

**La legge 328/2000 a 10 anni
dall'approvazione: innovazioni e
difficoltà di attuazione.**

**Il caso della Regione Emilia-Romagna:
quale attuazione della 328/2000.
Innovazioni di sistema e modello di
governance**

**Fabrizia Paltrinieri
Servizio politiche sociali e per la salute
Provincia di Bologna**



L'importanza della legge 328/2000: impatto e attuazione

L'8 novembre 2000 il Parlamento ha approvato la legge 328 *“Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali”*.

La legge è una sorta di “manifesto culturale” della politica sociale del nostro paese per la realizzazione di un nuovo sistema di **Welfare municipale e comunitario**:

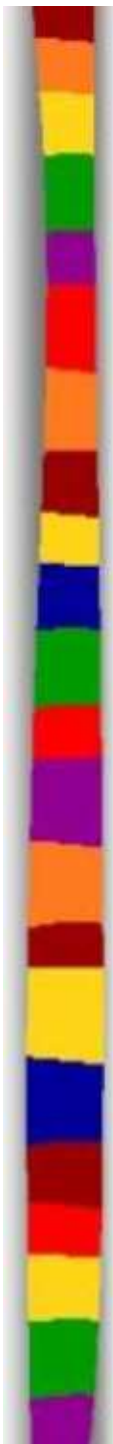
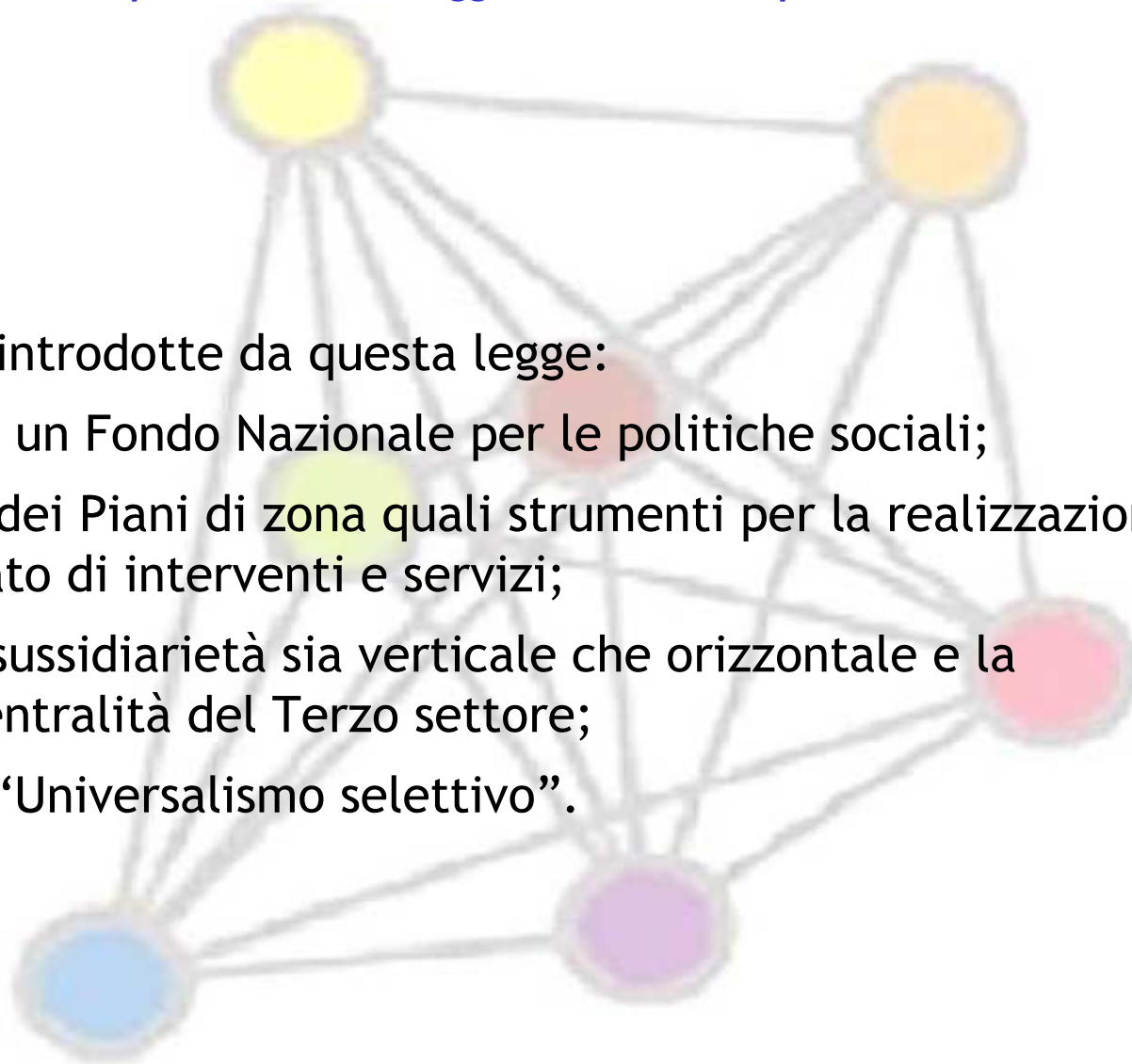
- *municipale* perché individua la centralità del Comune cui fanno capo le competenze in materia sociale,
- *comunitario* perché sottolinea l'importanza del coinvolgimento della comunità, intesa come rete di soggetti pubblici e privati, di risorse formali e informali, di relazioni di reciprocità e fiducia, di nuove energie e responsabilità.

Legge lungamente attesa (legge Crispi è del 1890 e riforma Servizio sanitario nazionale n°833 risale al 1978), in parte anticipata da leggi regionali di riordino delle competenze socio-sanitarie, la 328 si è posta l'obiettivo di **superare gli squilibri tra le diverse zone del Paese, tra le diverse categorie di aventi diritto e nella distribuzione delle risorse tra il comparto dei servizi e il comparto delle prestazioni monetarie.**

L'importanza della legge 328/2000: impatto e attuazione

Molti le novità introdotte da questa legge:

- l'istituzione di un Fondo Nazionale per le politiche sociali;
- la definizione dei Piani di zona quali strumenti per la realizzazione del Sistema integrato di interventi e servizi;
- il principio di sussidiarietà sia verticale che orizzontale e la conseguente centralità del Terzo settore;
- il principio di "Universalismo selettivo".





L'importanza della legge 328/2000: impatto e attuazione

Il 18 ottobre 2001 viene approvata la legge costituzionale n°3 “*Modifica al Titolo V della Costituzione*” che attribuisce alle **Regioni il potere legislativo esclusivo in materia di assistenza sociale**, riservando però allo Stato la definizione dei **livelli essenziali delle prestazioni** da garantire su tutto il territorio nazionale a tutela dei diritti sociali.

La modifica del Titolo V della Costituzione, rimandando il potere legislativo in materia di servizi sociali alle Regioni, comporta il rischio di progressivo “svuotamento” delle potenzialità innovatrici della 328/00.

La riforma costituzionale affida infatti ai legislatori regionali spazi di autonomia maggiori e differenti rispetto alla materia sociale prevista dalla 328/00, con la conseguenza che le Regioni possono *valutare* se costruire il proprio sistema di servizi sociali facendo riferimento alla normativa nazionale della 328/00.

Allo Stato rimane potestà legislativa sulla determinazione dei livelli essenziali di assistenza, nel tentativo di contenere rischi di forti disuguaglianze tra le diverse aree del Paese, come noto mai introdotti.



L'impatto culturale della legge 328/00

Fondamentale è risultato l'impatto della legge a livello culturale sulla concezione delle politiche e dei servizi sociali.

Essa ha consolidato lo sviluppo legislativo degli anni 90 (*legge 285/97 sugli interventi a sostegno delle responsabilità familiari e in favore dei minori e adolescenti, legge 45/99 sulle dipendenze, legge 40/98 in materia di immigrazione, l'istituzione di un seppur limitato fondo sociale locale, la sperimentazione del reddito minimo di inserimento*), orientato a **superare approcci di tipo assistenziale** mirati su casi problematici per assumere la prospettiva della **PREVENZIONE**, volta ad intercettare il disagio nel suo manifestarsi per contenerne lo sviluppo, gestirlo, riconoscendo e valorizzando le risorse del soggetto, delle famiglie, delle comunità locali secondo una **logica pro-attiva**.

