

ALLEGATO B

**Linee guida per la predisposizione  
del Piano di Zona (PDZ)**

# Indice

## ***Premessa***

### **1. *Il contesto attuale***

### **2. *Il Piano di zona per un nuovo welfare regionale***

2.1 Principi e finalità del sistema

2.2 I soggetti coinvolti nella programmazione locale

2.2.1 I soggetti istituzionali

2.2.2 I soggetti non istituzionali

### **3. *L'integrazione delle politiche***

3.1 Integrazione sociosanitaria

3.2 Integrazione socio-educativa, dell'istruzione, delle politiche giovanili

### **4. *I servizi e le prestazioni essenziali***

### **5. *Il sistema informativo dei servizi sociali***

### **6. *Il piano di zona***

6.1 Avvio del processo

6.2 Predisposizione della base conoscitiva

6.3 Contenuti del piano di zona

6.4 La valutazione

6.5 Le risorse economiche

6.6 L'accordo di programma

6.7 Tempi e percorsi

### **7. *Gli obiettivi regionali per il primo triennio di programmazione***

**8.      *Modalità di elaborazione congiunta PAT/PDZ***

**9.      *La programmazione nelle aree sociosanitarie***

9.1    Obiettivi strategici di sistema

9.1.1  Lo sviluppo e la riqualificazione delle Unità multiprofessionali

9.1.2  Il progetto personalizzato

9.1.3  Il coordinatore dei casi (Case manager)

9.1.4  Il punto unico di accesso

Allegati:

ALLEGATO N 1	Indice del PDZ
ALLEGATO N 2	Schede progetto/servizio/intervento
ALLEGATO N 3	Scheda finanziaria del PDZ
ALLEGATO N 4	Schede di rilevazione della spesa storica

## **PREMESSA**

L'articolo 7 della legge regionale 17 agosto 2004 n. 23 individua nel Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali e nel Piano sanitario e sociosanitario regionale gli strumenti della programmazione regionale e richiama il Programma di attività territoriali (PAT) e il Piano di zona (PDZ) quali strumenti di programmazione locale, rispettivamente del sistema sanitario e socio-sanitario e del sistema sociale. Inoltre il comma 2 del medesimo articolo prevede che la Regione adotti apposite Linee guida per la predisposizione dei PAT e, per quanto qui in particolare interessa, dei PDZ. Tali atti devono inoltre individuare le modalità di elaborazione congiunta per gli aspetti relativi alle attività sociosanitarie integrate.

**In attesa della predisposizione dei Piani regionali, le presenti Linee guida per la predisposizione dei piani di zona rappresentano dunque un primo insieme di regole ed indicazioni ed hanno la finalità:**

- **di sostenere ed orientare gli Enti locali nella fase di avvio della programmazione locale tramite lo strumento dei Piani di Zona;**
- **di promuovere forme di responsabilizzazione dei diversi attori istituzionali, sociali e dei singoli cittadini rispetto ai processi di costruzione condivisa delle politiche sociali territoriali;**
- **di garantire il necessario livello di omogeneità del sistema locale degli interventi e dei servizi sociali su tutto il territorio regionale.**

Le modificazioni intervenute negli ultimi decenni all'assetto socioeconomico della comunità regionale postulano un riordino complessivo dell'attuale sistema del welfare regionale. Tale riordino appare ancor più necessario e urgente a seguito delle innovazioni introdotte al Titolo V della Costituzione dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 , che richiedono:

- **un adeguamento e completamento del quadro normativo regionale** in materia sociale (definizione del processo per l'accreditamento, definizione concorso utenti al costo prestazioni, definizione tariffe, testo organico...);
- **una più compiuta programmazione regionale** nel settore delle politiche sociali così come prefigurata dalla legge 8 novembre 2000, n. 328 anche attraverso un raccordo delle diverse politiche afferenti la qualità della vita dei cittadini;

▪ **una ridefinizione dei criteri di finanziamento** della rete complessiva di interventi e servizi sociali e sociosanitari. Tale ridefinizione dovrà comunque progressivamente armonizzarsi in ambito regionale con la futura determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali.

Il presente documento si inserisce dunque in una fase che può definirsi di transizione da un sistema di welfare ad un altro. Considerate pertanto le risorse (norme, programmi, progetti, atti di indirizzo..) e i vincoli, si è effettuata la scelta **di intervenire in questo primo triennio di avvio dei piani di zona sull'assetto istituzionale e organizzativo del sistema**, dando per scontato che la normativa nazionale e regionale, pur con limiti di settorialità e frammentarietà, rappresenta comunque una base per affrontare le tradizionali aree di bisogno che caratterizzano le politiche sociali (anziani, minori, disabili, ecc.) e che queste potranno essere più opportunamente ridefinite nel futuro Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali. Oggi sembra più utile impegnarsi per attrezzare il sistema degli enti locali e le stesse comunità locali perché possano corrispondere alle sfide della programmazione degli interventi e dei servizi sociali, della loro realizzazione e successiva valutazione nella nuova ottica di welfare comunitario.

Le presenti **Linee guida rappresentano dunque l'avvio di un processo pianificatorio regionale che vede nella definizione dei PDZ territoriali la realizzazione di una prima fase strategica**. Va peraltro ribadito che il PDZ stesso non può essere inteso come un documento statico e definitivo, ma , configurandosi come un processo dinamico di sviluppo della comunità, ne deve seguire le dinamiche e le evoluzioni.

Va quindi indicata la scelta, anche attraverso progetti sperimentali e innovativi, del **metodo incrementale** che assegna al PDZ una funzione di indirizzo e di governo del sistema integrato di comunità, da ridefinire continuamente con la collaborazione di tutti gli attori coinvolti e che privilegia in modo innovativo la dimensione interattiva della decisione.

Nella predisposizione dei PDZ i diversi soggetti attivi coinvolti dovranno tenere conto della normativa vigente e degli atti regionali di programmazione esistenti in materia, nonché attingere dalla positiva esperienza realizzata nella pianificazione degli interventi nell'area dell'infanzia e dell'adolescenza in attuazione della legge 28 agosto 1997, n. 285.

Va infine ribadito che il PDZ, strumento per favorire l'ideazione, la programmazione e la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali a livello locale, dovrà essere costruito secondo **i principi di responsabilità, solidarietà e sussidiarietà** e dovrà garantire un sistema efficace, efficiente e adeguato, capace di produrre **promozione, prevenzione, cura, tutela e inclusione sociale**.

Il PDZ, in quanto occasione e mezzo per realizzare la programmazione sociale in una determinata area territoriale (ambito/distretto), deve ricercare e sviluppare con riferimento al livello intra ed inter comunale politiche associate e integrate, che non si risolvano nella semplice sommatoria di interventi e di scelte fatte dai singoli Comuni. Il PDZ dunque, facendo propria la visione strategica che considera il territorio e l'insieme delle risorse sociali, in una prospettiva di sviluppo integrato, deve configurarsi come un vero e proprio **“piano regolatore”** del sistema dei servizi alla persona.

In quest'ottica vanno intese le presenti Linee guida che, nel rispetto delle autonomie locali, si propongono di ricomporre le diversità in un quadro unitario di rilancio delle politiche sociali a livello regionale.

Al fine di favorire il raggiungimento delle finalità delle presenti Linee guida si allegano i seguenti strumenti di lavoro:

- **indice del PDZ;**
- **schede progetto/servizio/intervento;**
- **schede finanziarie del PDZ;**
- **schede di rilevazione della spesa storica.**

## 1. IL CONTESTO ATTUALE

La Regione Friuli Venezia Giulia, utilizzando i poteri di autonomia ad essa conferiti dalla Costituzione prima della riforma del Titolo V, ha da tempo definito l'assetto istituzionale ed organizzativo del proprio sistema integrato degli interventi e servizi sociali, anticipando, per molti aspetti, quanto indicato dalla L 328/00.

È sicuramente la legge regionale 10 maggio 1988 n. 33 "Piano Socio-Assistenziale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia" che, specificatamente, contrassegna tale assetto; successive ulteriori disposizioni hanno contribuito a meglio definire il relativo impianto istituzionale che riconosce ai Comuni e alle relative forme associative la centralità nel governo del sistema integrato.

In particolare l'indicazione dell'articolo 8 comma 3 lett. a della L 328/00, che prevede l'individuazione degli ambiti territoriali più adeguati per la gestione unitaria del sistema locale di interventi e servizi sociali, è nella nostra Regione ormai una realtà consolidata, che non va rimessa in discussione se non per adottare azioni di consolidamento e sviluppo.

Sotto il profilo dell'assetto istituzionale ed organizzativo la vigente legislazione regionale definisce inoltre:

- l'organo di governo del sistema locale - individuandone i compiti - nell'Assemblea dei Sindaci di ambito distrettuale, (legge regionale 19 novembre 1996, n. 49, art. 40 come da ultimo sostituito dall'art. 6 della LR 23/04.);
- le funzioni e l'organizzazione del Servizio Sociale dei Comuni (SSC) (LR 33/88, LR 49/96 e successive modificazioni);
- le modalità per l'individuazione dell'Ente gestore del Servizio stesso (LR 49/96 e successive modificazioni, art. 41bis)
- la funzione di Coordinamento tecnico-amministrativo del SSC (LR 49/96 e successive modificazioni, art. 41bis);
- le figure apicali e tecniche centrali del sistema rispettivamente nel responsabile preposto al coordinamento tecnico-amministrativo del SSC di cui all'articolo 41bis, comma 3, della LR 49/96, (Responsabile del SSC) e nei Coordinatori delle equipe (LR 49/96, art. 41quater);

- la previsione della dotazione organica aggiuntiva a quella del Comune capofila (LR 49/96 e successive modificazioni, art. 41bis), che, assieme alla istituzione della pianta organica aggiuntiva da costituirsi presso l'ASS in caso di delega gestionale, permette di inserire tutto il personale attribuito al SSC in un "unico contenitore";
- l'articolazione del sistema locale degli interventi e dei servizi sociali su due livelli organizzativi: un primo livello, definito dai servizi e dalle prestazioni socio-assistenziali di base ed un secondo livello, composto invece dai servizi e dalle strutture di area territoriale più vasta (coincidente di norma con il territorio di competenza delle ASS o della Provincia);
- la coincidenza dell'ambito territoriale relativo al primo livello con l'area territoriale su cui insiste il distretto sanitario, elemento strategico con riferimento ai processi di integrazione socio-sanitaria.

Il Piano socio-assistenziale regionale (LR 33/88) è stato negli anni 90 implementato da ulteriori leggi regionali di settore che, per gli obiettivi, i principi e le soluzioni innovative previste, possono essere considerate ancora attuali e delle quali si auspica anzi una completa applicazione all'interno della programmazione locale.

In particolare vanno qui ricordate due leggi: la legge regionale 25 settembre 1996, n.41, relativa al settore della disabilità e la legge regionale 19 maggio 1998 n. 10, relativa all'area degli anziani, che in sostanza:

- promuovono una offerta di servizi orientata a riconoscere alla persona un ruolo centrale e a favorirne la permanenza nel proprio nucleo familiare;
- individuano misure di sostegno alla persona e alla famiglia;
- definiscono quale perno del sistema il progetto assistenziale personalizzato;
- attivano sedi di valutazione del bisogno integrate tra il sistema dei servizi sociali e i servizi sanitari (UVD e/o équipe multidisciplinare per l'handicap);
- prevedono azioni volte a garantire la continuità assistenziale.

Va inoltre in questo contesto ricordata la metodologia adottata nella predisposizione dei Piani triennali ex lege 285/97 che può, con i necessari adeguamenti, rappresentare una buona base di partenza metodologica per la costruzione dei PDZ.



Con riferimento alle diverse aree di intervento si confermano gli obiettivi e gli indirizzi già presenti nei diversi atti di programmazione che la Regione ha emanato negli ultimi anni.

**AREA MINORI E FAMIGLIA** ( LR 49/93; LR 17/00; LR 20/04, art. 21; DGR 1891/02, allegato C, scheda 3, obiettivo 2; DGR 399/04, cap. 3.3)

- realizzare azioni positive inerenti la promozione dei diritti dei minori;
- sostenere e valorizzare le funzioni genitoriali;
- sostegno alla positiva relazione genitori-figli;
- realizzare interventi di sostegno socio educativo ai nuclei familiari a rischio sociale, per consentire la permanenza del minore nell'ambito della famiglia;
- favorire percorsi professionali adeguati per la gestione dei processi di affido e di adozioni;
- garantire azioni di presa in carico dell'abuso e del maltrattamento;
- promuovere e sostenere la realizzazione di centri anti violenza;
- predisporre interventi socio educativi in grado di affrontare i bisogni peculiari dell'adolescenza;
- predisporre servizi volti a valorizzare la partecipazione dei minori ad esperienze aggregative ed educative;
- predisporre specifici progetti a favore dei minori stranieri non accompagnati;
- favorire interventi riabilitativi ed alternativi alla pena per i minori coinvolti dall'ambito penale;
- definire progetti congiunti, dal lato educativo, con le istituzioni scolastiche, con riferimento particolare alle realtà di maggior disagio sociale.

**AREA DISABILITA'** (LR 17/94; LR 41/96; DGR 1507/97; DGR 655/99; DGR 399/04; DGR 2831/02; DGR 4194/02)

- prevedere forme di sostegno psico-sociale alle famiglie dei soggetti con disabilità;
- favorire la vita indipendente nei suoi diversi aspetti (abitativi, relazionali, sociali, lavorativi), anche mediante azioni finalizzate all'attivazione delle diverse risorse territoriali;
- favorire l'avvio di percorsi di accompagnamento delle famiglie e dei soggetti con disabilità per il "dopo di noi";
- prevedere lo sviluppo dei servizi di aiuto personale;
- prevedere interventi di sollievo per affiancare o temporaneamente sostituire i familiari più impegnati nel lavoro di cura;

- incentivare le azioni finalizzate al positivo inserimento scolastico (azioni di supporto assistenziale/educativo);
- favorire articolate risposte (strutturali, mediante veicoli attrezzati, accompagnamento) per migliorare la mobilità dei soggetti con gravi menomazioni fisiche o sensoriali;
- qualificare la rete dei servizi (diurni e residenziali) prevedendo modalità articolate di risposta educativo professionale in relazione alle varie caratteristiche dei soggetti utenti dei servizi;
- perseguire la completa deistituzionalizzazione delle persone disabili, evitando percorsi di istituzionalizzazione mascherata.

