta regionale e promuove e coordina l'attivazione di un sistema integrato di gestione del rischio;
- x)* promuove e sostiene la sperimentazione di unità d'offerta innovative;
- y)* promuove lo svolgimento di studi, ricerche finalizzate e indagini conoscitive sugli interventi e sui servizi sociali e socio-sanitari;
- z)* determina le modalità per la concessione dei nuovi trattamenti economici agli invalidi civili;
- aa)* promuove forme di tutela e di sostegno a favore di soggetti non autosufficienti, privi di famiglia o la cui famiglia sia impossibilitata o inidonea a provvedere;
- bb)* definisce le linee di indirizzo in materia di vigilanza e controllo;
- cc)* disciplina il dipartimento per le attività sociosanitarie integrate (ASSI) delle ASL ed emana direttive per la stipula di convenzioni che regolino i rapporti tra ASL, comuni e province, nonché i rapporti tra ASL e aziende ospedaliere, per l'erogazione delle prestazioni specialistiche al sistema dei servizi;
- dd)* definisce i criteri dell'erogazione, a carico del fondo sanitario regionale, dei contributi economici alle famiglie, di cui all'articolo 8, comma 15, della l.r. 31/1997.

2. La Regione individua nella gestione associata la forma idonea a garantire l'efficacia e l'efficienza delle unità di offerta sociali di competenza dei comuni.

Art. 12

(Competenze delle province)

1. Le province concorrono alla programmazione e alla realizzazione della rete delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie, con specifico riferimento al sistema dell'istruzione, della formazione professionale e delle politiche del lavoro ed in particolare:

- a)* rilevano ed analizzano il fabbisogno formativo del personale che opera nelle unità d'offerta sociali e sociosanitarie;
- b)* programmano interventi formativi di qualificazione e di aggiornamento professionale, nel rispetto della normativa nazionale e delle linee di indirizzo regionali, di cui all'articolo 11, comma 1, lettera *o)* ed in coerenza con le indicazioni elaborate sulla base della lettera *a)*;
- c)* curano la tenuta delle sezioni provinciali del registro generale regionale delle organizzazioni di volontariato di cui al capo II della l.r. 1/2008 e del registro provinciale delle associazioni di cui al capo III della l.r. 1/2008;
- d)* verificano il permanere dei requisiti per l'iscrizione nei registri di cui alla lettera *c)*, anche avvalendosi del supporto delle ASL, limitatamente agli enti che operano in ambito sociale e sociosanitario;
- e)* realizzano interventi a sostegno delle persone con disabilità sensoriali finalizzati all'integrazione scolastica e sostengono programmi di formazione professionale e di inserimento al lavoro delle fasce a rischio di esclusione sociale;
- f)* istituiscono osservatori territoriali finalizzati alla conoscenza dei fenomeni sociali e promuovono studi ed analisi dei bisogni assistenziali e dei diversi processi di inclusione sociale;
- g)* sostengono, nel quadro della programmazione regionale, la realizzazione, compatibilmente con le proprie risorse, di investimenti e interventi innovativi per le unità di offerta sociali e sociosanitarie, di intesa con i comuni interessati;
- h)* svolgono attività propositiva e consultiva nei confronti della Regione ed attività di supporto nei confronti dei comuni, anche in relazione alla programmazione locale della rete delle unità di offerta sociosanitarie e sociali.

Art. 13

(Competenze dei comuni)

1. I comuni singoli o associati e le comunità montane, ove delegate, in base ai principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza, sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale e concorrono alla realizzazione degli obiettivi della presente legge nelle forme giuridiche e negli assetti più funzionali alla gestione, al-

la spesa ed al rapporto con i cittadini ed in particolare:

- a)* programmano, progettano e realizzano la rete locale delle unità d'offerta sociali, nel rispetto degli indirizzi e conformemente agli obiettivi stabiliti dalla Regione, anche promuovendo la partecipazione dei soggetti di cui all'articolo 3;
- b)* riconoscono e promuovono la sperimentazione di unità d'offerta e di nuovi modelli gestionali nell'ambito della rete sociale, nel rispetto della programmazione regionale;
- c)* erogano, nei limiti delle risorse disponibili, servizi e prestazioni di natura economica e assumono gli oneri connessi all'eventuale integrazione economica delle rette;
- d)* definiscono i requisiti di accreditamento delle unità di offerta sociali in base ai criteri stabiliti dalla Regione, accreditano le unità d'offerta e stipulano i relativi contratti;
- e)* definiscono eventuali livelli di assistenza ulteriori rispetto a quelli definiti dalla Regione;
- f)* determinano i parametri per l'accesso prioritario alle prestazioni, di cui all'articolo 6, comma 2, sulla base degli indirizzi stabiliti nell'ambito della programmazione regionale, anche assicurando interventi di emergenza e di pronto intervento assistenziale, di norma mediante forme di ospitalità temporanea od erogazione di sussidi economici;
- g)* gestiscono il sistema informativo della rete delle unità d'offerta sociali.

2. I comuni determinano i parametri di cui al comma 1, lettera *f)*, entro sei mesi dalla pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione della deliberazione della Giunta regionale che fissa i relativi indirizzi. Decorso inutilmente tale termine, la Giunta regionale, previa diffida ad adempiere entro trenta giorni, provvede, sentiti i comuni interessati, alla nomina di un commissario ad acta.

3. Il Consiglio di rappresentanza dei sindaci e l'Assemblea distrettuale dei sindaci, per l'esercizio delle funzioni loro attribuite in materia di integrazione sociosanitaria dalla presente legge e dalla l.r. 31/1997, si avvalgono, senza oneri aggiuntivi, di un apposito ufficio, dotato di adeguate competenze tecniche ed amministrative, individuato all'interno della dotazione organica dell'ASL.

Art. 14

(Competenze delle ASL)

1. Le ASL:

- a)* programmano, a livello locale, la realizzazione della rete delle unità d'offerta sociosanitarie, nel rispetto della programmazione regionale ed in armonia con le linee di indirizzo formulate dai comuni, attraverso la Conferenza dei sindaci del territorio di competenza di ciascuna ASL;
- b)* esercitano la vigilanza e il controllo sulle unità d'offerta pubbliche e private, sociali e sociosanitarie;
- c)* forniscono il supporto tecnico alle province, nell'esercizio delle funzioni di cui all'articolo 12, comma 1, lettera *d)*, e alla commissione di controllo di cui all'articolo 15 della legge regionale 13 febbraio 2003, n. 1 (Riordino della disciplina delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza operanti in Lombardia);
- d)* erogano le risorse dei fondi regionali;
- e)* acquistano le prestazioni sociosanitarie rese dalle unità d'offerta accreditate;
- f)* gestiscono i flussi informativi, a supporto dell'attività di programmazione comunale e regionale;
- g)* collaborano con i comuni nella programmazione della rete locale delle unità di offerta sociali;
- h)* collaborano con la Regione nel coordinamento, integrazione e monitoraggio della rete delle unità di offerta sociosanitarie;
- i)* dispongono la concessione di trattamenti economici a favore degli invalidi civili, fatta salva la competenza del comune di Milano; alle ASL o al comune di Milano spetta, in rapporto alle rispettive competenze, la conseguente legittimazione passiva nelle controversie riguardanti la concessione di benefici aggiuntivi eventualmente determinati ed erogati dalla Regione con proprie risorse;
- j)* autorizzano l'assegnazione ad altra destinazione dei beni immobili trasferiti ai comuni a seguito dello scioglimento degli enti comunali di assistenza, ovvero dei beni delle ex IIPPAB, trasferiti ai sensi dell'articolo 6, comma 5, della l.r. 1/2003 o devoluti ai comuni in periodo antecedente, nonché gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali sui medesimi beni. Il prov-

vedimento è adottato entro novanta giorni dal ricevimento della richiesta, previa acquisizione del parere obbligatorio dell'Assemblea dei sindaci dei comuni compresi nel distretto della stessa ASL.