L'impatto culturale della legge 328/00

La 328 sottolinea l'importanza dell'**INTEGRAZIONE** tra i diversi interventi nelle politiche sociali e tra le diverse politiche, tema essenziale per perseguire il benessere individuale e sociale.

L'integrazione è posta come contenuto e requisito fondamentale delle politiche sociali, ponendole al centro delle istituzioni di governo interessate (comuni e ausl). Trattandosi di obiettivo molto ambizioso, se l'integrazione tra servizi ed interventi (sistema integrato) e tra politiche settoriali (scolastiche, educative, abitative, formative, occupazionali...) non è sostenuta ed accompagnata in modo adeguato, il rischio di progressiva settorializzazione degli interventi resta molto forte, rendendo incerta l'attuazione della 328 stessa.

Nello specifico l'**integrazione tra sociale e sanitario** è un aspetto fondamentale della legge 328/2000 che in più punti ne sottolinea l'importanza.

Il **piano di zona** rappresenta una grande **opportunità** per realizzare l'integrazione tra sociale e sanitario in una logica di concertazione tra soggetti autonomi di pari dignità, infatti le attività socio-sanitarie devono essere programmate congiuntamente tra comuni e ausl, con scelte concordate e coerenti sia nei PDZ che nei PAT dei distretti sanitari.



L'impatto istituzionale e i piani di zona

In seguito alle elezioni del 2001 e il cambio di maggioranza al governo, sulla 328 è caduto il silenzio, nessun riferimento nel libro bianco di allora, ma nemmeno nel più recente libro verde.

Al contempo a livello locale moltissimi passi avanti sono stati fatti nel corso degli anni, anche se secondo una articolazione variabile.

La legge 328/2000 attribuisce un ruolo fondamentale al **Comune**, o meglio ai Comuni associati nell'ambito - zona sociale, che devono concertare la propria programmazione e dialogare con l'ASL in una logica di integrazione a livello territoriale, farsi promotori di iniziative di mobilitazione di tutti gli altri attori locali, pubblici e del privato sociale.

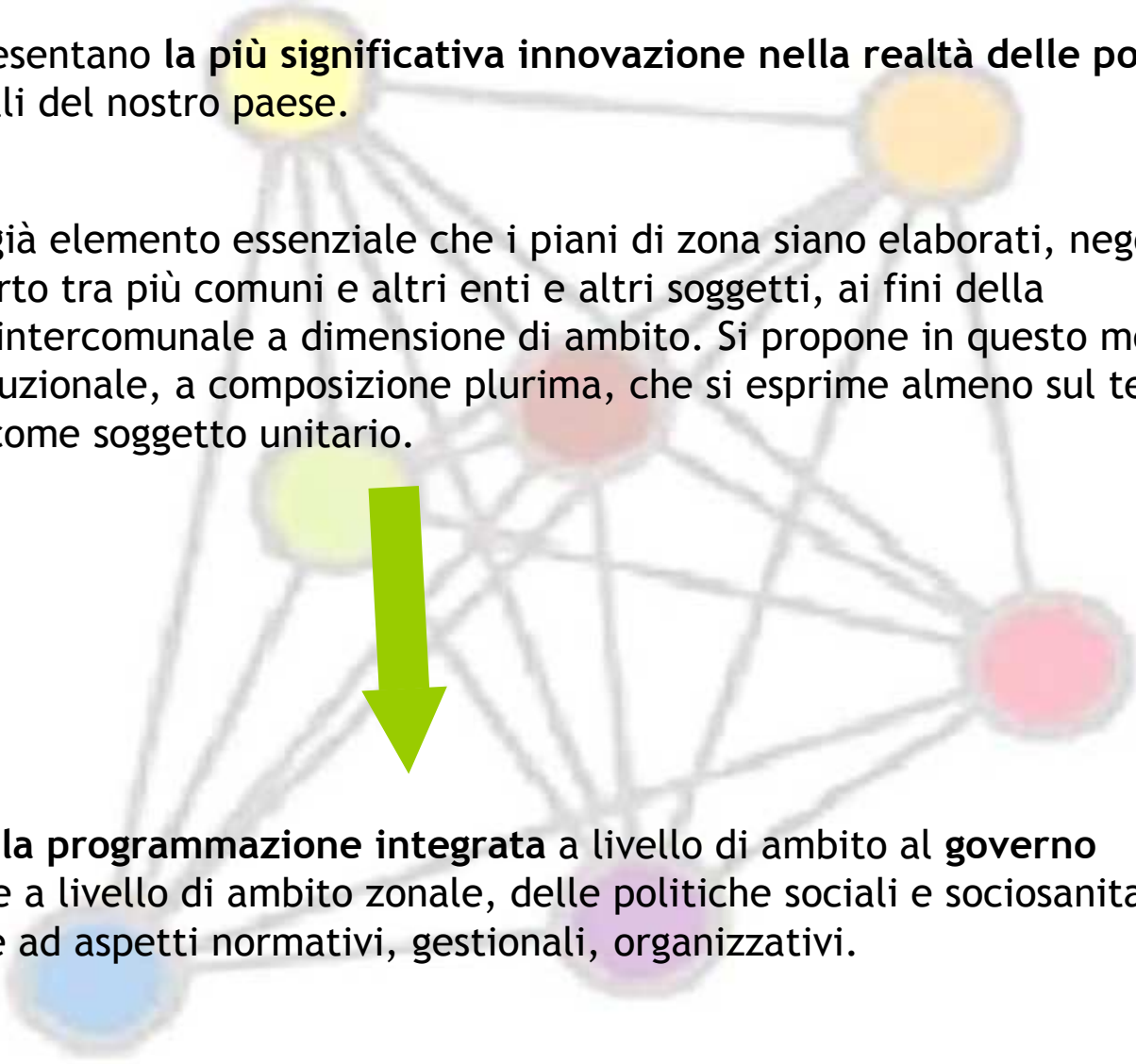
Attraverso lo strumento dell'accordo di programma i **Comuni associati** a livello di ambito si propongono quale **nuovo soggetto istituzionale** chiamato a realizzare, nella propria zona, di norma coincidente con il distretto sanitario, il sistema integrato di interventi e servizi sociali che la 328 promuove sin nel titolo.



L'impatto istituzionale e i piani di zona

I piani di zona rappresentano la più significativa innovazione nella realtà delle politiche e dei servizi sociali del nostro paese.

Aldilà dei risultati è già elemento essenziale che i piani di zona siano elaborati, negoziati, costruiti di concerto tra più comuni e altri enti e altri soggetti, ai fini della programmazione intercomunale a dimensione di ambito. Si propone in questo modo un nuovo attore istituzionale, a composizione plurima, che si esprime almeno sul terreno programmatico come soggetto unitario.



la sfida è passare dalla programmazione integrata a livello di ambito al **governo integrato**, sempre a livello di ambito zonale, delle politiche sociali e socio-sanitarie, in riferimento anche ad aspetti normativi, gestionali, organizzativi.

L'impatto istituzionale e i piani di zona

Analizzando la **legislazione e programmazione sociale** nelle Regioni e Province autonome, la situazione appare la seguente:

Leggi di riordino sono state approvate in Emilia-Romagna, Puglia, Piemonte, Abruzzo, Basilicata, Campania, Calabria, Friuli, Lazio, Liguria, Marche, Molise, Sardegna, Toscana, Veneto, Lombardia per un totale di 16 su 22 regioni e province autonome.

Piani sociali e sanitari regionali realizzati in Abruzzo, Basilicata, Calabria, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Umbria, Trento, Bolzano, Valle d'Aosta, Veneto 19 su 22 regioni e province autonome.

Piani di zona realizzati in Lombardia, Liguria, Emilia-romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Campania, Abruzzo, Basilicata, Veneto, Piemonte, Sicilia, Marche, Puglia, Friuli.....



Le sfide da affrontare e le prospettive da perseguire

Utile ricordare le **prospettive strategiche** poste dalla 328/00 e da perseguire per il prossimo futuro:

1-Il ns sistema socio-assistenziale è **ancora fortemente squilibrato nelle erogazioni economiche**, che assorbono il 95% della spesa, con un marcato sottosviluppo del sistema dei servizi, che si accentua drammaticamente nel sud Italia.

Erogare servizi non è equiparabile ad erogare soldi. I servizi qualificano un **welfare di tipo comunitario**, mentre le erogazioni monetarie caratterizzano un welfare di tipo assistenziale. E' importante pensare ad un riequilibrio fra erogazioni monetarie e servizi, prevedendo la generalizzazione di un sistema integrato di servizi su tutte le aree.