**AREA ANZIANI** (LR 26/96; LR 10/98; LR 3/02 (art. 5, c. 30); LR 19/04 (art. 3, c. 4); LR 24/04; DGR 688/99; DGR 1891/02; D.P.Reg. 0126/02; D.P.Reg. 0302/02; D.P.Reg. 034/03

- prevenire il rischio di perdita dell'autonomia e dell'autosufficienza in tutti i contesti di vita dell'anziano (domicilio, casa di riposo...);
- favorire la permanenza dell'anziano nel proprio contesto familiare e sociale, prevedendo anche azioni di deistituzionalizzazione ;
- adeguare l'offerta di servizi e strutture, in particolare per i non autosufficienti;
- attuare interventi che assicurino all'anziano e alla sua famiglia, nell'ambito di adeguate relazioni con le istituzioni, un pieno coinvolgimento nelle forme di assistenza, con la garanzia del rispetto del diritto di libera scelta;
- valorizzare il ruolo della famiglia come luogo privilegiato di accoglienza, cura e recupero;
- integrare gli interventi di tipo socioassistenziale e sociosanitario con quelli nei settori della casa, dei trasporti, delle attività turistico-ricreative, della cultura e della formazione, al fine di favorire la promozione sociale della persona anziana e di prevenire il rischio di emarginazione;
- qualificare le prestazioni da attuarsi mediante l'adozione e la diffusione di adeguate metodologie integrate di valutazione e programmazione assistenziale personalizzata, nonché attraverso l'utilizzo di modelli operativi favorenti, specie nelle strutture di accoglimento, il processo di umanizzazione delle prestazioni;
- potenziare ed ampliare gli interventi di assistenza domiciliare, aumentare l'offerta di centri diurni;
- istituire servizi di ascolto ed informazione per gli anziani ed i parenti che li accudiscono;

- valorizzare le iniziative di auto e mutuo aiuto tra anziani e famiglie degli stessi;
- prevedere interventi di sollievo per affiancare o temporaneamente sostituire i familiari più impegnati nel lavoro di cura.

#### **AREA DIPENDENZE** (LR 57/82; DGR 4021/99; DGR 3178/02)

- incrementare le azioni di prevenzione, da realizzarsi nei diversi ambiti di vita collettiva, incidendo efficacemente sugli stili di vita, specie con riferimento ai giovani adolescenti;
- sviluppare le azioni finalizzate al reinserimento sociale abitativo e lavorativo dei soggetti dipendenti da sostanze, anche in misure alternative alla detenzione;
- promuovere interventi di riqualificazione dei tessuti urbani, in particolar modo di quelli oggetto di processi di degrado, favorendo la promozione di positivi luoghi relazionali ed associativi;
- favorire la sperimentazione di nuove modalità di intervento, dal lato preventivo-educativo e da quello riabilitativo-inclusivo, tenendo conto della continua evoluzione delle diverse forme di dipendenza, in grado di intercettare bisogni e domande anche al di fuori dei tradizionali servizi;
- prevedere adeguate forme di sostegno e di accompagnamento ai soggetti dipendenti e alle loro famiglie, favorendo iniziative di incontro, socializzazione ed elaborazione delle reciproche esperienze.

#### **AREA SALUTE MENTALE** (LR 72/80; DGR 1331/99)

- favorire lo sviluppo di soluzioni abitative che favoriscano percorsi riabilitativi finalizzati all'autonomia e al reinserimento sociale;
- sviluppare le azioni finalizzate al reinserimento sociale, abitativo e lavorativo dei soggetti con disagio psichico;
- sostenere lo sviluppo di iniziative sociali, culturali, ricreative, favorenti l'inclusione sociale dei soggetti con disagio psichico, anche mediante la valorizzazione delle risorse locali non istituzionali;
- prevedere adeguate forme di sostegno e di accompagnamento ai soggetti con disagio psichico e alle loro famiglie, favorendo iniziative di incontro, socializzazione ed elaborazione delle reciproche esperienze.

#### **AREA DISAGIO E MARGINALITA' SOCIALE** (LR 33/88, art.22, comma 4; DGR 1891/02; LR 1/04, art. 3, comma 1):

- favorire la predisposizione di adeguate reti di accoglienza, che prevedano anche l'utilizzo di servizi a bassa soglia, in grado di assicurare, dopo l'ospitalità di emergenza, l'accompagnamento delle persone in condizioni di grave disagio e di povertà estrema (comprese le persone senza fissa dimora) verso forme di autonomia loro possibili;
- programmare azioni di prevenzione sociale ed economica nei confronti di singoli soggetti o di interi nuclei familiari, che, trovandosi in condizioni di significativa precarietà, abitativa, lavorativa, economica, relazionale, rischiano di accentuare in forma ancor più grave la propria condizione di marginalità sociale;
- prevedere interventi di sostegno a favore delle famiglie dei soggetti in esecuzione penale;
- favorire la realizzazione di interventi nei settori educativo, culturale, ricreativo, sportivo, finalizzati al miglioramento delle condizioni di vita dei detenuti, garantendo per i detenuti stranieri, forme di mediazione linguistica e culturale;
- promuovere azioni di inclusione lavorativa, per i soggetti in esecuzione penale, anche mediante interventi di formazione professionale;
- sviluppare iniziative sociali finalizzate ad abbassare la conflittualità nelle comunità di vita, attraverso progetti di mediazione sociale e penale.

## **2. I PDZ PER UN NUOVO WELFARE REGIONALE**

Il sistema regionale degli interventi e dei servizi sociali ha come obiettivo prioritario la promozione del benessere sociale, attraverso la realizzazione di politiche universalistiche rivolte alla generalità della popolazione e la contestuale previsione di elementi di selettività nell'accesso alla rete, per specifiche situazioni di bisogno.

Per concretizzare tali politiche il sistema deve essere adeguatamente sviluppato, superando le criticità attuali rappresentate, tra l'altro, da interventi settoriali e per categorie, spesso frammentati in capo a diverse strutture non coordinate, per giungere alla realizzazione di un sistema integrato di interventi e di servizi sociali, di una rete cioè che veda al centro la persona in quanto tale e nella sua dimensione relazionale. Tale sistema deve inoltre garantire il principio della libera scelta del cittadino nell'ambito di un condiviso progetto d'intervento personalizzato.

In questo contesto evolutivo i PDZ divengono uno strumento fondamentale per organizzare la crescita e il funzionamento integrato dei servizi alla persona, valorizzando il livello territoriale di programmazione. L'obiettivo è quello di favorire la formazione di sistemi locali di servizi fra loro integrati nei settori sanitario, sociale, educativo, del lavoro, della lotta all'esclusione etc., stimolando la solidarietà di comunità. E' necessario pertanto prevedere delle strategie che riconducano ad unitarietà le diverse politiche, i diversi interventi, le diverse responsabilità e le diverse competenze che concorrono alla costruzione di un efficace sistema di benessere a favore della popolazione.

Nei capitoli che seguono verranno esplicitati i percorsi strategici ed organizzativi che si ritiene possano facilitare la realizzazione di quanto affermato.

### **2.1 Principi e finalità del sistema**

Il processo di pianificazione coinvolgente la comunità locale presuppone l'esplicitazione dei principi e delle finalità generali sulle quali basare le conseguenti azioni strategiche e professionali.

La Regione, assume come propri i principi generali e le finalità indicati all'articolo 1 della L 328/00.

Il sistema integrato di interventi e servizi sociali deve essere progettato e realizzato a livello locale:

- promuovendo la partecipazione attiva di tutti i membri della comunità locale;
- incoraggiando le esperienze e le risorse comunitarie esistenti;
- assicurando livelli essenziali di assistenza in tutte le realtà territoriali;
- potenziando i servizi alla persona;
- riconoscendo la specificità di ciascuna problematica affrontata;
- favorendo la personalizzazione degli interventi;
- valorizzando le professioni sociali;
- valorizzando il sapere quotidiano;
- promuovendo la progettualità in favore delle famiglie;
- prevedendo un sistema allargato di governo, più vicino alle persone.

Vengono inoltre confermati i principi e le finalità di cui all'articolo 4 della LR 33/88 che hanno dato significato, nella nostra Regione, al riconoscimento dei diritti sociali e di cittadinanza:

- il rispetto della persona e della sua dignità civile ed umana e con riferimento all'intera esistenza;
- il riconoscimento del valore e del ruolo della famiglia, quale ambito di relazioni significative per la crescita, lo sviluppo e la cura della persona;
- la valorizzazione della comunità locale, intesa come sistema di relazioni tra le istituzioni, le persone, le famiglie, le organizzazioni sociali, ognuno impegnato, per le proprie competenze e responsabilità, per la promozione di una convivenza solidale e pacifica;
- la promozione degli interventi di prevenzione verso le condizioni di ordine economico, ambientale, sociale e culturale, causa di situazioni di bisogno ed emarginazione;
- la fruibilità delle prestazioni, dei servizi e delle strutture, secondo modalità che garantiscano la libertà personale, l'uguaglianza di trattamento a parità di bisogno e la garanzia di interventi diversificati in relazione a specifiche esigenze personali e/o familiari;
- la promozione della partecipazione attiva dei cittadini e delle organizzazioni di rappresentanza sociale e di tutela degli utenti, assicurando nel contempo la più ampia informazione relativamente alle scelte strategiche e gestionali, operate dalla Regione e dalle altre istituzioni presenti nel territorio regionale.

La normativa vigente nella regione Friuli Venezia Giulia e l'accoglimento dei principi informativi della L 328/00 determinano il rafforzamento dell'obiettivo di realizzazione, sia pure in forma progressiva, in tutto il territorio regionale, di un welfare in cui l'esplicitazione dei diritti sociali sia accompagnata dalla reale esigibilità delle prestazioni e dei servizi cui tali diritti fanno riferimento. La dimensione territoriale degli investimenti nel settore dei servizi e degli interventi sociali, previsti nel PDZ, è in questo senso a garanzia della reale fruibilità dei diritti suindicati.

Per tali considerazioni il processo da avviare per la realizzazione di una adeguata pianificazione locale deve proiettarsi verso un welfare universalistico che si qualifichi come:

- integrato, con riferimento alle politiche, agli assetti organizzativi, agli interventi nei settori di welfare a diverso titolo afferenti la sfera del benessere sociale;
- unitario, tra i Comuni del medesimo ambito distrettuale e con riferimento all'intera dimensione regionale;
- partecipato, da parte dei diversi soggetti individuati dalla L 328/00;
- concertato, tra i diversi attori che condividono gli obiettivi della programmazione locale e che si assumono l'impegno di realizzarli;
- contestualizzato, per garantire maggior coerenza tra le scelte che il Piano assume e le specifiche caratteristiche della realtà territoriale di riferimento, sul versante dei bisogni, delle risorse, dei profili solidaristici, delle vocazioni locali;
- compatibile, nel rapporto tra le scelte effettuate e le risorse disponibili e attivabili;
- verificabile e valutabile, sotto il profilo dei risultati raggiunti e degli obiettivi stabiliti;
- pubblico (reso noto), tramite un'attività specifica di informazione alla popolazione;
- equo ed efficace nell'accesso e nell'offerta delle prestazioni.

## **2.2 I soggetti coinvolti nella programmazione locale**

La realizzazione del sistema integrato regionale degli interventi e dei servizi sociali spetta ai Comuni, alla Regione e alle Province che, nell'ambito delle rispettive competenze danno attuazione al principio di sussidiarietà orizzontale riconoscendo e valorizzando il ruolo dei soggetti del terzo settore.

La costruzione di un PDZ richiede, anche nella nostra Regione, il passaggio da una prospettiva di government, intesa come funzione esclusiva dei soggetti pubblici, ad una

prospettiva di governance, intesa come attività di governo svolta attraverso la mobilitazione effettiva di vari soggetti per intraprendere azioni e politiche appropriate in un contesto sociale, economico, culturale e geografico, qual è quello del Friuli Venezia Giulia, non certo omogeneo al proprio interno.

### 2.2.1 I soggetti istituzionali

I **Comuni**, titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali a livello locale, si trovano al centro del sistema di protezione sociale: responsabili del governo dei servizi sociali territoriali, partecipano altresì alla programmazione regionale. In particolare va evidenziato il loro ruolo con riferimento alle funzioni programmatiche, promozionali, autorizzatorie, di vigilanza e di organizzazione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni sociali.

Lo strumento principe attraverso il quale i Comuni – associati negli ambiti territoriali di cui alla LR 33/88 e successive modifiche e integrazioni - programmano, progettano e realizzano il sistema locale dei servizi e degli interventi sociali a rete, è il Piano di zona.

La **Regione** ha compiti di programmazione, coordinamento degli interventi sociali, sanitari e sociosanitari e di verifica della loro attuazione. Alla Regione spetta inoltre disciplinare l'integrazione degli interventi stessi e promuovere la collaborazione con gli enti locali

In particolare la Regione condivide con gli Enti locali la responsabilità della programmazione e attuazione degli interventi sociosanitari. Nell'ambito della predisposizione dei PDZ la responsabilità della Regione è esercitata tramite le ASS, che partecipano attivamente al processo programmatico locale, garantendo tra l'altro il necessario raccordo con le strutture ospedaliere.

Infine va posto in evidenza che la Regione, con riferimento ai PDZ, intende svolgere un'azione di accompagnamento e di valutazione dei Piani di Zona sotto il profilo della congruità con i propri atti di pianificazione e con le relative linee di indirizzo, anche per una adeguata finalizzazione delle risorse da assegnare.

Le **Province** concorrono alla programmazione del sistema integrato di interventi e all'attuazione dei PDZ con riferimento particolare alle materie di propria competenza (politiche attive del lavoro, cooperazione sociale, trasporti) e con risorse proprie. A tali aspetti si aggiungono le funzioni indicate dalla L 328/00 specie con riferimento alla conoscenza dei bisogni e delle risorse presenti nel territorio.



Si ricorda che l'articolo 12 (Piano di zona) della LR 23/04 stabilisce che oltre alle Aziende per i servizi sanitari ed alle Province, partecipino alla definizione del PDZ le Aziende pubbliche di servizi alla persona di cui alla legge regionale 11 dicembre 2003, n. 19.

Per quanto riguarda gli ulteriori **soggetti istituzionali** che agiscono nella rete dei servizi, si fa presente la necessità che le Amministrazioni periferiche dello Stato (scolastiche, della giustizia ecc.) partecipino, con proprie risorse, alle diverse fasi del processo di programmazione locale, tenuto conto delle loro competenze, per favorire forme di integrazione fra politiche sociali, sanitarie, educative, formative, del lavoro, culturali ed abitative su obiettivi condivisi.

### 2.2.2 I soggetti non istituzionali

Con riferimento ai soggetti non istituzionali sembra utile richiamare che la legge 328/00 pone tra i fondamenti delle politiche sociali l'impegno degli enti locali volto a riconoscere e agevolare *“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”* (art. 1, comma 4).

