

Capitolo 1

Gli indirizzi regionali per i Piani sociali di zona: dalla sperimentazione alle prospettive

1.1 Il quadro normativo e degli indirizzi dal 2001 al 2003

Con l'approvazione, nel novembre 2000, della legge 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", e successivamente dei primi atti attuativi (in particolare il primo Riparto del Fondo Sociale Nazionale tra le Regioni nel marzo 2001 e l'approvazione del "Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2001-2003")¹ si è aperta una fase di profonda trasformazione nei welfare regionali e locali, che ha visto impegnati i diversi livelli di governo nell'introduzione di innovazioni significative sia all'interno del sistema di relazioni tra i diversi soggetti, istituzionali e sociali, sia all'interno della rete dei servizi.

In Emilia-Romagna tale trasformazione ha tratto maggior impulso e incisività, per una scelta precisa della Regione, dalla emanazione della Legge costituzionale 3/2001, nota come Riforma del Titolo V della Costituzione, che assegna alle Regioni competenze esclusive in materia di "servizi sociali", fatta salva la definizione da parte dello Stato dei livelli essenziali delle prestazioni che garantiscono i diritti sociali e civili di tutti i cittadini.

Contestualmente alla riforma costituzionale, il Consiglio regionale dell'Emilia-Romagna approva il primo atto attuativo della L.328, con la Delibera 246/2001 "Programma degli interventi ed individuazione dei criteri di ripartizione del fondo regionale socioassistenziale e del fondo nazionale per le politiche sociali per l'anno 2001 - L.R. 2/85 e L. 328/2000", contenente il Riparto delle risorse di derivazione nazionale e regionale tra gli Enti locali e gli indirizzi per l'avvio dei primi Piani di zona, introdotti come specifico percorso sperimentale. Adottando infatti una scelta in parte difforme dal percorso delineato dalla L.328, questa Regione ha individuato una modalità di costruzione "dal basso" del primo Piano sociale regionale prevedendo due fasi del processo: la prima, di predisposizione di Piani sociali di zona sperimentali, da parte dei Comuni associati in zone sociali, con il sostegno delle Province e della Regione, e la seconda di costruzione del Piano regionale a partire dall'esperienza e dall'elaborazione realizzata nelle zone dai soggetti istituzionali e sociali.

La scelta della sperimentaltà si presenta come una peculiarità emiliano-romagnola nel panorama nazionale, motivata dal diffuso e tradizionale senso di responsabilità e di iniziativa da parte delle amministrazioni locali nell'area delle politiche sociali, come pure dalla caratteristica mutevolezza dell'ambito del sociale, rispetto a bisogni, a molteplicità degli attori, a incertezza delle risorse, a limitata conoscenza di soluzioni certe. L'insieme di questi elementi ha suggerito di affiancare a impostazioni programmatiche di tipo razionale, con un certo controllo conoscitivo e operativo, logiche più flessibili, consensuali e incrementalmente, in cui i diversi attori responsabili valutano e correggono il piano in corso d'opera, per passi successivi, in una visione d'insieme in cui la partecipazione diviene componente essenziale.

¹ Si tratta rispettivamente del D.M. 20/3/2001 e del D.P.R. 3 maggio 2001.

Un'altra scelta, in linea, questa, con l'indicazione della legge 328, è stata di far coincidere le zone dei Piani con i distretti, nella convinzione, condivisa con gli Enti locali tramite una specifica Intesa, che salute e benessere devono "essere progettati" a livello locale e quindi il bacino territoriale di riferimento deve essere lo stesso, per rendere possibile l'attuazione di servizi e interventi sociali e sanitari integrati, rivolti alla popolazione di uno specifico territorio. I distretti sono 40 in Emilia-Romagna, ricompresi in 11 Aziende Usl che coincidono quasi ovunque con il territorio provinciale, mentre 39 sono le zone sociali (che comprendono i 341 Comuni della Regione), in quanto Bologna Città è un'unica zona per la programmazione sociale pur essendo divisa in due distretti.

Con il primo riparto delle risorse tra gli Enti locali (Comuni, forme associative degli stessi, e Province, per quanto attiene le loro funzioni specifiche) sono stati indicati gli obiettivi regionali di benessere sociale e sono state finalizzate risorse specifiche a programmi settoriali inerenti gli obiettivi. Si è avviata così la riforma regionale del welfare, anche attraverso la ricomposizione all'interno dei piani zonalì delle diverse programmazioni settoriali e dei finanziamenti ad esse dedicati, tradizionalmente considerati in modo separato ed autonomo. Il Piano di zona è un'esperienza nuova che tuttavia nella nostra regione raccoglie le esperienze programmatiche che proprio nei singoli settori si erano avviate dalla seconda metà degli anni '90 in avanti (con la L.285/97, il Dlgs. 286/98, la L. 45/99, la L.R. 1/2000), valorizzate nelle metodologie sperimentate, nelle reti attivate, nelle analisi e progettazioni, nelle sperimentazioni condotte.

