



# **LINEE GUIDA PER LA PREDISPOSIZIONE DEL PIANO DI ZONA**

SERVIZIO SISTEMA INTEGRATO DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI

## INDICE

PREMESSA.....	4
1. IL PDZ, LE POLITICHE REGIONALI DI WELFARE E LA PIANIFICAZIONE REGIONALE.....	5
2. LA NUOVA PIANIFICAZIONE DI ZONA.....	6
2.1 IL PDZ TRIENNALE (PDZ).....	7
2.2 IL PROGRAMMA ATTUATIVO ANNUALE (PAA).....	7
3 L'INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE.....	9
4 LA PROGRAMMAZIONE UNITARIA NELLE AREE SOCIOSANITARIE .....	9
5 IL PDZ E LA GOVERNANCE SOCIALE.....	11
6. I SOGGETTI E GLI ORGANI DELLA PIANIFICAZIONE.....	12
7. LE RISORSE DEL PDZ .....	13
8. GLI OBIETTIVI REGIONALI.....	14
8.1 OBIETTIVI 2012.....	15
8.2 OBIETTIVI 2013-2015.....	17
9. LE PROCEDURE DI ADOZIONE.....	26
10. LA VALUTAZIONE .....	26

## ALLEGATI

1. SCHEMA DI INDICE DEL PDZ
2. ATTI DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE
3. INDICATORI SULLE PRESTAZIONI DEL SSC

## PREMESSA

La sperimentazione dei Piani di zona (PDZ) predisposti e realizzati dai Servizi sociali dei Comuni (SSC) del territorio regionale per il triennio 2006-2008, in attuazione delle linee guida regionali approvate con deliberazione della Giunta regionale 29 novembre 2004, n. 3236, "Linee guida per la predisposizione del programma delle attività territoriali (PAT) e del PDZ (PDZ)", si è conclusa alla fine del 2008.

Una sintesi dei risultati della sperimentazione è contenuta nel rapporto di valutazione dal titolo "L'esperienza dei PDZ nella Regione Friuli Venezia Giulia: opportunità e prospettive" pubblicato dal Servizio programmazione interventi sociali a conclusione del triennio.

Successivamente, alla luce anche delle importanti innovazioni introdotte dalla LR 6/2006, la Regione ha ritenuto opportuno non dar corso immediatamente ad una nuova programmazione triennale per definire prioritariamente il Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali (Piano sociale), poiché lo stesso determina per previsione normativa anche i contenuti qualificanti gli indirizzi strategici e organizzativi caratterizzanti la programmazione territoriale.

In attesa della predisposizione e dell'approvazione del Piano sociale, un ulteriore rinvio della definizione dei PDZ ad anni successivi verrebbe però a configurarsi poco coerente con quanto previsto dalla citata LR 6/2006 e con l'esigenza di dotare il territorio di uno strumento permanente di pianificazione e programmazione del sistema locale dei servizi e degli interventi sociali.

Per tale motivo si è ritenuto di procedere all'emanazione di nuove linee guida per la predisposizione dei PDZ, tenuto conto che i contenuti previsti dalle stesse confluiranno nel documento di Piano sociale ancora in fase di elaborazione.

Le presenti linee guida, valorizzando le significative esperienze già compiute nei territori nella precedente tornata pianificatoria, si pongono in un'ottica di ripensamento degli strumenti in uso con l'obiettivo di definire una modalità di programmazione che permetta di sviluppare e potenziare l'approccio integrato tra sociale e sanitario e con tutte le politiche che impattano fortemente sul benessere individuale e comunitario della popolazione.

Le indicazioni che seguono si propongono di definire la nuova pianificazione di zona tramite:

- la realizzazione di un PDZ quale vero piano regolatore del sistema locale dei servizi alla persona, consolidandolo nel suo carattere di strumento fondamentale per la programmazione e l'organizzazione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali a livello territoriale;
- la definizione di strumenti standard di previsione, rilevazione e lettura delle risorse umane, finanziarie e materiali, impiegate da parte di tutti i soggetti coinvolti nella realizzazione del sistema integrato dei servizi per singolo ambito distrettuale;
- la promozione dell'integrazione delle politiche regionali di welfare, facilitando il coordinamento del PDZ con gli interventi e i piani di settore previsti da specifiche normative regionali;
- l'attuazione di una programmazione unitaria nelle aree sociosanitarie, tramite il rafforzamento del raccordo tra PDZ e programmazione distrettuale/aziendale in materia sociosanitaria (PAT e PAL);
- la valorizzazione delle competenze e delle reti di relazioni sviluppate nel precedente triennio di pianificazione, tramite il perfezionamento della governance sociale.

Per quanto riguarda la tempistica di realizzazione della nuova pianificazione di zona in attuazione delle presenti linee guida, tenuto conto della complessità delle azioni preparatorie indispensabili per dare concretezza alle innovazioni proposte, si prevede che i PDZ abbiano decorrenza a partire dal triennio 2013-2015 e che nel corso dell'anno 2012 siano portate a termine in ogni territorio tutte le operazioni necessarie per la predisposizione dei PDZ nella nuova formulazione.

## 1. IL PDZ, LE POLITICHE REGIONALI DI WELFARE E LA PIANIFICAZIONE REGIONALE

Il PDZ rappresenta lo strumento fondamentale per la programmazione e l'organizzazione dei servizi alla persona a livello territoriale e costituisce una componente significativa delle più ampie politiche regionali di welfare.

Dal 2004 -anno di emanazione delle precedenti linee guida<sup>1</sup>- ad oggi sono intervenute importanti novità di carattere normativo<sup>2</sup> e pianificatorio<sup>3</sup>.

In ogni caso il PDZ si conferma come un vero e proprio piano regolatore del sistema dei servizi alla persona a livello locale in quanto deve essere finalizzato a dare stabilità e sviluppo non solo al sistema delle politiche sociali, ma anche al sistema integrato socio sanitario. E' pertanto strategico superare le asimmetrie ancora esistenti tra i diversi strumenti programmatori che regolano rispettivamente la materia sociale e quella sanitaria. In quest'ottica i contenuti del PDZ relativi alla aree di integrazione sociosanitaria devono necessariamente coordinarsi con i contenuti delle Linee di gestione annuali del Sistema sanitario regionale.

Nel corso del triennio 2006-2008 in tutti i 19 ambiti distrettuali della regione è stata realizzata una prima esperienza di pianificazione di zona promossa e sostenuta dalle linee guida del 2004 che ha visto la partecipazione di un'ampia pluralità di soggetti pubblici e privati impegnati nei diversi settori del welfare, sia per quanto riguarda il percorso preordinato all'adozione degli accordi di programma approvativi dei PDZ, sia nella fase di concreta realizzazione delle azioni in essi programmate.<sup>4</sup>

Accanto ai Comuni associati negli ambiti distrettuali, alle Aziende per i servizi sanitari, alle Aziende pubbliche di servizi alla persona, alle Province e alla stessa Regione per le funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo, sono intervenuti nel processo di pianificazione zonale le famiglie e i cittadini che in forme individuali o associative hanno realizzato iniziative di solidarietà sociale, nonché l'ampia serie di organismi qualificanti il terzo settore.

La condivisione responsabile di tale percorso tra tutti i soggetti del sistema integrato è risultata una valida modalità per la costruzione partecipata del welfare locale e di comunità, che la nuova pianificazione di zona intende consolidare e ulteriormente sviluppare, tramite l'individuazione di modalità operative volte a superare le criticità della governance del sistema evidenziate nella precedente esperienza.

Infine, è d'obbligo richiamare il tema dei livelli essenziali delle prestazioni del sistema integrato.

Obiettivo del sistema integrato è quello di fornire risposte omogenee sul territorio regionale e di individuare i servizi e gli interventi che devono essere comunque garantiti in ogni ambito territoriale<sup>5</sup>. La sede in cui definire i livelli essenziali delle prestazioni sociali, specie con riferimento alle condizioni della

---

<sup>1</sup> DGR 29 novembre 2004, n. 3236 "Linee guida per la predisposizione del programma delle attività territoriali (PAT) e del PDZ (PDZ), alla quale si fa esplicito rinvio per le parti non trattate dal presente documento e non superate dai successivi interventi normativi.

<sup>2</sup> Si richiama la LR 6/2006 nel suo complesso e si citano in particolare:

- gli articoli 2 e 3 che richiedono una sempre maggior integrazione e coordinamento delle politiche e il superamento della loro tendenziale separazione. Pertanto le singole discipline di settore e l'attivazione di specifiche misure di intervento devono essere inserite in una visione d'insieme;
- l'art. 24 della LR 6/2006 che individua il PDZ quale strumento fondamentale per la definizione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali del territorio di competenza dei Comuni associati negli ambiti distrettuali, che deve essere definito in coerenza con la programmazione regionale e in coordinamento con la programmazione locale in materia sanitaria, educativa, formativa, del lavoro, culturale, abitativa e dei trasporti e nelle altre materie afferenti alle politiche sociali.

Si richiama inoltre il DPR 76/2011 che ha rivisto le modalità di finanziamento del sistema integrato a decorrere dall'annualità in corso. Nel dettaglio il regolamento ha rivisto gli indicatori di riparto delle risorse del Fondo sociale regionale di parte corrente e di quelle trasferite annualmente dallo Stato, ma soprattutto ha previsto l'attribuzione diretta di tutte le risorse disponibili agli enti gestori del SSC, eliminando l'assegnazione di parte dei fondi ai singoli Comuni. Le modifiche introdotte sono importanti anche perchè rappresentano un ulteriore passo per il rafforzamento della gestione associata del SSC.

<sup>3</sup> Si cita in particolare il Piano sociosanitario regionale 2010-2012, che rappresenta il principale strumento di pianificazione e programmazione in materia sociosanitaria, ma si richiamano anche i diversi atti normativi e di programmazione regionale a carattere settoriale che regolano le diverse politiche di welfare. In particolare si richiama la valenza centrale attribuita dall'amministrazione regionale alle politiche per la famiglia.

<sup>4</sup> Si rinvia per i dettagli al già richiamato rapporto di valutazione della precedente esperienza pianificatoria pubblicato dal Servizio programmazione interventi sociali a conclusione del triennio.

<sup>5</sup> Cfr. art. 6 della LR 6/2006, che conferma di quanto già esplicitato dalla Legge 328/2000.

loro esigibilità, è Il Piano sociale<sup>6</sup>. Il tema coinvolge ovviamente sia la responsabilità pianificatoria regionale che quella degli enti locali territoriali e pertanto, in attesa della definizione di tale piano regionale, il PDZ rappresenta l'occasione che consente di avviare un percorso di riflessione sulle attuali dimensioni dei servizi e delle prestazioni del sistema integrato di livello locale nonché sulle loro prospettive di sviluppo. Si tratta dunque di avviare un processo di determinazione dei livelli essenziali graduale e progressivo.

Dal combinato disposto dell'articolo 5, comma 1 e dell'articolo 6 della LR 6/2006, risulta che:

- le prestazioni elencate al comma 2 dell'articolo 6 danno concreta realizzazione alle misure e agli interventi indicati quali essenziali dal comma 1;
- le risorse economiche per attivare tali interventi derivano da un concorso tra Stato, Regione e Comuni;
- pur considerando l'accesso universale alle prestazioni sociali, le persone fruiscono delle prestazioni e dei servizi del sistema integrato in relazione alla valutazione professionale del bisogno e alla facoltà di scelta individuale.

In relazione a quanto sopra esplicitato il "livello essenziale" può, in questa prima fase, essere definito come un insieme di azioni/prestazioni, assicurate su tutto il territorio regionale, che vedono concorrere sul piano finanziario Comuni e Regione e alle quali hanno diritto di accedere i cittadini, con priorità per i soggetti fragili.

Infine, sempre con riferimento ai livelli essenziali, è bene citare anche la questione della compartecipazione degli utenti al costo dei servizi e delle prestazioni. La norma<sup>7</sup> nell'affrontare questa tematica non opera alcuna distinzione tra servizi essenziali e non: ne discende che anche per l'accesso ai servizi essenziali deve essere valutata la capacità di compartecipare alla spesa.

## 2. LA NUOVA PIANIFICAZIONE DI ZONA

Quanto descritto al punto 1 pone in evidenza l'oggettiva diversità delle condizioni normative e strategiche che sottostanno alla nuova fase pianificatoria locale rispetto all'avvio e realizzazione del primo PDZ nei diversi ambiti distrettuali della regione, nonché l'esigenza di coordinamento tra gli strumenti pianificatori e programmatori regionali e locali. Allo stesso tempo vanno evidenziati anche gli aspetti positivi emersi nella precedente tornata pianificatoria, che è necessario valorizzare in un'ottica di continuità nella nuova pianificazione.