La previsione normativa statale, ripresa anche da quella regionale, individua esplicitamente il volontariato e la più estesa area del no profit quali attori fondamentali nelle fasi di definizione e realizzazione delle politiche sociali.

Sembra importante a questo proposito richiamare l'articolo 16 della L 328/00 che, nel definire il ruolo peculiare delle famiglie all'interno della rete dei servizi, pone in evidenza come le stesse, unitamente alle singole persone e alla più ampia comunità di vita, non debbano essere considerate esclusivamente come destinatarie di interventi, ma quali soggetti attivi della politica sociale e risorsa per l'aiuto che possono esprimere alla soluzione delle eventuali difficoltà sociali. In questo senso vanno considerate come partners dei servizi.

La Regione Friuli Venezia Giulia intende valorizzare questa impostazione, peraltro presente anche nella legge regionale 15 maggio 2001, n. 15, articolo 3 (Sussidiarietà orizzontale)<sup>1</sup>.

In tutte le fasi del processo di costruzione locale del sistema integrato dei servizi e interventi sociali, dovrà dunque essere favorito il coinvolgimento dei soggetti su richiamati.

La Regione infatti, pur ribadendo che la titolarità della funzione sociale pubblica è in capo agli enti pubblici territoriali, riconosce la capacità dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, della L 328/00 di condividere tale funzione, in quanto espressione della capacità autonoma di cittadini, famiglie, comunità, di responsabilizzarsi e di organizzarsi nell'affrontare e cercare di rispondere ai bisogni presenti nel proprio territorio. Questa capacità va promossa, sostenuta e valorizzata perché è l'elemento portante dello sviluppo della qualità sociale delle comunità locali.

La legislazione statale e regionale prevede altresì che alla gestione e all'offerta dei servizi possano provvedere anche "altri soggetti privati".

Inoltre, per quanto riguarda l'applicazione operativa del principio di sussidiarietà nella gestione di servizi finalizzati a garantire i livelli essenziali della funzione sociale pubblica, nelle more dell'emanazione da parte della regione di specifiche disposizioni normative - che dovranno tra l'altro prevedere un equo trattamento del personale nel rispetto dei contratti vigenti - i Piani di Zona possono prevedere nuove modalità di rapporto pubblico/privato, anche tramite la sperimentazione di idonee e innovative forme di gestione che non devono intendersi come meri strumenti tecnici, ma devono concretizzare un significato valoriale, esplicitando sempre il motivo della scelta effettuata.

---

<sup>1</sup> LR 15/01, art. 3 "La Regione, le Province e i Comuni, sulla base del principio di sussidiarietà e per lo svolgimento di attività di interesse generale, riconoscono il ruolo degli individui, delle famiglie, delle imprese e delle formazioni sociali e ne favoriscono l'autonoma iniziativa."

### 3. L'INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE

Come già indicato nelle premesse la Regione Friuli Venezia Giulia intende muoversi verso la realizzazione di un sistema sociale che superi l'ottica meramente "assistenziale" e "riparatrice" agendo attraverso politiche integrate volte a favorire la promozione del benessere sociale. La difficoltà dell'integrazione sta nel fatto che i diversi sistemi di servizi e azioni inerenti i diversi aspetti della vita della singola persona e della più ampia comunità si sono sviluppati in modo autonomo con scarsa possibilità di dialogo e integrazione. Si tratta ora di ricomporre un quadro che abbia al centro la persona con i suoi bisogni, potenzialità, diritti e doveri.

La strategia di riferimento è la scelta dell'integrazione delle politiche sociali, sia a livello regionale che locale. Le politiche socio assistenziali devono dunque integrarsi, a partire da un livello di programmazione regionale, con le diverse politiche che incidono sulla qualità della vita dei cittadini e sullo sviluppo sociale complessivo, quali le politiche per la casa e/o per l'abitazione, per la formazione e l'istruzione, per il lavoro e/o per l'inserimento lavorativo.

Più in generale per raggiungere l'obiettivo dell'integrazione delle politiche si deve agire su diversi piani:

- un piano culturale, che richiede azioni concrete per uscire dalla "settorialità" e dall'"autoreferenzialità" per affrontare i problemi in un'ottica globale, avendo come riferimento una adeguata valutazione dei bisogni, delle opportunità e delle risorse del singolo individuo e/o della collettività;
- un piano strategico operativo, che richiede delle azioni e dei progetti concreti tesi ad "attrezzare" tutte le componenti del sistema in modo che possano effettivamente corrispondere all'obiettivo di maggiore integrazione organizzativa e istituzionale (es. sottoscrizione di protocolli operativi, protocolli d'intesa ecc.).

Nel processo di costruzione del PDZ si deve pertanto tendere ad affrontare il tema dell'integrazione tra le diverse politiche partendo da una analisi dei bisogni/diritti che si intendono promuovere o garantire individuando le relazioni possibili tra i diversi sistemi ed organizzazioni nonché selezionando le misure e i modi operativi per concretizzare i necessari percorsi di integrazione.

In questo contesto sembra utile prevedere un percorso di analisi delle buone pratiche e di valutazione delle esperienze già in corso (ci si riferisce in particolare ai progetti europei per i quali l'integrazione è condizione prima per accedere ai relativi finanziamenti) e

individuare le ulteriori azioni atte ad avviare effettive forme di integrazione fra le politiche sociali, sanitarie, educative e formative, abitative, del lavoro e culturali.

E' utile in questa fase ricordare come nel processo programmatico richiesto dai PDZ debbano essere prese in considerazione ed esplicitate tutte e tre le fasi dell'integrazione: istituzionale, gestionale, professionale. Di ogni fase si devono far carico tutti gli attori del sistema.

Un approfondimento specifico richiedono l'integrazione sociosanitaria e socio educativa in quanto maggiormente sviluppate sia dal punto di vista normativo che nella prassi applicativa a livello regionale.

### **3.1 Integrazione sociosanitaria**

Con riferimento ai processi di integrazione sociosanitaria, si evidenzia che la normativa regionale individua nell'implementazione di tali processi l'elemento strategico caratterizzante il complesso della rete dei servizi alla persona in ambito regionale e questo in sintonia con le indicazioni date dalla normativa e dagli atti di programmazione statale.

Per il perseguimento della finalità dell'integrazione delle politiche sociali con le politiche sanitarie la LR 23/04 ridefinisce gli strumenti della programmazione ai diversi livelli e ne introduce di nuovi, assegna maggiori compiti ai diversi organi di rappresentanza degli Enti locali, riconosce nuove responsabilità ai distretti e ai SSC, avvia processi di integrazione sociosanitaria.

La legge citata assicura inoltre maggiori e più efficaci strumenti in tema di integrazione sociosanitaria ed effettua un primo significativo raccordo con il settore sociale sia riformulando quanto positivamente anticipato dal titolo VI della LR 49/96, sia innovando aspetti presenti nella LR 33/88. I SSC e i distretti acquistano maggiore importanza e divengono i luoghi dove si manifestano con maggior forza i principi dell'integrazione e della continuità assistenziale.

In proposito va rilevato che pur in presenza di una diversificata applicazione nel territorio regionale dell'integrazione sociosanitaria (dovuta ad una pluralità di motivazioni di ordine culturale, istituzionale, politico e gestionale) si riscontrano significative e diffuse esperienze operative di collaborazione e raccordo tra il distretto sanitario ed il SSC, specie con riferimento alle aree di intervento inerenti il "materno-infantile", "gli anziani" e "i soggetti con disabilità".

Il tema complessivo della integrazione dovrà comunque ricevere un significativo rilancio con l'avvio in forma interconnessa, nei diversi ambiti distrettuali dei PDZ e dei PAT come definiti nella su citata LR 23/04.

### **3.2 Integrazione socioeducativa, dell'istruzione, delle politiche giovanili.**

Nell'ottica della promozione di benessere nella comunità è indispensabile una pianificazione congiunta tra sistemi di servizi fra di loro correlati, nei contesti educativi afferenti agli Enti Locali e alle istituzioni scolastiche (asili nido, scuole materne, interventi di animazione territoriale, gestione parchi gioco, punti verdi, scuole di ogni ordine e grado etc.).

In questi contesti, più che in altri, è necessario sviluppare azioni unitarie che favoriscano la promozione di un armonico sviluppo dei soggetti in età evolutiva.

L'esperienza maturata nel territorio regionale grazie alla L 285/97, in particolare nella promozione e realizzazione di interventi e servizi "per tutti" (principio di universalità), in grado di accogliere nella "normalità" anche i minori in situazione di disagio (inclusione sociale) attraverso gli strumenti più adeguati, ha evidenziato l'importanza degli interventi educativi e dei servizi dell'area pedagogica ed educativa.

La DGR 1891/02, nel dare i primi indirizzi attuativi dei principi della L 328/00, prevede la promozione di progetti capaci di affrontare in modo integrato aree di disagio relativo alla non autosufficienza e alle problematiche connesse all'infanzia e all'adolescenza. Si rivolge anche alla "normalità" orientando gli interventi all'accompagnamento e al sostegno di singoli soggetti e famiglie attraverso la promozione delle capacità individuali e delle risorse familiari.

Altresì, come si evince dalle diverse esperienze effettuate nel territorio regionale, l'intervento educativo non è esclusivamente riconducibile all'infanzia e all'adolescenza, ma può comprendere anche altri soggetti, adulti e anziani, che si trovano nella necessità di ripensare e di riorientare il proprio stile di vita (in proposito si segnalano le esperienze di "scuola territoriale della salute" e di "laboratori per le famiglie" presenti – a livello di ambito distrettuale - nel territorio della regione).

Dal lato metodologico è indispensabile, nella fase preliminare della programmazione locale, rilevare, al fine della successiva esplicitazione nel PDZ, l'insieme delle risorse presenti nonché degli interventi attivati in ambito socio-educativo. E' importante altresì rilevare gli strumenti di programmazione dei diversi soggetti che intervengono in questa

materia (es. Scuola: Piano Offerta Formativa), per favorire un loro raccordo nel contesto della più ampia pianificazione di zona.

#### **4. I SERVIZI E LE PRESTAZIONI ESSENZIALI**

La L 328/00 ha creato i presupposti per una definizione dei diritti sociali esigibili, problematica questa non ancora risolta in quanto lo Stato, cui spetta definire i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, non ha ancora legiferato in merito, ritardando di fatto la conseguente definizione, da parte delle Regioni dei predetti livelli a favore della rispettiva popolazione.

Vanno in ogni caso ribadite le garanzie prestazionali indicate, anche se in forma generica, dall'articolo 22 della L 328/00:

- misure di contrasto alla povertà;
- misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio;
- interventi di sostegno ai minori e ai nuclei familiari anche attraverso l'affido e l'accoglienza in strutture comunitarie;
- misure per sostenere le responsabilità familiari;
- misure di sostegno alle donne in difficoltà;
- interventi per l'integrazione sociale delle persone disabili, ivi compresa la dotazione di centri socio-riabilitativi, di comunità alloggio e di accoglienza;
- interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, nonché la socializzazione e l'accoglienza presso strutture residenziali e semiresidenziali;
- prestazioni socio-educative per soggetti dipendenti;
- informazione e consulenza alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e l'auto-aiuto.

Il medesimo articolo 22 indica inoltre le prestazioni che devono essere erogate in ciascun ambito distrettuale, e più precisamente:

- servizio sociale professionale e segretariato sociale;
- servizi di pronto intervento;
- assistenza domiciliare;
- strutture residenziali e semiresidenziali;
- centri di accoglienza.

Le prime tre tipologie di questo ultimo elenco sono, nella programmazione regionale, funzioni proprie del Servizio Sociale dei Comuni ed hanno come riferimento territoriale l'ambito socio-assistenziale coincidente con il distretto; per le rimanenti, invece, il riferimento territoriale può superare la dimensione dell'ambito.

Con riferimento ai servizi inerenti un territorio comprendente più ambiti di SSC, va precisato che la definizione delle scelte organizzative relative ai servizi stessi, deve essere effettuata in sintonia con quanto indicato dai PDZ dei territori di riferimento (vedi anche infra § 6.3 Contenuti del PDZ).

In particolare per quanto riguarda i servizi di cui all'articolo 6, comma 1, lett. e), f), g) e h) della LR 41/96, realizzati con le modalità di cui al comma 2, lett. b) del medesimo articolo, appare opportuno che la loro programmazione, organizzazione e gestione siano congruenti con le scelte della pianificazione zonale.

Va segnalato che l'erogazione di adeguate prestazioni relative al "pronto intervento sociale" dovrà trovare attuazione a seguito di attente valutazioni professionali insieme alla ricerca delle soluzioni più efficaci di accoglienza per i soggetti in difficoltà.

Non compiutamente omogenea, nell'insieme delle diverse macro aree territoriali - ASS o Provincia - individuate come riferimento dalla programmazione regionale per questa tipologia di intervento, si presenta inoltre la presenza di strutture di accoglienza diurna e residenziale per le più diverse situazioni (minori, anziani, persone con disabilità, soggetti con problematiche psichiatriche o connesse a dipendenza da sostanze, etc).

Tra le prestazioni rivolte alla generalità della popolazione, risultano ancora problematiche quelle dirette a fornire informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari (funzione del segretariato, sportello, porta d'accesso.....). Su tale aspetto si ritiene importante ricordare che la Regione ha destinato una quota del fondo sociale nazionale 2001 e 2002 per sostenere specifici progetti per la realizzazione di attività di informazione alle famiglie nei 19 ambiti di SSC.

E' comunque opportuno che i PDZ indichino i livelli prestazionali garantiti a favore della popolazione presente nel territorio di riferimento. La rilevazione di detti elementi sarà altresì utile per la definizione che la Regione dovrà effettuare su tale tematica.



## **Aree di intervento**

Nella nostra realtà territoriale, quanto esposto va riferito alle seguenti aree d'intervento:

### rispetto all'utenza:

- minori e famiglia;
- anziani;
- disabilità;
- dipendenze e salute mentale;
- disagio e marginalità sociale;
- altro (ove la specificità territoriale lo richieda, possono essere individuate ulteriori aree di utenza).

### rispetto alle attività:

- azioni di sistema (cfr. § 7 - obiettivo 1 e obiettivo 2).