La Giunta ha poi provveduto (DGR 329/2002) ad adottare specifiche "Linee guida per la predisposizione e l'approvazione dei Piani di zona sperimentali", per dare un supporto adeguato sul piano metodologico all'avvio e all'attuazione del processo nei territori, e per garantire omogeneità a livello regionale su alcuni elementi, ritenuti decisivi per il processo: i percorsi per l'assunzione partecipata di decisioni, e quindi per il coinvolgimento dei soggetti sociali, in particolar modo del Terzo settore, la raccolta dei dati sul bisogno sociale, sul sistema d'offerta e sulle potenziali risorse, la costruzione di scelte programmatiche nelle diverse aree d'intervento, la ricostruzione della spesa – dei Comuni e delle Ausl – per gli interventi sociali e sociosanitari nel loro complesso.

Contemporaneamente al primo avvio della riforma, la Giunta regionale nel novembre 2001 ha approvato un progetto di legge di Riforma organica dell'assistenza, che dopo un lungo percorso di confronto e discussione, nel marzo 2003 è diventata la legge regionale 2/2003 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali". Con questa norma vengono compiutamente definiti, in armonia con la legge 328 e tenendo conto delle nuove competenze derivanti dalla riforma del Titolo V, i principi e gli strumenti che disegnano un nuovo sistema di interventi e al tempo stesso di relazioni tra tutti i soggetti del sistema, istituzionali e sociali, avendo a riferimento una visione universalistica dei diritti sociali e fortemente radicata nelle comunità locali.

Lo strumento dei Piani di zona viene inserito dalla nuova legge regionale in un disegno in cui l'ambito territoriale della zona – coincidente come si è detto con il distretto – è strettamente connesso a un nuovo livello di governo, quello dei Comuni compresi nella zona che gestiscono le funzioni fondamentali in forma associata: la programmazione, innanzitutto, ma anche la gestione dei servizi, il monitoraggio e la valutazione, le sperimentazioni, e in prospettiva la trasformazione delle Ipub in Aziende pubbliche, l'accreditamento, la gestione delle risorse tramite un Fondo sociale locale. In un'ottica di promozione dello sviluppo locale, la zona viene connotata come il nuovo livello di governo territoriale delle politiche e dei servizi sociali, al quale è richiesta una rilevante capacità progettuale e strategica, in termini di indirizzo e orientamento, nonché di costruzione del consenso tra i molti attori coinvolti.

La legge regionale consolida e potenzia la tendenza storica di molti Comuni, soprattutto grandi e medio-grandi, della nostra Regione, affermatasi ancor più dopo la cosiddetta riforma Bassanini e dopo la riforma del Titolo V, ad assumersi un ruolo rilevante nell'elaborazione e nello sviluppo delle politiche sociali, anche attraverso la scelta – abbastanza diffusa negli ultimi anni - di ritirare le deleghe alle Aziende USL nella gestione degli interventi. A questa si accompagna, soprattutto recentemente, grazie a una specifica legge regionale sulle forme associative (L.R. 11/2001), un processo sempre più esteso di sviluppo della gestione di funzioni in forma associata, anche quelle riferite ai servizi alla persona: circa il 70% dei Comuni della nostra Regione fanno parte di Unioni, o di Comunità montane o di Associazioni intercomunali, e parte degli ambiti di governo così definiti coincidono con le zone sociali.

Allo stesso tempo si è sviluppata una ricerca, con caratteristiche di sperimentality in alcuni territori, sulle forme di gestione dei servizi, anche per definire rapporti istituzionali e organizzativi differenti con le Aziende USL, fondati sul modello dell'integrazione territoriale come previsto dalla L.R. 2/03: di fatto le esperienze aggregative intercomunali preesistenti ai Piani o sviluppatesi con essi rafforzano la "contrattualità" dei Comuni nei confronti delle Aziende.

Nel contesto delle Regioni del Centro e del Nord l'Emilia-Romagna si presenta quindi come una realtà con sue peculiarità nella nuova stagione delle politiche sociali, sia per la sperimentality del percorso che per la ricerca di un rapporto di integrazione con le Aziende – alternativo alla delega ma anche alla separatezza - e per lo sviluppo di esperienze specifiche intercomunali.

1.2 La sperimentazione dei Piani 2002-2004: obiettivi e linee guida

E' questo un quadro complessivo di innovazione, non solo in ambito sociale e sociosanitario, che favorisce la sperimentazione dei Piani sociali di zona, strumento per il superamento – nel medio e lungo termine – delle singole e frammentate politiche comunali, e per la collaborazione e integrazione operativa con i distretti. Di fatto con i Piani si definiscono gli obiettivi e gli interventi in area sociale e sociosanitaria rivolti all'insieme della popolazione di quel territorio, ricercando l'integrazione tra le diverse politiche dei singoli Comuni e tra le politiche di settore (per anziani, per disabili,...), e tra le politiche comunali nel loro insieme e la programmazione distrettuale, soprattutto per l'area sociosanitaria. Per quest'area le linee guida prevedono che i Programmi per le attività

territoriali adottati dai distretti assumano le indicazioni elaborate nell'ambito dei Piani di zona e oggetto di accordo con l'Azienda.