A partire dal triennio 2013-2015, il PDZ diventa lo strumento strategico della programmazione complessiva delle attività del SSC con valenza generale che individua obiettivi e sostenibilità di tutte le attività svolte nel contesto dell'ambito distrettuale, diretto alla programmazione dei servizi nel loro complesso e non più prevalentemente orientato alla realizzazione di progettualità specifiche.

La scelta della Regione di definire il PDZ come lo strumento permanente di governo locale dei servizi sociali e sociosanitari qualificandolo quale *piano regolatore del sistema integrato* ha come obiettivo il superamento della discontinuità della pianificazione locale. Per raggiungere questa finalità è particolarmente importante raccordare il PDZ con i documenti di pianificazione e programmazione dei Comuni e degli altri soggetti che partecipano alla realizzazione del PDZ stesso, anche per quanto attiene l'aspetto economico-finanziario.

Al fine di dare concretezza agli enunciati contenuti nel PDZ triennale e in coerenza con il modello organizzativo territoriale introdotto dalla LR 6/2006<sup>8</sup> è dunque indispensabile una pianificazione attuativa annuale<sup>9</sup>.

Per potenziare e consolidare il PDZ quale strumento fondamentale per la definizione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali del territorio di competenza dei Comuni associati negli ambiti distrettuali è pertanto strategico considerare da un lato la durata triennale del PDZ e i contenuti che esso deve

---

<sup>6</sup> Cfr. art. 7 della LR 6/2006.

<sup>7</sup> Cfr. art. 42 della LR 6/2006.

<sup>8</sup> Vedi in particolare i documenti di programmazione della spesa previsti dalle Convenzioni associative istitutive dei SSC.

<sup>9</sup> Si richiama a questo proposito il comma 8 dell'art. 24 della LR 6/2006, il quale stabilisce che il PDZ ha valenza triennale e prevede un aggiornamento annuale secondo le modalità stabilite nell'accordo di programma approvativo del PDZ.

esprimere e dall'altro la declinazione annuale delle indicazioni generali contenute nel piano triennale. Per semplicità espositiva, la declinazione annuale del PDZ sarà d'ora innanzi denominata Programma attuativo annuale (PAA).

Dunque, per ogni PDZ, la cui durata è triennale, dovranno necessariamente corrispondere tre distinti Programmi attuativi annuali (PAA), ognuno dei quali sarà riferito ad ogni singola annualità del triennio considerato dal PDZ, come meglio rappresentato nella tabella seguente.

<b>PDZ 2013-2015</b>	<b>PAA 2013</b>
	<b>PAA 2014</b>
	<b>PAA 2015</b>

Fatta questa premessa è indispensabile delineare gli elementi caratterizzanti il PDZ triennale e quelli caratterizzanti il Programma attuativo annuale (PAA).

## **2.1 IL PDZ TRIENNALE (PDZ)**

Il PDZ individua gli obiettivi triennali della programmazione locale, in attuazione degli obiettivi assegnati dalla Regione (punto 8 del presente documento), nonché gli obiettivi triennali specifici di ogni singolo ambito territoriale. Definisce cioè le priorità su cui si intende investire nel corso del triennio, evidenziando per ogni obiettivo le macroazioni che si intendono realizzare in ogni singola annualità e il quadro delle risorse che si intendono impiegare in proiezione triennale per il raggiungimento degli obiettivi.

Oltre ad evidenziare gli obiettivi e le risorse come sopra precisato e fermo restando quanto previsto all'art. 24 comma 4 della LR 6/2006, i PDZ dei 19 ambiti distrettuali nella loro configurazione triennale dovranno:

- essere comparabili tra loro e pertanto dovranno essere costruiti in base ad un indice omogeneo. Uno schema di indice è allegato a tal fine alle presenti linee guida (Allegato 1);
- contenere il profilo di comunità con l'approfondimento dei diversi aspetti demografici caratterizzanti la popolazione residente nel territorio dell'ambito distrettuale, dei bisogni della comunità stessa rilevabili dalla pluralità delle fonti informative presenti localmente e a livello regionale, del sistema di offerta presente sul territorio;
- individuare il modello di governance del sistema integrato e in particolare le modalità di consultazione dei diversi attori che partecipano alla realizzazione del sistema integrato locale;
- individuare puntuali strumenti di monitoraggio, verifica e valutazione;
- prevedere le modalità di approvazione e di modifica del Programma attuativo annuale.

## **2.2 IL PROGRAMMA ATTUATIVO ANNUALE (PAA)**

Il Programma attuativo annuale (PAA) assume particolare importanza in quanto rappresenta lo strumento attraverso il quale si realizzano concretamente, per l'anno di riferimento, le previsioni contenute nel PDZ e si definisce la spesa sociale complessiva, sia quella riguardante i servizi e gli interventi consolidati, sia quella relativa alle nuove progettualità.

In relazione all'annualità di riferimento sono declinate a livello operativo e, ove necessario, implementate e adeguate le indicazioni generali contenute nel PDZ triennale. Dunque le macroazioni definite nel PDZ sono specificate e dettagliate nel PAA in singole azioni e interventi di area sociale e sociosanitaria dei servizi territoriali, comprendendo la definizione e approvazione di progetti o programmi specifici anche raccordati con le altre politiche (famiglia, formazione, lavoro, casa, istruzione, mobilità ...).

Per l'insieme delle azioni riferite ad una specifica macroazione è data, inoltre, evidenza delle risorse

impiegate, finanziarie e non, messe a disposizione da ciascun soggetto partecipante alla realizzazione delle azioni stesse.

Le risorse non finanziarie saranno quantificate in forma non monetaria, tramite l'utilizzo di indicatori/valori corrispondenti ai fattori produttivi di diversa natura (ad esempio: ore/lavoro, ore/operatore, utilizzo spazi, materiali di consumo, ecc.).

Il PAA è suddiviso per area di intervento. Per ogni area sono previsti:

- un capitolo espositivo in cui sono evidenziati i caratteri generali delle azioni che si intendono realizzare nel corso dell'annualità in attuazione delle macroazioni individuate dal PDZ;
- schede di sintesi in cui sono forniti i dettagli operativi e le risorse, finanziarie e non, concretamente impiegate, da redigere sulla base di un modello predisposto dalla Direzione centrale competente.

Gli impegni assunti dalle ASS per il raggiungimento degli obiettivi del PAA, le conseguenti azioni da realizzare e le risorse destinate allo scopo, troveranno coerente rappresentazione nei documenti pianificatori aziendali (PAL).

Il PAA prevede inoltre una parte specificatamente dedicata alla rappresentazione delle risorse, suddivisa per risorse finanziarie e risorse non finanziarie, in modo da consentire il raffronto degli interventi e delle azioni previste con l'adeguatezza delle risorse disponibili, assicurandone la concreta copertura finanziaria e garantendone l'effettiva sostenibilità e la conseguente esecutività.

Le risorse finanziarie sono rappresentate nel bilancio del PAA, che si compone di più sezioni:

- la *prima sezione* evidenzia l'attività di competenza del SSC e coincide con il Piano economico e finanziario (PEF) del SSC che l'Assemblea dei Sindaci di ambito distrettuale approva annualmente, poiché vincolato a impegni finanziari specificatamente definiti in sede di bilancio di previsione dell'ente gestore del SSC. Dovrà, inoltre, essere redatto in tempo utile per la predisposizione dei bilanci preventivi dei Comuni appartenenti al territorio di riferimento;
- la *seconda sezione* indica le risorse finanziarie che le Aziende sanitarie apportano per specifici interventi;
- le *sezioni successive* rappresentano le risorse finanziarie che gli ulteriori soggetti che partecipano alla realizzazione del PAA si impegnano a corrispondere per l'attuazione di specifici interventi, servizi e azioni. Saranno dunque rappresentate le risorse finanziarie apportate dai Comuni, dalle Province e dalle altre istituzioni che intervengono nella programmazione annuale, nonché quelle destinate da tutti gli altri soggetti.

Il bilancio del PAA si configura dunque come un bilancio di previsione, ovviamente con funzione solo rappresentativa e non autorizzatoria. A conclusione del periodo di riferimento dovrà essere elaborato con le stesse caratteristiche anche un bilancio consuntivo.

Le risorse non finanziarie riportate nelle singole schede di sintesi saranno riepilogate per soggetto partecipante e per area di intervento in modo da evidenziare le risorse complessive impiegate per la realizzazione della programmazione annuale.

Nella parte relativa alle risorse troveranno inoltre separata rappresentazione anche tutti i valori economici relativi a interventi e servizi, riferiti ad altre politiche (famiglia, formazione, lavoro, casa, istruzione, mobilità ...), attivati su un determinato territorio, non gestite direttamente dal SSC che però risultano essere indispensabili per un approccio unitario e di comunità e quindi naturalmente riconducibili al sistema integrato.

I documenti relativi alla parte rappresentativa delle risorse sono predisposti in ogni parte a cura del SSC, fermo restando che le Aziende sanitarie, i Comuni, le Province e tutti gli altri soggetti che partecipano alla realizzazione del PAA sono tenuti a fornire al SSC tutte le informazioni necessarie in tempo utile.

Al fine di garantire un'omogenea rilevazione e rappresentazione delle poste di spesa e di entrata su tutto il territorio regionale, la Direzione centrale competente fornirà uno schema predefinito. Tale schema evidenzierà le poste per centri di spesa e sarà utilizzato anche per la funzione di monitoraggio, verifica e valutazione di livello regionale.



### **3 L'INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE**

I contenuti del PDZ devono essere coordinati con la programmazione locale in materia sanitaria, educativa, formativa, del lavoro, culturale, abitativa e dei trasporti e nelle altre materie afferenti alle politiche sociali<sup>10</sup> e devono assicurare l'integrazione delle specifiche politiche di settore mediante la realizzazione di misure attuative coordinate finalizzate al benessere della persona e alla prevenzione delle condizioni di disagio sociale.

La situazione attuale, però, evidenzia una sostanziale difformità tra la pianificazione territoriale attuata attraverso il PDZ, che ha carattere di trasversalità, e i piani o, più spesso, gli interventi di settore che fanno capo a normative regionali specifiche, che si rivelano poco coordinate tra loro.

Particolarmente rilevante ai fini della predisposizione del PDZ è il fatto che la normativa regionale relativa alla gestione associata degli interventi e dei servizi sociali, sociosanitari e socioeducativi, in primis la LR 6/2006, coesiste con norme regionali che non hanno effettuato analoga scelta, lasciando alle singole Amministrazioni comunali ampia discrezionalità nell'individuazione delle modalità amministrative e gestionali inerenti alla realizzazione di azioni e di interventi, che hanno comunque concrete conseguenze per l'insieme delle strategie pianificatorie territoriali e per il benessere complessivo della comunità locale.

E' dunque necessario che all'interno del PDZ siano evidenziati e valorizzati tutti gli interventi e i servizi attivati su un determinato territorio, anche quelli che pur non essendo delegati al SSC risultano essere indispensabili per un approccio unitario e di comunità e quindi naturalmente riconducibili al sistema integrato<sup>11</sup>.

A questo proposito sarà necessario individuare le possibili modalità di raccordo atte a valorizzare al massimo tutte le capacità locali.

Una particolare sottolineatura va fatta con riguardo alle politiche regionali in favore della famiglia che rispetto al precedente triennio di pianificazione hanno visto significative modifiche.

In particolare l'impulso recentemente dato dall'Amministrazione regionale al "soggetto famiglia" comporta da un lato l'esercizio di una significativa responsabilità nei confronti di questo soggetto da parte delle pubbliche istituzioni e della comunità più in generale e dall'altro la valorizzazione delle forme di autorganizzazione e di rinnovata socialità che le famiglie possono esprimere a livello comunitario. Tali elementi vanno pertanto tenuti in considerazione in un contesto di sviluppo locale.<sup>12</sup>

Infine, in particolare per l'importanza che esse rivestono nell'ambito del contrasto ai fenomeni di povertà e al conseguente rischio di esclusione sociale, deve essere richiamata in questa sede la necessità di una forte integrazione con le politiche attive del lavoro.

### **4 LA PROGRAMMAZIONE UNITARIA NELLE AREE SOCIO SANITARIE**

Le norme regionali<sup>13</sup> che definiscono la partecipazione degli Enti locali ai processi pianificatori e di verifica in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria, disciplinano i relativi strumenti di programmazione e determinano una serie di previsioni che mirano a regolamentare il processo di integrazione sociosanitaria sul territorio regionale, affidando altresì la programmazione integrata sociosanitaria a livello di ambito

---

<sup>10</sup> Cfr. art. 24 della LR 6/2006 che di fatto sul punto riprende l'orientamento di fondo espresso dalla legge regionale nel suo complesso.