## 5. IL SISTEMA INFORMATIVO DEI SERVIZI SOCIALI.

Tuttora critico appare il sistema informativo regionale inerente i servizi sociali: isolate esperienze realizzate in alcuni ambiti territoriali, evidenziano il più complessivo ritardo nell'attivazione e nel governo di tale importante strumento organizzativo, che non va inteso come semplice "raccolta di dati", ma implica una riflessione sugli obiettivi, sull'architettura dell'organizzazione e sulle relazioni tra i suoi attori. Tale carenza ha conseguenze negative sulla qualità del lavoro delle équipes operative che hanno diretta relazione con i cittadini, sugli scambi comunicativi tra i diversi livelli decisionali interni all'Ente gestore dei servizi, sulla capacità di conoscenza dei fenomeni sociali e dei bisogni dei cittadini e, infine, sulla produzione di elaborazioni utili per monitorare il funzionamento dei servizi e la soddisfazione degli utenti, con possibilità di confronto della realtà locale con quella regionale, nazionale ed eventualmente europea, in termini di efficacia ed adeguatezza del sistema di offerta socio-assistenziale.

Quanto realizzato, in sede regionale oltre che locale, per quanto riguarda la metodologia informativa inerente l'attuazione delle leggi 285/97 e 23 dicembre 1997, n. 451 pone in risalto la possibilità di una estensione di tale metodologia all'insieme delle problematiche sociali ed assistenziali e con riferimento agli aspetti organizzativi del sistema dei servizi nelle sue diverse articolazioni.

La Regione intende proseguire nel processo di informatizzazione del Servizio Sociale dei Comuni. La "cartella sociale informatizzata", dovrà essere adottata dal SSC, quale strumento che consentirà di disporre tempestivamente di dati relativi all'utenza (numero e tipologia), agli interventi erogati (prestazioni professionali, progetti individuali) e ai costi (per tipologia di intervento, assistenza economica compresa). Al fine di semplificare l'utilizzo della "cartella sociale informatizzata" la Regione concorderà con i SSC un set minimo di dati da rilevare.

Il sistema informativo, attraverso periodici reports, avrà la funzione di:

- informare gli amministratori locali;
- favorire lo scambio di informazioni fra unità operative interne ed esterne alla struttura gestionale;
- consentire adeguate valutazioni da parte degli operatori;

- corredare con dati connessi alle azioni e agli interventi svolti, le informazioni relative alle componenti finanziarie impegnate nella pianificazione locale, specie con riferimento a quelle alimentate da soggetti istituzionali esterni.

Si ribadisce che il sistema informativo assume un preciso significato entro il processo di predisposizione dei PDZ che, necessariamente, implicherà un adeguamento delle attuali risorse organizzative. La positiva esperienza dei “punti monitor” per la tematica minorile, induce a cogliere e a valorizzare tale metodica al fine del suddetto adeguamento; si ritiene quindi che, entro gli Uffici di Piano previsti nell’articolazione organizzativa afferente l’avvio e la realizzazione dei PDZ, i “punti monitor” possano effettivamente divenire, con l’allargamento delle materie di competenza, il riferimento organizzativo a livello territoriale del sistema informativo dei servizi sociali.

A ciascun Comune, da parte del coordinamento tecnico-amministrativo di ambito, andranno periodicamente inviati reports di monitoraggio della spesa per gli interventi sociali sia del singolo Comune che dell’intero sistema locale degli interventi e dei servizi sociali.

Le informazioni raccolte ed elaborate a livello di ambito devono essere “restituite” ai diversi livelli del “sistema” (Assemblea dei Sindaci, Azienda per i Servizi Sanitari, équipes di operatori, il singolo Comune) e rese disponibili ai cittadini e alle loro rappresentanze .

La definizione del processo informativo, secondo le indicazioni su esposte, si avvarrà del ruolo proprio delle Province, in particolare con riferimento agli “osservatori” provinciali dei fenomeni sociali.

## 6. IL PIANO DI ZONA

### 6.1 Avvio del processo

I significati attribuiti alla Pianificazione di Zona dalla L 328/00 e, più recentemente, a livello regionale, dalla LR 23/04 qualificano il PDZ quale strumento organizzativo primario per il governo locale del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali.

Tale definizione ha come conseguenza la necessità di considerare questo particolare strumento pianificatorio non come un semplice documento che pur compiutamente elaborato, rappresenti un formale riferimento alle azioni ed agli interventi che quotidianamente vengono realizzati territorialmente, ma al contrario come un processo organizzativo che, pur determinato da vincoli temporali (validità triennale ed aggiornamento annuale) è collocabile in un continuum che produce e gestisce iniziative a favore della popolazione, verificandone nel contempo l'adeguatezza e l'efficacia e divenendo in tal modo il vero riferimento per i comportamenti organizzativi e professionali dei diversi soggetti impegnati nel lavoro sociale di territorio.

Tali considerazioni implicano una particolare attenzione agli aspetti organizzativi e metodologici che devono contraddistinguere la costruzione del PDZ, con riferimento alle iniziative necessarie per realizzarlo, ai soggetti incaricati a svolgere tali iniziative, alle indicazioni da seguire per garantire i risultati da raggiungere, ai procedimenti da attivare per perseguire gli obiettivi, alle modalità con cui vengono formate le decisioni, ai criteri da adottare per effettuare adeguate valutazioni di efficacia.

E' essenziale innanzitutto definire la funzione di regia e di indirizzo nella duplice componente politica e tecnica:

- la **componente politica** non può che essere costituita dall'Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale, al cui Presidente spetta peraltro il compito di attivare il processo preordinato alla definizione del PDZ (art. 40 della LR 49/96, come sostituito dall'art. 6 della LR 23/04);
- la **componente tecnica** è formata innanzitutto dal Responsabile del SSC che svolge una funzione di coordinamento e dai coordinatori delle equipe in cui il SSC può articolarsi. A tali figure è strategicamente opportuno associare il responsabile di distretto ed eventuali ulteriori tecnici con responsabilità di coordinamento operanti nella rete territoriale dei servizi alla persona.

Rientra nella funzione di regia e di indirizzo l'individuazione delle aree di intervento ritenute prioritarie e dei soggetti che nel territorio di riferimento si configurano concretamente come necessarie risorse per la definizione e l'attuazione del PDZ, nonché l'individuazione di tutti "gli attori interni ai singoli Comuni" (es. pianificazione urbana, vigilanza), che sono necessari per il raggiungimento degli obiettivi del PDZ.

Per l'esercizio delle funzioni programmatiche inerenti particolari aree strategiche la predetta componente politica può ampliare la propria composizione ai rappresentanti delle altre Istituzioni pubbliche coinvolte per responsabilità e risorse nella realizzazione del Piano.

E' a supporto della funzione di regia ed indirizzo, con particolare riferimento alla componente tecnica, che devono essere valorizzati ed implementati, entro il coordinamento tecnico amministrativo del SSC, i compiti di studio, istruttoria, elaborazione degli atti, gestione del sistema informativo locale, approntamento dei dati e degli elementi caratterizzanti il "profilo di comunità".

Lo sviluppo di tali compiti dovrà sempre più qualificare la funzione, di staff, alla pianificazione (Ufficio di Piano) che il coordinamento tecnico amministrativo del SSC è comunque impegnato a garantire.

Sostanziale diviene poi la modalità di definizione dei contenuti facenti parte del documento costitutivo il PDZ che impegna, come ribadito dall'articolo 12, comma 6, della LR 23/04, i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, della L 328/00.

Al fine di facilitare l'apporto partecipato dei soggetti su richiamati alla "costruzione" dei suddetti contenuti risulta sicuramente utile la costituzione di adeguati **Tavoli tematici di lavoro** che oltre ai rappresentanti della componente tecnica e politica di cui alla funzione di regia ed indirizzo, dovranno avere al proprio interno i soggetti, istituzionali e non, in precedenza specificati, facendo attenzione, nel caso di una molteplice presenza di organismi similari (il riferimento riguarda soprattutto la variegata realtà del terzo settore), di predisporre occasioni e strumenti di rappresentanza per consentire a tutti di esprimere il proprio contributo.

I suddetti Tavoli tematici che, anche successivamente all'approvazione dell'accordo di programma, possono esercitare una funzione di apporto alla valutazione e regolazione della progettualità definita, rappresentano una importante occasione di reciproca conoscenza, di condiviso approfondimento tematico, di fattiva corresponsabilità ( con riferimento alle risorse attivabili ed alle azioni realizzabili) nonché di cooperazione gestionale.

E' soprattutto in relazione alla realizzabilità delle variabili organizzative ora citate ed inerenti il necessario e fattivo raccordo tra vari soggetti con esperienze, storie e ruoli diversi che risulta essenziale che *l'avvio del processo di costruzione del PDZ, sia caratterizzato da idonee iniziative formative ed informative* facilitanti la condivisione dei riferimenti culturali ed organizzativi che qualificano le successive fasi del processo stesso.

E' importante ribadire che, dopo l'approvazione del PDZ, la componente tecnica dei Comuni supportata dall'ufficio di piano e, per le materie di approccio integrato, anche dai tecnici dell'ASS operanti nel Distretto, dovrà curare tutti i provvedimenti attuativi conseguenti all'assunzione dello strumento programmatico (vedi § 8 Modalità di elaborazione congiunta PAT/PDZ).

L'Assemblea dei sindaci, al fine di dare concreta attuazione al principio di promozione della partecipazione delle organizzazioni sindacali, delle organizzazioni dei cittadini e degli utenti e delle altre parti sociali ai processi di programmazione e verifica, definisce le modalità di coinvolgimento di detti soggetti nel processo programmatico locale.

Sembra infine opportuno fornire alcune precisazioni concernenti la fase di avvio nell'ambito territoriale della provincia di Trieste, dove a fronte di tre ambiti territoriali del SSC insiste un'unica Assemblea dei Sindaci di ambito distrettuale e, pertanto, al Presidente di detta Assemblea spetta di attivare un processo preordinato alla definizione di tre distinti PDZ.

Stante la peculiarità del territorio di che trattasi che è alla base delle previsioni normative (LR 49/96, art. 40, c. 10 e art. 41bis, c. 5) che permettono la suesposta organizzazione, sembra necessario prevedere per i tre ambiti territoriali del SSC del territorio della provincia di Trieste una fase iniziale comune in cui dovranno essere definite almeno:

- le tre "componenti politiche" che assieme alle componenti tecniche dei tre SSC assumeranno la funzione di regia e indirizzo di cui alla parte iniziale del presente paragrafo;
- le forme inerenti le modalità di collaborazione tra i tre ambiti territoriali del SSC per tutti quei servizi o interventi che assumono interesse comune e che pertanto dovranno essere parte dei contenuti di tutti e tre i PDZ;
- le modalità per assicurare l'integrazione con l'attività dei distretti dell'Azienda per i servizi sanitari n. 1 "Triestina", anche al fine dell'elaborazione della parte dei PDZ specificamente riferita all'integrazione sociosanitaria.

## **6.2 Predisposizione della base conoscitiva**

La ricostruzione della base conoscitiva ai fini dell'analisi dei bisogni e delle risorse (formali ed informali) presenti localmente, è presupposto necessario per l'avvio del processo di programmazione locale.

Come già evidenziato (§ 5), la situazione del sistema informativo regionale inerente i servizi sociali è una delle criticità non immediatamente risolvibili.

Peraltro, il processo di definizione dei PDZ implicherà necessariamente un adeguamento del sistema informativo locale.

All'interno dei PDZ l'analisi dei bisogni e dell'offerta dei servizi e delle prestazioni svolge la duplice funzione di:

- offrire un quadro conoscitivo delle caratteristiche della popolazione residente, delle sue problematiche e dell'articolazione del sistema di offerta;
- effettuare una valutazione in itinere del percorso avviato e della capacità del sistema di offerta di rispondere ai bisogni, nonché di promuovere comportamenti solidali in ambito comunitario.

Per facilitare l'analisi dei bisogni e del sistema di offerta locale da inserire nei PDZ la Direzione centrale salute e protezione sociale si impegna a fornire in tempo utile per l'inizio del processo programmatico, una griglia di possibile lettura del territorio comune a tutti gli ambiti territoriali del SSC.

Tale strumento potrà inoltre essere utilizzato per evidenziare i punti di forza e di debolezza presenti nel proprio contesto. La ricognizione conoscitiva potrà essere altresì arricchita anche attraverso un idoneo e diretto coinvolgimento degli attori sociali e professionali operanti sul territorio.

La positiva esperienza metodologica sviluppatasi nel contesto dell'attività dei "punti monitor" per la tematica minorile, suggerisce di valorizzarla e di estenderla, pur con i necessari adeguamenti, entro il contesto pianificatorio inerente i PDZ.

La Regione si impegna a mettere a disposizione dei SSC i dati in suo possesso.

Alla formazione delle basi conoscitive contribuiscono inoltre le Province tramite la messa a disposizione del proprio materiale informativo, costitutivo degli osservatori provinciali.

### **6.3 Contenuti del Piano di zona**

Le finalità strategiche del PDZ sono:

- la riorganizzazione, il consolidamento e/o il potenziamento del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
- l'individuazione delle iniziative ed azioni qualificanti il sistema;
- la qualificazione della spesa e l'attivazione di risorse, esito della concertazione a livello locale;
- la definizione delle risorse da impegnare, da parte dei comuni, dell'ASS e degli altri organismi firmatari dell'accordo di programma;
- la definizione di iniziative di formazione ed aggiornamento.

Il PDZ comprende:

- gli obiettivi riferiti alle diverse aree di intervento e le correlate azioni specifiche;
- gli obiettivi di tipo trasversale, comuni cioè alle suddette aree, nonché le opzioni relative agli assetti organizzativi e gestionali, da definire in coerenza agli obiettivi regionali ritenuti strategici.

Il Piano deve inoltre indicare ruoli, funzioni e modalità per una sua efficace gestione, in modo particolare per quanto riguarda il ruolo e la responsabilità della componente politica e della componente tecnica, per la funzione di regia ed indirizzo.

Deve ancora prevedere un sistema di valutazione in itinere ed ex post, funzionale ad un riorientamento progressivo delle azioni previste o alla riprogettazione delle stesse.

Dato per assodato che il Piano non si esaurisce nel documento che lo descrive, ma si configura in un processo programmatorio che si estende oltre la presentazione del documento stesso, che deve essere continuamente monitorato, implementato e, qualora se ne ravvisi l'opportunità, modificato, si sottolinea che lo stesso può indicare anche questioni che potranno essere affrontate compiutamente in tempi più lunghi, individuando percorsi, modalità e scadenze per la loro trattazione e assumendo, nel caso, soluzioni provvisorie.

Come previsto dall'articolo 12 della LR 23/04, il PDZ deve individuare almeno:

- gli obiettivi di sviluppo, tutela e inclusione sociale e i relativi indicatori di verifica;
- gli obiettivi di sistema dei servizi e le priorità di intervento;
- le modalità organizzative dei servizi;



- le risorse necessarie a realizzare il sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali locali nonché l'integrazione sociosanitaria, per la quale vengono altresì determinate le quote rispettivamente a carico dell'ASS e dei Comuni;
- le modalità per realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle Amministrazioni Statali;
- le modalità per la collaborazione tra servizi e soggetti impegnati nelle diverse forme di solidarietà sociale;
- le forme di concertazione con l'ASS, per garantire la cooperazione nell'ambito delle aree ad alta integrazione socio-sanitaria.