In particolare il Piano individua il sistema locale dei servizi sociali a rete, cioè l'insieme di interventi e servizi da erogare nei vari settori della vita sociale, integrati e coordinati tra di loro, tesi a garantire i livelli essenziali di assistenza (LIVEAS), accessibili ai cittadini, realizzati da soggetti pubblici e privati. Quindi all'interno del Piano sono definiti obiettivi e priorità d'intervento, modalità organizzative dell'accesso, forme di coordinamento con le amministrazioni statali, strumenti e risorse (anche con riferimento al Fondo Sanitario regionale), fabbisogno di formazione per gli operatori, partecipazione del cittadino al controllo della qualità. Il Piano ha orizzonte triennale, mentre per ogni anno di attuazione viene elaborato il Programma attuativo che contiene le scelte per ciascuna area di intervento e le risorse, finanziarie, umane, strumentali che ciascun ente impegna per la realizzazione di interventi e progetti.

Gli *attori* coinvolti nella costruzione dei Piani sperimentali sono soggetti istituzionali e sociali. Tra i primi, la Regione ha la funzione di definire indirizzi e regole generali, obiettivi di benessere sociale e di sviluppo del sistema, e strumenti dei Piani zonali, nonché di distribuire risorse, sostenere le azioni locali e monitorare il processo, valutandone gli esiti; le Province hanno una funzione importante di cerniera tra la Regione e le zone, di coordinamento, impulso e supporto in termini di informazione e formazione di tutti gli attori locali, con particolare riferimento alla promozione del concorso del Terzo settore e alla costruzione e sviluppo del sistema informativo sulle politiche sociali.

Fulcro dell'intero processo sono i Comuni associati, titolari di tutte le funzioni amministrative in area sociale, e tra questi il Comune capofila ha una particolare responsabilità nella promozione e regia del Piano. Le Aziende Usl – sia nei territori in cui operano su delega dei Comuni sia in quelli in cui questa è stata ritirata – sono pienamente coinvolte nel processo di programmazione congiunta, soprattutto il livello di governo distrettuale che è quello al quale viene definita la rete dei servizi sociosanitari.

Un fatto decisamente innovativo è la partecipazione dei diversi soggetti sociali alla programmazione, in particolare di quelli del Terzo settore, che sono stati tutti coinvolti nel percorso, come pure le organizzazioni sindacali, attraverso il metodo già collaudato della concertazione. Si è cercato di sperimentare il passaggio da un sistema centrato sulla funzione di governo esclusiva del soggetto pubblico ad una prospettiva fondata sulla mobilitazione di un insieme di soggetti pubblici, del privato sociale, della società civile.

I ruoli dei soggetti individuati con le linee guida per la sperimentazione sono stati poi consolidati e integrati in un disegno più ampio dalla già citata legge regionale 2/2003, approvata nel corso della sperimentazione, dando un quadro più compiuto e organico ai processi di governo locale.

Gli *strumenti istituzionali* e *organizzativi* per la programmazione di livello regionale, attivati con la sperimentazione, sono stati: un Tavolo politico di confronto con Province e Comuni capofila; un Tavolo tecnico Regione-Province che ha costruito, con il concorso anche dei Comuni, i primi strumenti metodologici e ha accompagnato e monitorato costantemente il processo; un Gruppo di

lavoro interservizi interno alla Regione, con la partecipazione dei referenti di tutte le aree d'intervento sociali e sociosanitarie.

A livello provinciale sono stati realizzati coordinamenti sia tecnici sia, in alcune realtà, politici tra Provincia e Comuni capifila, mentre a livello locale tutte le zone hanno attivato gli strumenti politici e tecnici previsti, pur essendoci state forti differenze nell'utilizzo di tali strumenti e nello sviluppo operativo del percorso. In particolare il tavolo di coordinamento politico è stato il Comitato di Distretto formato dai Sindaci dei Comuni della zona, più spesso dagli Assessori alle politiche sociali delegati a tale scopo, quasi ovunque integrato dopo la fase di avvio con la partecipazione del Direttore di Distretto. A questo tavolo spettano compiti di indirizzo generale, di definizione delle priorità, e del mandato ai tavoli tecnici e all'Ufficio di piano, nonché di concertazione con gli attori sociali.

Sul piano tecnico sono stati costituiti tavoli per ciascuna area di intervento composti dai relativi responsabili sia degli enti locali sia delle Ausl, articolati quasi in tutte le realtà in tavoli tematici o focus group con la presenza degli operatori del Terzo settore, portatori di conoscenze su bisogni e risorse del territorio, e di interventi e progetti, anche innovativi, in risposta alle criticità dell'offerta.

A partire soprattutto dal secondo anno della sperimentazione, si è avviata la costituzione in quasi tutte le zone, anche con il supporto di un finanziamento specifico regionale, dell'Ufficio di piano, solitamente coordinato dal Comune capofila, che costituisce uno snodo decisivo tra gli indirizzi e le priorità espresse dal Comitato di Distretto e l'apporto tecnico dei tavoli. In particolare ha funzioni di gestione operativa delle fasi di costruzione e approvazione del Piano, svolge la regia del coinvolgimento di tutti i soggetti, il coordinamento e supporto nella fase gestionale e attuativa, l'istruttoria e il raccordo nella fase di monitoraggio e valutativa.