<sup>11</sup> A livello esemplificativo merita una riflessione la tematica inerente la famiglia. In particolare si cita la disposizione di cui all'art. 3 bis della LR 11/2006, che prevede la possibilità di dare attuazione agli interventi previsti dalla legge stessa ai Comuni singolarmente o alternativamente nelle forme associate o delegate individuate dalla normativa statale e regionale. Nel caso in cui in alcuni territori l'esercizio di tale materia non venga delegata da parte dei Comuni al SSC, ma sia gestita autonomamente dal Comune singolo, sarà comunque opportuno ricondurre l'attività al sistema integrato tenendone conto nel PDZ.

<sup>12</sup> Si ritiene vada sottolineato come l'impegno per la rivitalizzazione delle reti sociali di solidarietà nei territori così pure il sostegno dell'istituzione familiare e la valorizzazione delle forme associate delle famiglie ed ancora lo sviluppo di nuove forme di socialità e di rinnovato impegno educativo che a partire dalla prima infanzia giunga fino all'adolescenza, rappresentino una nuova sfida strategica e pianificatoria per la Regione, ma soprattutto una importante e ineludibile occasione di innovazione delle azioni di sostegno alla cittadinanza nella sua dimensione comunitaria. Indicazioni specifiche sul tema sono contenute nell'emanando "Piano Regionale per la Famiglia".

<sup>13</sup> Cfr. LR 12/1994 art. 13, LR 8/2001 art. 1, LR 23/04 art. 3, LR 6/2006 art. 20.

distrettuale al PDZ e al PAT<sup>14</sup>.

Il PSSR 2010-2012 introduce un ulteriore strumento di pianificazione locale - il Piano locale per la disabilità (PLD) - finalizzato sostanzialmente a migliorare la presa in carico integrata delle persone con malattie croniche e disabilità, che incide nel territorio geografico corrispondente a quello dell'ASS.

In continuità con quanto stabilito nella precedente tornata pianificatoria, l'implementazione dei processi di integrazione sociosanitaria rappresenta l'elemento strategico caratterizzante il complesso della rete dei servizi alla persona a livello regionale e dunque a livello di ogni singolo territorio. I distretti sanitari e i SSC si confermano i luoghi dove si manifestano con maggior forza i principi dell'integrazione sociosanitaria e della continuità assistenziale.

Va comunque rilevato che a fronte di significative e diffuse esperienze operative di collaborazione e raccordo tra i distretti sanitari e i SSC, si registra una diversificata applicazione nel territorio regionale dell'integrazione sociosanitaria.

Negli ultimi anni sono aumentate le risorse e le opportunità di risposta da parte dei servizi territoriali, tuttavia questi tendono a giustapporsi più che a integrarsi, con il rischio di disomogeneità e inefficienze nell'impiego delle risorse complessive.

Il tema dell'integrazione sociosanitaria deve quindi ricevere un significativo rilancio.

Come già rilevato al punto 1 è strategico superare le asimmetrie ancora esistenti tra i diversi strumenti programmatori che regolano rispettivamente la materia sociale e quella sanitaria.

Con la ripresa della programmazione locale, il PDZ trova da subito la sua interfaccia nel PAL in materia di programmazione sociosanitaria, prevedendo che il PAT e il PLD siano il risultato di una ricognizione successiva dei contenuti specifici presenti da una parte nel PDZ e dall'altra nel PAL. E' ovvio che prima dell'avvio dell'attività programmatica devono essere previste tutte le necessarie modalità di collaborazione tra i SSC e distretti appartenenti al medesimo territorio aziendale in ordine a servizi e/o interventi di carattere sovradistrettuale.

L'interfaccia diretta in materia di integrazione sociosanitaria, tra PDZ e PAL, darebbe, in un momento di dibattito in ordine alla necessità di un riordino del sistema sanitario regionale, maggior forza e certezza all'impianto programmatico locale.

Pertanto gli obiettivi del PDZ in ambito sociosanitario devono essere concertati tra l'Assemblea dei sindaci e la direzione strategica dell'ASS<sup>15</sup>.

La parte del PAA del PDZ, relativa alle attività di integrazione sociosanitaria, trova obbligatoria corrispondenza nei contenuti del PAL, al fine di assicurare la preventiva convergenza di orientamento dei due comparti interessati – sociale e sanitario –, nonché l'omogeneità di contenuti, tempi e procedure.

L'elaborazione congiunta, come per il precedente ciclo di programmazione, dovrà riguardare almeno le seguenti aree tematiche<sup>16</sup>:

- materno-infantile;
- anziani;
- disabilità;
- malattie croniche;
- terminalità;
- salute mentale;
- dipendenza patologica.

Nelle aree sopraelencate, allo scopo di considerare i diversi bisogni della persona, della famiglia e della comunità entro un quadro unitario di politiche per il benessere, i SSC e le Aziende/Distretti possono concordare soluzioni idonee per 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.

---

<sup>14</sup> Che rappresenta parte sostanziale del più ampio Piano Attuativo Locale (PAL) dell'ASS.

<sup>15</sup> Vedi infra, p.to 6.

<sup>16</sup> Queste aree sono connotate, oltre che dalle caratteristiche dell'utenza che evidenziano bisogni complessi e multidimensionali, dalle caratteristiche dell'intervento stesso che richiede un elevato grado di integrazione tra attività sociali e sanitarie e di assistenza tutelare, ed un approccio operativo caratterizzato da modalità di valutazione multidimensionale, dalla presenza di obiettivi che richiamano la necessità di percorsi assistenziali sanitari e sociali integrati e infine da progetti personalizzati che tengono conto della natura del bisogno, della complessità, dell'intensità e della durata dell'intervento assistenziale.

Infine è bene ribadire che la programmazione condivisa di una rete dei servizi e interventi sociosanitari deve andare di pari passo con lo sviluppo e il consolidamento di strumenti di integrazione gestionale e professionale<sup>17</sup> che garantiscano la centralità della persona, dei suoi bisogni, delle sue esperienze, dei suoi legami sociali nel percorso congiunto di presa in carico e di sviluppo del processo di cura e di riabilitazione. Deve essere inoltre affermato l'approccio che interpreta i diversi setting di intervento come strumenti e possibili risorse delle azioni messe in atto a favore delle persone, delle famiglie e delle comunità di vita. Il sistema di offerta dei servizi sociosanitari deve cioè orientare quanto più possibile le proprie modalità organizzative alla realizzazione di efficaci iniziative che, tenendo conto dei luoghi e dei contesti in cui di norma le persone esprimono il proprio funzionamento sociale, abbiano come prioritario riferimento i bisogni che le stesse persone vivono e le risorse che i contesti sociali possono esprimere a favore dei singoli e della comunità nel suo insieme.

Rimane prioritario, nell'ambito della programmazione congiunta, il compito di rafforzare ulteriormente il sistema di lavoro integrato tra Distretto sanitario e SSC e di sviluppare e consolidare specifiche azioni nelle aree di intervento, riproponendo come elementi strategici il perseguimento di obiettivi operativi già presenti nel primo ciclo di programmazione locale e che risultano ancor oggi attuali per creare le condizioni necessarie per aumentare l'appropriatezza delle scelte assistenziali e la qualità degli interventi.

## **5 IL PDZ E LA GOVERNANCE SOCIALE**

Il richiamo alla valorizzazione delle risorse sociali presenti nel territorio di riferimento, assieme all'esigenza di integrazione delle diverse politiche sociali e ad una ricomposizione unitaria delle azioni professionali, non derivano da un astratto approccio efficientista finalizzato ad una pur necessaria razionalizzazione delle risorse, ma dall'esigenza di superare la logica prestazionale e riparativa, che tende spesso a prevalere nei servizi alla persona. Non si tratta di sostituire la centralità e la relativa presa in carico delle persone in difficoltà con la centralità e la presa in carico di un astratto territorio da riparare, si tratta invece di coniugare il doveroso prendersi cura del soggetto o di uno specifico nucleo sociale necessitanti aiuto con un approccio multidisciplinare tramite un'adeguata progettualità. Tale approccio va nel contempo coniugato con una attenta valutazione dei limiti e delle possibilità presenti nel contesto sociale in cui quel soggetto o i membri di quel nucleo vivono, al fine di predisporre azioni di sostegno, di cura o di promozione, a seconda delle caratteristiche proprie di quel contesto e con particolare riferimento alla evidenziazione e valorizzazione di risorse presenti o attivabili. Il richiamo è dunque al welfare di comunità, dove l'assistenza e la cura realizzate nella comunità dai servizi strutturati devono coniugarsi all'assistenza, alla cura e all'impegno civico espressi dai membri della stessa comunità, nella convinzione che il benessere per i cittadini possa venir garantito dall'incrocio fecondo di queste due prospettive.

Il lavoro di rete inteso come comunicazione e collaborazione tra servizi e tra professionisti, si deve accompagnare a una modalità di rapporto che impegna i servizi a riconoscere e a valorizzare le reti sociali locali, dando continuità a tale impegno.

Se da un lato i soggetti istituzionali sono chiamati ad operare in un'ottica di condivisione e cooperazione volta a sostenere i processi di cittadinanza attiva, esplicitando in modo trasparente gli obiettivi specifici che si intendono raggiungere attraverso lo strumento del PDZ, d'altro lato i soggetti privati che intervengono nel percorso di pianificazione e programmazione sono tenuti ad assumere un atteggiamento responsabile e costruttivo nella consapevolezza di essere co-protagonisti di decisioni e azioni che

---

<sup>17</sup> Già il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 affermava che: "l'integrazione istituzionale si basa sulla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse (in particolare Aziende sanitarie, 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. L'integrazione gestionale si colloca a livello di struttura operativa: in modo unitario nel distretto ed in modo specifico nei diversi servizi che lo compongono, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni. Condizioni necessarie dell'integrazione professionale sono: la costituzione di unità valutative integrate, la gestione unitaria della documentazione, la valutazione dell'impatto economico delle decisioni, la definizione delle responsabilità del lavoro integrato, la continuità terapeutica tra ospedale e distretto, la collaborazione tra strutture residenziali e territoriali, la predisposizione dei percorsi assistenziali appropriati per tipologie d'intervento, l'utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate".

influiranno sul sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali.

L'approccio partecipativo alla realizzazione del PDZ si è già dimostrato un importante elemento per la costruzione del welfare locale e di comunità in riferimento alla precedente tornata di pianificazione zonale attuata in tutti i territori della regione. La nuova pianificazione di zona si pone in tal senso in un'ottica di continuità, valorizzando, fin dall'avvio del processo pianificatorio, tutti i diversi attori presenti sul territorio in relazione ai diversi ruoli che essi rivestono. Le presenti linee guida si pongono nella prospettiva di consolidare e sviluppare la precedente esperienza, tramite l'individuazione di modalità operative volte a superare le criticità della governance del sistema evidenziate nella passata esperienza, soprattutto in relazione alle diverse funzioni che la partecipazione assume nel processo pianificatorio e nelle conseguenti fasi programmatiche.

E' confermato che la modalità organizzativa più consona al funzionamento processuale del PDZ è costituita dai tavoli tematici di lavoro. Diventa pertanto strategico declinare più compiutamente le modalità della partecipazione, sottolineandone le diverse dimensioni: concertazione, consultazione e coprogettazione, sviluppate a seconda delle peculiarità caratterizzanti i singoli ambiti distrettuali.

A monte dei tavoli di lavoro si pone la concertazione che l'Assemblea dei Sindaci di ambito distrettuale può agire attraverso la convocazione delle rappresentanze degli attori sociali (organizzazioni sindacali, associazionismo, cooperazione sociale, volontariato, ma anche mondo delle imprese) per condividere con essi gli obiettivi generali e le priorità del PDZ, nonché le tematiche da portare ai tavoli di lavoro.

La funzione di consultazione concretizza il confronto tra il SSC, gli altri soggetti istituzionali e gli organismi del privato sociale e ha lo scopo di conoscere e confrontare le opinioni e le istanze dei diversi attori presenti sul territorio distrettuale rispetto a una specifica politica sociale. Tale funzione è attribuita ai Tavoli tematici di consultazione. Sono tavoli che hanno l'obiettivo di pervenire a obiettivi generali e condivisi, i quali saranno oggetto di approvazione nell'Accordo di programma e saranno vincolanti per i soggetti istituzionali che lo sottoscrivono. Tali tavoli assumono una fondamentale funzione di rappresentanza dei bisogni e delle istanze della comunità locale, unitamente all'individuazione delle sue risorse e hanno come obiettivo strategico la definizione di scelte concertate. Essi non possono configurarsi come tavoli decisionali, essendo la funzione decisionale di competenza dell'Assemblea dei Sindaci di ambito distrettuale, ma la presenza nei diversi tavoli dei soggetti a cui attiene la funzione di regia del PDZ, indubbiamente assicura una continuità tra i momenti di confronto e approfondimento costituiti dai tavoli tematici e le decisioni strategiche a cui è chiamata l'Assemblea dei Sindaci.