Il Piano definisce inoltre (coerentemente con quanto indicato al § 7):

- le forme inerenti eventuali modalità di collaborazione con altri ambiti di SSC per determinati servizi o interventi di comune interesse;
- le modalità per garantire l'informazione ai cittadini ed alle formazioni sociali, quale presupposto per la fruibilità dei servizi.

Infine, per raggiungere l'obiettivo di sviluppo relativo all'integrazione delle diverse politiche sociali (§ 3) il piano definisce specifiche modalità di collaborazione con gli altri soggetti istituzionali che agiscono nella rete dei servizi quali, ad esempio, le Province per la parte loro delegata sulle politiche attive del lavoro e della cooperazione, le autonomie scolastiche, i centri per l'impiego, le ATER ecc., atte ad avviare forme di integrazione fra politiche sociali, sanitarie, educative, formative, del lavoro, culturali ed abitative.

#### **6.4 La valutazione**

La complessità degli interventi oggetto del PDZ, il livello sempre più elevato di integrazione tra politiche sociali, sanitarie, educative, occupazionali, abitative, di inclusione sociale e sviluppo locale richiedono una particolare attenzione nell'individuazione ed elaborazione di puntuali strumenti di monitoraggio, verifica e di valutazione partecipata che devono tener conto:

- del contesto socio-economico di riferimento, di tutti i fattori che producono domanda e di quelli che determinano offerta di servizi;
- della molteplicità degli obiettivi;

- della specificità delle azioni previste dal PDZ.

L'attività di valutazione del Piano si attua pertanto attraverso tre fasi specifiche:

- la valutazione ex ante caratterizzata dalla focalizzazione delle condizioni di partenza, dei bisogni presenti e delle risposte già attivate;
- la valutazione in itinere, o monitoraggio di processo, che si svolge nel corso di attuazione delle azioni previste con il coinvolgimento di tutti i soggetti attuatori del Piano di Zona;
- la valutazione ex post che tiene conto della qualità degli interventi realizzati, della loro efficacia ed efficienza e del loro impatto sulle priorità dichiarate.

E' opportuno quindi che il processo valutativo e i connessi momenti di verifica siano presenti sin dall'avvio della costruzione del PDZ e periodicamente investano la progettazione in corso e le azioni che la compongono, correggendo, se necessario, le azioni intraprese e gli obiettivi prefissati. Rilevante, ovviamente, viene a configurarsi la valutazione sull'impatto delle scelte strategiche definite, che determina la bontà o meno della pianificazione realizzata.

Sul tema va ancora ribadito che è di estrema importanza la valutazione dell'intero processo/percorso programmatico posto in essere per la definizione della pianificazione zonale, con particolare riferimento agli elementi organizzativi e di partecipazione.

## **6.5 Le risorse economiche**

Sembra utile ricordare che la L 328/00 ha previsto l'attivazione di una politica finanziaria ampia e diversificata, tale per cui, alla realizzazione di questa politica con responsabilità specifiche, siano chiamati il governo centrale (Fondo nazionale per le Politiche sociali), le Regioni (voci dei bilanci regionali che finanziano le politiche sociali), nonché il più ampio livello istituzionale territoriale (Province, Comuni). Al finanziamento delle politiche sociali concorrono altresì le risorse aggiuntive messe a disposizione da ulteriori soggetti istituzionali e non presenti sul territorio, in grado di supportare la realizzazione della rete degli interventi e dei servizi.

Uno degli obiettivi dei PDZ è infatti la ricerca di risorse aggiuntive a quelle tradizionalmente messe in campo dagli Enti locali per dare concretezza al principio di sussidiarietà orizzontale nella realizzazione di politiche solidali.

Per quanto concerne questa prima fase di avvio dei Piani di zona si fa comunque riferimento alle risorse trasferite dalla Regione Friuli Venezia Giulia a valere sul Fondo nazionale per le Politiche sociali, sul Fondo Sociale Regionale e sulle altre voci del bilancio regionale che intervengono nel settore delle politiche sociali, alle risorse aggiuntive delle province, delle ASS (in particolare per il finanziamento delle azioni previste congiuntamente nei PDZ e nei PAT), alle risorse proprie dei Comuni e di tutti gli altri soggetti che concorreranno alla promozione e alla attuazione dei PDZ.

## **6.6 L'accordo di programma**

L'approvazione del PDZ, da parte dei Comuni del territorio di distretto dovrà avvenire attraverso lo strumento dell'Accordo di Programma secondo le modalità previste dall'articolo 19 della legge regionale 20 marzo 2000, n. 7.

L'Accordo di programma è la condizione istituzionale per realizzare obiettivi unitari di politiche sociali locali e pertanto definisce ruoli, responsabilità, modalità per la gestione associata, riparto della spesa, organi e modalità di governo del Piano.

L'Accordo di programma è lo strumento attraverso il quale le diverse Amministrazioni coinvolte nell'attuazione degli obiettivi del PDZ coordinano i rispettivi interventi finalizzati al raggiungimento degli obiettivi. Pertanto in esso devono essere esplicitati in particolare:

- le risorse umane, strutturali e finanziarie riferite alle fasi temporali di attuazione del PDZ, nonché i criteri di ripartizione degli oneri tra ciascun Comune, l'ASS e i diversi soggetti che partecipano all'attuazione del Piano;
- gli adempimenti attribuiti ai singoli soggetti contraenti con l'indicazione delle responsabilità per l'attuazione, le eventuali garanzie, le sanzioni per le inadempienze;
- la composizione del collegio di vigilanza e di controllo, dotato anche di poteri sostitutivi (di cui vanno evidenziati i relativi contenuti), composto da rappresentanti dei soggetti contraenti e presieduto dal presidente dell'Assemblea dei Sindaci di ambito distrettuale o da un suo delegato (è opportuno specificare le modalità di funzionamento del collegio, quali: modalità di convocazione, quorum necessari per l'adozione di poteri sostitutivi, ecc.);

- le modalità e l'ampiezza delle possibili modifiche/aggiornamenti con riferimento alle azioni attuative del PDZ.

All'Accordo di Programma partecipano, con le diverse modalità sotto specificate, tutti i soggetti previsti dall'articolo 12, comma 8, della LR 23/04, che avendo condiviso il processo di individuazione e di perseguimento degli obiettivi di Piano intendono mettere in rete responsabilità, risorse, esperienze, concorrendo in tal modo, sia con contributi materiali (risorse), sia con contributi immateriali (esperienze/conoscenze), alla realizzazione del sistema integrato previsto nel PDZ.

L'Accordo di Programma è sottoscritto dai Sindaci dei Comuni dell'ambito territoriale di pertinenza e, in materia di integrazione sociosanitaria, dal Direttore Generale dell'ASS.

Gli altri soggetti istituzionali (Aziende pubbliche di servizi alla persona, Centri per la giustizia minorile, ecc.) individuati nei diversi ambiti territoriali aderiranno sottoscrivendo l'accordo di programma con riferimento agli obiettivi specifici di competenza nonché agli interventi ed ai servizi programmati di concerto, nell'ambito del PDZ.

I soggetti non istituzionali, aderiranno sottoscrivendo l'Accordo di programma in quanto condividono gli obiettivi del PDZ e dichiarano la propria volontà a concorrere alla loro realizzazione con risorse proprie. Il ruolo e l'impegno di questi soggetti nonché le modalità di regolazione delle relazioni reciproche tra i partner non istituzionali e quelli istituzionali dovranno essere specificatamente determinati nel testo dell'Accordo stesso.

### **6.7 Tempi e percorsi**

Con riferimento alle diverse fasi di realizzazione dei PDZ, la Regione intende sostenere le componenti, politiche e tecniche, impegnate nella funzione di regia e indirizzo a livello locale, mediante adeguati momenti di supporto formativo e metodologico. A tale scopo verrà data continuità operativa al gruppo di lavoro misto (Enti locali, Distretti, Regione) costituitosi per la stesura delle presenti linee guida.

La Direzione centrale salute e protezione sociale garantirà inoltre un supporto unitario e continuo per l'accompagnamento dei processi locali di pianificazione sociosanitaria integrata, anche avvalendosi di operatori dell'Agenzia regionale della sanità.

Al fine di assicurare un avvio coerente nei diversi territori della Regione e con riferimento ai contenuti delle presenti linee guida, i SSC devono trasmettere entro il 31 luglio 2005 alla Direzione centrale salute e protezione sociale l'ipotesi relativa al contenuto ed alle

forme di collaborazione - interistituzionale e con gli altri soggetti della comunità locale - costitutivi del redigendo PDZ che dovrà comunque trovare attuazione dal 1 gennaio 2006. A tal proposito sembra opportuno far presente che entro il primo trimestre 2005 devono essere definiti i compiti relativi "all'Ufficio di piano" (cfr § 6.1 Avvio del processo e § 7, Obiettivo 1).

La citata Direzione centrale, nel proprio ruolo di supporto ed accompagnamento, esprime conseguenti valutazioni ed indicazioni, con riferimento all'ipotesi di cui sopra, in particolare con riguardo al necessario livello di omogeneità su tutto il territorio regionale del sistema degli interventi e dei servizi sociali.

Al momento dell'approvazione dell'Accordo di programma costituente la base formale del PDZ, gli Enti gestori del SSC sono ugualmente invitati a trasmettere la relativa documentazione alla Direzione centrale salute e protezione sociale, al fine di permettere un adeguato monitoraggio delle esperienze pianificatorie territoriali in corso, nonché come contributo alla pianificazione regionale ed inoltre per un'adeguata finalizzazione delle risorse da assegnare ai diversi soggetti istituzionali gestori della citata pianificazione territoriale.

L'avvio operativo dei PDZ a decorrere dal 1° gennaio 2006 costituisce il principale elemento di valutazione per la definizione della ripartizione del fondo sociale regionale e del fondo sociale nazionale.

## **7. GLI OBIETTIVI REGIONALI PER L'AVVIO E LA REALIZZAZIONE DEL PRIMO TRIENNIO DI PROGRAMMAZIONE**

Gli obiettivi regionali per la predisposizione del primo triennio dei PDZ tengono conto di quanto previsto dal Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali e si inseriscono nella programmazione regionale più complessiva.

Come già precedentemente evidenziato con le presenti Linee guida si vuole avviare un processo di programmazione delle politiche sociali profondamente radicato nel contesto locale.

L'attività prevista richiede un investimento straordinario in termini di personale, di competenze, di impegno, di strumentazione informatica e tecnologica. In sintesi si richiede che il sistema locale adegui la propria organizzazione alle nuove funzioni programmatiche tenendo conto che le leggi nazionali e regionali, così come la programmazione nazionale e regionale che regolamentano le diverse aree di intervento, costituiscono una base sufficientemente chiara sulla quale formulare conseguenti scelte politiche e strategiche.

In questo contesto si sottolinea che gli obiettivi per il primo triennio sono connessi al consolidamento del sistema di governo della rete; nella logica incrementale del sistema si affida alla programmazione annuale la definizione di ulteriori obiettivi legati alle aree di bisogno.

All'interno di queste indicazioni generali vengono individuati i seguenti macro obiettivi per il primo triennio di programmazione.

### **OBIETTIVO N. 1**

#### **Rafforzamento del sistema associato di governo del sistema locale degli interventi e dei servizi sociali.**

Strategie conseguenti:

- verificare ed eventualmente adeguare le convenzioni relative alla gestione associata delle funzioni socio – assistenziali dei Comuni;
- rafforzare il ruolo di governo del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali mediante il potenziamento della funzione programmatica del

coordinamento tecnico amministrativo degli ambiti del servizio sociale dei comuni (Ufficio piano);

- avviare il sistema informativo di ambito in raccordo con la Regione;
- realizzare la dotazione e/o pianta organica aggiuntiva;
- predisporre il bilancio relativo alla gestione associata;
- predisporre il regolamento d'ambito per l'accesso e la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi;
- assicurare attività di formazione e aggiornamento del personale.

## **OBIETTIVO N. 2**

**Avvio di un processo di coinvolgimento della comunità nella realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali di tipo solidale e universalistico .**

Strategie conseguenti:

- istituire tavoli permanenti di lavoro tematici che vedano il coinvolgimento della comunità con momenti di condivisione trasversale relativamente alle scelte strategiche generali;
- predisporre strumenti informativi di promozione rivolti alla comunità locale;
- coordinare gli interventi e i servizi realizzati dai soggetti pubblici e privati;
- promuovere forme di contributo economico per il sostegno alla realizzazione dei progetti qualificanti la rete degli interventi e servizi da parte dei soggetti sociali ed economici presenti nel territorio di riferimento.

## **OBIETTIVO N. 3**

**Sviluppo e consolidamento di specifiche azioni nelle aree di intervento indicate nel Piano Nazionale e nella Programmazione regionale per produrre promozione, prevenzione, cura e tutela e contrasto all'istituzionalizzazione**

Strategie conseguenti:

- potenziare o attivare le prestazioni e gli interventi di cui all'articolo 22, L. 328/00;
- definire il percorso per l'accoglienza della domanda e di accesso unitario ai servizi e alle prestazioni sociali e sociosanitarie, educative, nonché per la casa, l'inserimento lavorativo ecc.;

- dare applicazione alle previsioni delle LLRR 41/96, 10/98 nonché dare continuità alle previsioni della DGR 1891/00 con riferimento particolare alla definizione delle sedi e delle modalità per la valutazione multiprofessionale del bisogno attraverso le apposite unità valutative;
- definire protocolli operativi per la presa in carico integrata sociosanitaria tramite i progetti personalizzati;
- adottare in via definitiva la cartella sociale quale strumento di lavoro e di rilevazione della utenza sociale.

Per consentire un omogeneo avvio dei PDZ così come delineato nelle presenti Linee guida la Regione ha previsto l'utilizzo dell'1% del FNPS per finanziare attività di formazione, informazione, interventi seminari, di accompagnamento e assistenza tecnica a favore dei diversi soggetti locali coinvolti nel processo delineato.

In particolare, come già in precedenza citato, viene previsto in questa fase l'attivazione di un percorso di accompagnamento e di assistenza tecnica per l'attuazione delle diverse fasi del PDZ.