Art. 15

(Modalità di esercizio delle unità d'offerta)

1. L'esercizio delle strutture relative alle unità d'offerta della rete sociale di cui all'articolo 4, comma 2, è soggetto alla presentazione di una comunicazione preventiva al comune e alla ASL competente per territorio, che certifichi, da parte del gestore, il possesso dei requisiti previsti dalle disposizioni regionali.
2. L'esercizio delle unità d'offerta sociosanitarie è soggetto alla presentazione di una denuncia di inizio attività alla ASL competente per territorio, fermo restando il possesso dei requisiti minimi stabiliti dalle disposizioni vigenti. In caso di apertura, modifica sostanziale, trasferimento in altra sede di unità d'offerta residenziali e semiresidenziali, comprese quelle diurne, l'attività può essere intrapresa solo dopo che sia decorso il termine di trenta giorni dalla presentazione della denuncia di inizio attività.
3. In caso di accertata carenza dei requisiti minimi previsti dalla vigente normativa, l'ASL o il comune per quanto di competenza, previa diffida ed impartendo le eventuali prescrizioni, dispone la chiusura della struttura e la revoca dell'eventuale atto di accreditamento. In caso di accertato pericolo per la salute o per l'incolumità delle persone, l'autorità competente dispone l'immediata chiusura della struttura e prescrive le misure da adottare per la ripresa dell'attività.

Art. 16

(Accreditamento)

1. L'accREDITamento delle unità d'offerta sociali è condizione per sottoscrivere i conseguenti contratti con i comuni, nel rispetto della programmazione locale e con riguardo ai criteri di sostenibilità finanziaria definiti nel piano di zona.
2. La Giunta regionale disciplina le modalità per la richiesta, la concessione e l'eventuale revoca dell'accREDITamento delle unità d'offerta sociosanitarie, nonché per la verifica circa la permanenza dei requisiti richiesti per l'accREDITamento medesimo.
3. L'accREDITamento costituisce condizione indispensabile per l'assunzione a carico del fondo sanitario regionale degli oneri relativi alle prestazioni di rilievo sanitario, erogate nel rispetto dei limiti di spesa riconosciuti alle singole unità d'offerta dai relativi atti di accREDITamento e dai conseguenti rapporti posti in essere dalle ASL.
4. Il possesso di specifici requisiti strutturali, tecnici, organizzativi, funzionali e di standard di qualità, ulteriori rispetto a quelli previsti per l'esercizio dell'unità d'offerta, è condizione per accedere all'accREDITamento.
5. Il contratto definisce i rapporti e le reciproche obbligazioni tra l'ASL, ovvero tra il comune e l'unità d'offerta sociosanitaria o sociale accREDITata.
6. I gestori delle unità d'offerta accREDITate o convenzionate sono responsabili del raggiungimento degli obiettivi assegnati e sono tenuti ad adottare sistemi di contabilità analitica, al fine di dimostrare il corretto rapporto tra risorse impiegate e prestazioni erogate e promuovere sistemi di controllo di gestione ed altri metodi di valutazione dei risultati.

Capo V
LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA E PROGRAMMAZIONE

Art. 17

(Livelli regionali di assistenza e interventi per la non autosufficienza)

1. La Regione, con il piano sociosanitario, nel rispetto dei principi di cui alla presente legge, definisce i livelli delle prestazioni sociosanitarie, mediante l'individuazione di prestazioni o di servizi ulteriori rispetto a quelli essenziali, definiti a livello statale o comportanti forme di riduzione o esenzione della partecipazione alla spesa da parte dell'utente.
2. La Regione, con il piano sociosanitario e nel rispetto dei principi di cui alla presente legge e secondo quanto disposto dalla l. 328/2000, definisce i livelli uniformi delle prestazioni sociali.
3. Il piano sociosanitario regionale definisce le modalità di attuazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi per la non autosufficienza e ne individua le risorse, anche mediante l'istituzione di un apposito fondo.
4. Il fondo a favore delle persone non autosufficienti di cui al comma 3, ha il fine di favorirne l'autonomia e la vita indipendente e di sostenerle mediante l'assistenza domiciliare ed altre forme di intervento tra cui il ricovero in strutture residenziali e semiresidenziali. Al fondo concorre la Regione anche con risorse proprie.