Allo scopo di permettere il pieno sviluppo delle potenzialità insite nei processi di consultazione, le modalità di intervento dei diversi soggetti partecipanti ad ogni specifico Tavolo tematico di consultazione e il loro livello di coinvolgimento dovranno essere chiaramente definite a cura dell'Assemblea dei Sindaci all'inizio del percorso pianificatorio. Inoltre, per favorire l'efficace coordinamento tecnico dei tavoli e assicurare il costante aggiornamento del quadro conoscitivo del territorio, dovranno essere opportunamente definite le scelte di metodo inerenti l'intero processo di governance del sistema.

La funzione di co-progettazione interviene in una fase successiva ed è volta alla concreta realizzazione, con il concorso dei diversi soggetti del sistema integrato, di specifici interventi in attuazione degli obiettivi emersi dai Tavoli tematici di consultazione. Tale funzione trova compimento tramite i Tavoli di co-progettazione, che si configurano quali veri e propri gruppi di lavoro a cui partecipano, oltre ai soggetti istituzionali, anche soggetti non istituzionali che operano nell'area nella quale si attiva la progettazione e che intendono prestare un effettivo e concreto impegno, mettendo in campo risorse proprie.

## **6. I SOGGETTI E GLI ORGANI DELLA PIANIFICAZIONE**

Unitamente alla definizione degli aspetti organizzativi inerenti alla realizzazione dei PDZ sul territorio regionale è opportuno definire i diversi attori, sia politici che tecnici, che assumono un ruolo attivo nelle varie fasi del processo pianificatorio locale.

La normativa regionale individua i soggetti che con diversi ruoli e funzioni intervengono nel sistema

integrato.<sup>18</sup>

Ferme restando le competenze di detti soggetti in relazione alla realizzazione dei PDZ<sup>19</sup> si specificano di seguito le funzioni degli organi che a livello territoriale rivestono un ruolo determinante nel percorso di predisposizione e di attuazione del PDZ.

L'Assemblea dei Sindaci di ambito distrettuale<sup>20</sup> rappresenta l'organo di indirizzo e di alta amministrazione del SSC e pertanto assume la funzione di governo del processo pianificatorio locale. L'Assemblea dei Sindaci, tramite il Presidente, attiva il processo stesso e, successivamente, provvede alla stipulazione del relativo accordo di programma. Ha, inoltre, competenza relativamente all'elaborazione delle linee di programmazione e progettazione del sistema locale integrato degli interventi e servizi sociali e decide dei programmi e delle attività del SSC, inclusa l'attività dell'integrazione sociosanitaria, che confluiscono nel PDZ triennale e nel PAA. Spetta ancora all'Assemblea la definizione delle modalità di partecipazione ai tavoli tematici e l'assunzione delle scelte di metodo inerenti il processo di governance del sistema

Per quanto riguarda la pianificazione territoriale nelle aree di integrazione sociosanitaria, l'Assemblea dei Sindaci di ambito distrettuale condivide la funzione di governo con la direzione strategica dell'ASS. In particolare concorda gli obiettivi del PDZ in ambito sociosanitario e le attività integrate su cui avviare il confronto tecnico nei tavoli tematici di lavoro destinati alla elaborazione congiunta (programmazione, committenza, regolazione, monitoraggio e valutazione) delle attività stesse.

Dal punto di vista tecnico la figura che riveste il ruolo centrale nella programmazione zonale è il Responsabile del SSC<sup>21</sup>, in quanto soggetto competente della pianificazione e della gestione delle risorse (umane, finanziarie, strumentali) del SSC, nonché titolare della funzione di direzione dell'Ufficio di direzione e programmazione di ambito distrettuale.

In altre parole il Responsabile del SSC ha la funzione di governo tecnico della programmazione di zona e il coordinamento delle attività correlate al processo di elaborazione del PDZ.

In merito alle attività dell'integrazione sociosanitaria, il Responsabile del SSC e il Direttore di Distretto sanitario, che ha la funzione di governo tecnico della programmazione di zona per quanto di competenza dell'area sanitaria<sup>22</sup>, si raccordano tra loro.

L'Ufficio di direzione e programmazione di ambito distrettuale costituisce l'organismo tecnico-strategico preordinato alla predisposizione e adozione del PDZ e dei relativi PAA e rappresenta il luogo in cui si realizza la regia della pianificazione di zona. In particolare si occupa dell'attività istruttoria relativa alla predisposizione del quadro conoscitivo del territorio, dell'elaborazione della programmazione in area sociale e sociosanitaria, degli aspetti inerenti il monitoraggio e la valutazione del processo, della governance sociale e della gestione della funzione contabile e finanziaria.

L'Ufficio di direzione e programmazione afferente al SSC, il Coordinatore sociosanitario dell'ASS, il Direttore del Distretto sanitario del corrispondente ambito distrettuale e, per le materie di competenza, i Direttori di Dipartimento dell'ASS si raccordano ai fini della programmazione congiunta delle attività afferenti alle aree ad integrazione sociosanitaria.

## **7. LE RISORSE DEL PDZ**

Quanto fino ad ora evidenziato ha, ovviamente, un forte impatto relativamente all'amministrazione delle risorse complessivamente disponibili a livello territoriale e qualificanti il PDZ. Si ritengono a tal fine risorse tutti gli apporti in termini finanziari, strumentali e di personale.

---

<sup>18</sup> Il Capo III del Titolo II della LR 6/2006 indica accanto ai componenti istituzionali, che comprendono la Regioni, le Province, i Comuni, le Aziende per i servizi sanitari, le Aziende pubbliche di servizi alla persona, le altre realtà operanti sul territorio regionale quali le famiglie, il terzo settore, il volontariato e gli altri soggetti senza scopo di lucro.

<sup>19</sup> Come specificate dalla normativa per quanto riguarda la governance del sistema e dalla DGR 29 novembre 2004, n. 3236 "Linee guida per la predisposizione del programma delle attività territoriali (PAT) e del PDZ (PDZ), che per quanto attiene questo punto si richiama integralmente.

<sup>20</sup> Cfr. art. 20, LR 6/2006.

<sup>21</sup> Cfr. art. 21, LR 6/2006.

<sup>22</sup> Cfr DGR 2358/2011 "LR 49/1996, art 12 - Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale anno 2012: approvazione definitiva", dove è previsto che il Direttore generale dell'ASS affidi questa funzione al Direttore di Distretto.

L'art. 24 della LR 6/2006 prevede che nell'ambito del PDZ siano definite le risorse necessarie a realizzare il sistema integrato degli interventi e servizi sociali locali e stabilisce inoltre che siano indicate le quote rispettivamente a carico dell'ASS e dei Comuni occorrenti per l'integrazione sociosanitaria. L'art. 38 stabilisce che il sistema integrato è finanziato con le risorse stanziato dallo Stato, dalla Regione, dagli enti locali, dagli altri enti pubblici e dall'Unione europea, nonché con risorse private.

In particolare sono risorse del PDZ:

- le risorse del Fondo sociale regionale di parte corrente, determinato annualmente con legge di bilancio, e quelle destinate dallo Stato alla realizzazione di interventi e servizi sociali di cui all'art. 39 della LR 6/2006;
- le risorse stanziato da specifici capitoli del bilancio regionale che intervengono nel settore delle politiche sociali. Si citano in particolare il Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine (LR 6/2006, art. 41), il Fondo di solidarietà regionale (LR 9/2008, art. 9), il Fondo finalizzato al sostegno a domicilio di persone in situazioni di bisogno assistenziale a elevatissima intensità (LR 17/2008, art. 10), i finanziamenti agli Enti gestori derivanti dalla LR 41/1996 (Norme per l'integrazione dei servizi e degli interventi sociali e sanitari a favore delle persone handicappate ed attuazione della legge 5 febbraio 1992, n. 104 << Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale ed i diritti delle persone handicappate >>).
- le risorse che le ASS destinano ai Distretti sanitari e ai Dipartimenti per l'attuazione degli interventi e delle azioni di area sociosanitaria;
- le risorse stanziato dalle Province nell'ambito dei loro bilanci per impegni per l'attuazione di specifici interventi, servizi e azioni riferiti a materie di loro competenza, per il raggiungimento di obiettivi condivisi nel PDZ;
- le risorse proprie dei Comuni;
- le compartecipazioni dell'utenza;
- le risorse di tutti gli altri soggetti che concorrono all'attuazione del PDZ, a titolo di esempio si citano le associazioni di volontariato, le fondazioni bancarie, i privati cittadini, le imprese.

La visione completa e puntuale di tutte le risorse finanziarie e non messe a disposizione del sistema integrato, è rappresentata nel PAA con le modalità descritte al punto 2.2 del presente documento.

E' opportuno evidenziare tutti i diversi flussi di finanziamento disponibili, quali quelli rappresentati dai finanziamenti a vario titolo erogati alle singole realtà operanti nel sistema diverse dai SSC (contributi e incentivi a soggetti del terzo settore), in quanto costituiscono un'ulteriore possibile risorsa del PDZ. Per quanto attiene ai trasferimenti predisposti dall'Amministrazione regionale, al fine di facilitare la rilevazione dei diversi flussi, la Direzione regionale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali fornirà ai SSC un elenco degli stessi suddiviso per territorio di ambito distrettuale.

Tutte le risorse che si qualificano come aggiuntive a quelle tradizionalmente messe in campo dagli Enti locali rivestono una notevole importanza in relazione alla più completa realizzazione del modello di welfare di comunità, a cui anche le presenti linee guida auspicano, soprattutto rispetto all'attuale congiuntura economica che impone una sempre più avveduta razionalizzazione delle risorse disponibili. Pertanto la capacità di individuare le risorse esistenti nel proprio territorio e di convogliarle nella rete sociale locale costituisce obiettivo che il PDZ deve perseguire.

## **8. GLI OBIETTIVI REGIONALI**

Con l'intento di consolidare il PDZ come Piano regolatore dei servizi e degli interventi sociali territoriali, per il secondo triennio di pianificazione vengono individuati dei macro obiettivi, che in parte confermano gli obiettivi individuati per il primo triennio, stante la loro particolare valenza strategica, e in parte intendono concentrare l'attenzione su alcune tematiche che ancor oggi registrano nel territorio regionale, seppure in modo difforme, elementi di criticità e che pertanto necessitano di azioni di miglioramento.

Ovviamente, più in generale, con riferimento alle diverse aree di intervento<sup>23</sup> si confermano gli obiettivi e gli indirizzi già presenti nei diversi atti di programmazione che la Regione ha emanato negli ultimi anni e ai quali si rimanda per una lettura di sintesi all'Allegato 2.

Di seguito sono elencati gli obiettivi regionali per l'anno 2012 e per il triennio 2013-2015.

## 8.1 OBIETTIVI 2012

### N. 1/2012 GOVERNANCE DEL PROCESSO DI PIANIFICAZIONE

<b>OBIETTIVO 1.1</b>	Definire le modalità di coinvolgimento e di intervento dei diversi soggetti partecipanti ad ogni specifico livello di pianificazione nonché le scelte di metodo inerenti all'intero processo di governance del sistema dei servizi.
<b>RISULTATO ATTESO</b>	<p>L'Assemblea dei Sindaci di ambito distrettuale:</p> <p><b>A)</b> Tramite il suo Presidente attiva il processo di programmazione:  A1) convoca gli attori sociali o le loro rappresentanze;  A2) definisce:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le modalità di individuazione dei diversi soggetti partecipanti ai tavoli tematici di pianificazione;</li> <li>- le modalità di coinvolgimento dei soggetti partecipanti;</li> <li>- le modalità di coordinamento e gestione dei tavoli tematici;</li> <li>- il calendario dei lavori.</li> </ul> <p><b>B)</b> Attua le scelte inerenti al processo di governance del sistema:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- definisce le linee di programmazione e progettazione del sistema locale integrato degli interventi e servizi sociali;</li> <li>- decide dei programmi e delle attività del SSC;</li> <li>- definisce le forme di collaborazione con i soggetti del terzo settore da realizzare attraverso gli strumenti giuridici alternativi all'appalto previsti dall'atto d'indirizzo sull'affidamento dei servizi del sistema integrato da inserire in appositi "capitoli normativi" allegati al PDZ;</li> <li>- definisce le modalità di collaborazione con le Amministrazioni provinciali.</li> </ul> <p><b>C)</b> Condivide la funzione di governo della pianificazione territoriale nelle aree di integrazione sociosanitaria con il Direttore generale dell'ASS e il Direttore di Distretto sanitario.</p> <p><b>D)</b> Affida al Responsabile del SSC la funzione di governo tecnico della programmazione di zona e il coordinamento delle attività correlate al processo di elaborazione del PDZ.</p>
<b>INDICATORE DI RISULTATO</b>	<p>Entro il 31.12.2012</p> <p>Sottoscrizione atto di intesa sul documento che costituisce il livello di programmazione locale integrata nelle aree di integrazione sociosanitaria.  Approvazione del PDZ e successiva sottoscrizione dell'Accordo di programma.</p>

<sup>23</sup> Facendo rinvio alla DGR 3236/2004, le aree di intervento rispetto all'utenza sono le seguenti: 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 si ribadisce l'area relativa alle azioni di sistema.