Inoltre "...le erogazioni monetarie sono quasi nella totalità gestite dal livello nazionale, assegnate con una valutazione una tantum e senza forme di monitoraggio sul loro effettivo uso per fronteggiare situazioni di bisogno... Un sistema così centralizzato è incompatibile con l'attribuzione costituzionale delle competenze legislative alle regioni e amministrative ai comuni". Questo sistema risulta ingessato ed ostacola i processi di riforma anche a opera delle regioni.

E' cruciale passare da sistemi che individuano i soggetti fruitori di erogazioni monetarie quali attori passivi per passare a **politiche ed interventi attivi che prevedano un coinvolgimento attivo del soggetto, individuandone risorse e competenze, valorizzandole in vista di una corresponsabilizzazione del soggetto nel progetto di reinserimento sociale.**



Le sfide da affrontare e le prospettive da perseguire

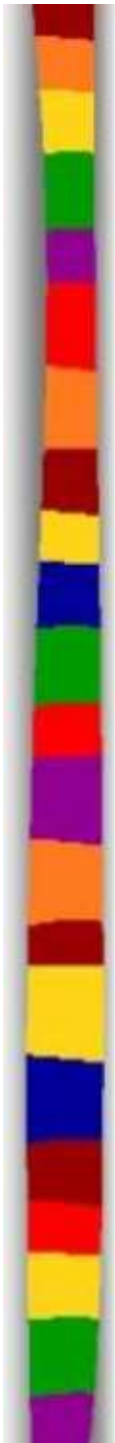
2- Importante è seguire la strada delineata dalla 328/00 mirando a potenziare **ruolo, funzioni dei comuni** ma anche attribuendo **risorse congruenti**, per realizzare il sistema integrato di interventi e servizi definito dalla legge quadro.

Il governo di tutti i servizi sociali e sociosanitari e delle risorse deve essere allocato progressivamente a livello di zona sociale ed il **piano di zona** deve divenire lo **strumento principe della programmazione e valutazione** dei servizi sociali e sociosanitari.

occorre una seria ridefinizione e quantificazione del **fondo sociale nazionale** a livelli di effettiva compartecipazione dello Stato al finanziamento dei livelli essenziali di assistenza, ben oltre quindi l'attuale configurazione ed entità .

3- Al livello nazionale rimane la responsabilità ed il ruolo di definizione e garanzia dei diritti propri di tutti i cittadini, ovunque risiedano, e di livelli di servizi ed interventi adeguati ad assicurare l'attuazione effettiva di tali diritti.

Questa funzione centrale deve essere svolta con la **definizione dei livelli essenziali delle prestazioni LEPS** e **l'assicurazione dei finanziamenti adeguati** alla loro attuazione (previsti sia dalla 328/00 che dall'articolo 117 comma 2 m della Costituzione riformata).



**Il caso della Regione Emilia-Romagna:
quale attuazione della 328/2000.
Innovazioni di sistema e modello di
governance**





L'esperienza della Regione Emilia-Romagna

- **Prima sperimentazione Piani di zona distrettuali - anno 2002-**
- **Legge Regionale 12.03.2003 , n. 2 “Norme per la cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” -anno 2003-**
- **Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008-2010 approvato con DCR n°175/2008 -anno 2008-**




Il Cantiere del nuovo welfare regionale

All'inizio della legislatura, Regione ed Enti locali convergono di avviare il Cantiere del nuovo welfare regionale, per realizzare un sistema integrato sociale e sanitario:

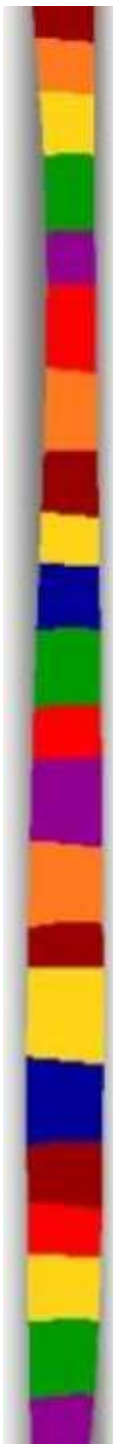
- più equo
- più appropriato
- più inclusivo.

Viene costituita la Cabina di Regia regionale per le politiche sociali e sanitarie, costituita dagli assessori regionali competenti e da una rappresentanza di assessori comunali e provinciali.



Il progetto del cantiere

- definizione degli **ambiti** e degli **strumenti di governance** regionale, intermedia e locale
- **integrazione** degli strumenti di programmazione sociale e sanitaria
- aumento delle **risorse** (FRNA e FSLD)
- **equità** nella distribuzione delle risorse
- riforma delle IPAB e costituzione delle **ASP**
- sistema di **accreditamento** dei servizi sociosanitari e sociali





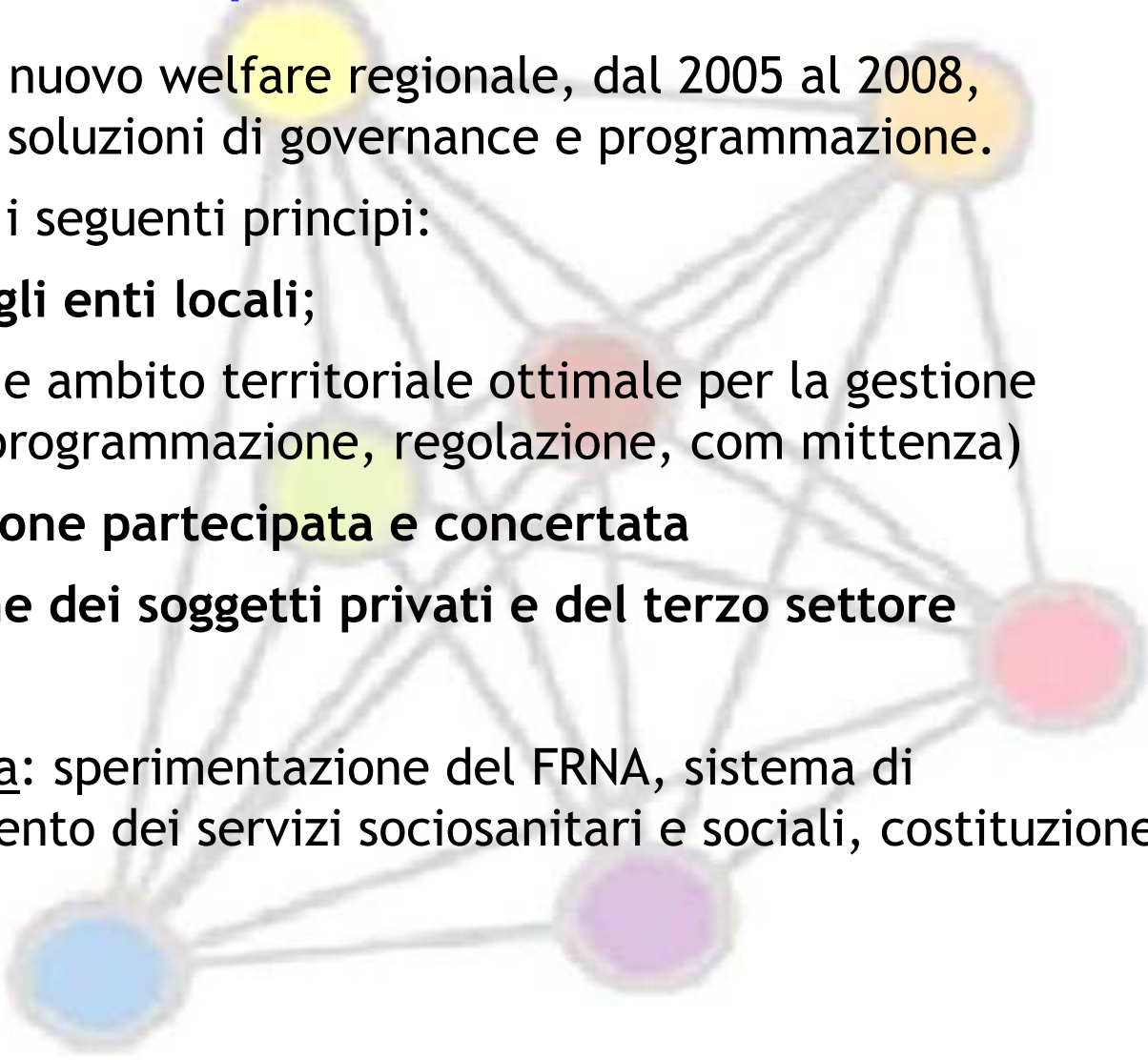
La sperimentazione

Il Cantiere del nuovo welfare regionale, dal 2005 al 2008, sperimenta soluzioni di governance e programmazione.