## **8. MODALITA' DI ELABORAZIONE CONGIUNTA PAT/PDZ**

Con riferimento ai processi di integrazione sociosanitaria, la normativa regionale individua nell'implementazione di tali processi l'elemento strategico caratterizzante il complesso della rete dei servizi alla persona in ambito regionale e questo in sintonia con le indicazioni date dalla normativa e dagli atti di programmazione statale. Anche il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, affermando che "l'integrazione delle responsabilità e delle risorse rappresenta una condizione essenziale per migliorare l'efficacia degli interventi..." (DPR 23 luglio 1998, Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000), poneva come centrale la questione dell'integrazione sociosanitaria. Peraltro il tema dell'integrazione sociosanitaria è ampiamente presente anche nella L 328/00.

La LR 23/04 dispone sulla partecipazione degli Enti locali ai processi programmatori e di verifica in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria e disciplina i relativi strumenti di programmazione, contiene una serie di previsioni che mirano a regolamentare il processo di integrazione sociosanitaria sul territorio regionale.

In conformità con quanto previsto dal d. lgs. 19 giugno 1999, n.229, la citata LR 23/04 attribuisce al distretto propria autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, e lo elegge a promotore di un suo piano, chiamato programma delle attività territoriali (PAT), che rappresenta parte sostanziale del più ampio Piano Attuativo Locale dell'Azienda in cui si incardina il distretto stesso.

Il PAT è uno strumento decisivo per rendere operativa la transizione culturale che il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 ha sintetizzato con la locuzione "dalla sanità alla salute", per integrare le attività dei sistemi sanitari locali con quelle delle realtà sociali ed economiche del territorio. Altresì, la citata LR 23/04 definisce il PDZ come strumento fondamentale per la definizione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali territoriali, con l'obiettivo di produrre promozione, prevenzione, cura, tutela e inclusione sociale.

Nell'ottica di una programmazione locale integrata, si tratta quindi di coniugare tra loro i due strumenti PAT e PDZ, tenendo conto che le previsioni in materia sociosanitaria contenute in entrambi gli strumenti devono coincidere.

L'articolo 11 e l'articolo 12 della citata LR 23/04, che trattano rispettivamente del PAT e del PDZ, stabiliscono che i due strumenti programmatori devono individuare le attività sociosanitarie cui – nell'ambito di obiettivi condivisi - dare attuazione, nonché le risorse

necessarie alla realizzazione dell'integrazione sociosanitaria e le quote da porre rispettivamente a carico dell'ASS e dei Comuni. Il PDZ deve inoltre individuare le forme di concertazione con l'ASS per garantire la cooperazione gestionale e professionale nell'ambito delle aree ad alta integrazione sociosanitaria.

Il rischio da evitare è quello della proliferazione competitiva degli ambiti di programmazione. E' dunque necessario individuare luoghi e modalità condivise per garantire unitarietà al processo programmatico. Le indicazioni che seguono vanno lette proprio in questo senso.

E' innanzi tutto utile ricordare come il processo di programmazione debba attuarsi tenendo conto delle tre fasi di integrazione: istituzionale, gestionale e professionale.

A questo proposito anche il Piano Sanitario Nazionale 1998–2000 afferma che "l'integrazione istituzionale si basa sulla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse (in particolare aziende sanitarie e amministrazioni comunali), che si organizzano per perseguire comuni obiettivi di salute. Può avvalersi di un'ampia dotazione di strumenti giuridici quali le convenzioni e gli accordi di programma".

In questo contesto "partecipato" anche la LR 23/04 ribadisce che a livello istituzionale "il luogo" dell'integrazione è l'Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale alla quale compete da un lato l'attivazione del processo per la definizione del PDZ e dall'altro la partecipazione al processo di programmazione territoriale preordinato alla predisposizione dei PAT.

L'Assemblea dei sindaci nel definire gli obiettivi del PDZ individua, di concerto con il Direttore generale dell'Azienda, anche le attività integrate su cui avviare il confronto tecnico nei tavoli tematici di lavoro destinati alla programmazione congiunta PAT/PDZ.

Sembra opportuno ribadire che i citati tavoli tematici di lavoro si configurano – dal lato metodologico – come quelli di cui alla parte relativa all'avvio del processo per il PDZ (§ 6.1) e che dunque devono garantire la presenza dei rappresentanti della componente tecnica e politica di cui alla funzione di regia ed indirizzo, e avere al proprio interno i diversi soggetti, istituzionali e non, necessari per la definizione della programmazione integrata. Nel caso di una molteplice presenza di organismi similari (il riferimento riguarda soprattutto la variegata realtà del terzo settore), si evidenzia l'opportunità di predisporre occasioni e strumenti di rappresentanza per consentire a tutti di esprimere il proprio contributo.

## **9. LA PROGRAMMAZIONE NELLE AREE SOCIOSANITARIE**

In attesa che la Regione, come previsto dall'articolo 13 della LR 23/04, individui le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, quelle sociosanitarie ad alta integrazione sanitaria e quelle sociali a rilevanza sanitaria, nonché gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione, funzionamento e finanziamento delle stesse, l'elaborazione congiunta dovrà riguardare almeno (cfr. art.13, c. 4, LR 23/04):

- la prevenzione e assistenza materno-infantile;
- l'assistenza, riabilitazione ed integrazione sociale delle persone con disabilità;
- la tutela della salute delle persone anziane;
- la cura e recupero dei soggetti tossicodipendenti;
- la cura e recupero dei soggetti malati di mente;
- le situazioni di non autosufficienza, temporanea o permanente, derivanti da patologie diverse.

Con riferimento ai su elencati temi, allo scopo di considerare i diversi bisogni della persona, della famiglia e della comunità entro un quadro unitario di politiche per il benessere, i Comuni associati e le ASS/distretti possono concordare soluzioni idonee a garantire la gestione unitaria delle risorse per l'integrazione sociosanitaria. A tal fine possono essere individuate forme di sperimentazione volte ad attuare la gestione di un fondo unitario per finanziare tutte o parte delle risposte in materia di integrazione sociosanitaria.

### **9.1 Obiettivi strategici di sistema**

La progettazione condivisa di una rete dei servizi ed interventi sociosanitari deve andare di pari passo con lo sviluppo ed il consolidamento di strumenti di integrazione gestionale e professionale che garantiscano la centralità della persona, dei suoi bisogni, delle sue esperienze, dei suoi legami nel percorso congiunto di presa in carico e di sviluppo del processo di cura e riabilitazione. Deve essere affermato operativamente l'approccio guidato dal bisogno che interpreta i diversi setting di intervento come strumenti e come risorse del progetto di cura e riabilitazione. Il sistema di offerta cioè deve orientarsi e plasmarsi quanto più possibile sulla soggettività del bisogno adeguando i propri meccanismi di funzionamento alle esigenze dei luoghi e dei contesti in cui di norma le persone esprimono

il proprio funzionamento sociale.

In questo senso è importante ribadire la necessità, nell'ambito della programmazione congiunta PAT/PDZ, di rafforzare il sistema di lavoro integrato tra Distretto e Ambito e di sviluppare e consolidare specifiche azioni nelle aree di intervento, attraverso il perseguimento dei seguenti obiettivi strategici:

- lo sviluppo e la riqualificazione delle Unità Multiprofessionali in tutte le aree di integrazione sociosanitaria;
- l'affermazione diffusa dell'utilizzo del progetto personalizzato;
- lo sviluppo della funzione di *coordinatore del caso* (Case Manager);
- la diffusione di *punti unici* di accesso ai servizi sociosanitari.

#### 9.1.1 Lo sviluppo e la riqualificazione delle Unità Multiprofessionali

Le Unità multiprofessionali (Um) nelle loro varie definizioni (Unità di valutazione distrettuale – UVD - equipe multidisciplinare dell'handicap, équipe minori..) sono uno dei principali strumenti organizzativi di integrazione professionale e gestionale che negli ultimi anni si sono andati consolidando nella rete dei servizi distrettuali. La diffusione di tale strumento nell'approccio alle differenti aree di bisogno non appare però ancora soddisfacente sia perché permangono tendenze alla "semplificazione" della presa in carico, sia perché spesso l'interpretazione che ne viene data è più di carattere amministrativo che di miglior organizzazione possibile della risposta.

Le ragioni di uno sviluppo sinergico delle diverse componenti del sistema sociale e del sistema sanitario spingono verso l'adozione di modelli organizzativi maggiormente bilanciati in cui i percorsi per l'utenza siano realmente guidati dalla risposta più adeguata al bisogno espresso.

In tal senso la riqualificazione delle Unità multiprofessionali deve riguardare la ridefinizione dell'intero processo che porta alla scelta dei migliori percorsi di salute per il cittadino a partire dalla presa in carico attraverso un punto di accesso unico già funzionalmente integrato da professionalità sociali e sanitarie, attraverso l'adozione di strumenti valutativi multidimensionali evoluti che permettano di considerare bisogni semplici e complessi, riservando a questi ultimi l'effettiva realizzazione di una formale presa in carico da parte delle Unità multiprofessionali.

Per garantire questo passaggio alle Unità multiprofessionali si dovrà assicurare un'autonomia gestionale, con il governo delle risorse utili a soddisfare i bisogni, con l'opportunità di procedere a monitoraggi continui dell'evoluzione dello stato di salute del cittadino, qualunque sia la destinazione, domicilio o struttura residenziale. Sarà inoltre necessario prevedere una deburocratizzazione delle Unità multiprofessionali attraverso la distinzione degli obblighi amministrativi – che andranno rivisitati per renderli più “leggeri” - dalle attività di presa in carico, anche sperimentandone una diversificazione nelle articolazioni organizzative che favorisca una maggiore prossimità al cittadino.

Tale sviluppo porta ad un maggiore sforzo di integrazione tra soggetti diversi, ad una maggiore responsabilizzazione dei distretti garantendo un'autonomia gestionale delle risorse, ad una maggiore garanzia di equità nelle opportunità di accesso al sistema dei servizi ovunque in regione.

#### 9.1.2 Il progetto personalizzato

Il progetto assistenziale personalizzato (DPCM 14 febbraio 2001, art. 2, c. 1 e LR 23/04, art. 14 c. 2), redatto sulla scorta di valutazioni multidimensionali, è lo strumento fondamentale in mano alle Unità multiprofessionali per affermare la centralità della persona e dei suoi bisogni. Alla definizione e realizzazione del progetto personalizzato concorrono infatti diversi apporti professionali e non, in una condivisione di obiettivi, responsabilità e risorse, secondo un criterio unitario di gestione.

La realizzazione del progetto personalizzato deve avvalersi dei servizi, interventi e di prestazioni integrate collegandole quanto possibile al naturale contesto familiare, ambientale e sociale della persona. Deve inoltre assumere una funzione proattiva e spingersi a promuovere la realizzazione di ambienti che determinino un miglioramento del funzionamento sociale delle persone interessate. Deve conformarsi costantemente a strategie di empowerment dei contesti e dei soggetti promuovendo l'autonomia e l'autodeterminazione di questi ultimi.

Nella definizione della programmazione locale è perciò strategico identificare specifici interventi per la diffusione, nelle diverse aree e nei diversi setting, dello strumento progetto personalizzato, considerandolo alla stregua di un “livello essenziale” di prestazione sociosanitaria.

I progetti personalizzati dovranno indicare: la natura del bisogno, i risultati attesi, l'articolazione degli interventi, le risorse necessarie, le responsabilità professionali e di servizio, i tempi e le modalità di verifica.

Resta inteso che nel prevedere l'utilizzo di strutture – in particolare per anziani e disabili - le Aziende per i servizi sanitari devono garantire la corretta erogazione dell'assistenza sanitaria ed il controllo della qualità del progetto personalizzato.

La Regione disciplinerà le modalità ed i criteri per la definizione di progetti (art. 14, c. 3, LR 23/04) nonché gli strumenti valutativi multidimensionali per area di intervento.

#### 9.1.3 Il coordinatore dei casi (Case manager)

Per facilitare il presidio dei percorsi assistenziali e l'attivazione dei progetti personalizzati dovrà essere introdotta e valorizzata la funzione del *coordinatore del caso*, fermo restando che la responsabilità sanitaria rimane di competenza del Medico di Medicina Generale. Il coordinatore del caso viene individuato, sulla base di criteri condivisi (scelta del cittadino, prevalenza dell'intervento e/o altro), tra gli operatori che compongono l'unità multiprofessionale. La sua funzione è di supportare l'utente nella gestione di tutti gli aspetti organizzativi associati alla permanenza della persona nei diversi nodi della rete dei servizi ed in particolare nel trasferimento da un servizio all'altro.

Il coordinatore del caso può anche essere inteso come *tutor* del cittadino che non è in grado direttamente o attraverso una risorsa familiare di interfacciarsi con la rete complessiva dell'offerta.

L'operatore identificato come coordinatore del caso deve garantire la personalizzazione del rapporto ed il rispetto della dignità della persona durante tutto il percorso assistenziale, svolgendo il ruolo di mediatore tra i vari professionisti coinvolti e il cittadino e provvedendo altresì al monitoraggio del percorso previsto.

E' richiesta al coordinatore del caso una conoscenza approfondita delle reti sociali e la capacità di facilitare l'accesso alle risorse del sistema sociosanitario appropriate ai diversi bisogni della persona presa in carico. In tal modo il coordinatore del caso rappresenta un punto di sintesi dei servizi e nel contempo si pone anche come "sostenitore di reti".

#### 9.1.4 Il punto unico di accesso

Al fine di garantire ai cittadini – nella prospettiva di un progetto personalizzato condiviso e fermo restando il principio di libera scelta - una risposta rapida alle loro esigenze e richieste di servizi, si prevede che nell'ambito della Programmazione locale PAT/PDZ vengano istituiti dei punti unici di accesso ai servizi.

La necessità di creare un punto unico di accesso risponde all'esigenza primaria dei

cittadini di:

- avere informazioni complete in merito ai diritti, alle prestazioni, alle modalità di accesso ai servizi;
- ottenere risposte alle proprie richieste, senza dispersione di tempo e di energie e senza sovrapposizione dei compiti e ruoli da parte delle strutture pubbliche;
- essere a conoscenza delle risorse di carattere socio-sanitario disponibili nel territorio, utili per affrontare esigenze personali e familiari nelle diverse fasi di vita;
- essere orientati sull'utilizzo e le caratteristiche dei servizi socio-sanitari erogati.

Il punto unico di accesso rappresenta non tanto un unico luogo fisico al quale gli utenti possono rivolgersi, ma la strutturazione integrata tra tutti i punti di contatto e di accesso dei cittadini presenti sul territorio. In questo senso, il punto unico di accesso concorre all'effettiva costruzione di un sistema a rete, articolato nel territorio che realizza l'unicità dell'accesso.