Art. 18

(Piano di zona)

1. Il piano di zona è lo strumento di programmazione in ambito locale della rete d'offerta sociale. Il piano definisce le modalità di accesso alla rete, indica gli obiettivi e le priorità di intervento, individua gli strumenti e le risorse necessarie alla loro realizzazione.
2. Il piano di zona attua l'integrazione tra la programmazione della rete locale di offerta sociale e la rete d'offerta sociosanitaria in ambito distrettuale, anche in rapporto al sistema della sanità, dell'istruzione e della formazione e alle politiche del lavoro e della casa.
3. I comuni, nella redazione del piano di zona, utilizzano modalità che perseguono e valorizzano il momento della prevenzione e, nella elaborazione di progetti, promuovono gli interventi conoscitivi e di studio rivolti alla individuazione e al contrasto dei fattori di rischio.
4. Il piano di zona è approvato o aggiornato dall'Assemblea distrettuale dei sindaci entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, secondo modalità che assicurano la più ampia partecipazione degli organismi rappresentativi del terzo settore e l'eventuale partecipazione della provincia.
5. La programmazione dei piani di zona ha valenza triennale, con possibilità di aggiornamento annuale.
6. L'ambito territoriale di riferimento per il piano di zona è costituito, di norma, dal distretto sociosanitario delle ASL.
7. I comuni attuano il piano di zona mediante la sottoscrizione di un accordo di programma con l'ASL territorialmente competente e, qualora ritenuto opportuno, con la provincia. Gli organismi rappresentativi del terzo settore, che hanno partecipato alla elaborazione del piano di zona, aderiscono, su loro richiesta, all'accordo di programma.
8. Il piano di zona disciplina l'attività di servizio e di segretariato sociale.

9. Al fine della conclusione e dell'attuazione dell'accordo di programma, l'assemblea dei sindaci designa un ente capofila individuato tra i comuni del distretto o altro ente con personalità giuridica di diritto pubblico.

10. L'ufficio di piano, individuato nell'accordo di programma, è la struttura tecnico-amministrativa che assicura il coordinamento degli interventi e l'istruttoria degli atti di esecuzione del piano. Ciascun comune del distretto contribuisce al funzionamento dell'ufficio di piano proporzionalmente alle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili e comunque senza maggiori oneri a carico del bilancio regionale.

11. La Giunta regionale, decorso inutilmente il termine di cui al comma 4, previa diffida ad adempiere entro sessanta giorni, provvede, sentita l'assemblea distrettuale dei sindaci, alla nomina di un commissario ad acta.

Art. 19

(Sistema informativo della rete sociale e sociosanitaria)

1. Il sistema informativo della rete delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie è finalizzato:

- a) alla rilevazione dei bisogni;
- b) alla verifica della congruità dell'offerta rispetto alla domanda;
- c) alla raccolta ed elaborazione dei dati utili alla programmazione regionale e locale;
- d) al monitoraggio dell'appropriatezza e della efficacia delle prestazioni;
- e) alla rilevazione ed analisi del livello di soddisfazione dei cittadini relativamente all'adeguatezza, all'efficacia ed alla qualità delle prestazioni e dei servizi erogati.

2. Le ASL, gli enti locali, singoli ed associati, e i gestori delle unità d'offerta concorrono alla realizzazione ed usufruiscono del sistema informativo.

3. L'assolvimento del debito informativo è condizione per l'accesso alle risorse regionali.

4. Il sistema informativo delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie assicura la pubblicità dei dati aggregati raccolti e la loro diffusione, anche mediante strumenti telematici, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Art. 20

(Rapporti tra pubblico e privato)

1. La Regione promuove forme di collaborazione tra soggetti pubblici e soggetti privati, in particolare appartenenti al terzo settore, al fine di dare concreta e piena attuazione al principio di sussidiarietà e di valorizzare la piena espressione delle loro capacità progettuali.

2. La Giunta regionale detta le linee guida per l'attivazione delle collaborazioni, di cui al comma 1, da parte delle aziende sanitarie pubbliche e delle ASP, con particolare riferimento al ricorso a forme di affidamento di servizi a soggetti del terzo settore, sentita la competente commissione consiliare.