<b>OBIETTIVO 2.1</b> <sup>24</sup>	<p>I SSC e le ASS programmano congiuntamente – nell’ambito del percorso di elaborazione del PDZ - servizi e interventi che richiedono unitamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, entro un quadro unitario, percorsi integrati per il benessere della persona, della famiglia e della comunità nelle aree di integrazione socio sanitaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- materno infantile</li> <li>- disabilità</li> <li>- malattie croniche</li> <li>- terminalità</li> <li>- anziani</li> <li>- salute mentale</li> <li>- dipendenze</li> </ul> <p>Nella programmazione congiunta vengono coinvolte le strutture operative dell’ASS e del sistema sociale integrato impegnate ad assicurare prestazioni/interventi e servizi afferenti alle aree di integrazione socio sanitaria sopra elencate.</p>
<b>RISULTATO ATTESO</b>	<p>Entro settembre 2012: Elaborazione congiunta di un documento che costituisce il livello di programmazione locale integrata nelle aree di integrazione socio sanitaria in ciascun ambito territoriale, secondo indicazioni metodologiche fornite dalla Direzione Centrale salute, integrazione socio sanitaria e politiche sociali. La durata della programmazione locale integrata è di tre anni. Per ciascun anno di attività viene data separata evidenza degli interventi da realizzare. Il documento viene trasmesso, da parte del Presidente dell’assemblea dei sindaci e del Direttore generale dell’ASS, alla Direzione Centrale salute, integrazione socio sanitaria e politiche sociali per il parere di congruità da rilasciare ai soggetti interessati entro ottobre 2012.</p> <p>Entro dicembre 2012: SSC e ASS riallineano la propria programmazione, qualora necessario, sulla base delle indicazioni regionali e giungono alla sottoscrizione di atto di intesa tra il Presidente dell’Assemblea dei sindaci dell’ambito territoriale interessato e il Direttore generale dell’ASS, che impegna le parti alla realizzazione, per quanto di competenza, dei contenuti della suddetta programmazione locale. Presidente dell’Assemblea dei sindaci del SSC e Direttore generale dell’ASS trasmettono alla Direzione Centrale salute, integrazione socio sanitaria e politiche sociali, il documento di programmazione integrata locale approvato in via definitiva unitamente all’atto di intesa.</p>
<b>INDICATORE DI RISULTATO</b>	Consegna dei documenti nei tempi previsti.

<sup>24</sup> Obiettivo omologo a quello assegnato alle ASS e contenuto nelle Linee di gestione per il servizio sanitario regionale per l’anno 2012 (DGR 2358/2011), nonché nelle indicazioni metodologiche conseguenti.



## 8.2 OBIETTIVI 2013-2015

### N. 1/2013-2015 GOVERNANCE SOCIALE

<b>OBIETTIVO 1.1</b>	Rafforzare il coinvolgimento della comunità nella realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali di tipo solidale e universalistico/selettivo
<b>RISULTATO ATTESO</b>	Il SSC assicura: <ul style="list-style-type: none"> <li>- il costante aggiornamento del quadro conoscitivo del territorio;</li> <li>- il coordinamento tecnico dei tavoli tematici di consultazione assicurando la condivisione e la restituzione ai soggetti partecipanti delle scelte strategiche generali;</li> <li>- il coordinamento e la gestione dei tavoli di co-progettazione;</li> <li>- il coordinamento degli interventi e dei servizi realizzati dai soggetti pubblici e privati;</li> <li>- la promozione di forme di compartecipazione economica per il sostegno alla realizzazione di progetti qualificanti la rete degli interventi e servizi da parte dei soggetti sociali ed economici presenti nel territorio di riferimento;</li> <li>- la predisposizione di strumenti informativi di promozione rivolti alla comunità locale.</li> </ul>
<b>INDICATORE DI RISULTATO</b>	Verbali di costituzione e di esito dei tavoli tematici e di co-progettazione.
<b>OBIETTIVO 1.2</b>	Favorire nell'ambito dei percorsi di assistenza, di protezione e promozione sociale, la messa a sistema delle attività di soggetti non istituzionali operanti nel territorio, beneficiari di contributi economici regionali, provinciali e comunali erogati a sostegno delle attività degli stessi soggetti a favore di persone in stato di bisogno, allo scopo di capitalizzare, in un'ottica di sinergia e di coordinamento, le risorse finanziarie pubbliche erogate.
<b>RISULTATO ATTESO</b>	SSC e ASS condividono progettualità e definiscono protocolli operativi con i soggetti non istituzionali beneficiari di contributi economici pubblici favorendo la coerenza delle attività con i bisogni rilevati (bisogni territorialmente emergenti o socialmente rilevanti). L'integrazione delle attività progettuali dei soggetti non istituzionali con le attività della programmazione locale costituisce per i soggetti non istituzionali prerequisito per l'ottenimento di contributi regionali.
<b>INDICATORE DI RISULTATO</b>	N. progetti condivisi con i soggetti non istituzionali per l'ottenimento di contributi regionali.  <i>Valore atteso</i> Nel triennio 2013 – 2015 il almeno il 70% dei soggetti non istituzionali beneficiari di contributi economici pubblici sottoscrivono protocolli operativi con il SSC.

**N. 2/2013-2015      AZIONI DI SISTEMA PER IL CONSOLIDAMENTO DEL GOVERNO DEL SISTEMA INTEGRATO**

<b>OBIETTIVO 2.1</b>	Consolidare il sistema associato di governo del sistema locale degli interventi e dei servizi sociali
<b>RISULTATO ATTESO</b>	Il SSC: <ul style="list-style-type: none"> <li>- consolida l'Ufficio di direzione e programmazione prevedendo ove possibile le necessarie risorse professionali dedicate;</li> <li>- rafforza il sistema informativo di ambito distrettuale in raccordo con la Regione e alimenta sistematicamente gli applicativi già disponibili;</li> <li>- adotta i modelli regionali di documentazione/rendicontazione delle risorse (finanziarie e non) disponibili e impiegate annualmente per l'attività tipica del SSC e per l'attività prevista con il PAA/PDZ;</li> <li>- predispone/aggiorna il regolamento per l'accesso e la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi.</li> </ul>
<b>INDICATORE DI RISULTATO</b>	N. operatori equivalenti dedicati all'attività dell'Ufficio di direzione e programmazione; alimentazione dei sistemi informativi previsti; adozione modelli regionali di documentazione/rendicontazione; presenza regolamento aggiornato per l'accesso e la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi.

**N. 3/2013-2015      STABILIZZAZIONE/CONSOLIDAMENTO DEI LIVELLI DI PRESTAZIONE**

<b>OBIETTIVO 3.1</b>	Stabilizzare e consolidare le prestazioni e gli interventi di cui all'art. 6 della legge regionale 6/2006, definendo un sistema di offerta per tipologie di servizi e prestazioni, trasversale alle aree di bisogno, articolato in: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>welfare d'accesso</b>, con il ruolo fondamentale riconosciuto al <i>servizio sociale professionale</i>, che ricomprende il <i>servizio di segretariato sociale</i>, le attività di presa in carico e gestione sociale del caso (case management), il servizio di <i>pronto intervento</i> per le situazioni di emergenza sociale;</li> <li>- <b>servizi domiciliari</b>, di tipo educativo, socioassistenziale e di assistenza integrata;</li> <li>- <b>servizi a carattere comunitario semiresidenziale</b>, compresa la rete delle strutture e dei servizi a ciclo diurno;</li> <li>- <b>servizi a carattere comunitario a ciclo residenziale</b>, comprendente la rete delle strutture e dei servizi a ciclo interamente residenziale anche a carattere temporaneo;</li> <li>- <b>misure di sostegno e assistenza economica</b>, nelle diverse forme previste dalla programmazione regionale.</li> </ul>
<b>RISULTATO ATTESO</b>	<b>Risultato atteso nel triennio 2013 – 2015</b> Per ogni ambito di intervento il SSC definisce gli obiettivi operativi, gli obiettivi di servizio (standard) e registra il valore target al 31.12.2012. Il valore target al 31.12.2012 viene preso come riferimento per il confronto con i valori target registrati al 31.12.2013, al 31.12.2014, al 31.12.2015.
<b>INDICATORE DI RISULTATO</b>	Valori target definiti nelle schede di cui all'Allegato 3. <i>Valori attesi</i> Gli scostamenti dei valori target registrati annualmente sono oggetto di valutazione.

<b>OBIETTIVO 4.1</b>	Definire/migliorare un sistema di accesso integrato ai servizi sociosanitari.
<b>RISULTATO ATTESO</b>	In ogni ambito distrettuale è attivo un sistema di accesso integrato in favore delle persone con malattie croniche e con disabilità.
<b>INDICATORE DI RISULTATO</b>	Evidenza documento descrittivo del sistema di accesso.
<b>OBIETTIVO 4.2</b>	Sviluppare e qualificare le Unità di valutazione multiprofessionale in tutte le aree di integrazione sociosanitaria.
<b>RISULTATO ATTESO</b>	In ogni ambito distrettuale sono attive per ciascuna area di integrazione sociosanitaria Unità multiprofessionali integrate per la valutazione delle condizioni di salute delle persone.
<b>INDICATORE DI RISULTATO</b>	Evidenza documento descrittivo delle Unità multiprofessionali integrate e del loro funzionamento. N. soggetti che accedono alla rete dei servizi sociosanitari valutati dalle specifiche Unità multiprofessionali integrate.  <i>Valore atteso</i> Il 100% dei soggetti che accedono alla rete dei servizi residenziali e semiresidenziali sono valutati dalle Unità multiprofessionali integrate.
<b>OBIETTIVO 4.3</b>	Utilizzare sistematicamente la valutazione multidimensionale e adottare progressivamente strumenti uniformi e standardizzati.
<b>RISULTATO ATTESO</b>	La valutazione dei bisogni sociosanitari delle persone in condizione di disabilità/non autosufficienza avviene in tutto il territorio regionale secondo modalità uniformi e standardizzate.
<b>INDICATORE DI RISULTATO</b>	N. soggetti valutati secondo modalità standardizzate definite dalla regione. N. soggetti valutati secondo altre modalità.  <i>Valore atteso</i> Entro il 2013 tutti i soggetti sono valutati secondo modalità standardizzate definite dalla regione.
<b>OBIETTIVO 4.4</b>	Programmare le risorse ritenute appropriate e disponibili attraverso il dispositivo del progetto personalizzato di intervento o del piano di assistenza/intervento.
<b>RISULTATO ATTESO</b>	Viene predisposto, sulla base della complessità del bisogno, un progetto personalizzato di intervento o un piano di assistenza/intervento almeno per: - i minori a rischio di allontanamento o con provvedimento giudiziario di allontanamento dalla famiglia (richiesto per tutti i casi la predisposizione del progetto personalizzato di intervento); - gli anziani non autosufficienti a rischio di istituzionalizzazione; - le persone <i>fragili</i> dimesse dall'ospedale che richiedono continuità delle cure e protezione sociale; - le persone (minori e adulti) con disabilità a rischio di esclusione sociale e di istituzionalizzazione (richiesto per tutti i minori con disabilità la predisposizione del progetto personalizzato di intervento); - ogni altra situazione richiesta da norme regolamentari o leggi regionali.
<b>INDICATORE DI RISULTATO</b>	Rapporto tra n. minori a rischio di allontanamento o con provvedimento giudiziario di allontanamento e n. progetti personalizzati di intervento. Rapporto tra n. anziani non autosufficienti a rischio di istituzionalizzazione e n. progetti personalizzati di intervento o piani di assistenza/intervento.