Si consolidano i seguenti principi:

- centralità degli enti locali;
- distretto come ambito territoriale ottimale per la gestione associata (programmazione, regolazione, comittenza)
- programmazione partecipata e concertata
- valorizzazione dei soggetti privati e del terzo settore

Banchi di prova: sperimentazione del FRNA, sistema di accreditamento dei servizi sociosanitari e sociali, costituzione delle ASP.



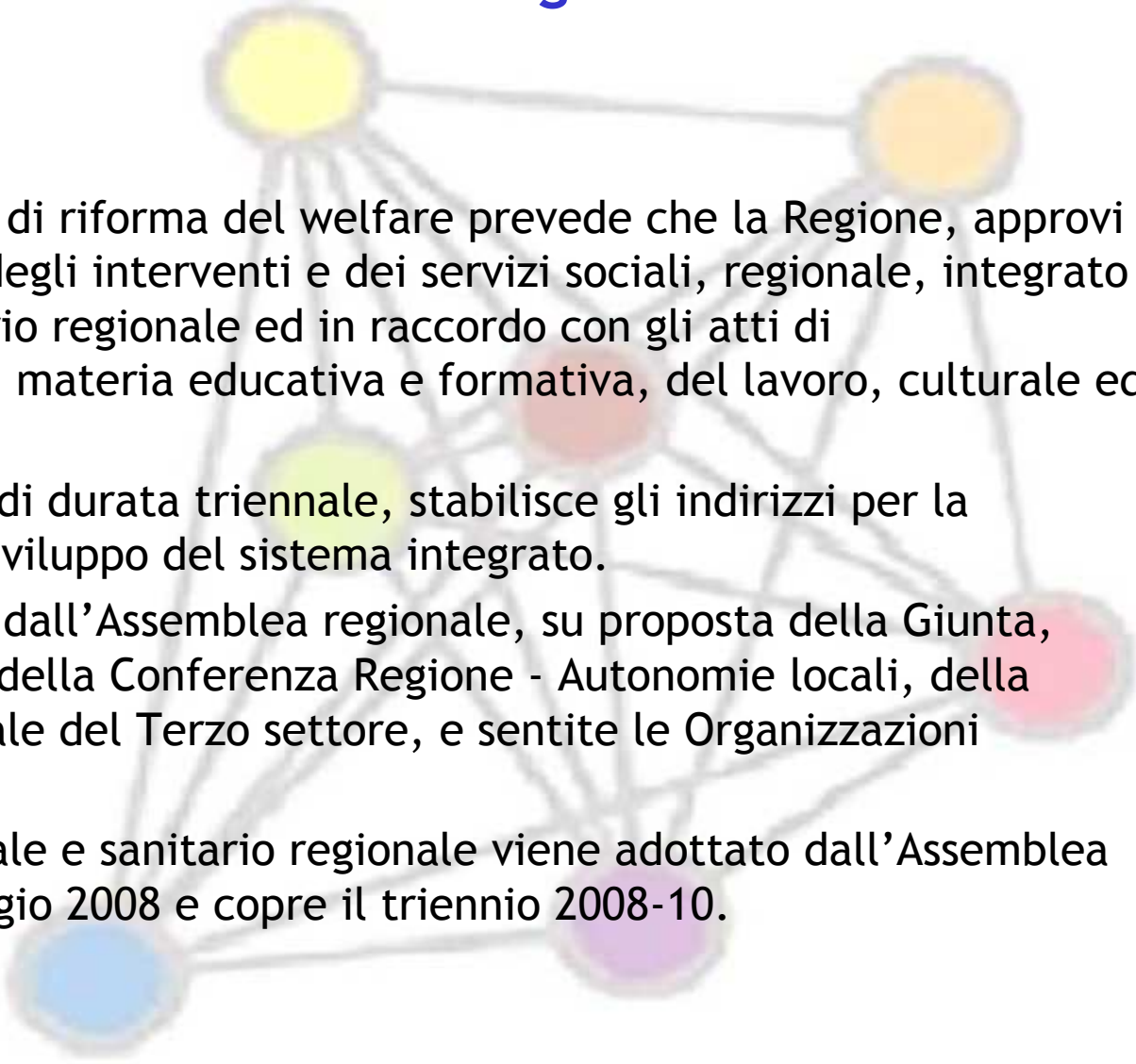
Il piano sociale e sanitario 2008-2010

Il primo Piano Sociale e Sanitario regionale recepisce i risultati della sperimentazione:

- welfare di comunità per il benessere dei cittadini,
- forte presenza di garanzia delle istituzioni,
- processi decisionali, programmatori ed attuativi, fortemente partecipati,
- separazione delle funzioni pubbliche di governo (programmazione, regolazione, verifica dei risultati) da quella di produzione dei servizi e delle prestazioni.



Il Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010



La Legge regionale di riforma del welfare prevede che la Regione, approvi il Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, regionale, integrato con il Piano sanitario regionale ed in raccordo con gli atti di programmazione in materia educativa e formativa, del lavoro, culturale ed abitativa.

Il Piano regionale, di durata triennale, stabilisce gli indirizzi per la realizzazione e lo sviluppo del sistema integrato.

Il Piano è adottato dall'Assemblea regionale, su proposta della Giunta, acquisito il parere della Conferenza Regione - Autonomie locali, della Conferenza regionale del Terzo settore, e sentite le Organizzazioni sindacali.

Il Primo Piano sociale e sanitario regionale viene adottato dall'Assemblea legislativa nel maggio 2008 e copre il triennio 2008-10.



Il Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010

Il Piano intende affermare una idea di welfare di comunità per il benessere dei cittadini, basato su una forte presenza di garanzia del “pubblico” e, contemporaneamente, su processi decisionali, programmatori ed attuativi di servizi ed interventi sociali e sanitari, fortemente partecipati dalle organizzazioni della società civile, delle parti sociali, del terzo settore e dalle stesse persone e famiglie che esprimono esigenze di sostegno e cura