3. La Giunta regionale promuove la sperimentazione di nuovi modelli gestionali e di unità d'offerta innovative, comportanti forme di collaborazione tra soggetti pubblici e soggetti privati. Qualora le sperimentazioni nell'ambito della rete sociosanitaria siano rivolte a promuovere soluzioni particolarmente innovative dal punto di vista finanziario, gestionale o tecnologico, sono oggetto di specifica autorizzazione regionale, sentita la competente commissione consiliare.

Art. 21

(Formazione delle professioni sociali e sociosanitarie)

1. La Regione, nei limiti delle proprie competenze, sostiene in stretta connessione con il sistema universitario e della formazione professionale, delle province e degli ordini professionali i percorsi formativi, di qualificazione e di aggiornamento del personale ed individua i criteri per il riconoscimento delle competenze acquisite mediante precedenti esperienze professionali e formative.
2. La Regione ed i soggetti di cui all'articolo 3, nell'ambito delle rispettive competenze, valorizzano lo sviluppo delle professionalità degli operatori sociali e sociosanitari e ne sostengono la formazione continua.
3. La Regione promuove la formazione integrata degli operatori della rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie, anche mediante percorsi formativi comuni.

Capo VI

ASSETTO FINANZIARIO

Art. 22

(Fonti di finanziamento delle unità di offerta sociali e sociosanitarie)

1. La rete delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie è finanziata con risorse pubbliche, private e con la partecipazione degli utenti al costo delle prestazioni, nel rispetto della normativa vigente e della presente legge.
2. La Regione concorre con i seguenti fondi:
 - a) fondo di parte corrente per le unità d'offerta sociali;
 - b) fondo di parte corrente per le unità d'offerta sociosanitarie;
 - c) fondo per gli investimenti;
 - d) fondo per la non autosufficienza, di cui all'articolo 17, comma 3;
 - e) fondi previsti nel piano sociosanitario regionale.

Art. 23

(Fondo regionale di parte corrente per le unità d'offerta sociali)

1. Il fondo regionale di parte corrente per le unità d'offerta sociali è costituito da:
 - a) risorse del fondo nazionale per le politiche sociali o altre risorse assegnate dallo Stato;
 - b) risorse regionali;
 - c) risorse dell'Unione europea;
 - d) altre risorse.
2. Le risorse del fondo di cui al comma 1 sono utilizzate per:
 - a) concorrere al funzionamento e allo sviluppo delle unità d'offerta sociali previste dalla programmazione regionale;
 - b) finanziare gli interventi di sostegno alle famiglie;
 - c) finanziare le unità d'offerta sociali ancorché non previste dal piano sociosanitario;
 - d) favorire e incentivare la gestione associata delle unità d'offerta;
 - e) sviluppare le funzioni di controllo e di vigilanza attribuite alle ASL;
 - f) realizzare iniziative sperimentali ed innovative promosse dalla Regione e concorrere alla realizzazione di quelle promosse dalle ASL, dai comuni, dalle province e da altri soggetti di cui all'articolo 3, comma 1, lettere c) e d);

- g)* realizzare interventi di formazione degli operatori anche volontari operanti nel campo dei servizi sociali e sociosanitari promossi direttamente dalla Regione e concorrere alla realizzazione di quelli promossi dalle province anche tramite i comuni, le ASL ed i soggetti di cui all'articolo 3;
- h)* concorrere al sostegno di spese straordinarie conseguenti ad eventi calamitosi;
- i)* finanziare le spese per l'esercizio delle funzioni trasferite o delegate;
- j)* finanziare studi, ricerche finalizzate, indagini conoscitive, convegni e pubblicazioni sulla rete d'offerta sociale.

3. Il fondo sociale delle ASL è costituito:

- a)* dalle assegnazioni regionali di parte corrente;
- b)* dalle somme assegnate dagli enti locali per l'esercizio delle funzioni sociali spettanti alle ASL;
- c)* dalle entrate da rette o tariffe relative a unità d'offerta gestite direttamente dall'ASL;
- d)* da altre entrate.