	<p>Rapporto tra n. persone <i>fragili</i> dimesse dall'ospedale che richiedono continuità delle cure e protezione sociale e n. progetti personalizzati di intervento o piani di assistenza/intervento.</p> <p>Rapporto tra n. persone con disabilità a rischio di esclusione sociale e di istituzionalizzazione e n. progetti personalizzati di intervento o piani di assistenza/intervento.</p>
<b>OBIETTIVO 4.5</b>	Definire/aggiornare la descrizione dell'offerta dei servizi e interventi sociosanitari disponibili per i cittadini in ciascun territorio di riferimento.
<b>RISULTATO ATTESO</b>	SSC e ASS predispongono per ciascuna area di integrazione sociosanitaria una descrizione aggiornata dell'intera gamma di offerta di interventi e servizi.
<b>INDICATORE DI RISULTATO</b>	La descrizione dell'offerta dei servizi è disponibile in versione cartacea e tramite web dei SSC e dell'ASS.
<b>OBIETTIVO 4.6</b>	Migliorare i livelli organizzativi ed operativi di integrazione sociosanitaria finalizzati alla presa in carico integrata assicurando la continuità assistenziale tra ospedale e territorio/domicilio, tra diversi tipi di servizi sanitari e tra servizi sanitari e servizi sociali, in modo particolare nel momento del passaggio all'età adulta.
<b>RISULTATO ATTESO</b>	<p>SSC e ASS dispongono di protocolli operativi finalizzati a garantire la continuità assistenziale tra strutture sanitarie e servizi territoriali e a domicilio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- protocollo dimissioni protette della persona fragile;</li> <li>- protocolli per la continuità delle cure nelle fasi di transizione dall'età evolutiva all'età adulta di soggetti affetti da malattie congenite, croniche e disabilità fisica/o psichica.</li> </ul> <p>SSC e ASS elaborano una proposta che definisce:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il fabbisogno di accoglimenti a breve termine con "funzione di attesa" rispetto ad altre destinazioni della rete dei servizi;</li> <li>- il piano di individuazione dei posti letto nelle diverse strutture in base al fabbisogno con specifico riferimento agli anziani e agli adulti fragili.</li> </ul>
<b>INDICATORE DI RISULTATO</b>	<p>I protocolli relativi alla continuità assistenziale sono predisposti in modo da essere uniformi, per quanto possibile, a livello di ASS.</p> <p>N. persone fragili per i quali sono stati attivati percorsi di dimissioni protette a tutela della continuità assistenziale tra strutture sanitarie e servizi territoriali e a domicilio.</p> <p>Evidenza di un documento con la proposta che definisce il fabbisogno e il piano di allocazione dei posti letto con specifico riferimento agli anziani e agli adulti fragili.</p> <p><i>Valori attesi</i></p> <p>Nel triennio 2013- 2015, il rapporto tra le persone fragili dimesse con l'attivazione di percorsi protetti e le persone fragili dimesse senza l'attivazione di percorsi protetti aumenta.</p> <p>Le persone che necessitano di accoglimento a breve termine con "funzione di attesa" trovano adeguata risposta nell'ambito dei posti letto individuati.</p>

<b>OBIETTIVO 5.1</b>	Promuovere la permanenza dei minori in famiglia.
<b>RISULTATO ATTESO</b>	<p>SSC e ASS definiscono adeguati programmi di prevenzione, contrasto all'allontanamento e di aiuto ai bambini e alle famiglie.</p> <p>SSC, servizi sanitari per l'età evolutiva e consultori familiari operano in condivisione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- identificano criteri soglia, a valenza multidimensionale, su cui basare interventi di prevenzione dell'allontanamento (aiuto al bambino, sostegno ai genitori, riduzione dei fattori conflittuali e patologici, ...);</li> <li>- utilizzano metodologie di intervento basate su progetti personalizzati di presa in carico del bambino e della famiglia;</li> <li>- verificano l'efficacia degli interventi di prevenzione dell'allontanamento.</li> </ul>
<b>INDICATORE DI RISULTATO</b>	<p>n. minori d'età allontanati con provvedimento dell'autorità giudiziaria e tempi di allontanamento.</p> <p><i>Valori attesi</i></p> <p>Con riferimento ai dati di flusso 2012, il rapporto tra il numero di minori accolti in strutture comunitarie e il numero della popolazione con età inferiore ai 18 anni, nel triennio 2013 -2015, tendenzialmente diminuisce.</p> <p>Rispetto al numero di richieste di allontanamento dai genitori registrate nel 2012, nel triennio 2013 - 2015 i tempi di allontanamento dalla famiglia di minori con provvedimento dell'autorità giudiziaria diminuiscono.</p>
<b>OBIETTIVO 5.2</b>	Potenziare e qualificare il processo di sostegno e allontanamento del minore nonché il sistema di accoglienza dei minori collocati all'esterno della propria famiglia di origine.
<b>RISULTATO ATTESO</b>	<p>SSC, servizi sanitari per l'età evolutiva e consultori familiari:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- condividono e applicano le Linee Guida per la regolazione dei processi di sostegno e allontanamento del minore, redatte dal Consiglio nazionale degli Assistenti Sociali, dagli organi nazionali della Magistratura, dall'ANCI e dal Ministero del lavoro e politiche sociali;</li> <li>- definiscono congiuntamente adeguati programmi integrati di sensibilizzazione della comunità locale e di promozione della cultura di accoglienza con riferimento in particolare alle associazioni di famiglie affidatarie e adottive, alla sollecitazione di un ruolo positivo da parte dei media, alla generalizzazione dell'esperienza delle reti familiari per l'accoglienza in caso di emergenza soprattutto per la fascia 0-6, alla sperimentazione di forme innovative di affidamento;</li> <li>- privilegiano percorsi di affidamento familiare, rispetto all'inserimento in comunità per i minori per i quali si rende necessario la separazione dai propri genitori;</li> <li>- realizzano progetti/interventi di recupero delle famiglie di origine.</li> </ul>
<b>INDICATORE DI RISULTATO</b>	<p>N. minori inseriti in strutture comunitarie.</p> <p>N. minori in forme di affidamento familiare.</p> <p>N. giornate di permanenza nelle comunità per minori.</p> <p>N. famiglie coinvolte in progetti/interventi di recupero.</p> <p>Risorse impiegate in progetti di promozione dell'affido familiare.</p> <p><i>Valori attesi</i></p> <p>Con riferimento ai dati di flusso 2012 nel triennio 2013-2015:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il numero di famiglie affidatarie cresce.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il numero dei minori inseriti in strutture comunitarie diminuisce.</li> <li>- Il numero dei minori in affidamento familiare aumenta.</li> <li>- Le giornate di permanenza nelle comunità per minori diminuiscono.</li> <li>- Il numero di famiglie coinvolte in progetti/interventi di recupero cresce.</li> <li>- Evidenza delle risorse dedicate a progetti di promozione dell'affido familiare.</li> </ul>
--	--

**N. 6/2013-2015 INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA - AREA DISABILITA'**

<b>OBIETTIVO 6.1</b>	<p>Avviare un percorso di riqualificazione dei Centri diurni per persone con disabilità finalizzato a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- diversificare il sistema semiresidenziale per adulti disabili con offerte adattabili alle esigenze dei soggetti;</li> <li>- promuovere soluzioni innovative alternative o integrative dei centri diurni maggiormente in grado di promuovere, in continuità educativa con la scuola e la famiglia, percorsi di autonomia personale e di inclusione sociale nei diversi contesti comunitari.</li> </ul>
<b>RISULTATO ATTESO</b>	<p>Gli Enti gestori dei servizi per l'handicap (art. 6, LR 41/96) collaborano con SSC e Distretti sanitari per la condivisione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un Piano di riqualificazione degli attuali centri diurni che definisca un sistema di offerta adattabile alle esigenze dei soggetti per bisogni, intensità di assistenza e di frequenza;</li> <li>- progettualità innovative finalizzate alla promozione di percorsi, integrati anche con altri servizi, di autonomia personale e di inclusione sociale nei diversi contesti comunitari (ricreativi, culturali, sportivi, occupazionali, ...), alternativi o integrativi dei centri diurni, con particolare attenzione ai giovani disabili che concludono il percorso scolastico e che per i quali si ritiene preclusa la possibilità di un inserimento lavorativo.</li> </ul>
<b>INDICATORE DI RISULTATO</b>	<p>Evidenza del sistema di offerta diversificato per intensità della cura e dell'assistenza. N. giovani disabili che a conclusione del percorso scolastico sono inseriti in programmi educativi e di inclusione sociale alternativi o integrativi dei centri diurni.</p> <p><i>Valore atteso</i></p> <p>Con riferimento al 31.12.2012, nel triennio 2013-2015 un numero crescente di disabili sperimenta percorsi educativi e di inclusione sociale alternativi ai centri diurni.</p>

**N. 7/2013-2015 INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA - AREA ANZIANI**

<b>OBIETTIVO 7.1</b>	Promuovere interventi di promozione della salute e di prevenzione delle disabilità nell'anziano.
<b>RISULTATO ATTESO</b>	SSC e Distretti sanitari adottano programmi di promozione della salute e di prevenzione delle disabilità a favore della popolazione anziana promuovendo stili di vita per l'invecchiamento in buona salute.
<b>INDICATORE DI RISULTATO</b>	N. iniziative di promozione della salute. N. anziani coinvolti in programmi di promozione della salute.  <i>Valori attesi</i> Ogni anno viene realizzato almeno un programma di promozione della salute in collaborazione con i destinatari e coinvolgendo soggetti della comunità. Un numero crescente di anziani nel triennio 2013-2015 sono coinvolti in programmi di promozione della salute.
<b>OBIETTIVO 7.2</b>	Sviluppare la domiciliarità, sostenere le famiglie, qualificare il lavoro di cura degli assistenti familiari, sperimentare soluzioni innovative di risposta residenziale (es. utilizzo condiviso di civili abitazioni per favorire forme di convivenza per anziani soli..) per ampliare le possibilità anche di coloro che necessitano di assistenza e cure di vivere in contesti di vita non istituzionalizzanti.
<b>RISULTATO ATTESO</b>	SSC e Distretti sanitari: - attivano percorsi di approfondimento conoscitivo delle condizioni sociosanitarie delle persone residenti nel territorio dell'ambito distrettuale e inserite in lista d'attesa per l'ingresso in una struttura residenziale per anziani; - predispongono un piano integrato a sostegno della domiciliarità per le persone non autosufficienti contenente: ▪ interventi di sostegno alla famiglie che assistono in casa la persona non autosufficiente; ▪ interventi di formazione e di supporto ai care givers; ▪ modalità di erogazione degli interventi e dei servizi a favore della domiciliarità; ▪ impiego di tecnologie di assistenza (servizi di e-care: telesoccorso e teleassistenza); ▪ partecipazione di organismi privati a supporto della domiciliarità; ▪ azioni di promozione di interventi sperimentali che perseguono l'obiettivo di introdurre modelli organizzativi e gestionali innovativi in un'ottica di "domiciliarità avanzata". - sperimentano soluzioni innovative di risposta residenziale (es. utilizzo condiviso di civili abitazioni per favorire forme di convivenza per anziani soli..).
<b>INDICATORE DI RISULTATO</b>	Rapporto tra n. anziani residenti nell'ambito distrettuale e n. anziani provenienti dal medesimo ambito territoriale accolti in strutture per anziani ancorché operanti in ambiti territoriali diversi.  <i>Valore atteso</i> Con riferimento al 31.12.2012 nel triennio 2013-2015 il rapporto tende ad aumentare.

N. 8/2013-2015

**INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA - AREA DISABILITÀ, DIPENDENZE E SALUTE MENTALE IN TEMA DI INSERIMENTO LAVORATIVO**

<b>OBIETTIVO 8.1</b>	Favorire lo sviluppo di opportunità lavorative e di inclusione sociale per le persone svantaggiate nell'ambito di nuovi accordi pubblico-privato, di reti locali di economia solidale e di filiere produttive di economia sociale.
<b>RISULTATO ATTESO</b>	SSC e ASS promuovono opportunità lavorative per le persone svantaggiate. Un maggior numero di persone svantaggiate trae beneficio in termini di opportunità lavorative tramite, a titolo esemplificativo: <ul style="list-style-type: none"><li>- l'incremento delle quote di servizi pubblici affidate alle cooperative sociali di inserimento lavorativo;</li><li>- la definizione, la condivisione, la divulgazione e l'utilizzo di clausole sociali in grado di riconoscere nei criteri di valutazione degli appalti il valore dei programmi di inserimento lavorativo di persone svantaggiate;</li><li>- le collaborazioni, gli accordi e i partenariati locali in grado di sostenere percorsi di economia locale inclusiva;</li><li>- la valorizzazione/ottimizzazione delle modalità di collaborazione con i SIL;</li><li>- la valorizzazione/ottimizzazione delle modalità di collaborazione con i CPI;</li><li>- la sperimentazione di nuove modalità di gestione degli strumenti destinati all'inserimento lavorativo (borse lavoro, tirocini, ecc.) anche attraverso un più efficace raccordo con i percorsi di integrazione lavoro.</li></ul>
<b>INDICATORE DI RISULTATO</b>	N. di persone svantaggiate inserite in contesti lavorativi. <i>Valore atteso</i> Con riferimento ai dati di flusso 2012, nel triennio 2013 -2015 le persone svantaggiate che sperimentano opportunità lavorative e di inclusione sociale aumentano.