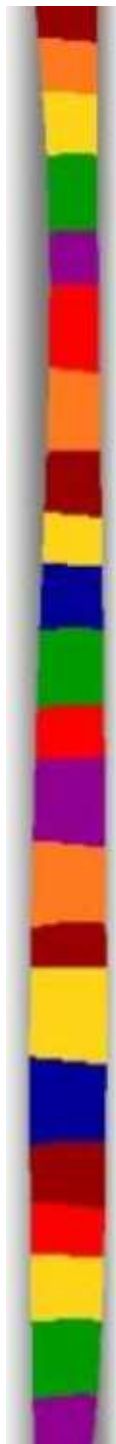
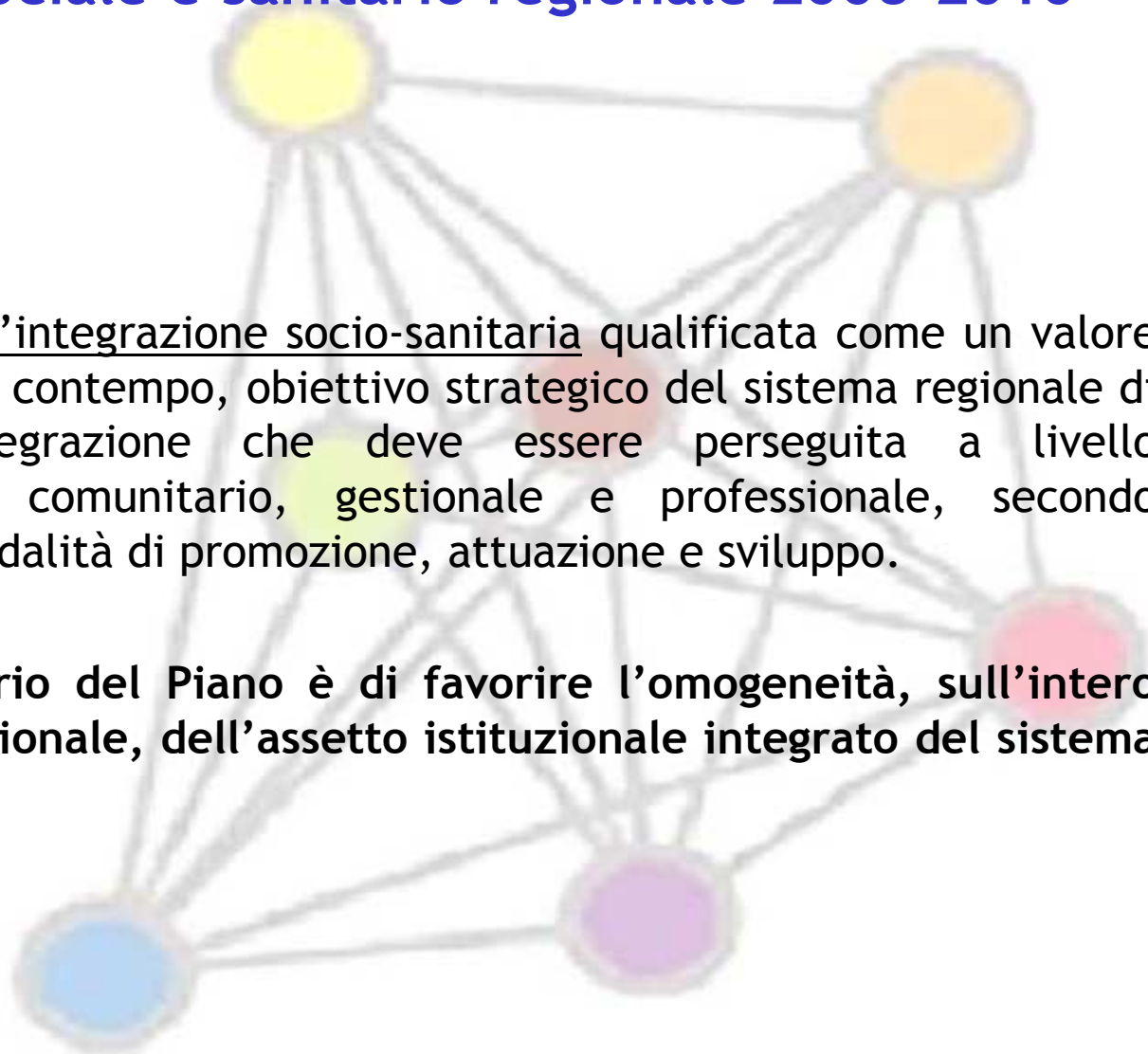
La salvaguardia del tessuto solidaristico, caratteristico della comunità regionale è una delle priorità che orienta tutta l'impostazione del welfare territoriale e viene sostenuta con l'assunzione di piena responsabilità del pubblico e con il riconoscimento della funzione pubblica dei soggetti della società civile, che vengono chiamati a partecipare alla programmazione ed alla individuazione delle priorità per la pianificazione sociale e sanitaria, a cominciare dal livello regionale.

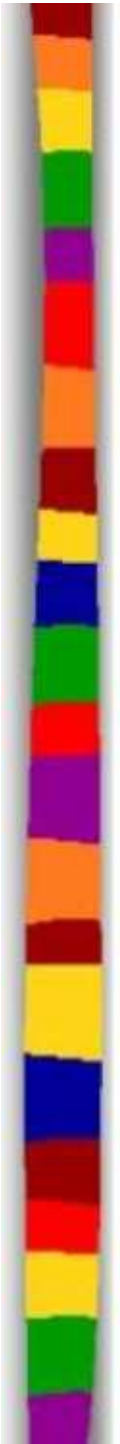
Inoltre, il Piano si pone in relazione con la pianificazione strategica regionale e prospetta analoghe dinamiche nella governance territoriale a livello provinciale, distrettuale e dei Comuni.

Il Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010

Il Piano assume l'integrazione socio-sanitaria qualificata come un valore primario e, al contempo, obiettivo strategico del sistema regionale di welfare, integrazione che deve essere perseguita a livello istituzionale, comunitario, gestionale e professionale, secondo specifiche modalità di promozione, attuazione e sviluppo.

Obiettivo primario del Piano è di favorire l'omogeneità, sull'intero territorio regionale, dell'assetto istituzionale integrato del sistema di welfare.





Il modello di governance delineato dal PSSR



Il sistema regionale di governance delle politiche per la salute e il benessere sociale

| | Strumenti di programmazione | Organismi di governance | Strumenti di supporto |
|------------------------------------|---|--|--|
| Ambito regionale | Piano sociale e sanitario regionale | Cabina di regia per le politiche sociali e sanitarie | Comitato tecnico scientifico della Cabina di regia |
| Ambito Intermedio (AUSL/Provincia) | Atto di indirizzo e coordinamento (contenente il Profilo di comunità) | Conferenza territoriale sociale e sanitaria | Ufficio di supporto alla Conferenza |
| Ambito distrettuale | Piano di zona per la salute e il benessere sociale | Comitato di distretto | Ufficio di piano |



Il livello regionale

- **Assemblea legislativa regionale e Giunta regionale**
 - **Consiglio delle Autonomie locali.** organo di rappresentanza, consultazione e coordinamento tra Regione e enti locali
 - **Cabina di regia regionale per le politiche sociali e sanitarie:** luogo di confronto, coordinamento e collaborazione tra Regione e autonomie locali, strumento di confronto anche con ooss e terzo settore. (si avvale del supporto di un Comitato tecnico scientifico)
- 



La Cabina di regia per le politiche sociali e sanitarie

Istituita nel dicembre 2005 (Accordo Regione - Autonomie locali).

Composta dagli Assessori regionali alle politiche per la salute e alla promozione delle politiche sociali e di quelle educative, dai Presidenti delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie o loro delegati e dai Sindaci dei Comuni capoluogo delle Province o loro delegati.

Sede di confronto, coordinamento ed integrazione tra la Regione e il sistema delle Autonomie locali, in materia di politiche sanitarie e sociali;

Svolge attività di impulso, di proposta, di valutazione e di supporto all'attività istruttoria preliminare e propedeutica alla formazione delle decisioni della Regione;

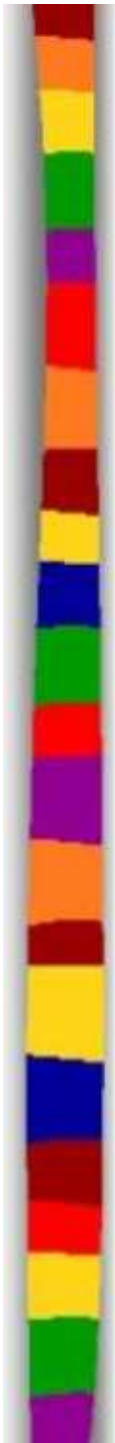
Può predisporre protocolli, aventi ad oggetto la regolamentazione comune dell'organizzazione di servizi ed interventi nel settore ed esprime pareri sulla coerenza degli interventi e dei servizi locali con tali protocolli.