4. Il fondo sociale dell'ASL garantisce i livelli essenziali di assistenza sociale, il mantenimento e lo sviluppo dei servizi, nonché l'eventuale finanziamento di ulteriori prestazioni e servizi, nel rispetto dei principi e degli obiettivi della presente legge e dei criteri definiti dal piano sociosanitario regionale.

Art. 24

(Fondo regionale di parte corrente per le unità d'offerta sociosanitarie)

1. La Regione, nell'ambito del fondo sanitario regionale, determina annualmente le risorse da destinare al finanziamento delle unità d'offerta sociosanitarie e garantisce i livelli essenziali di assistenza sociosanitaria, nel rispetto dei principi e degli obiettivi della presente legge.

2. Le risorse di cui al comma 1 sono ripartite tra le ASL e rientrano nella gestione sociosanitaria del bilancio aziendale.

Art. 25

(Fondo regionale per gli investimenti)

1. La Regione sostiene la realizzazione di investimenti per le unità d'offerta sociali e sociosanitarie attraverso le disponibilità del fondo regionale per gli investimenti costituito da:

- a)* risorse statali;
- b)* risorse regionali;
- c)* risorse di altri soggetti di cui all'articolo 3, comma 1.

2. Le disponibilità del fondo regionale per gli investimenti sono assegnate a soggetti pubblici e del terzo settore con l'obiettivo di riequilibrare gli interventi ed i servizi sul territorio regionale, di adeguare a standard le unità d'offerta sociali e sociosanitarie per:

- a)* la realizzazione di nuove unità d'offerta;
- b)* l'acquisto per la trasformazione, nonché la ristrutturazione e l'ampliamento di unità d'offerta preesistenti;
- c)* l'acquisto di attrezzature ed arredi;
- d)* la realizzazione di opere edilizie in immobili di proprietà regionale;
- e)* gli interventi urgenti e indifferibili, anche se non previsti dal piano sociosanitario;
- f)* gli interventi volti alla sperimentazione di nuovi servizi o di servizi innovativi, anche se non definiti nel piano sociosanitario;
- g)* il cofinanziamento di fondi messi a disposizione da altri soggetti per investimenti in unità d'offerta sociali e sociosanitarie.

3. I finanziamenti regionali per opere edilizie sono concessi a condizione che:

- a) sia costituito vincolo di destinazione dei beni interessati alle finalità previste, per un periodo non inferiore ai venti anni; per gli enti ed i soggetti privati il vincolo deve essere trascritto presso la conservatoria dei registri immobiliari;
- b) i gestori di unità d'offerta si impegnino a garantire i requisiti e ad accettare le condizioni per l'accreditamento, almeno per la parte di immobili destinati agli interventi per i quali è concesso il finanziamento e per un periodo non inferiore alla durata del vincolo di destinazione.

4. La Giunta regionale, su domanda motivata del soggetto interessato e previo parere dell'ASL territorialmente competente, sentita la conferenza dei sindaci:

- a) dispone la modificazione del vincolo di destinazione gravante sugli immobili cui si riferisce il finanziamento regionale, ai sensi della presente legge, nonché di analoghe disposizioni contenute in leggi regionali;
- b) autorizza l'alienazione dei beni immobili o la costituzione di diritti reali immobiliari, relativi ai beni di cui al comma 3, lettera a), a condizione che sia mantenuto il vincolo di destinazione allo svolgimento di attività sociali e socio-sanitarie per la medesima durata del vincolo.

5. L'approvazione dei progetti esecutivi, delle varianti, delle perizie suppletive, dei certificati di collaudo ovvero di regolare esecuzione di lavori concernenti le opere di cui al comma 2 spetta alla direzione generale competente in materia.

6. Il mancato rispetto dei vincoli comporta la restituzione dei finanziamenti concessi per la realizzazione delle opere interessate.