Questa "architettura" dei Piani sperimentali di zona 2002-2004 definita dalla Linee guida per la sperimentazione è completata dall'individuazione dei contenuti - specifiche aree di intervento, in coerenza con il Piano sociale nazionale 2001-2003 - e del percorso, articolato in cinque fasi, miranti a: attivare la rete dei soggetti, ricostruire la base conoscitiva di bisogni e offerta, fare scelte strategiche sul sistema, elaborare il Piano triennale e il Programma attuativo annuale, siglando i relativi Accordi di programma, monitorare e valutare gli esiti.

La declinazione di queste fasi per la costruzione dei Piani di Zona è importante per poter arrivare ad Accordi di programma in cui tutti i soggetti chiamati a concorrere, si riconoscano nei contenuti assunti e si responsabilizzino nel sostenere un processo di innovazione e sviluppo del sistema di welfare locale.

Le risorse finanziarie per l'attuazione dei Piani derivano dal Fondo sociale nazionale, dal Fondo sociale regionale, da fondi regionali finalizzati, da risorse proprie degli Enti locali, da risorse delle Aziende Usl destinate agli interventi e ai servizi per l'integrazione sociosanitaria e a progetti specifici, ad esempio di prevenzione e promozione, da altre risorse (Ipab, fondazioni, volontariato, ...) e infine dalle quote di compartecipazione degli utenti ai costi dei servizi.

1.3 Risultati del percorso sperimentale e criticità

La valutazione regionale sulla sperimentazione ha riguardato il primo anno² del percorso sperimentale e si è quindi incentrata sugli aspetti di processo, individuati come quelli che possono far emergere un maggior grado di innovatività, se si considera il campo di osservazione costituito dall'anno di avvio. Nel corso del triennio e alla sua conclusione sono state monitorate le scelte programmatiche (relative al contenimento dei servizi, al consolidamento, allo sviluppo e alla sperimentazione) e la destinazione delle risorse finanziarie per ciascuna area d'intervento, come pure la partecipazione del Terzo settore al processo, lo stato di avanzamento dei lavori di costituzione e avvio degli Uffici di piano, la progettualità relativa allo sportello sociale, in relazione anche al processo programmatico zonale.

Mentre alcuni degli ambiti oggetto di monitoraggio e valutazione vengono analiticamente esaminati nei capitoli successivi, di seguito si indicano i risultati più importanti rilevati sugli aspetti generali di processo con impatto sul sistema regionale:

- ✓ Avvio del superamento della frammentazione delle politiche dei singoli Comuni e dei singoli settori, e avvio del processo di costruzione della zona sociale: è stato sicuramente compiuto un grande passo in avanti verso la razionalizzazione di una politica sociale finora dispersa fra le programmazioni dai confini spesso strettamente municipali, e fra esperienze programmatiche legate a singoli settori e a differenti fonti di finanziamento, prevalentemente autoreferenziali e scollegate tra di loro; a questo processo si è connesso, nelle realtà più avanzate, anche l'avvio, o lo sviluppo, di forme d'integrazione con le altre politiche, non solo quelle sanitarie, ma anche educative, abitative, della formazione e lavoro;
- ✓ Costruzione di un nuovo ruolo significativo di coordinamento e supporto delle Province, quasi inedito a livello nazionale;
- ✓ Attivazione di una vasta rete di soggetti sociali e del Terzo settore, attraverso la costruzione di sedi di "riconoscimento" e la valorizzazione di ciascun soggetto nel valutare i bisogni e l'offerta, nel progettare nuove risposte, nel concorrere a individuare priorità: si è così consolidata la costruzione di legami sul territorio, tra enti, tra professionalità, alimentando la cultura solidaristica e della partecipazione che sta alla base dei nuovi sistemi locali di welfare;
- ✓ Partecipazione diffusa delle Aziende USL, dei professionisti, del Direttore del Distretto, del Direttore generale come firmatario degli Accordi di programma³: tale risultato è anche l'effetto di quella ricerca – da parte dei Comuni associati - di integrazione operativa a livello territoriale con l'Ausl che superi la logica della delega o della separazione, verso la costruzione di un rapporto di partenariato nella programmazione congiunta;

² Cfr. il Rapporto di valutazione del processo di costruzione dei Piani di zona in Emilia-Romagna, materiale di documentazione dell'Assessorato alle politiche sociali, Regione Emilia-Romagna, aprile 2003.

³ In alcune Aziende il Direttore generale ha delegato alla sottoscrizione il Direttore di Distretto con un significativo riconoscimento della responsabilità di tale livello all'interno della programmazione sociosanitaria.