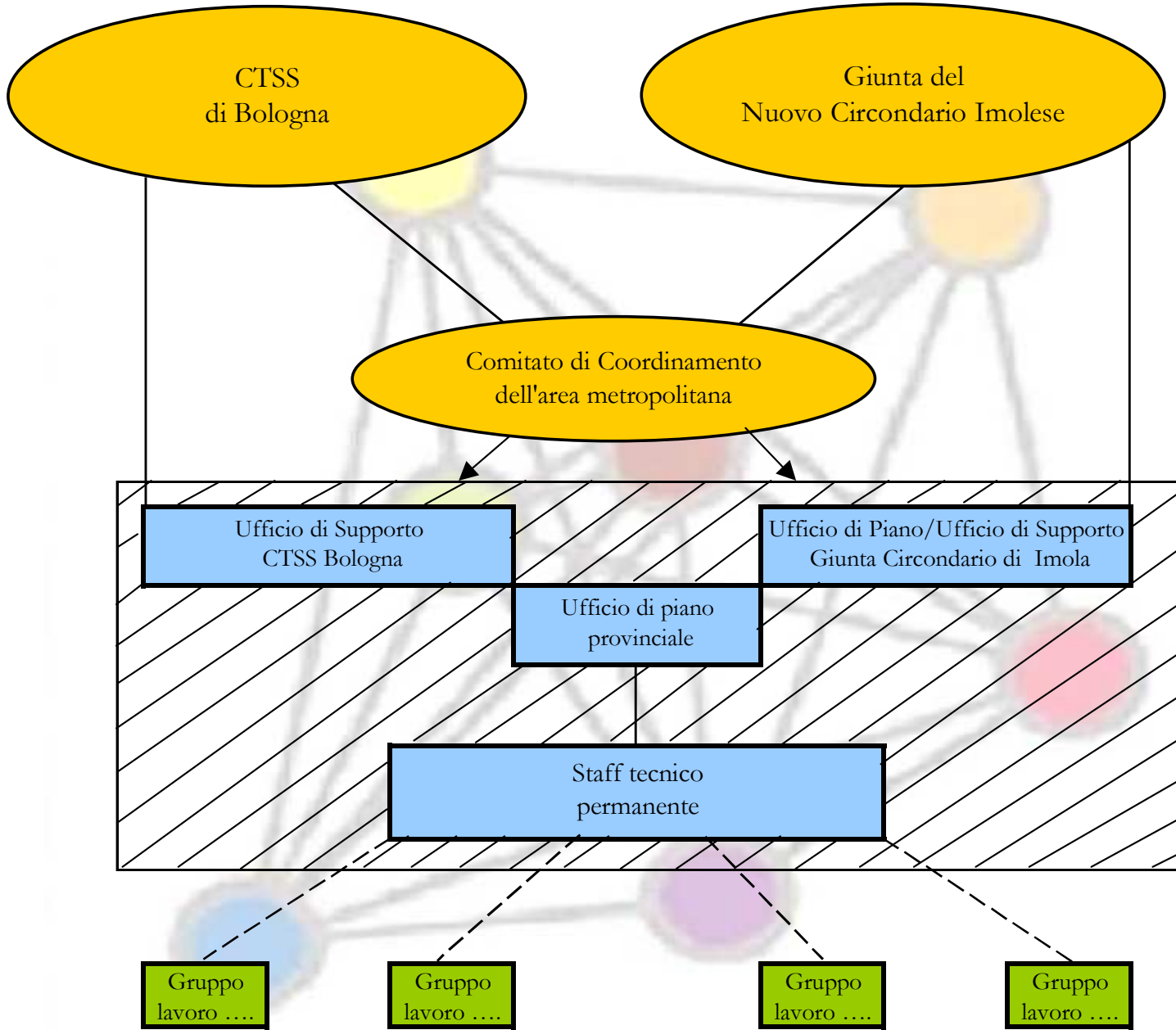
Il modello di governance a livello intermedio

CTSS di Bologna e Giunta Nuovo Circondario Imolese





livello intermedio





La Conferenza territoriale sociale e sanitaria

Istituita nel 1994, nell'ambito della riforma sanitaria regionale, con funzioni di indirizzo e di verifica dell'attività dell'AUSL. Nel 2003, con la legge regionale di riforma del welfare, assume la denominazione di Conferenza territoriale sociale e sanitaria.

Composta dai Sindaci dei Comuni ricompresi nell'ambito territoriale di ciascuna AUSL, o loro delegati, dal Presidente della Provincia, o suo delegato; nelle Province in cui sia presente la sede universitaria, partecipa il Rettore, limitatamente alle materie di suo interesse. Alle sedute partecipa il Direttore della AUSL

Obiettivi che si intendono perseguire sono: integrazione dei diversi soggetti e competenze istituzionali; semplificazione e armonizzazione degli strumenti di programmazione che incidono sull'ambito territoriale; sviluppo di una identità in grado di rafforzare e valorizzare l'articolazione distrettuale a rete del sistema territoriale integrato.

Funzioni di indirizzo, consultive, propulsive, di controllo e indirizzo.



L'Ufficio di supporto alla CTSS

La CTSS, come previsto nel PSSR, nel regolamentare il proprio funzionamento, disciplina l'organizzazione dell'Ufficio di Supporto, strumento tecnico - istruttorio a sostegno delle funzioni della Conferenza, in particolare della elaborazione dell'Atto di coordinamento e indirizzo provinciale triennale.

I principali compiti dell'Ufficio sono: supporto informativo; monitoraggio ed istruttoria ai fini dell'attività di indirizzo e verifica; promozione, raccordo e coordinamento, anche rispetto agli ambiti distrettuali; supporto alle iniziative di comunicazione e partecipazione politica; funzioni di segreteria.

La costituzione dell'Ufficio avviene sulla base di specifici accordi tra gli Enti interessati, evitando ridondanze, anzitutto attraverso la valorizzazione e l'efficace ed efficiente organizzazione delle competenze professionali e delle risorse tecniche già disponibili presso gli enti che partecipano alla Conferenza, con particolare riferimento alla Provincia ed all'Azienda USL.



L'Atto di indirizzo e coordinamento

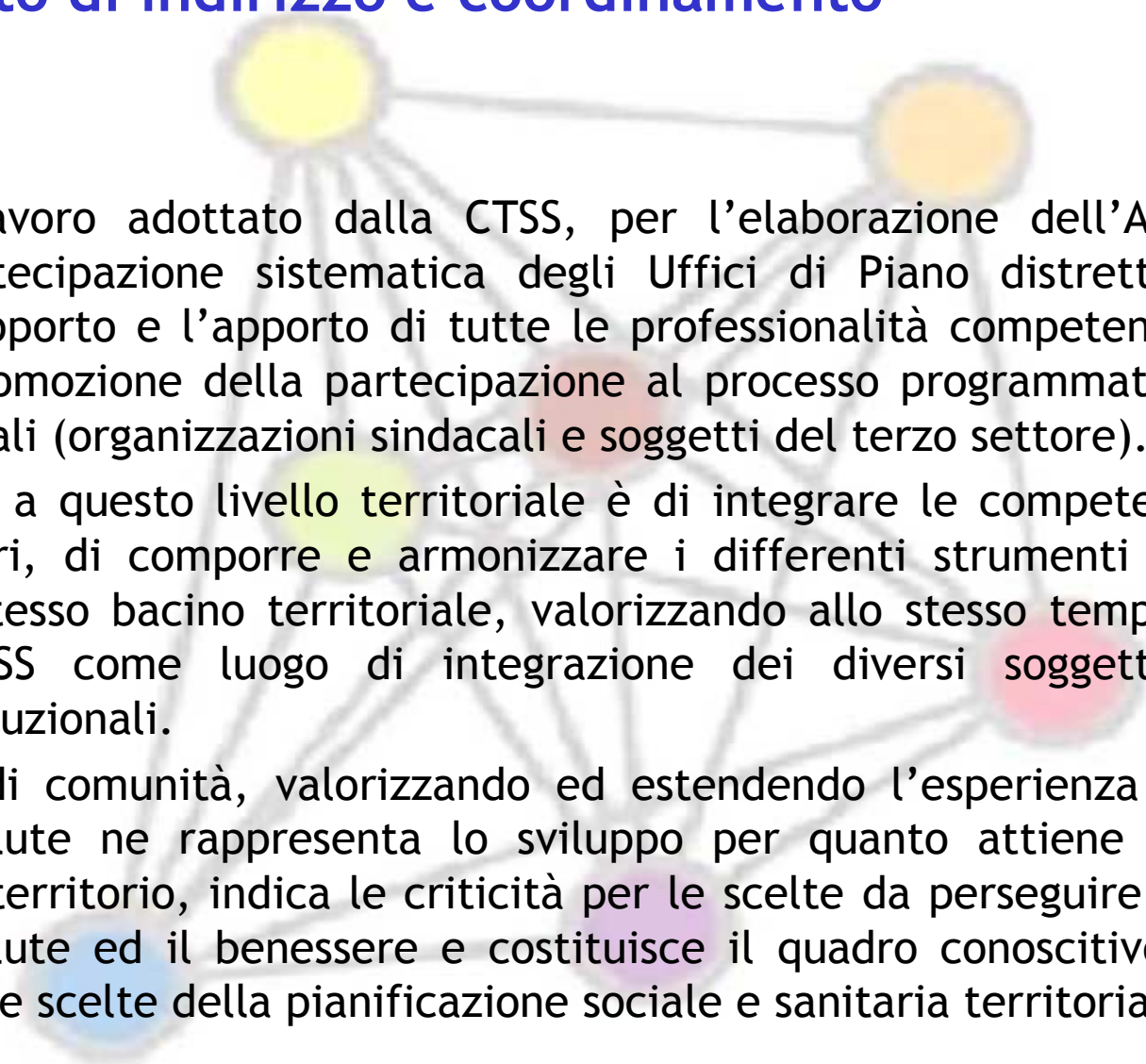
Il PSSR lo indica quale strumento attraverso cui la CTSS esercita il proprio compito di coordinamento della programmazione distrettuale, nel proprio ambito territoriale. Nel 2008 le CTSS per la prima volta lo hanno approvato.