Capo VII

DISPOSIZIONI CONCERNENTI MODIFICHE ED ABROGAZIONI

Art. 26

(Modifiche alla legge regionale 13 febbraio 2003, n. 1

«Riordino della disciplina delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza operanti in Lombardia»)(2)

1. Alla l.r. 1/2003 sono apportate le seguenti modifiche:

- a) al comma 9 dell'articolo 7, dopo il secondo periodo è inserito il seguente:
«Le ASP, nel quadro delle linee guida regionali, possono partecipare a società a capitale misto pubblico e privato o a capitale interamente pubblico per la gestione delle unità d'offerta sociali e socio-sanitarie»;
- b) dopo il comma 10 dell'articolo 7 è aggiunto il seguente:
«10 bis. Per la trasformazione delle ASP in persone giuridiche di diritto privato senza scopo di lucro si osservano le disposizioni di cui all'articolo 3 della presente legge. La trasformazione avviene nel rispetto delle tavole di fondazione»;
- c) dopo l'articolo 7 è inserito il seguente:
«Art. 7 bis (Sistema di classificazione delle ASP)

1. La Giunta regionale, acquisito il parere della competente commissione consiliare, classifica le ASP per classi e categorie, sulla base di oggettivi parametri quali-quantitativi di riferimento che tengono conto in particolare:

- a) della tipologia della unità d'offerta;
- b) del numero e della tipologia degli assistiti;
- c) del numero dei dipendenti in organico e con rapporto convenzionale;
- d) della consistenza del patrimonio;
- e) delle entrate annue ordinarie effettive».

2. La Giunta regionale, sentito il parere della competente commissione consiliare, può costituire nuove ASP per la gestione di unità d'offerta socio-sanitarie di proprietà di aziende sanitarie o comunque da queste gestite, anche nell'ambito di progetti di sperimentazione di nuovi modelli gestionali.

3. Nei confronti delle nuove ASP si applicano, in quanto compatibili con la natura giuridica dell'ente, le norme di cui alla l.r. 1/2003.

4. Il Presidente ed il consiglio di amministrazione sono gli organi delle nuove ASP. Il consiglio di amministrazione è composto da cinque membri, così nominati:

- a) due amministratori nominati dalla Giunta regionale su proposta dell'assessore competente per materia;
- b) due amministratori nominati dal comune in cui l'azienda ha la sede legale;
- c) un amministratore nominato dal consiglio di rappresentanza dei sindaci dell'ASL nel cui ambito l'azienda ha la sede legale.

5. Al personale dipendente all'atto della costituzione della nuova ASP si continua ad applicare il contratto collettivo nazionale di lavoro applicato nei confronti del personale delle aziende sanitarie.

Art. 27

(Modifica alla legge regionale 11 luglio 1997, n. 31

«Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali»)(3)

1. All'articolo 6, comma 9bis della l.r. 31/1997 al primo periodo sono aggiunte in fine le seguenti parole:

«quale sede istituzionale di partecipazione degli enti locali alle attività regionali di programmazione sanitaria e socio-sanitaria e di raccordo tra comuni, province e Regione nella definizione ed attuazione delle relative linee programmatiche».

Art. 28

(Abrogazioni)

1. Sono o restano abrogate le seguenti disposizioni:

- a) legge regionale 7 gennaio 1986, n. 1 (Riorganizzazione e programmazione dei servizi socio-assistenziali della regione Lombardia)(4);
- b) legge regionale 26 aprile 1990, n. 25 (Modifiche ed integrazioni alla legge regionale 7 gennaio 1986, n. 1 «Riorganizzazione e programmazione dei servizi socio-assistenziali della regione Lombardia»)(5);
- c) commi 2, 3, 4, lettera b) e 5 dell'articolo 6 e comma 11 dell'articolo 8 della l.r. 31/1997(6);
- d) comma 9 dell'articolo 4 della legge regionale 12 agosto 1999, n. 15 (Modifiche ed abrogazioni legislative per la realizzazione dei progetti del programma regionale di sviluppo) (7);
- e) commi 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, con eccezione della lettera d), 42, 43, 46, 48, 49, 50, 50bis, 53, 55, 57, 58 lettera c), 60, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, lettera c) e 93 dell'articolo 4 della legge regionale 5 gennaio 2000, n. 1 (Riordino del sistema delle autonomie in Lombardia. Attuazione del d.lsg. 31 marzo 1998, n. 112 «Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dallo Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59»)(8);
- f) lettera s) del comma 1 dell'articolo 1 della legge regionale 3 aprile 2001, n. 6 (Modifiche alla legislazione per l'attuazione degli indirizzi contenuti nel documento di programmazione economico-finanziaria regionale - Collegato ordinamentale 2001) (9);
- g) lettera a) del comma 1 dell'articolo 2 della legge regionale 17 dicembre 2001, n. 26 (Modifiche ed integrazioni a disposizioni legislative a supporto della manovra di finanza regionale) (10);
- h) lettera b) del comma 1 dell'articolo 3 limitatamente alle parole: «i requisiti per l'autorizzazione al funzionamento»; lettera a) del comma 1 dell'articolo 4; comma 2 dell'articolo 11 della legge regionale 14 dicembre 2004, n. 34 (Politiche regionali per i minori) (11);
- i) lettere a) e b) del comma 1 e comma 2 dell'articolo 8 della legge regionale 1 febbraio 2005, n. 1 (Interventi di semplificazione - Abrogazione di leggi e regolamenti regionali - Legge di semplificazione 2004) (12);
- j) lettera b) del comma 3 dell'articolo 1 della l.r. 24 febbraio 2006, n. 5 (Disposizioni in materia di servizi alla persona e alla comunità) (13).