- ✓ Rilevazione di un sistema d'offerta consistente dal punto di vista quantitativo, ma soprattutto diffuso e diversificato nelle 39 zone sociali: sono state individuate – creando un glossario comune alla fine del primo anno di sperimentazione – circa 120 tipologie di intervento, tra strutture, servizi e azioni progettuali nelle diverse aree d'intervento. Queste sono presenti in misura significativa nella maggior parte dei territori delle zone sociali e testimoniano l'avanzato processo di flessibilizzazione e personalizzazione dell'offerta della rete emiliano-romagnola. Va letta in questo senso anche l'elevata presenza di scelte programmatiche nella maggior parte delle zone sia nell'area del consolidamento sia in quelle dello sviluppo e della sperimentazione, connotandosi alcune aree d'intervento (soprattutto infanzia e minori, e anziani) come quelle in cui più diffusa è la tendenza a sviluppare e a innovare l'offerta, in coerenza con i bisogni rilevati e con gli obiettivi regionali.

L'insieme di questi esiti positivi, ampiamente diffusi, si presenta con gradi e qualità diversa nelle zone, in relazione alle differenze ambientali, socioculturali, politiche, che hanno condizionato il processo programmatico. Esistono differenze evidenti tra zone costituite da un unico Comune o poco più, e altre da dieci e più Comuni; oppure tra zone in cui preesisteva ai piani una forma associativa e quindi una prassi condivisa e strumenti di gestione congiunta dei servizi, e altre in cui magari la maggior parte dei Comuni gestiscono i servizi tramite la delega all'Ausl o direttamente ma a livello singolo; o ancora tra zone in cui la maggior parte del territorio è montano e altre che coincidono con aree fortemente urbanizzate. Ciò che è importante e innovativo è l'aver rilevato le tendenze positive sopracitate in tutte le zone anche se con gradi diversi di realizzazione.

Questo risultato non deve comunque far sottovalutare le criticità e i rischi che pure emergono e che i nuovi indirizzi regionali (di seguito richiamati, e contenuti nella Delibera del Consiglio regionale 615/2004 e nel Documento preparatorio al Piano sociale e sanitario regionale) cercano di affrontare fornendo indicazioni e strumenti per la nuova programmazione zonale tendenti a superare questi limiti e a contrastare certi rischi.

In particolare emerge in diverse zone, nel rapporto con i soggetti del Terzo settore, una non sufficiente chiarezza e distinzione di ruoli e quindi un'ambiguità rispetto al potere decisionale e alla responsabilità programmatica di questi soggetti e di quelli istituzionali, riconfermando, rispetto alla ricerca di modalità innovative, l'approccio puramente consultivo; come pure è abbastanza diffusa una certa difficoltà all'interno del Terzo settore a individuare referenti effettivamente rappresentativi e riconosciuti come tali, attivando processi interni di riflessione e di delega.

Si rileva anche, in alcune realtà, una definizione non del tutto compiuta del ruolo del Comune capofila, e di un mandato chiaro da parte degli altri Comuni, e delle risorse umane da attivare per dare gambe a questo ruolo, rispetto a un Ufficio di piano che sia strumento condiviso e congiunto, connotato soprattutto sul piano della gestione degli interventi del Piano di zona, e non solo tecnico-consulenziale. E, connessa a questo tema, una attenzione non ancora diffusa sulla questione delle forme di gestione, che dovrà invece essere centrale nella fase di passaggio dalla sperimentazione all'attivazione dei piani come normale prassi programmatica. Anche il tema della valutazione e l'analisi della qualità degli interventi dovranno far parte in modo più centrale della programmazione

per garantire quell'ottica progettuale e attenta a costruire risposte aderenti ai bisogni emergenti, che deve connotare il nuovo welfare.

1.4 Linee di sviluppo e nuovi obiettivi per i Piani di zona 2005-2007

La nuova fase di programmazione zonale prevede il passaggio all'uso dello strumento del Piano come prassi normale e coincide temporalmente con l'introduzione nel sistema regionale e nei sistemi locali di diverse innovazioni derivanti dall'attuazione della L.R. 2/2003 e dall'approvazione della L.R. 29/2004 sul funzionamento del Servizio sanitario regionale. Di fatto quindi il Piano di zona, pur rientrando ora in un percorso a regime, si presenta come il delicato terreno della messa alla prova di un insieme complesso di provvedimenti, già formalizzati o in corso di elaborazione.

Il primo di questi è la riforma delle Ipab, cioè la trasformazione di queste in Aziende pubbliche di servizi alla persona, normata con due specifiche Direttive consiliari, approvate nel dicembre 2004, con le quali si connotano le future Aziende come soggetti che rientrano a pieno titolo nel sistema di interventi programmato dai Comuni con il Piano di zona. Questi dovranno elaborare un piano di aziendalizzazione che tenga conto del patrimonio di esperienza e di risorse complessive delle Ipab, anche riquilificando e sviluppando la loro capacità di risposta ai bisogni sociali. Tali scelte necessariamente si collocheranno all'interno del tema delle forme di gestione dei servizi, che costituirà il nodo attorno al quale definire il piano di aziendalizzazione e le modalità di rapporto con i diversi produttori, sviluppando la definizione e regolazione della gestione degli interventi come funzione associata dei Comuni della zona.