Tale Atto, assicurando il raccordo tra i diversi strumenti e i diversi ambiti di pianificazione locali e il raccordo tra i diversi livelli di programmazione (regionale, provinciale, aziendale e distrettuale):

- ricomprende e valorizza l'esperienza dei Piani per la salute;
- contiene il profilo di comunità;
- indica le criticità per le scelte da perseguire per migliorare la salute ed il benessere;
- fornisce le indicazioni strategiche sull'area dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari territoriali;
- comprende gli indirizzi per la definizione del PAL;
- indica gli ambiti dell'integrazione, compresa l'area della non autosufficienza;
- fornisce, nel quadro della programmazione regionale, indirizzi e strumenti di coordinamento, monitoraggio e valutazione.



L'Atto di indirizzo e coordinamento



Il metodo di lavoro adottato dalla CTSS, per l'elaborazione dell'Atto, prevede la partecipazione sistematica degli Uffici di Piano distrettuali all'Ufficio di supporto e l'apporto di tutte le professionalità competenti e garantisce la promozione della partecipazione al processo programmatico dei soggetti sociali (organizzazioni sindacali e soggetti del terzo settore).

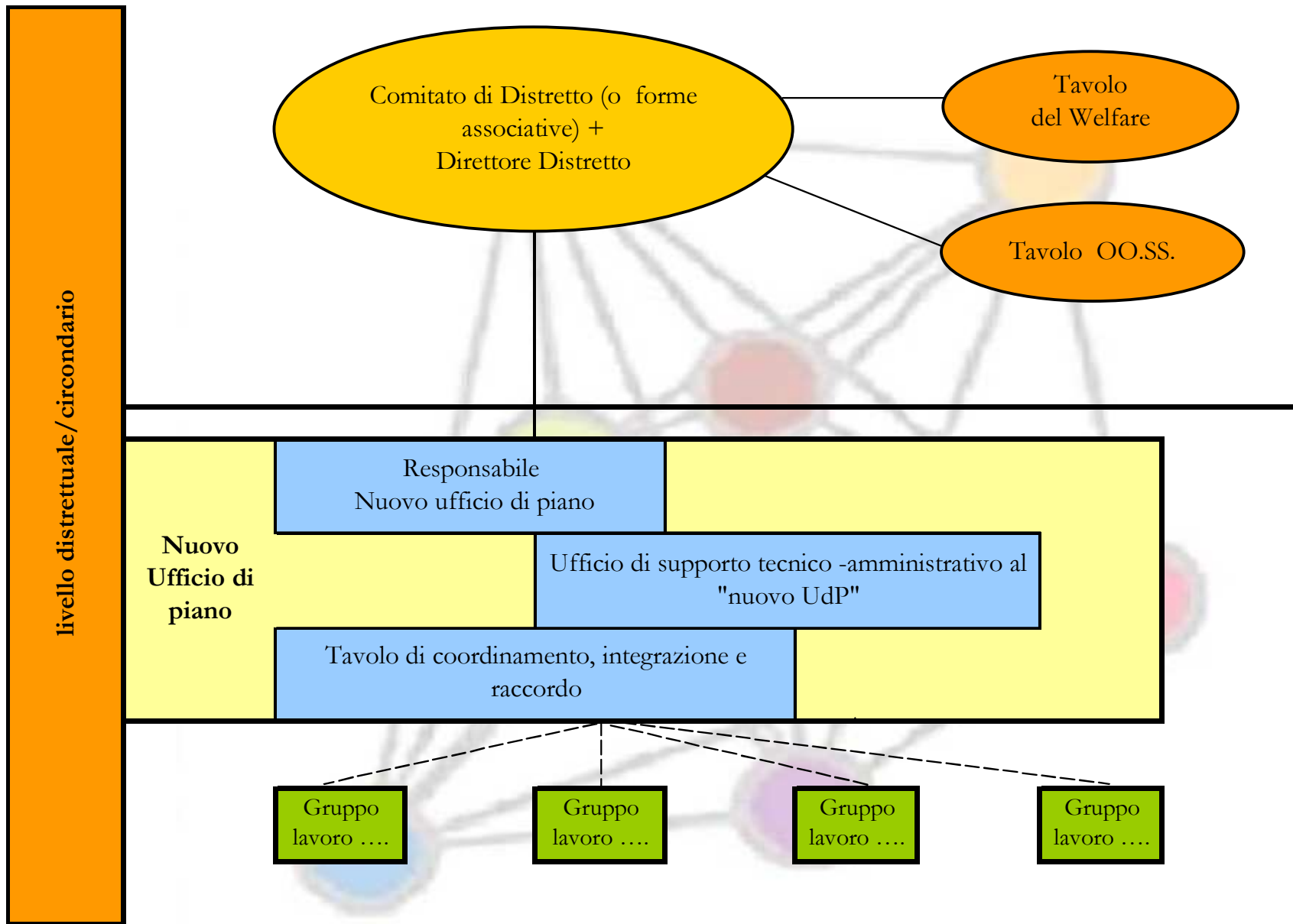
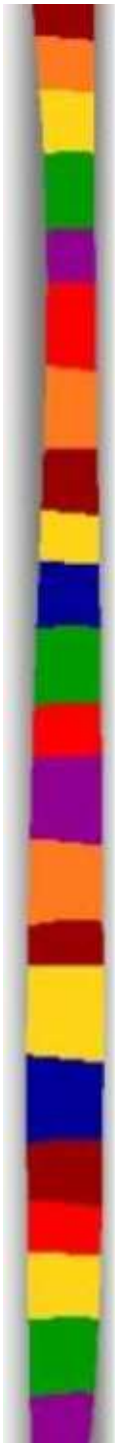
L'obiettivo a questo livello territoriale è di integrare le competenze dei diversi attori, di comporre e armonizzare i differenti strumenti che incidono sullo stesso bacino territoriale, valorizzando allo stesso tempo il ruolo delle CTSS come luogo di integrazione dei diversi soggetti e competenze istituzionali.

Il profilo di comunità, valorizzando ed estendendo l'esperienza dei Piani per la salute ne rappresenta lo sviluppo per quanto attiene alla conoscenza del territorio, indica le criticità per le scelte da perseguire per migliorare la salute ed il benessere e costituisce il quadro conoscitivo di riferimento per le scelte della pianificazione sociale e sanitaria territoriale.



Il modello di governance a livello distrettuale







Il livello distrettuale

PSSR ha affermato un sistema di governance centrato sull'ambito territoriale del **distretto**. Importante rafforzare il livello distrettuale, sia dal punto di vista gestionale che decisionale.

Legge regionale 10/ 2008 auspica che i Comuni sviluppino le **Unioni** come unica forma associativa per l'esercizio integrale di parte o di tutte le funzioni che richiedono un ambito di governo sovra comunale.



Il Comitato di distretto

Nel 2004, la Legge regionale sull'organizzazione e il funzionamento del SSR, in coerenza con la Legge nazionale del 92, di riforma della sanità, stabilisce che, in ogni ambito distrettuale comprendente più Comuni o più circoscrizioni comunali, sia istituito il Comitato di distretto, composto dai Sindaci dei Comuni o loro delegati e, ove previsto dalla legge e nel rispetto degli statuti comunali, dai presidenti delle circoscrizioni facenti parte del distretto. Tale Comitato opera in stretto raccordo con la CTSS. Alle sedute del Comitato di distretto partecipa il Direttore del Distretto.

Di fatto, però, già dopo l'approvazione, nel 2003, della Legge regionale di riforma del welfare il Comitato di Distretto inizia ad assumere un ruolo di governo anche nell'ambito delle politiche sociali e socio-sanitarie, per effetto di diverse norme regionali, in particolare per quanto riguarda la costituzione delle ASP, la programmazione del FRNA, il sistema di accreditamento delle strutture e dei servizi sociali e socio-sanitarie.

In E-R, zona sociale e Distretto coincidono territorialmente.