Strettamente connessa al punto di accesso unico del sistema dei servizi socio-sanitari, è la funzione di "segretariato sociale" del SSC, che rappresenta il raccordo organizzativo indispensabile alla connessione integrata degli interventi tramite il coordinamento in rete di essi e la strutturazione di banche dati per l'analisi della domanda.

Occorre pertanto che il Direttore di distretto (supportato dall'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD), nonché da altri referenti di distretto), individui insieme al Responsabile del SSC le situazioni più idonee per unificare l'accesso al sistema dei servizi socio-sanitari attraverso l'elaborazione e la sottoscrizione di indicazioni e procedure.

## **ALLEGATO N. 1**

### **INDICE DEL PIANO DI ZONA**

**SCHEDA 1) Indice del Piano di Zona**

**SCHEDA 2) Legenda Indice del Piano di Zona**



## **SCHEDA 1)**

### **INDICE DEL PIANO DI ZONA**

- **PREMESSA**
- **INTRODUZIONE**
- **1. IL CONTESTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO**
  - 1.1) Scheda anagrafica di Ambito
  - 1.2) La gestione Associata tra i Comuni per l'esercizio delle funzioni sociali
  - 1.3) Il coordinamento interistituzionale
  - 1.4) Il contesto organizzativo del Servizio Sociale dei Comuni
  - 1.5) Le forme di gestione dei servizi e le collaborazioni con i diversi soggetti del Terzo settore
  - 1.6) L'integrazione sociosanitaria
  - 1.7) Il sistema delle regole
- **2. LE PROCEDURE ATTIVATE PER LA COSTRUZIONE DEL PIANO DI ZONA**
  - 2.1) Il percorso di concertazione e di programmazione partecipata
  - 2.2) Le iniziative informative
  - 2.3) Le modalità di raccordo con altri servizi o settori della pubblica amministrazione
  - 2.4) Le modalità di raccordo con i soggetti della comunità locale
- **3. IL QUADRO CONOSCITIVO DEL TERRITORIO**
  - 3.1) Le caratteristiche strutturali della popolazione e del contesto socio-economico
  - 3.2) L'analisi dei bisogni e della domanda sociale
  - 3.3) L'analisi dell'offerta sociale
  - 3.4) L'analisi dei punti di forza e dei punti di criticità del sistema complessivo di offerta
  - 3.5) Il quadro delle risorse economiche
- **4. LE PRIORITA' E GLI OBIETTIVI STRATEGICI DEL PIANO DI ZONA**
  - 4.1 Le priorità e gli obiettivi strategici per il governo del sistema
  - 4.2 Le priorità e gli obiettivi strategici nelle diverse aree d'intervento
- **5. I PROGETTI, I SERVIZI, GLI INTERVENTI NELLE SINGOLE AREE D'INTERVENTO**
  - 5.1 Area azioni di sistema**
    - 5.1.1 Scheda di sintesi di progetti, servizi, interventi, correlati agli obiettivi di piano
    - 5.1.2. Schede progetto/servizio/intervento
  - 5.2 Area minori e famiglia**
    - 5.2.1 Scheda di sintesi di progetti, servizi, interventi, correlati agli obiettivi di piano
    - 5.2.2 Schede progetto/servizio/intervento
  - 5.3 Area anziani**
    - 5.3.1 Scheda di sintesi di progetti, servizi, interventi, correlati agli obiettivi di piano
    - 5.3.2 Schede progetto/servizio/intervento
  - 5.4 Area disabili**
    - 5.4.1 Scheda di sintesi di progetti, servizi, interventi, correlati agli obiettivi di piano
    - 5.4.2 Schede progetto/servizio/intervento

**5.5 Area dipendenze e salute mentale**

5.5.1 Scheda di sintesi di progetti, servizi, interventi, correlati agli obiettivi di piano

5.5.2 Schede progetto/servizio/intervento

**5.6 Area disagio e marginalità sociale**

5.6.1 Scheda di sintesi di progetti, servizi, interventi, correlati agli obiettivi di piano

5.6.2 Schede progetto/servizio/intervento

▪ **6. IL MONITORAGGIO, LA VERIFICA E LA VALUTAZIONE DEL PIANO DI ZONA E DEI PROGETTI/SERVIZI/ INTERVENTI**

▪ **7. IL PIANO FINANZIARIO**

Scheda finanziaria di piano

**ALLEGATI**

1. Convenzione
2. Accordo di programma
3. Protocolli con Organismi del terzo settore

**SCHEDA 2)****LEGENDA INDICE DEL PIANO DI ZONA****PREMESSA**

Significato del PDZ in relazione alla realtà locale, deve contenere l'orientamento politico del piano (VISION).

**INTRODUZIONE**

Contiene le finalità del piano (MISSION).

**1. IL CONTESTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO**

Fotografia iniziale nel momento di avvio del PDZ.

**1.1 Scheda anagrafica di Ambito:****ELENCO COMUNI DEL TERRITORIO DI AMBITO DEL SSC**

--

**ENTE GESTORE DEL SSC:**

<b>Denominazione Ente Gestore:</b>
Natura giuridica:
Indirizzo:
Recapito telefonico, fax, E-mail:

**PRESIDENTE ASSEMBLEA DEI SINDACI**

<b>Nominativo</b>
Comune di appartenenza
Recapito telefonico, fax, E-mail:

**COORDINAMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO DEL SSC**

<b>Nominativo responsabile coordinamento T.A.</b>
Ente di appartenenza:
Titolo professionale:
Recapito telefonico, fax, E-mail:
<b>Nominativo referente ufficio di piano:</b>
Indirizzo:
Recapito telefonico, fax, E-mail:
<b>Nominativo referente punto monitor</b>
Indirizzo:
Recapito telefonico, fax, E-mail:

**COORDINATORI DI EQUIPE**

<b>Nominativo</b>
Ente di appartenenza:
Titolo professionale:
Recapito telefonico, fax, E-mail:
Area d'intervento
<b>Nominativo</b>
Ente di appartenenza:
Titolo professionale:
Recapito telefonico, fax, E-mail:
Area d'intervento
<b>Nominativo</b>
Ente di appartenenza:
Titolo professionale:
Recapito telefonico, fax, E-mail:
Area d'intervento
....
...

**ASS DI RIFERIMENTO**

<b>Direttore generale:</b>
Indirizzo:
Recapito telefonico, fax, E-mail:
<b>Coordinatore sociosanitario</b>
Indirizzo:
Recapito telefonico, fax, E-mail:

**DISTRETTO DI RIFERIMENTO**

<b>Direttore di distretto:</b>
Indirizzo:
Recapito telefonico, fax, E-mail:
<b>Coordinatori di area</b>

**1.2 La gestione Associata tra i Comuni per l'esercizio delle funzioni sociali:**

la forma giuridica scelta, ruolo dell'ente gestore, sistema di obblighi e impegni reciproci, modalità organizzative e funzionamento dell'organo politico (Assemblea dei Sindaci)

**1.3 Il coordinamento interistituzionale:**

descrizione degli atti formali che regolamentano i rapporti di collaborazione con altre istituzioni pubbliche (ASS, Scuole, Ministero giustizia ecc..)

**1.4 Il contesto organizzativo del Servizio Sociale dei Comuni:**

descrivere il funzionamento del coordinamento tecnico amministrativo dell'SSC, l'ufficio di piano e il suo funzionamento, la dotazione di risorse umane, il sistema informativo dell'SSC e i flussi informativi, i nessi procedurali tra Ente Gestore e i Comuni associati. (Organigramma e Funzionigramma)

**1.5 Le forme di gestione dei servizi e le collaborazioni con i diversi soggetti del Terzo settore:**

descrizione delle diverse forme gestionali e le modalità di esternalizzazione dei servizi, le collaborazioni e i rapporti tra Enti locali e i diversi soggetti del Terzo settore

**1.6 L'integrazione sociosanitaria:**

descrivere le modalità gestionali e professionali inerenti l'integrazione sociosanitaria, suddivise per area.

**1.7 Il sistema delle regole:**

testo del regolamento per l'accesso ai servizi e interventi, per la compartecipazione dell'utenza al costo dei servizi, eventuali forme sperimentali di accreditamento dei servizi e delle prestazioni, modalità di informazione alla collettività, ecc..

**2. LE PROCEDURE ATTIVATE PER LA COSTRUZIONE DEL PDZ****2.1 Il percorso di concertazione e di programmazione partecipata:**

aspetto processuale che rappresenta la fase di avvio dei PDZ.  
Definizione della rete dei soggetti chiamati alla costruzione del PDZ e individuazione del ruolo di ogni singolo attore locale (è importante definire fin dall'inizio i soggetti in quanto entrano nel processo di pianificazione anche nella fase di lettura del contesto socio-economico, dei bisogni, dell'offerta ecc...)

**2.2 Le iniziative informative:**

definizione del programma delle iniziative di informazione/formazione interna ed esterna al sistema dei servizi, finalizzato alla conoscenza del processo pianificatorio del PDZ e con riferimento alla promozione della cultura della solidarietà e della partecipazione.

### **2.3 Le modalità di raccordo con altri servizi o settori della pubblica amministrazione:**

evidenziare le iniziative e le modalità di raccordo finalizzate alla costruzione del PDZ

### **2.4 Le modalità di raccordo con i soggetti della comunità locale:**

definizione dei criteri per l'identificazione dei soggetti rappresentativi della comunità locale e dei criteri per l'individuazione della rappresentanza degli stessi; modalità di coinvolgimento nei tavoli di lavoro.

## **3. IL QUADRO CONOSCITIVO DEL TERRITORIO**

### **3.1 Le caratteristiche strutturali della popolazione e del contesto socio-economico:**

descrizione dello scenario sociale, economico, culturale, demografico della realtà territoriale di riferimento.

Quadro conoscitivo per target di popolazione correlata alle aree di bisogno/intervento.

Le diverse tipologie di dati vanno descritte con la duplice finalità, di carattere ricognitivo (descrizione dello scenario esistente) e di carattere proiettivo (descrizione delle possibili linee di tendenza dei fenomeni rilevati e del loro impatto sul sistema dei servizi alla persona).

### **3.2 L'analisi dei bisogni e della domanda sociale:**

la domanda (intesa come bisogno espresso) è rilevabile nelle forme in cui si manifesta presso i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, anche attraverso l'utilizzazione delle codifiche della diagnosi sociale contenute nella cartella sociale.

Il bisogno potenziale (bisogno non espresso): è rilevabile attraverso una lettura qualitativa dei dati in possesso e attraverso le relazioni con testimoni privilegiati della comunità.

### **3.3 L'analisi dell'offerta sociale:**

sulla base di quanto rilevato con le schede regionali.

### **3.4 L'analisi dei punti di forza e dei punti di criticità del sistema complessivo di offerta:**

valutazione qualitativa degli elementi di adeguatezza e non adeguatezza, di congruità e non congruità del sistema complessivo di offerta in relazione ai bisogni/domanda sociale.

### **3.5 Il quadro delle risorse economiche:**

analisi della spesa storica (precedente all'avvio del PDZ) divisa per area, fonte di finanziamento e per tipologia di spesa (fattori produttivi: acquisto servizi, personale, spese generali di gestione, etc.) al fine di ricavare il budget economico per realizzare il PDZ.

Situazione al 31.12. 2004 (Schede di rilevazione della spesa storica).

## **4. LE PRIORITA' E GLI OBIETTIVI STRATEGICI DEL PIANO DI ZONA**

### **4.1 Le priorità e gli obiettivi strategici per il governo del sistema:**

gli obiettivi strategici devono essere correlati anche agli obiettivi di interesse regionale ed hanno come finalità l'adeguatezza della struttura organizzativa e gestionale ai compiti della pianificazione zonale.

### **4.2 Le priorità e gli obiettivi strategici nelle diverse aree d'intervento:**

gli obiettivi strategici devono essere correlati anche agli obiettivi di interesse regionale previsti per i diversi ambiti tematici d'intervento.

Con riferimento a ciascuna area e per ogni obiettivo strategico vanno indicati gli **obiettivi specifici** di salute/benessere e/o di sistema.

Per ogni obiettivo specifico va indicato:

- se riguarda la dimensione della promozione/prevenzione o della cura /assistenza/tutela/inclusione sociale.

- se prevede l'integrazione sociosanitaria e a che livello

- se prevede l'integrazione con altre politiche sociali (lavoro, istruzione, educazione, casa, formazione, ecc.)

- se si tratta di obiettivi di sviluppo, consolidamento, riqualificazione o innovazione

## **5. I PROGETTI, I SERVIZI, GLI INTERVENTI NELLE SINGOLE AREE D'INTERVENTO**

### **5.1 Area azioni di sistema**

5.1.1 Scheda di sintesi di progetti, servizi, interventi, correlati agli obiettivi di piano

5.1.2. Schede progetto/servizio/intervento

### **5.2 Area minori e famiglia**

5.2.1 Scheda di sintesi di progetti, servizi, interventi, correlati agli obiettivi di piano

5.2.2 Schede progetto/servizio/intervento

### **5.3 Area anziani**

5.3.1 Scheda di sintesi di progetti, servizi, interventi, correlati agli obiettivi di piano

5.3.2 Schede progetto/servizio/intervento

### **5.4 Area disabili**

5.4.1 Scheda di sintesi di progetti, servizi, interventi, correlati agli obiettivi di piano

5.4.2 Schede progetto/servizio/intervento

### **5.5 Area dipendenze e salute mentale**

5.5.1 Scheda di sintesi di progetti, servizi, interventi, correlati agli obiettivi di piano

5.5.2 Schede progetto/servizio/intervento

### **5.6 Area disagio e marginalità sociale**

5.6.1 Scheda di sintesi di progetti, servizi, interventi, correlati agli obiettivi di piano

5.6.2 Schede progetto/servizio/intervento

## **6. IL MONITORAGGIO, LA VERIFICA E LA VALUTAZIONE DEL PIANO DI ZONA E DEI PROGETTI/SERVIZI/INTERVENTI**

Le azioni di monitoraggio, verifica e valutazione devono essere coerenti con quanto previsto dal documento linee guida

## **7. IL PIANO FINANZIARIO**

Previsione di spesa, divisa per area, fonte di finanziamento e per tipologia di spesa (fattori produttivi: acquisto servizi, personale, spese generali di gestione, etc.) al fine di definire il budget economico necessario per la realizzazione del PDZ.

(Schede finanziarie del piano di zona).

## **ALLEGATI**

1. Convenzione
2. Accordo di programma  
Protocolli con Organismi del terzo settore

## ALLEGATO N. 2

### **SCHEDE PROGETTO/SERVIZIO/INTERVENTO:**

- **SCHEDA 1) Sintesi dei Progetti/Servizi/Interventi**
- **SCHEDA 2) Per la realizzazione di azioni prioritarie di sistema**
- **SCHEDA 3) Per la realizzazione di azioni nelle aree d'intervento**

Per **progetto** si intende qualsiasi azione volta al perseguimento di obiettivi di significativo sviluppo innovativo, con riferimento sia agli interventi abituali e ordinari, sia ai nuovi interventi che assumono caratteristiche di progetti temporalmente definiti.