Un secondo elemento di innovazione è costituito dal Documento predisposto nel corso del 2004 in preparazione al Piano regionale sociale e sanitario 2005-2007: la scelta di un piano regionale integrato risponde all'obiettivo di realizzare, a fronte di un bisogno crescente di interventi che siano insieme sociali e sanitari, una risposta unitaria e integrata a diversi livelli. Il Documento di Piano comprende quindi un'area sull'elevata integrazione, nella quale indica obiettivi dell'integrazione sociosanitaria e strumenti istituzionali, programmatori, gestionali, professionali, finanziari; un'area delle politiche sociali, con indirizzi specifici in attuazione dell'art.27 della L.R. 2/2003; un'area delle politiche sanitarie in cui si definiscono le principali direttrici di consolidamento e di cambiamento in coerenza con la L.R. 29/2004.

Il complesso delle linee espresse dal Documento di Piano va nella direzione di un'interazione privilegiata delle politiche sociali con quelle sanitarie, in considerazione soprattutto dei bisogni sociali attuali e nella prospettiva a breve e medio termine, che prefigura una società regionale sempre più anziana e un target crescente di persone e famiglie tendenzialmente multiproblematiche. Ciò senza rinunciare alle integrazioni anche con le altre politiche - educative, formative, del lavoro, abitative, della mobilità e dell'ambiente - essenziali per uno sviluppo del welfare non solo riparativo e di tutela ma anche promozionale e preventivo.

Un ulteriore elemento di novità è costituito dall'istituzione, approvata con la Legge finanziaria regionale, L.R. 27/2004, del Fondo regionale per la non autosufficienza in attuazione della L.R. 2/2003: la norma prevede che il Fondo sia alimentato da risorse del fondo sociale regionale e del fondo sanitario regionale, oltreché da risorse statali finalizzate e da ulteriori risorse regionali

provenienti dalla fiscalità generale. Verranno così finanziate le prestazioni e i servizi sociosanitari definiti dal Piano regionale sociale e sanitario destinati alle persone in condizione di non autosufficienza, accertata con specifica valutazione. Annualmente a livello zonale verrà definito un Piano delle attività per la non autosufficienza, tramite lo strumento dell'Ufficio di piano, organizzato per questa sua funzione come struttura comune tra Comuni associati e Distretto.

E' all'interno di questo quadro fortemente in evoluzione che sono stati individuati obiettivi e linee guida specifici per i nuovi Piani di Zona 2005-2007 con la Delibera del Consiglio regionale 615/2004 che ha approvato il Programma annuale degli interventi e il riparto delle risorse derivanti dal fondo nazionale e dal bilancio regionale, e costituisce anticipazione e stralcio del Piano regionale. Vengono confermati e aggiornati gli **obiettivi di benessere sociale trasversali a tutte le aree di intervento:**

1. *Sviluppo e rafforzamento della coesione sociale*, coerentemente agli orientamenti espressi nell'Agenda per la politica sociale della Unione Europea e all'obiettivo di innescare un nuovo circolo virtuoso tra sviluppo sociale e intergenerazionale e sviluppo economico, incentivando la crescita e la diffusione della cultura della solidarietà. Fanno riferimento a questo obiettivo azioni di promozione sociale, interventi di contrasto alla povertà e al rischio di esclusione sociale, interventi di sostegno all'integrazione e all'inserimento sociale e lavorativo delle persone e delle famiglie immigrate, con particolare riferimento a quelle straniere, interventi di promozione e supporto alle autonome iniziative delle famiglie e delle comunità, alla condivisione tra uomini e donne delle responsabilità familiari, alle imprese e alle donne per favorire l'inserimento e il reinserimento femminile nel sistema produttivo (art. 9 L.R. 2/2003).
2. *Promozione dell'agio e del protagonismo di bambini, ragazzi e giovani* nei processi di formazione e di crescita dei più piccoli e dei più giovani, non solo di chi è in condizioni di disagio ma di tutti i bambini e i ragazzi. Fanno riferimento a questo obiettivo le azioni per il riconoscimento e la valorizzazione dei loro bisogni specifici e delle loro risorse, e per la messa in gioco di tali risorse all'interno dei diversi contesti (famiglia, scuola, ambienti informali), coltivando e facendo emergere le capacità di partecipazione, di autorganizzazione, di condivisione. In questa ottica si colloca l'incentivazione del servizio civile volontario come risorsa per i servizi e come occasione di formazione civile e sociale delle ragazze e dei ragazzi.
3. *Sostegno alla non autosufficienza e alla domiciliarità, sostegno alle responsabilità familiari e al lavoro di cura, alla condivisione di tali responsabilità, con particolare riferimento al ruolo delle donne*. In coerenza con le politiche avviate, si intende potenziare quest'indirizzo, con interventi e azioni diversificati, lungo due assi: a) sostegno e promozione delle scelte e dei progetti di vita delle persone - anziani, disabili, minori - con limitata autonomia; b) supporto all'insieme di risorse di cura e relazionali, anche familiari, che possono garantire la dignità e la libertà della persona parzialmente/totalmente non autosufficiente e, ove possibile, la sua vita indipendente, nonché la tutela del minore.