Il Comitato di distretto

Alla luce di questo ruolo più ampio del Comitato di Distretto, in ambito sociale, sanitario e socio-sanitario, si possono individuare due funzioni:

- una funzione di **governo**, relativa alla programmazione di ambito distrettuale (comprensiva dell'area della non autosufficienza), alla regolazione e alla verifica dei risultati di salute e di benessere raggiunti, alla definizione delle regole per l'accreditamento, per l'accesso al sistema e per la compartecipazione alla spesa, alla costituzione delle ASP;
- una **funzione tecnico-amministrativa e di supporto gestionale**, relativa alla definizione della programmazione ed alla sua attuazione (impiego delle risorse, rapporti con i produttori pubblici e privati, integrazione socio-sanitaria a livello organizzativo e professionale, monitoraggio e supporto alla valutazione).



Il Comitato di distretto

L'esercizio integrato di queste funzioni da parte dei Comuni può realizzarsi, secondo il Piano sociale e sanitario regionale:

- attraverso l'attuale Comitato di Distretto, affiancando all'Accordo di programma, col quale si approva il Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale e si definiscono nel rispetto delle indicazioni regionali le modalità di approvazione del Programma Attuativo Annuale (PAA), la contestuale stipula di una convenzione, tra i Comuni stessi e l'AUSL, finalizzata a regolare e organizzare l'esercizio della funzione amministrativa, individuando un Comune referente per l'ambito distrettuale (Comune capofila) e garantendo un'efficace continuità tra le funzioni di governo e le relative funzioni amministrative e tecnico gestionali;
- attraverso una delle altre forme associative disciplinate dalle Leggi nazionali e regionali. In questo caso l'accordo di programma è sottoscritto tra gli organi delle forme associative comprese nel territorio del distretto e l'organizzazione della funzione amministrativa sarà regolata secondo le norme che disciplinano le medesime forme associative.

Forme istituzionali, per l'esercizio integrato, da parte dei Comuni del distretto, delle funzioni nelle aree delle politiche sociali, sanitarie e sociosanitarie

| Forma associativa Dei Comuni per l'ambito distrettuale | Organismo che esercita le funzioni del Comitato di Distretto | Istituzione che esercita le funzioni amministrative | Note |
|--|---|---|---|
| Convenzione | Assemblea dei sindaci (CdD) | Comune referente per l'ambito distrettuale | Convenzione tra tutti i Comuni del distretto |
| Consorzio | Assemblea del Consorzio | Consorzio | Il Consorzio deve comprendere tutti i Comuni del Distretto |
| Associazione intercomunale | Assemblea dei Sindaci (CdD) | Comune referente per l'ambito distrettuale | Convenzione tra tutti i Comuni del distretto Non ha personalità giuridica |
| Unione dei Comuni | Giunta dell'Unione dei Comuni | Unione dei Comuni | Unione e distretto devono coincidere |
| Comunità Montana | Giunta della Comunità Montana | Comunità Montana | Comunità e distretto devono coincidere |



L'Ufficio di piano

L'embrione dell'Ufficio di Piano compare per la prima volta nella direttiva regionale con le linee guida per la preposizione dei Piani di zona 2002/03. Nel 2007 la Giunta regionale ritiene definisce i requisiti per i Nuovi Uffici di Piano

Le funzioni possono riassumersi in due grandi ambiti:

- attività istruttoria per la programmazione in area sociale e socio-sanitaria, per la definizione di regolamenti distrettuali sull'accesso e sulla compartecipazione degli utenti alla spesa, per la costituzione delle ASP, per l'accreditamento;
- azioni di impulso e di verifica delle attività attuative della programmazione sociale e socio-sanitaria.

Per la costituzione degli Uffici di Piano, i Comuni dell'ambito distrettuale devono stipulare una apposita convenzione con l'AUSL, finalizzata al governo congiunto delle politiche e degli interventi socio-sanitari, alla costituzione dell'Ufficio di Piano, garantendo le risorse finanziarie e le competenze professionali specifiche necessarie al suo funzionamento.



L'Ufficio di piano

L'organizzazione e il funzionamento dell'UdP devono essere finalizzate a supportare il Comitato di Distretto e il Direttore del Distretto, per l'integrazione socio-sanitaria, ad attivare e presidiare l'integrazione tra i servizi dei Comuni e quelli dell'azienda USL, a supportare gli organismi della partecipazione.

L'organizzazione dell'Ufficio di Piano dovrà inoltre individuare le modalità (tavoli specifici, gruppi di lavoro) attraverso le quali sarà assicurato il supporto alla partecipazione del Terzo settore - volontariato, associazionismo e cooperazione sociale - fin dalla fase della programmazione, al confronto con le organizzazioni sindacali, nonché ad un sistema stabile e positivo di collaborazione con le ASP e gli altri soggetti della produzione dei servizi.



L'Ufficio di piano

Nell'organizzazione dell'UdP, il Comitato di distretto e il Direttore del Distretto, dovranno comunque prevedere:

- l'individuazione e la nomina di un responsabile, da parte del Comitato di Distretto;
- l'indicazione delle modalità e delle figure professionali attraverso le quali i Comuni del distretto e l'AUSL assicurano il presidio delle funzioni di programmazione (pluriennale e annuale), regolazione e gestione della committenza;
- le modalità, gli strumenti e le figure professionali attraverso le quali i Comuni e l'azienda USL intendono assicurare la gestione delle risorse finanziarie destinate alla programmazione di ambito distrettuale;
- un adeguato presidio dei sistemi informativi di supporto sia alla funzione di programmazione che alla gestione delle risorse finanziarie;
- le forme di collaborazione necessarie con le strutture tecniche delle Province e delle Aziende USL.



Il Piano di zona per la salute e il benessere sociale

Il Piano di zona distrettuale per la salute e per il benessere sociale, di durata triennale, sostituisce il Piano sociale di zona, rafforzandone il raccordo con i contenuti dell'atto di indirizzo triennale della CTSS in quanto:

- fa riferimento al profilo di comunità, comprensivo dell'analisi dei bisogni della popolazione del territorio;
- individua, in coerenza con l'atto triennale della CTSS, le priorità strategiche di salute e di benessere sociale nelle diverse aree d'intervento: sociale, sociosanitaria (compresa l'area della non autosufficienza), sanitaria, relativa ai servizi territoriali;
- definisce la programmazione finanziaria triennale relativa agli interventi sociali, sociosanitari e sanitari;
- specifica le integrazioni, e i relativi strumenti, con le politiche che concorrono a realizzare gli obiettivi di benessere sociale e salute individuati;
- verifica l'attuazione del programma di trasformazione delle IPAB in ASP ed i risultati conseguiti rispetto a quelli attesi, nonché il suo eventuale adeguamento.



Il Piano di zona per la salute e il benessere sociale

Il Programma Attuativo Annuale costituisce la declinazione annuale del Piano di zona distrettuale per la salute ed il benessere sociale, ricomprende il Programma delle attività territoriali del Distretto, i programmi di azione dei Piani per la salute, sostituendo il Programma attuativo del piano sociale di zona:

- specifica gli interventi di livello distrettuale in area sociale, socio-sanitaria, compreso il Piano annuale delle attività per la non autosufficienza - e sanitaria;
- individua le specifiche risorse che Comuni, AUSL/Distretto, Provincia impegnano per l'attuazione degli interventi;
- definisce, raccoglie ed approva progetti o programmi specifici d'integrazione con le politiche educative, della formazione e lavoro, della casa, dell'ambiente, della mobilità.



Lo Sportello sociale

La Legge regionale di riforma del welfare, dedica un intero articolo all'accesso al sistema locale dei servizi sociali a rete.

L'accesso al sistema locale è garantito da sportelli sociali attivati dai Comuni, singoli o associati, in raccordo con le AUSL, avvalendosi dei soggetti attivi in ambito sociale. Gli sportelli sociali forniscono informazioni ed orientamento ai cittadini sui diritti e le opportunità sociali, sui servizi e gli interventi del sistema locale, nel rispetto dei principi di semplificazione.

I Comuni organizzano l'attività degli sportelli sociali con modalità adeguate a favorire il contatto anche di chi, per difficoltà personali e sociali, non vi si rivolge direttamente. Agli operatori degli sportelli sociali è garantita una uniforme ed adeguata formazione.

Per bisogni complessi, che richiedono l'intervento di diversi servizi o soggetti, i competenti servizi attivano gli strumenti tecnici per la valutazione multidimensionale e per la predisposizione del programma assistenziale individualizzato. Al fine di garantire l'attuazione e l'efficacia degli interventi previsti dai programmi assistenziali individualizzati è indicato il responsabile del caso.