Capo VIII
NORME TRANSITORIE E FINALI

Art. 29

(Osservatorio regionale sulle dipendenze)

1. È istituito l'osservatorio regionale sulle dipendenze, al fine di conoscere e di monitorare il fenomeno e di misurare l'efficacia delle politiche messe in atto per contrastarlo.
2. La composizione e le modalità di funzionamento dell'osservatorio sono stabilite dalla Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare.

Art. 30

(Norme transitorie e finali)

1. Fino alla emanazione dei provvedimenti di attuazione della presente legge, conservano efficacia i provvedimenti emanati per effetto della l.r. 1/1986 e della l.r. 1/2000.
2. Entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge le ASL individuano le strutture di cui all'articolo 11, comma 6, della l.r. 31/1997, come sostituito dall'articolo 9 della presente legge, e di cui all'articolo 13, comma 3.

Art. 31

(Clausola valutativa)

1. La Giunta regionale presenta una relazione biennale al Consiglio regionale informandolo sull'attività svolta e sui risultati raggiunti nel promuovere e garantire la piena attuazione della presente legge.

Art. 32

(Norma finanziaria)

1. Alle spese di cui alla presente legge si provvede, per l'esercizio 2008 e seguenti, con le risorse stanziare annualmente nelle relative UPB della funzione obiettivo 5.2 «Welfare della sussidiarietà».

Note

1. Si rinvia alla l.r. 11 luglio 1997, n. 31 per il testo coordinato con le presenti modifiche.
2. Si rinvia alla l.r. 13 febbraio 2003, n. 1 per il testo coordinato con le presenti modifiche.
3. Si rinvia alla l.r. 11 luglio 1997, n. 31 per il testo coordinato con le presenti modifiche.
4. Si rinvia alla l.r. 7 gennaio 1986, n. 1 per il testo coordinato con le presenti modifiche.
5. Si rinvia alla l.r. 26 aprile 1990, n. 25 per il testo coordinato con le presenti modifiche.
6. Si rinvia alla l.r. 11 luglio 1997, n. 31 per il testo coordinato con le presenti modifiche.
7. Si rinvia alla l.r. 12 agosto 1999, n. 15 per il testo coordinato con le presenti modifiche.
8. Si rinvia alla l.r. 5 gennaio 2000, n. 1 per il testo coordinato con le presenti modifiche.
9. Si rinvia alla l.r. 3 aprile 2001, n. 6 per il testo coordinato con le presenti modifiche.
10. Si rinvia alla l.r. 17 dicembre 2001, n. 26 per il testo coordinato con le presenti modifiche.
11. Si rinvia alla l.r. 14 dicembre 2004, n. 34 per il testo coordinato con le presenti modifiche.
12. Si rinvia alla l.r. 1 febbraio 2005, n. 1 per il testo coordinato con le presenti modifiche.
13. Si rinvia alla l.r. 24 febbraio 2006, n. 5 per il testo coordinato con le presenti modifiche.

Il presente testo non ha valore legale ed ufficiale, che è dato dalla sola pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione Lombardia.