All'interno di queste finalità verso cui si orientano il sistema regionale e quelli locali, vengono declinati **gli obiettivi settoriali per le singole aree d'intervento:**

- ✓ Responsabilità familiari, capacità genitoriali e diritti dei bambini
- ✓ Politiche a favore dei giovani
- ✓ Immigrazione, asilo, lotta alla tratta
- ✓ Contrasto alla povertà
- ✓ Prevenzione e contrasto delle dipendenze e di altre forme di disagio sociale
- ✓ Politiche a favore di anziani e disabili.

Nel documento di Piano regionale viene data **valenza triennale** all'insieme di questi obiettivi, orientando la funzione programmatoria delle zone nelle diverse aree d'intervento su una prospettiva più di medio e lungo termine e fornendo una cornice più sicura e definita all'azione locale.

Nella delibera 615 vengono ribaditi e sviluppati anche alcuni **obiettivi di sistema**, relativi a processi e azioni che sostengono e qualificano l'azione di governo dei Comuni associati: sulla base anche di quanto emerso dalla sperimentazione, la finalità è costruire un'identità sempre più solida e definita della zona, connotata come il nuovo livello di governo territoriale delle politiche sociali e socio-sanitarie.

Si indica nel triennio della nuova programmazione la conclusione del processo di ricomposizione delle programmazioni settoriali, includendo all'interno dei Piani di zona anche gli interventi della L.285/1997 rivolti a bambini e adolescenti, e del Dlgs.vo 286/1998 per l'integrazione sociale degli immigrati. Con questo riallineamento delle diverse esperienze programmatiche si conferma e si potenzia l'indicazione di armonizzare le diverse politiche dei singoli Comuni nella stessa area e di definire coerenze e raccordi tra gli interventi di aree diverse e "confinanti" (giovani e contrasto alle dipendenze, immigrati e responsabilità familiari, ecc...). Anche la ricomposizione delle diverse risorse e delle diverse fonti di finanziamento, quindi la considerazione di tutta la spesa sociale dei Comuni nel Piano di zona, diventa un elemento di innovazione e di qualità della programmazione in quanto produce trasparenza reciproca tra i diversi soggetti responsabili del Piano e nei confronti dei cittadini, e sviluppa coordinamento e integrazione anche a questo livello, essenziale per l'attuazione delle politiche.

Il rafforzamento e la qualificazione della zona sociale si realizza prioritariamente tramite lo sviluppo dell'esercizio associato delle funzioni amministrative: dalla programmazione in forma associata, alla gestione del sistema di interventi e servizi, al monitoraggio e valutazione del Piano, fino al piano di trasformazione delle Ipub in Aziende pubbliche di servizi alla persona, alla costituzione del Fondo sociale locale, all'accreditamento e alla gestione dei contratti con i fornitori.

Si tratta di un processo graduale e complesso, ma ineludibile per rinnovare le politiche sociali: a supporto di questo sviluppo vanno alcune scelte regionali significative, quali:

- ✓ il sostegno al consolidamento dell'Ufficio di piano, che è la struttura di snodo tra gli indirizzi politici assunti dal Comitato di Distretto e l'attività del Tavolo tecnico di progettazione e gestione dei diversi contenuti del Piano;

- ✓ l'indicazione di individuare il Comune promotore del Piano che ha un ruolo di impulso e coordinamento nella costruzione del Piano e nel rapporto con tutti i soggetti istituzionali e del privato sociale, anche con riferimento alla prossima attuazione del Piano regionale;
- ✓ il sostegno alla sperimentazione dello sportello sociale, come punto unico d'accesso al sistema integrato d'interventi a livello zonale, in raccordo con i punti già attivati dal privato sociale e con la rete degli sportelli sanitari.

Negli indirizzi regionali si sottolinea anche la necessità di consolidare e sviluppare l'integrazione delle politiche sociali con le altre politiche (sanitarie, formative e del lavoro, abitative, urbanistiche, per la mobilità e per l'ambiente): questo tema è cruciale per riuscire a costruire un welfare che abbia come riferimento la qualità della vita delle persone e delle comunità e non solo gli svantaggi e le difficoltà di singoli.

In questa prospettiva, in cui l'area delle politiche sociali viene individuata come l'insieme di attività che fanno parte della vita sociale e del benessere di ciascuno, bambino, adulto o anziano che sia, occorre promuovere e rafforzare la partecipazione di tutti i soggetti sociali e in particolare del Terzo settore, delle rappresentanze dei cittadini, delle organizzazioni sindacali, individuando regole e sedi idonee per il confronto e la concertazione zonale, in un'ottica di diffusione della responsabilità sociale.

Nelle procedure individuate nella delibera 615/2004 come linee guida per il processo di elaborazione e approvazione dei Piani 2005-2007 vengono introdotte alcune novità rispetto alla sperimentazione che derivano dalle riflessioni sugli esiti sperimentali e dall'attuazione della L.R. 2, approvata durante il percorso.