N. 9/2013-2015

**MISURE DI CONTRASTO ALLA POVERTA' - INTEGRAZIONE CON LE POLITICHE DEL LAVORO**

<b>OBIETTIVO 9.1</b>	Utilizzo di strumenti di re-inserimento lavorativo-sociale secondo una logica di attivazione che mira all'autonomia della persona.
<b>RISULTATO ATTESO</b>	SSC e CPI promuovono strumenti percorsi di re-inserimento lavorativo-sociale. Un maggior numero di persone a rischio di povertà e di esclusione sociale trae beneficio in termini di opportunità lavorative tramite: <ul style="list-style-type: none"><li>- le collaborazioni, gli accordi e i partenariati locali in grado di sostenere percorsi di economia locale inclusiva;</li><li>- la valorizzazione/ottimizzazione delle modalità di collaborazione con i CPI;</li><li>- la sperimentazione di nuove modalità di gestione degli strumenti destinati all'inserimento lavorativo (borse lavoro, tirocini, ecc.) anche attraverso un più efficace raccordo con i percorsi di integrazione lavoro;</li><li>- l'utilizzo di lavori socialmente utili (LSU) e lavori di pubblica utilità (LPU).</li></ul>
<b>INDICATORE DI RISULTATO</b>	N. di persone a rischio di povertà e di esclusione sociale per le quali è stato previsto un percorso di re-inserimento lavorativo. Individuazione di modalità per la reciproca trasmissione delle informazioni con i CPI. <i>Valore atteso</i> Con riferimento ai dati di flusso 2012, nel triennio 2013 -2015 un maggior numero di persone a rischio di povertà e di esclusione sociale intercettate dai servizi potranno sperimentare percorsi di re-inserimento lavorativo.



**N. 10/2013-2015 AREA FAMIGLIA E GENITORIALITA'**

<b>OBIETTIVO 10.1</b>	Collegare gli interventi sociali e sociosanitari programmati nei PDZ con specifiche azioni inerenti le politiche familiari.
<b>RISULTATO ATTESO</b>	<p>I SSC comprendono nella programmazione prevista dal PDZ specifici interventi inerenti la famiglia con riferimento alle diverse fasi del suo ciclo di vita e ai relativi compiti, con particolare riferimento a quelli genitoriali.</p> <p>Nello specifico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) sostegno alla solidarietà, alle adozioni e all'affidamento familiare (L.R. n. 11/2006, art. 13);</li> <li>b) sostegno alle attività informative e formative finalizzate al sostegno della vita di coppia e familiare, nonché per la valorizzazione sociale della maternità e della paternità (L.R. n. 11/2006, art. 7 bis);</li> <li>c) sostegno e coinvolgimento delle organizzazioni delle famiglie alla realizzazione di progetti dedicati a supporto dei compiti familiari (L.R. n. 11/2006, artt. 17 e 18);</li> <li>d) promozione dei rapporti intergenerazionali e coinvolgimento delle persone anziane in attività di cura dei minori nell'ambito della conciliazione dei tempi di lavoro dei genitori (L.R. n. 11/2006, artt. 7 e 7.1);</li> <li>e) sostegno e valorizzazione delle Banche dei tempi (L.R. n. 11/2006, art. 14);</li> <li>f) sostegno economico delle gestanti in difficoltà, anche attraverso il coinvolgimento delle associazioni che perseguono il sostegno alla maternità (L.R. n. 11/2006, art. 8).</li> </ul>
<b>INDICATORE DI RISULTATO</b>	<p>N. adozioni e affidamenti sostenuti  N. iniziative informative/formative realizzate  N. progetti realizzati con il coinvolgimento delle organizzazioni familiari  N. progetti che prevedono il sostegno all'autoproduzione di servizi da parte delle organizzazioni familiari  N. iniziative inerenti i rapporti intergenerazionali realizzate  N. di Banche del tempo sostenute nel territorio di ambito distrettuale  N. progetti di sostegno realizzati (in collaborazione con quali servizi e organizzazioni)</p> <p><i>Valore atteso</i>  Con riferimento al 31.12.2012, nel triennio 2013-2015 i valori correlati agli indicatori di risultato registrano un numero di attività/iniziative/progetti complessivamente superiore.</p>

## 9. LE PROCEDURE DI ADOZIONE

Il comma 7 dell'articolo 4 della LR 6/2006 dispone che il PDZ venga approvato con accordo di programma, promosso dal Presidente dell'Assemblea dei Sindaci di ambito distrettuale e sottoscritto dallo stesso, dai Sindaci dei Comuni dell'ambito territoriale di pertinenza e, in materia di integrazione sociosanitaria, dal Direttore generale dell'ASS. Inoltre, sempre ai sensi della norma citata, l'accordo di programma è sottoscritto anche dai Presidenti delle Aziende pubbliche di servizi alla persona e delle Province, nonché dai soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, della legge 328/2000<sup>25</sup> nell'ipotesi in cui essi concorrono all'attuazione degli obiettivi del PDZ con risorse proprie. Per quanto attiene ai contenuti sociosanitari l'accordo di programma è preceduto da apposita intesa sottoscritta dal Presidente dell'Assemblea dei Sindaci di ambito distrettuale e dal Direttore generale dell'ASS.

Prima della stipula del PDZ deve essere acquisito il parere delle rappresentanze territoriali delle associazioni e degli organismi di cui all'articolo 27, comma 3, lettere h), i), o), q), r), s), t) e u) della LR 6/2006. Al fine dell'integrazione delle politiche territoriali di welfare e per realizzare obiettivi unitari di politiche sociali locali possono aderire all'accordo di programma tutti i soggetti pubblici che hanno competenze nelle materie trattate dal PDZ (Aziende Ospedaliere e Universitarie, Istituti scolastici, enti di formazione, Università, Istituti penitenziari, ecc.). L'adesione potrà riguardare obiettivi specifici di competenza del soggetto aderente piuttosto che singoli interventi e/o 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. 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.

Il PAA è approvato secondo modalità stabilite nell'accordo di programma che approva il PDZ. Per quanto attiene alle attività sociosanitarie contenute nel PAA il Presidente dell'Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale e il Direttore generale dell'ASS stipulano apposita intesa.

## 10. LA VALUTAZIONE

La stretta connessione tra il PDZ e il relativo quadro delle risorse a livello triennale e tra il PAA e il connesso bilancio, non può che dare rilevanza alle azioni di monitoraggio/verifica e di valutazione della pianificazione triennale e di quella annuale. In tal senso:

- l'azione di monitoraggio/verifica implica l'impegno costante di rilevazione dei dati economici e sociali avente l'obiettivo di registrare, aggiornare ed elaborare in modo sistematico, secondo procedure individuate, le informazioni utili e indispensabili per registrare l'andamento delle diverse aree programmatiche qualificanti la pianificazione e con riferimento alle previsioni già definite per codeste aree;
- l'azione di valutazione, assume la funzione strategica di giudizio dell'esperienza pianificatoria in corso e che, pur avvalendosi dei risultati dell'azione di monitoraggio/verifica, produce atti di conferma o correzione (regolazione) di quanto si sta realizzando.

Facendo riferimento a quanto già espresso nelle Linee guida per la predisposizione del PDZ 2006/2008, l'attività di valutazione si attua attraverso tre fasi specifiche:

- la *valutazione ex ante* caratterizzata dalla focalizzazione delle condizioni di partenza, dei bisogni presenti e rilevati e della progettualità da intraprendere ritenuta più adeguata. Tale fase valutativa ha altresì il compito di verificare la conformità dei contenuti previsti nelle scelte pianificatorie con quanto previsto dagli indirizzi regionali;
- la *valutazione in itinere*, realizzata a seguito del monitoraggio di processo inerente l'implementazione

---

<sup>25</sup> 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.

della pianificazione nelle sue diverse componenti programmatiche e progettuali, al fine di individuare criticità e punti di forza utili per intraprendere strategie migliorative che tengano conto anche delle eventuali modificazioni del contesto. Stante la forte correlazione tra processo pianificatorio sociale e pianificazione economico-finanziaria, assume una particolare rilevanza il momento valutativo realizzato annualmente e connesso all'effettuazione di ciascun PAA;

- la *valutazione ex post* finalizzata a individuare i risultati ottenuti (riguardo agli *output*, agli *outcome*, all'*impatto* sociale realizzato) a seguito della realizzazione del PDZ, anche con riferimento all'insieme delle risorse impiegate e ciò pure per orientare le successive scelte pianificatorie.

La valutazione effettuata al termine del triennio di validità del PDZ assume dunque un significato particolare stante l'impegno a definire la nuova edizione del PDZ con tutti gli elementi ad esso costitutivi che dovranno tener conto del mutamento nel frattempo avvenuto delle caratteristiche qualificanti il contesto decisionale.

Le indispensabili azioni di monitoraggio/verifica e di valutazione sono concretamente attuabili nel contesto di funzionamento dell'Ufficio di direzione e programmazione di ambito distrettuale, che agisce in stretta integrazione con l'analogo Ufficio del distretto sanitario.

In proposito va fatto presente che al fine di incentivare il raggiungimento degli obiettivi di interesse regionale posti per la triennalità 2013-2015, la Regione intende destinare annualmente una quota delle risorse del Fondo sociale regionale di parte corrente, così come previsto dal comma 2 dell'articolo 39 della LR 6/2006.

Con tale finalità la pianificazione locale (triennale e annuale) dovrà contenere l'indicazione dei contenuti attuativi e delle fasi temporali di effettiva realizzazione di quanto stabilito.

Non va infatti dimenticato il ruolo di valutatore che la Regione esprime in relazione alla propria funzione di esercizio del governo complessivo del sistema integrato di interventi e servizi sociali a livello regionale. Parte importante dell'azione di valutazione regionale è costituita anche dalla raccolta di informazioni e di indicazioni utili per la successiva definizione della pianificazione sociale regionale e per l'esercizio di una funzione di supporto e accompagnamento alle eventuali situazioni locali di difficoltà organizzativo-strategiche. Inoltre è doverosa ai fini della restituzione dei risultati complessivi delle pianificazioni locali ai diversi stakeholder che interagiscono con la pianificazione sociale regionale.

Il principio di trasparenza, coniugato con l'approccio partecipativo, devono infatti caratterizzare le azioni valutative condotte dai vari livelli di responsabilità pianificatoria nei contesti regionale e locale. Tali criteri hanno come conseguenza la scelta:

- dei contenuti e delle diverse modalità con cui dare informazione alla popolazione e agli stakeholder che hanno diritto di conoscere in quanto parti in causa nel processo pianificatorio o che è opportuno che sappiano sull'andamento e sui risultati di tale processo al fine di un aumento del grado di coinvolgimento e di consenso alle azioni promosse e realizzate dalla pianificazione locale;
- dei soggetti coinvolti nelle diverse fasi dell'azione valutativa identificabili, a livello locale, nei professionisti/tecnici del SSC e del connesso Ente gestore, negli amministratori componenti l'Assemblea dei sindaci di distretto, nonché, in relazione alle responsabilità effettivamente manifestate nella ideazione e realizzazione dei progetti o programmi costitutivi il PDZ, negli ulteriori soggetti, pubblici e del privato-sociale, con riferimento alla pertinenza espressa.

Resta inteso che, per la progettualità integrata sociosanitaria presente nel PDZ, l'insieme degli aspetti metodologici e strategici riguardante il processo valutativo nelle sue varie articolazioni sarà co-gestito con i professionisti/tecnici del distretto sanitario competente per territorio, così pure l'individuazione dei soggetti aventi responsabilità politico-amministrativa e coinvolti nei momenti di valutazione strategica dovrà comprendere la direzione generale dell'ASS territorialmente competente.

## **ALLEGATO 1**

### **SCHEMA DI INDICE DEL PDZ**

#### PREMESSA

1. IL PROFILO DI COMUNITA'
  - 1.1. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO
  - 1.2. I BISOGNI DELLA POPOLAZIONE
  - 1.3. I SERVIZI E LE RISORSE DISPONIBILI
  - 1.4. IL QUADRO INTERPRETATIVO
2. IL PERCORSO DI CONSULTAZIONE
3. AZIONI DI SISTEMA
4. AREE DI INTERVENTO: OBIETTIVI STRATEGICI, PRIORITÀ DEL PDZ, AZIONI, TEMPI E RISORSE
  - 4.1. AREA MINORI E FAMIGLIA
  - 4.2. AREA ANZIANI
  - 4.3. AREA DISABILI
  - 4.4. AREA DIPENDENZE E SALUTE MENTALE
  - 4.5. AREA POVERTA', DISAGIO ED ESCLUSIONE SOCIALE
5. LE RISORSE DEL PDZ
6. IL MONITORAGGIO, LA VERIFICA E LA VALUTAZIONE DEL PDZ
7. IL PROGRAMMA ATTUATIVO ANNUALE

#### ALLEGATI:

- SCHEDE ANAGRAFICHE DEL SSC
- ACCORDO DI PROGRAMMA
- PROTOCOLLI/INTESE

## **ALLEGATO 2**

### **ATTI DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE**

**Area materno infantile** (DGR 1393/03; LR 17/00; LR 20/04, art. 21; LR 11/06; LR 1/07, art. 4; DGR 1446/09; DGR 2286/2011)

- realizzare azioni positive inerenti la promozione dei diritti dei minori;
- realizzare interventi di sostegno socio educativo ai nuclei familiari a rischio sociale, per consentire la permanenza del minore nell'ambito della famiglia;
- favorire e valorizzare gli istituti dell'adozione e dell'affidamento familiare;
- garantire azioni di presa in carico dell'abuso e del maltrattamento;
- promuovere e sostenere la realizzazione di centri antiviolenza;
- 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;
- sostenere le gestanti e le madri in difficoltà;
- definire progetti congiunti, dal lato educativo, con le istituzioni scolastiche, con riferimento particolare alle realtà di maggior disagio sociale.