Per **servizio** si intende un'unità organizzativa con relativa sede, con personale dedicato e un target di utenza definito.

Per **intervento** si intende qualsiasi azione volta al perseguimento di obiettivi di mantenimento, miglioramento o implementazione relativamente allo stato di fatto degli interventi  
ordinari

**SCHEDA 1)**

**SCHEDA DI SINTESI DEI PROGETTI/SERVIZI/INTERVENTI  
PREVISTI DAL PIANO DI ZONA**

**AREA:** \_\_\_\_\_

<b>Costo totale P/S/I di Area</b>

**RIEPILOGO DI TUTTI I PROGETTI/SERVIZI/INTERVENTI  
NELLA SPECIFICA AREA D' INTERVENTO.**

<b>Num. P/S/I</b>	<b>Titolo</b>	<b>Rif. Obiettivi strategici di piano</b>	<b>Costo P/S/I</b>



**SCHEDA 2)****REALIZZAZIONE DI AZIONI PRIORITARIE DI SISTEMA  
PREVISTE DAGLI OBIETTIVI 1 E 2 DELLE LINEE GUIDA DEI PDZ**

PROGETTO	<input type="checkbox"/>
SERVIZIO	<input type="checkbox"/>
INTERVENTO	<input type="checkbox"/>

Num. progressivo:

**Titolo del progetto/servizio/intervento:**

Descrizione sintetica:

Indicare a quale **azione prioritaria di sistema**, prevista negli obiettivi 1 e 2 delle linee guida, fa riferimento il progetto/servizio/intervento

Sistema informativo	<input type="checkbox"/>
Regolamenti unici di accesso e tariffe omogenee dei servizi	<input type="checkbox"/>
Ufficio di piano	<input type="checkbox"/>
Comunicazione e informazione sociale con la comunità	<input type="checkbox"/>
Attività formativa	<input type="checkbox"/>
Altro _____	<input type="checkbox"/>

**Tipologia del progetto/servizio/intervento**

Mantenimento	<input type="checkbox"/>
Implementazione	<input type="checkbox"/>
Nuovo	<input type="checkbox"/>
Altro ( <u>specificare</u> ):.....	<input type="checkbox"/>

**Contesto di integrazione delle politiche (descrivere)****Soggetti coinvolti nella progettazione**

Indicare i soggetti pubblici e privati che sono stati coinvolti nella progettazione del progetto/servizio/intervento

<b>SOGGETTI:</b>	<b>NUMERO</b>
Ente gestore di Ambito Socio-Assistenziale	
Comune/i	
Provincia	
Azienda per i servizi sanitari	
Scuola	
Ministero della Giustizia	
Questura / Prefettura	

<b>SOGGETTI:</b>	<b>NUMERO</b>
Ufficio Tutore minori	
Altri enti pubblici (descrivere)_____	
Istituzioni religiose	
Cooperazione sociale	
Associazioni di volontariato sociale	
Associazioni sportive culturali	
Privati (liberi professionisti, consulenti, istituti, ecc.)	
Altro (descrivere)_____	

**OBIETTIVI :**

**Esplicitare gli obiettivi perseguiti con il progetto/servizio/intervento**

<b>N. obiettivo:</b>	<b>Descrizione obiettivo:</b>

**AZIONI:**

**Descrizione delle azioni da intraprendere per la realizzazione degli obiettivi di cui sopra:**

<b>N. obiettivi</b>	<b>Descrizione azioni:</b>	<b>Soggetti esecutori</b>	<b>Modalità di affidamento incarico ai soggetti esecutori</b>	<b>Costo presunto</b>

**TEMPI di realizzazione del progetto/servizio/intervento:**

<b>num. mesi</b>	
<b>data inizio:</b>	<b>data conclusione:</b>

**INDICATORI**

<b>Indicatori di input</b>	<b>Indicatori di percorso</b>	<b>Indicatori di risultato</b>	<b>Indicatori di impatto</b>

**MONITORAGGIO E VALUTAZIONE ( processi e risultati):**

**Metodi e strumenti di monitoraggio delle azioni per la durata del progetto/servizio/intervento**

Metodologia:
Strumenti:

**Metodi e soggetti della valutazione**

Metodologia di valutazione dei processi e dei risultati finali:
Momenti e fasi di valutazione:
Coinvolgimento destinatari/fruitori, beneficiari finali degli interventi nella valutazione della qualità percepita

Soggetti della valutazione/indicazione valutatori:
--

**ENTE RESPONSABILE DEL PROGETTO/SERVIZIO/INTERVENTO:**

Denominazione:
Natura giuridica:
Indirizzo:
Recapito telefonico, fax, E-mail:

**PERSONA RESPONSABILE DEL PROGETTO/SERVIZIO/INTERVENTO:**

Nominativo
Ente di appartenenza:
Titolo professionale:
Recapito telefonico, fax, E-mail:

**RISORSE FINANZIARIE PREVISTE DAL  
PROGETTO/SERVIZIO/INTERVENTO**

*Costo globale del progetto /servizio/intervento:*

<b>Totale Euro:</b>	
---------------------	--

<b>FONTI DI FINANZIAMENTO:</b>	<b>I ANNO</b>	<b>II ANNO</b>	<b>III ANNO</b>	<b>TOTALE</b>
<b>Fondo sociale nazionale L.328/2000</b>				
<b>Fondo sociale regionale:</b>				
<b>Altri Fondi Regionali:</b> specificare la legge/fonte di riferimento				
<b>Fondi bilancio ASS</b>				
<b>Fondi Comuni</b>				
<b>Contributo utenza</b>				
<b>Altri fondi eventuali:</b> specificare la fonte di riferimento				
<b>TOTALE</b>				

**SCHEDA 3)****REALIZZAZIONE DI AZIONI NELLE AREE DI INTERVENTO  
PREVISTE DALL'OBBIETTIVO 3 DELLE LINEE GUIDA DEI PDZ**

PROGETTO	<input type="checkbox"/>
SERVIZIO	<input type="checkbox"/>
INTERVENTO	<input type="checkbox"/>

Num. progressivo:

**Titolo del progetto/servizio/intervento:****Descrizione sintetica:**Indicare a quale **AREA D'INTERVENTO**, prevista nell'obiettivo 3 delle linee guida, fa riferimento il progetto/servizio/intervento

Minori e famiglia	<input type="checkbox"/>
Anziani	<input type="checkbox"/>
Disabili	<input type="checkbox"/>
Dipendenze e salute mentale	<input type="checkbox"/>
Disagio e marginalità sociale	<input type="checkbox"/>
Altro_____	<input type="checkbox"/>

Indicare i **DESTINATARI** a cui è diretto il progetto/servizio/intervento:

Tipologia:	Numero

**Caratteristiche del progetto/servizio/intervento:**

Promozione	<input type="checkbox"/>
Prevenzione	<input type="checkbox"/>
Cura	<input type="checkbox"/>
Tutela	<input type="checkbox"/>
Inclusione sociale	<input type="checkbox"/>

**Tipologia del progetto/servizio/intervento:**

Mantenimento	<input type="checkbox"/>
Implementazione	<input type="checkbox"/>
Nuovo	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare):.....	<input type="checkbox"/>

**Settore di integrazione delle politiche**

Sociosanitario	<input type="checkbox"/>
Socioeducativo	<input type="checkbox"/>
Casa	<input type="checkbox"/>
Lavoro	<input type="checkbox"/>
Altro (Specificare)_____	<input type="checkbox"/>

**Soggetti coinvolti nella progettazione**

Indicare i soggetti pubblici e privati che sono stati coinvolti nella progettazione del progetto/servizio/intervento

<b>SOGGETTI:</b>	<b>NUMERO</b>
Ente gestore di Ambito Socio-Assistenziale	
Comune/i	
Provincia	
Azienda per i servizi sanitari	
Scuola	
Ministero della Giustizia	
Questura / Prefettura	
Ufficio Tutore minori	
Altri enti pubblici (descrivere)_____	
Istituzioni religiose	
Cooperazione sociale	
Associazioni di volontariato sociale	
Associazioni sportive culturali	
Genitori/famiglie	
Privati (liberi professionisti, consulenti, istituti, ecc.)	
Altri soggetti privati (descrivere)_____	

**Area territoriale d'intervento:**

Descrivere:

**OBIETTIVI :**

Esplicitare gli obiettivi perseguiti con il progetto/servizio/intervento

<b>N. obiettivo:</b>	<b>Descrizione obiettivo:</b>

**AZIONI:**

Descrizione delle azioni da intraprendere per la realizzazione degli obiettivi di cui sopra:

<b>N. obiettivo:</b>	<b>Descrizione azioni:</b>	<b>Soggetti esecutori</b>	<b>Modalità di affidamento incarico ai soggetti esecutori</b>	<b>Costo presunto</b>

**TEMPI di realizzazione del progetto/servizio/intervento:**

<b>num. mesi</b>	
------------------	--

**data inizio:**

**data conclusione:**

**INDICATORI**

Indicatori di input	Indicatori di percorso	Indicatori di risultato	Indicatori di impatto

**MONITORAGGIO E VALUTAZIONE ( processi e risultati):****Metodi e strumenti di monitoraggio delle azioni per la durata del progetto/servizio/intervento**

Metodologia:

Strumenti:

**Metodi e soggetti della valutazione**

Metodologia di valutazione dei processi e dei risultati finali:

Momenti e fasi di valutazione:

Coinvolgimento destinatari/fruitori, beneficiari finali degli interventi nella valutazione della qualità percepita

Soggetti della valutazione/indicazione valutatori:

**ENTE RESPONSABILE DEL PROGETTO/SERVIZIO/INTERVENTO:**

Denominazione:

Natura giuridica:

Indirizzo:

Recapito telefonico, fax, E-mail:

**PERSONA RESPONSABILE DEL PROGETTO/SERVIZIO/INTERVENTO:**

Nominativo

Ente di appartenenza:

Titolo professionale:

Recapito telefonico, fax, E-mail:

**RISORSE FINANZIARIE PREVISTE DAL PROGETTO/SERVIZIO/INTERVENTO***COSTO globale del progetto /servizio/intervento:*

<b>Totale Euro:</b>	
---------------------	--

<b>FONTI di finanziamento:</b>	<b>I ANNO</b>	<b>II ANNO</b>	<b>III ANNO</b>	<b>TOTALE</b>
<b>Fondo sociale nazionale L.328/2000</b>				
<b>Fondo sociale regionale:</b>				
<b>Altri Fondi Regionali:</b> specificare la legge/fonte di riferimento				
<b>Fondi bilancio ASS</b>				
<b>Fondi Comuni</b>				
<b>Contributo utenza</b>				
<b>Altri fondi eventuali:</b> specificare la fonte di riferimento				
<b>TOTALE</b>				

## **ALLEGATO N. 3**

### **SCHEDE FINANZIARIE DEL PIANO DI ZONA**

#### **SCHEDA 1)**

**Riepilogo di spesa dei progetti/servizi/interventi nelle diverse aree d'intervento, per singola annualità e relative fonti di finanziamento.**

#### **SCHEDA 2)**

**Copertura finanziaria generale per area, fonti di finanziamento ed annualità'.**

#### **SCHEDA 3)**

**Riepilogo spesa per area e voci di costo**







## SCHEDA 3)

**PIANO DI ZONA LEGGE 328/00**  
**RIEPILOGO DI SPESA PER AREA E VOCI DI COSTO**

<b>AMBITO:</b>						
<b>AREE</b>	<b>PERSONALE DIPENDENTE</b>	<b>SPESE GENERALI</b>	<b>ACQUISTO SERVIZI</b>	<b>CONVENZIONI</b>	<b>CONTRIBUTI</b>	<b>TOTALE AREA</b>
<b>AZIONI DI SISTEMA</b>						
<b>MINORI E FAMIGLIA</b>						
<b>ANZIANI</b>						
<b>DISABILI</b>						
<b>DIPENDENZE E SALUTE MENTALE</b>						
<b>DISAGIO E MARGINALITA' SOCIALE</b>						
<b>ALTRE AREE_____</b>						
<b>TOTALE VOCE DI COSTO</b>						

**Legenda voci di costo**

**Personale dipendente:** spese fisse e variabili, vacanza contrattuale ecc.

**Spese generali:** acquisto prodotti sanitari , acquisto prodotti non sanitari, acquisto beni ammortizzabili, manutenzioni, affitti, utenze, imposte-tasse, assicurazioni automezzi, spese varie...

**Acquisto servizi:** ad es. appalti per gestione SAD, sostegno educativo ecc.

**Convenzioni:** rette comunità residenziali e semiconvitti minori, convenzioni con professionisti

**Contributi :** ad es. assegni ex art, 23, borse lavoro, affidi , sussidi finalizzati ecc.

## **ALLEGATO N. 4**

### **SCHEDE DI RILEVAZIONE DELLA SPESA STORICA**

**(Consolidato anno 2004)**

#### **SCHEDA 1)**

**Riepilogo di spesa per area e fonti di finanziamento.**

#### **SCHEDA 2)**

**Riepilogo di spesa per area e voci di costo**



## SCHEDA 2)

**RIEPILOGO DI SPESA PER AREA E VOCI DI COSTO**  
**(Consolidato anno 2004)**

AMBITO:						
AREE	PERSONALE DIPENDENTE	SPESE GENERALI	ACQUISTO SERVIZI	CONVENZIONI	CONTRIBUTI	TOTALE AREA
AZIONI DI SISTEMA						-
MINORI E FAMIGLIA						-
ANZIANI						-
DISABILI						-
DIPENDENZE E SALUTE MENTALE						-
DISAGIO E MARGINALITA' SOCIALE						-
ALTRE AREE _____						-
<b>TOTALE VOCE DI COSTO</b>	-	-	-	-	-	-

**Legenda voci di costo**

**Personale dipendente:** spese fisse e variabili, vacanza contrattuale ecc.

**Spese generali:** acquisto prodotti sanitari , acquisto prodotti non sanitari, acquisto beni ammortizzabili, manutenzioni, affitti, utenze, imposte-tasse, assicurazioni automezzi, spese varie...

**Acquisto servizi:** ad es. appalti per gestione SAD, sostegno educativo ecc.

**Convenzioni:** rette comunità residenziali e semiconvitti minori, convenzioni con professionisti

**Contributi :** ad es. assegni ex art,23, borse lavoro, affidi , sussidi finalizzati ecc.