Con l'obiettivo di realizzare una partecipazione più piena e meglio definita del Terzo settore, si indica di individuare, in sede di avvio del processo, le modalità di concorso del Terzo settore ai Piani, tenendo a riferimento i criteri della rappresentanza e della massima efficacia della partecipazione, in riferimento sia a parametri quantitativi che qualitativi. Viene evidenziata l'importanza che siano espliciti e trasparenti i tempi, le procedure e le sedi, garantendo il più ampio coinvolgimento. Si sottolinea inoltre l'opportunità che siano attivati anche processi interni alle diverse componenti del privato sociale per individuare forme di rappresentanza adeguate.

Al fine di consolidare il processo di costruzione della zona, l'individuazione del Comune capofila della zona deve contribuire a dare unitarietà e coerenza al Piano, nelle fasi di elaborazione, di conclusione e di gestione, tramite l'esercizio di una funzione specifica di promozione e di regia. L'attivazione degli organismi a livello politico e tecnico, l'avvio formale del procedimento, il coinvolgimento dei soggetti interessati, sono le azioni strategiche di avvio e sostegno del processo in capo al Comune capofila, come pure la conclusione degli Accordi di programma, la promozione dei Protocolli di adesione da parte dei soggetti sociali, l'individuazione delle sedi e modalità della valutazione.

Viene riaffermato il principio e la prassi della valutazione come funzionale a riprogrammare e riprogettare con sempre maggior adeguatezza e efficacia, ai diversi livelli di governo: la Regione per

orientare gli indirizzi di politica regionale, la Provincia per svolgere al meglio il ruolo di sostegno dei territori, le Zone per riprogettare le politiche locali sulla base degli esiti operativi.

L'area dell'integrazione sociosanitaria assume una forte centralità alla luce della costituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza, e del recente percorso di elaborazione del documento preparatorio al futuro Piano sociale e sanitario regionale. Vengono individuati nuovi strumenti istituzionali di governo dell'alta integrazione, valorizzando l'ambito territoriale provinciale e quello zonale e i rispettivi organi politici: la Conferenza territoriale sociale e sanitaria e il Comitato di Distretto; vengono definiti nuovi strumenti di integrazione organizzativa, le Agenzie territoriali sociosanitarie, cioè Uffici unici, costituiti - ai sensi dell'art.30 del Testo unico sull'ordinamento delle Autonomie locali - nell'ambito degli Uffici di piano, con funzione progettuale e gestionale rispetto ad attività e servizi per la non autosufficienza, in raccordo con l'insieme degli interventi ad alta integrazione sociosanitaria.

Anche l'ambito delle aree ad alta integrazione viene ridefinito, indicando lo sviluppo, a partire da modelli e protocolli operativi nelle aree già consolidate, di interventi integrati per la salute mentale, i malati terminali, gli adulti in condizione di disagio, le dipendenze da sostanze e da alcool. Rientra in questa prospettiva anche l'individuazione di percorsi integrati per le professionalità sociali e sanitarie, a livello di formazione continua congiunta e, laddove la domanda di cura e assistenza lo richieda, di sviluppo di figure professionali integrate.

E' questo un quadro d'insieme di forte complessità in cui la valorizzazione di culture e patrimoni storicamente sviluppati nei territori si affianca all'introduzione di significative innovazioni derivanti da norme nazionali e regionali, e da specifiche scelte regionali. In questo contesto in cui sempre maggiore peso e responsabilità assume il livello locale delle politiche è decisivo porsi l'obiettivo strategico di costruire coerenza tra lo sviluppo dei welfare locali e lo sviluppo del sistema regionale, individuando nell'orientamento comune ad alcuni principi "forti" l'ambito di coerenza e condivisione tra i diversi livelli di governo.

E' l'equità che si configura come asse portante delle nuove politiche sociali, definite come strumento per attuare i diritti di cittadinanza sociale, in un'ottica di graduale costruzione di un sistema regionale di LIVEAS:

- ✓ equità nel realizzare il diritto individuale dei cittadini all'accesso e alla fruizione delle prestazioni sociali e sociosanitarie, secondo il principio che a parità di bisogni occorre garantire a cittadini e cittadine le stesse opportunità di servizio;
- ✓ omogeneità nella distribuzione territoriale di servizi e interventi a livello zonale e provinciale: in tale prospettiva occorrerà riflettere nella nuova fase di programmazione zonale su quali livelli minimi dovranno essere garantiti per i servizi e gli interventi della rete locale, e su quali sviluppi o sperimentazioni si dovranno promuovere per rispondere a nuovi bisogni;
- ✓ equità nella compartecipazione ai costi dei servizi da parte degli utenti: tale principio presuppone la condivisione di un percorso di approfondimento e di elaborazione comune a livello di zona e

regionale, già avviato con l'uso e la revisione dello strumento della rilevazione della spesa per i Piani di zona, sulla determinazione del costo complessivo di ciascun servizio, sulla definizione delle tariffe e sull'applicazione dell'ISEE.