**Area disabilità** (LR 41/96; LR 6/2006; LR 17/2009 (Legge finanziaria 2009), art. 10, commi 72-74; LR 19/2010; DGR 1507/1997; DGR 655/1999; DGR 399/2004; DGR 2831/2002; DGR 4194/2002; DGR 196/2006; DGR 217/2006; DGR 465/2010; DPRReg. 35/2007; DPRReg. 48/2008; DPRReg. 139/2010; DPRReg. 247/2009; 215/2010; DPRReg. 190/2011)

- 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;
- affermare il domicilio come luogo privilegiato di accoglienza, cura e recupero;
  
- valorizzare il ruolo della famiglia, favorendo la capacità di risoluzione autonoma dei problemi di cura, anche attraverso il riconoscimento alle stesse di risorse e strumenti necessari a svolgere adeguatamente i compiti di assistenza a favore dei propri familiari in stato di bisogno;
  
- favorire la cura e l'assistenza a domicilio delle persone in condizione di grave disabilità, che necessitano di un'assistenza integrata, continua per ventiquattro ore su ventiquattro e di elevatissima intensità;
  
- 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;

- sostenere, promuovere e diffondere la figura dell'amministratore di sostegno a tutela dei soggetti deboli;
- migliorare i percorsi di presa in carico integrata delle persone con malattie croniche e con disabilità e i processi di gestione delle attività;
- favorire e promuovere la tutela, l'integrazione sociale, l'autonomia, l'autodeterminazione e le pari opportunità delle persone disabili in tutti i campi della vita sociale.

**Area anziani** (LR 26/1996; art. 13 LR 10/1997; LR 10/1998; LR 24/2004; LR 6/2006; LR 19/2010; DGR 465/2010; LR 26/2005; DPRReg. 35/2007; DPRReg. 48/2008; DPRReg. 333/2008; DPRReg. 337/2008; DPRReg. 139/2010; DPRReg 190/2011)

- prevenire il rischio di perdita dell'autonomia e dell'autosufficienza in tutti i contesti di vita dell'anziano (domicilio, casa di riposo...);
- ridurre e prevenire l'istituzionalizzazione della persona anziana attraverso nuove forme di domiciliarità;
- promuovere la cultura dell'"abitare possibile" nell'ambito dei processi di sviluppo locale sostenibile;
- 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;
- affermare il domicilio come luogo privilegiato di accoglienza, cura e recupero;
- valorizzare il ruolo della famiglia, favorendo la capacità di risoluzione autonoma dei problemi di cura, anche attraverso il riconoscimento alle stesse di risorse e strumenti necessari a svolgere adeguatamente i compiti di assistenza a favore dei propri familiari in stato di bisogno;
- coordinare e integrare gli interventi programmatici 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;
- sviluppare le cure intermedie, anche attraverso il potenziamento della residenzialità temporanea e diurna, in grado di dare adeguata risposta a specifici bisogni di carattere sociale e riabilitativo o attraverso interventi di "sollievo";
- riqualificare la rete dei servizi residenziali esistenti al fine di migliorare la capacità di governo e la qualità dell'assistenza erogata e garantire la centralità della persona, equità di accesso, dinamicità e flessibilità quali-quantitativa degli interventi erogati in relazione alla specificità e variabilità dei bisogni delle persone anziane accolte;
- migliorare i percorsi di presa in carico integrata della persona con malattie croniche e con disabilità e i processi di gestione delle attività;
- 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 favorevoli, 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;
- sostenere, promuovere e diffondere la figura dell'amministratore di sostegno a tutela dei soggetti deboli;
- sostenere il contesto familiare o solidale delle persone anziane attraverso interventi di informazione ed educazione per favorire l'utilizzo al domicilio di tutti i presidi e gli ausili e le procedure che adattino l'ambiente domestico al grado di non autosufficienza raggiunto e ne supportino l'autonomia residua e le risorse assistenziali del nucleo familiare o solidale a cui appartiene.

**Area salute mentale** (LR 72/80; LR 6/2006; DGR 1331/99; DPRReg. 35/2007; DPRReg. 48/2008; DPRReg. 139/2010)

- 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, favorevoli all'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 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 disagio e marginalità sociale** (LR 1/2007 (Legge finanziaria 2007), art. 4, commi 69-74; LR 9/2008, art. 9, commi 5-9; DPRReg 264/2008)

- 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;
- offrire opportunità e risorse a valenza socio-educativa e di reinserimento sociale a favore di minori con problemi di disadattamento e di devianza all'attenzione dell'Autorità Giudiziaria Minorile, di infraventunenni dell'area penale a disposizione dell'Autorità Giudiziaria Minorile nonché a favore di persone detenute, dell'area penale esterna o che si trovino nel trimestre successivo al termine dell'esecuzione penale;
- promuovere azioni di inclusione lavorativa, per i soggetti in esecuzione penale, anche mediante interventi di formazione professionale.

**ALLEGATO 3  
INDICATORI SULLE PRESTAZIONI DEL SSC**

**Sistema integrato e prestazioni essenziali – punto 2, art.6 della LR 6/2006**

Servizi e prestazioni	Funzioni	Destinatari	Indicatori	Valore target al 31.12.2012	Condizione di compartecipazione dell'utenza
<b>Welfare d'accesso 1) Servizio sociale professionale</b>	analisi della domanda individuale e sociale (con relativa raccolta sistematica di dati e informazioni), presa in carico di situazioni individuali e famigliari, sostegno professionale al singolo e alla famiglia mediante adeguata progettualità, attivazione delle risorse comunitarie e delle reti di solidarietà, rapporti con istituzioni varie.	singole persone (minori, giovani, adulti, anziani); famiglie; gruppi; attori del terzo/quarto settore; comunità.	n° soggetti e nuclei familiari "presi in carico" (esclusivamente come servizio sociale professionale o nel contesto della collaborazione con altri servizi o professionalità)/popolazione residente (famiglie anagrafiche); n° azioni di promozione sociale-comunitaria e per tipologia di utenza; n° assistenti sociali in servizio/ popolazione residente.		
<b>Welfare d'accesso 2) Segretariato sociale</b>	informazione sulle opportunità e risorse disponibili nel contesto della rete dei servizi sociali, sociosanitari e della comunità più in generale, prima accoglienza e lettura del bisogno, iniziale consulenza alle persone e ai nuclei familiari che presentano difficoltà o problematiche di natura (psico) sociale, eventuale accompagnamento a successivi percorsi di aiuto.	singole persone; nuclei famigliari; rappresentanti di gruppi/ associazioni/comunità.	n° sportelli di segretariato sociale attivi/popolazione residente; n° soggetti (tipologia), nuclei familiari, rappresentanti di gruppi/associazioni/comunità contattati; n° situazioni (tipologia) inviate ad ulteriori servizi; n° casi intercettati dal segretariato sociale / casi inseriti in cartella sociale.		



Servizi e prestazioni	Funzioni	Destinatari	Indicatori	Valore target al 31.12.2012	Condizione di compartecipazione dell'utenza
<b>Welfare d'accesso 3) Pronto intervento sociale</b>	tempestiva presa in carico delle situazioni di fragilità sociale e collaterale predisposizione di forme temporanee e flessibili di intervento (e successiva definizione di un progetto assistenziale e/o educativo) o di adeguato accompagnamento ai servizi pure non di competenza del SSC.	soggetti in situazione di fragilità psicosociale (minori, anziani, adulti con handicap, donne vittime di violenza, ecc.) che richiedono, in situazioni di emergenza assistenziale od educativa, una sollecita predisposizione di forme temporanee e flessibili di intervento o di adeguato accompagnamento ad altri servizi	n° e tipo di situazioni (individuali o di nucleo sociale) prese in carico; tipologia di intervento realizzato; n° di prese in carico tempestive / n° totale di prese in carico.		
<b>Servizio di assistenza domiciliare e di inserimento sociale</b>	assistenza e cura della persona, aiuto domestico, cura dell'igiene individuale e delle condizioni abitative, valorizzazione delle capacità residue della persona/utente, sostegno alla socializzazione, consulenza al care giver, sostegno socio-educativo per minori in situazione di carenza genitoriale/famigliare, sostegno all'inserimento socio-lavorativo.	soggetti non autosufficienti per i quali è ritenuto positivo dal lato esistenziale il mantenimento a domicilio; minori in situazione di carenza genitoriale/famigliare; soggetti in situazione di fragilità sociale.	n° utenti beneficiari (SAD o ADI o Assistenza educativa)/rispettive fasce di popolazione residente; n° di persone in liste d'attesa per SAD e/o ADI; n° borse di inserimento socio-lavorativo.		

Servizi e prestazioni	Funzioni	Destinatari	Indicatori	Valore target al 31.12.2012	Condizione di compartecipazione dell'utenza
<b>Servizi a carattere comunitario - semiresidenziali</b>	<p>accoglimento, temporaneo o permanente, in strutture semi-residenziali, assistenziali e/o educative, convenzionate-accreditate nel contesto del sistema dei servizi sociali e sociosanitari della regione di soggetti in condizione di fragilità personale, di non autosufficienza o provenienti da situazioni sociali/familiari inadeguate, per i quali risulta impraticabile l'attuazione di prestazioni e servizi esclusivamente a livello domiciliare e che comunque necessitano di esperienze di socializzazione in contesti professionalmente adeguati.</p>	<p>soggetti in condizione di fragilità personale, di non autosufficienza o provenienti da situazioni sociali/familiari inadeguate (portatori di handicap, anziani, minori, ecc) per i quali risulta impraticabile l'attuazione di prestazioni e servizi esclusivamente a livello domiciliare e che comunque necessitano di esperienze di socializzazione in contesti professionalmente adeguati.</p>	<p>n° strutture semi-residenziali convenzionate-accreditate per tipologia su totale strutture esistenti  n° strutture semi-residenziali per tipologia/entità rispettive fasce di popolazione residente  n° di inserimenti in strutture semi-residenziali, per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tipo di intervento</li> <li>- tipo di soggetti coinvolti/entità rispettive fasce di popolazione</li> <li>- tipo di valutazione espressa (integrata o meno)</li> </ul>		

Servizi e prestazioni	Funzioni	Destinatari	Indicatori	Valore target al 31.12.2012	Condizione di compartecipazione dell'utenza
<b>Servizi a carattere comunitario a ciclo residenziale</b>	accoglimento, temporaneo o permanente, in strutture residenziali assistenziali e/o educative, convenzionate-accreditate nel contesto del sistema dei servizi sociali e sociosanitari della regione (ed eccezionalmente extra regione) di soggetti in condizione di fragilità personale, di non autosufficienza o provenienti da situazioni sociali/familiari inadeguate, per i quali risulta assolutamente impraticabile l'attuazione di prestazioni e servizi alternativi alla residenzialità assistenziale od educativa.	soggetti in condizione di fragilità personale, di non autosufficienza o provenienti da situazioni sociali/familiari inadeguate (portatori di handicap, anziani, minori, donne vittime di violenza, ecc) per i quali risulta assolutamente impraticabile l'attuazione di prestazioni e servizi alternativi alla residenzialità assistenziale od educativa.	n° strutture convenzionate-accreditate per tipologia su totale strutture esistenti n° strutture per tipologia/entità rispettive fasce di popolazione residente n° di inserimenti in strutture residenziali, per: <ul style="list-style-type: none"> <li>- tipo di intervento</li> <li>- tipo di soggetti coinvolti/entità rispettive fasce di popolazione</li> <li>- tipo di valutazione espressa (integrata o meno)</li> </ul>		
<b>Misure di sostegno e assistenza economica</b>	assegnazione di contributi economici correlati a diverse finalità (autonomia possibile e assistenza a lungo termine, promozione dell'autonomia di singoli o di nuclei familiari, ecc) comunque tendenti a favorire processi di autonomizzazione esistenziale e contestualizzati in più complessivi progetti di intervento socio-assistenziale.	soggetti che, per condizioni psico-fisiche o socio-economiche, necessitano di un intervento economico a sostegno e a promozione dell'autonomia personale e/o familiare	n. di beneficiari individuati per condizione assistenziale e tipologia di intervento economico attuato (FAP, sostegno affitti, ecc.); n. di soggetti per i quali è stato possibile realizzare una progettualità più complessiva / totale beneficiari per tipologia di intervento.		

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE