

TESI DI LAUREA DI

Violetta Centanni

***LA PROGRAMMAZIONE
NELLA GESTIONE ASSOCIATA
DEI SERVIZI***

***Questa tesi è disponibile sul sito
www.assistentsociali.org***

Indice

Introduzione...

1- Welfare State e ripartizione poteri tra Stato, Regioni e Enti locali...

1. Welfare sociale nelle Marche...

2- Il ruolo del sistema di programmazione e controllo di gestione...

2. Il sistema di programmazione e controllo di gestione negli Enti locali...

2.2 Il sistema dei controlli...

2.3 PEG...

3-Pianificazione, programmazione e organizzazione della rete integrata dei Servizi Sociali...

3.1 Il Piano di Zona: fasi programmatiche.

3.2 Il Piano Regionale.

3.3 Il Piano Nazionale.

3.4 Programmazione.

3.5 Programmazione sociosanitaria.

4-Integrazione socio-sanitaria.

4.1 Integrazione socio-sanitaria: i principi.

4.2 Chi fa l'integrazione?.

4.3 Il sistema programmatico.

4.4 Integrazione sociosanitaria nelle Marche.

5-Gestione associata dei servizi.

5.1 Come e con chi si gestiscono i servizi associati.

5.2 Le Marche.

5.3 L'Azienda.

Conclusioni.

Appendice normativa.

Bibliografia.

Sitografia.

Introduzione

La legge 328/2000, “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”, ha notevoli caratteristiche di complessità, sia per la numerosità dei soggetti decisori coinvolti, sia per la numerosità delle relazioni che ne conseguono.

Coniuga al suo interno i principi dell’universalismo, della solidarietà, della sussidiarietà e mira a realizzare un “modello a rete” che abbia la massima integrazione di interventi sociali e socio-sanitari per la soddisfazione dei bisogni essenziali del cittadino attraverso una politica sociale efficiente ed efficace.

La programmazione, organizzazione e amministrazione dei servizi sociali sono strettamente collegate con le scelte dello Stato in materia sociale.

Gli scopi principali sono la tutela della salute dei cittadini, la previdenza sociale, l’assistenza e la beneficenza, l’istruzione, la cultura, gli interventi di controllo e gestione di beni e servizi.

Tutte attività che si pongono come fine il benessere della società e lo Stato che si pone tali obiettivi viene oggi chiamato Stato del benessere (Welfare State).

Lo Stato destina una parte dei propri mezzi finanziari per assicurare ai cittadini i livelli essenziali di assistenza¹(reddito, alimentazione, istruzione, abitazione...) nel tentativo di costruire un sistema sociale basato su tre elementi: l’economia di mercato, per produrre ricchezza attraverso domanda ed offerta di beni e servizi; la società civile, il privato sociale con compiti di solidarietà sociale; lo Stato e gli altri enti pubblici per curare l’interesse pubblico.

Programmare vuol dire trovare ed organizzare le risorse disponibili per il perseguimento degli obiettivi scelti. La “politica dei servizi sociali” è l’insieme di scelte fatte, in questo settore, nel rispetto dei valori, dei principi e degli obiettivi chiaramente espressi dalla legge quadro.

I valori sono i fini ultimi, le ‘cose’ che si reputano desiderabili e che quindi stabiliscono le priorità; i principi indicano le norme di comportamento per essere in linea con i valori; gli obiettivi sono il concreto verso il quale si dirigeranno azioni e risorse.

¹ LEA: livelli essenziali d’ assistenza individuati nel Piano Sanitario Nazionale(art.1,comma 4°)

I soggetti coinvolti sono le Organizzazioni internazionali ed europee, lo Stato, gli Enti Pubblici Nazionali, le Regioni, le Comunità locali, i soggetti del Terzo settore e le imprese private.

Il modello operativo prevede che Stato, Regioni, Province e Comuni adottino il metodo della programmazione 'partecipata', ossia con la partecipazione di tutti i possibili enti gestori.

Così importantissima è la collaborazione fra i vari soggetti per il raggiungimento degli obiettivi comuni e per le risorse da rendere disponibili. La stesura del Piano di Zona² è l'inizio del processo di creazione e gestione dei servizi sociali.

Esso è lo strumento di governo delle politiche sociali comunali ed al suo interno devono confluire tutte le funzioni di programmazione, gestione e verifica dell'intero sistema di servizi ed interventi.

Il Comune è, quindi, al centro del governo di una rete di opportunità, servizi e risposte ai molteplici bisogni dei cittadini; dovrà individuarli, selezionarli, garantire i livelli essenziali di assistenza o in proprio o appoggiandosi a terzi in integrazione con tutte le altre istituzioni, controllando la qualità dell'offerta e l'efficacia degli interventi.

Gestione ed offerta quindi spettano non solo ai soggetti pubblici ma anche ai soggetti attivi nella realizzazione concertata degli interventi come gli organismi non lucrativi di utilità sociale, le cooperative sociali³, le fondazioni, gli enti di patronato, le organizzazioni di volontariato. L'attuazione della Riforma richiede la continua promozione del coinvolgimento dei soggetti del terzo settore, a partire dalla programmazione fino ad arrivare all'intervento.

La legge 328/00 ha completamente ridefinito gli obiettivi del benessere sociale e gli obiettivi posti possono essere perseguiti soltanto attraverso una forte integrazione tra il Comune e gli altri soggetti che lo affiancano nell'accompagnamento dell'individuo lungo le fasi della sua esistenza.

E' quindi di fondamentale importanza l'integrazione con i servizi sanitari; in molte aree di intervento i bisogni sociali sono indivisibili da quelli a tutela della salute. Non

² Art 19 L 328/00.

³ La L.381/91 disciplina le cooperative sociali che hanno lo scopo di perseguire l'interesse della comunità; due tipi di cooperativa: a) per la gestione dei servizi socio-sanitari e educativi, b) per l'inserimento lavorativo di persone disagiate.

tralasciando però altri settori quali le politiche del lavoro, formative, educative, urbanistiche.

Ed è fondamentale la riuscita di una gestione associata, che sfrutti al massimo le potenzialità di ogni Ente (umane ed economiche) partecipante, pubblico o privato, per la riuscita ottimale di tutti i servizi necessari. Non sempre di facile realizzazione.

Capitolo 1

Welfare State e ripartizione poteri tra Stato, Regioni ed Enti locali

La struttura del sistema assistenziale italiano è stata fortemente influenzata dal contesto politico e culturale che l'ha delineata. Un primo punto fermo è stata la legge n. 6972 del 17 Luglio 1890, conosciuta come "legge Crispi", che diede un nuovo ruolo allo Stato in materia di assistenza.

Grazie alla legge, infatti, gli Enti ecclesiastici a cui era affidato fino ad allora tutto il settore assistenziale (più beneficenza che assistenza), si videro attribuita personalità giuridica pubblica e vennero denominati Ipub⁴; inoltre si stabilì quale Ente fosse tenuto a dare assistenza e come ripartire le spese. Nel periodo fascista vi fu il proliferare di Enti assistenziali (INPS; INAIL; INAM) per lo sviluppo di una legislazione assicurativa e previdenziale; tuttavia, nonostante l'assistenza specifica, la struttura era carente in ogni sua parte soprattutto per il sistema verticistico su cui era basata.

Lo Stato Repubblicano è a connotazione sociale ed è già ampiamente chiaro dalla Costituzione⁵.

Tuttavia la ripartizione dei fondi risultò piuttosto squilibrata poiché non vennero prese in considerazione le effettive necessità quanto piuttosto la capacità di contrattazione dei vari Enti.

Nel 1970 vi fu l'istituzione delle Regioni a Statuto Speciale che segnarono il primo passo verso il decentramento amministrativo e gli Enti locali ebbero maggiore autonomia nell'erogazione delle prestazioni socio-assistenziali. Con la legge n. 833 del 1978, Servizio Sanitario Nazionale, e la creazione delle Usl, unità sanitarie locali, si individuò, su base territoriale, i soggetti preposti alle prestazioni sanitarie e sociali.

Negli anni '90 si valorizzarono la partecipazione attiva delle associazioni e del volontariato e la Legge Bassanini⁶ applicò il principio di sussidiarietà tra gli Enti nazionali e locali dando grande potere alle Regioni, alle Province ed ai Comuni.

In questo contesto parte la "Legge quadro per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e di servizi sociali"⁷, approvata l'8 Novembre 2000, che è il punto di

⁴ Istituzioni pubbliche d'assistenza e beneficenza.

⁵ Art. 3, 31, 32, 34, 38.

⁶ Legge n.59/1997.

⁷ Legge 328/2000, Signorino-Turco; legge cornice che ridefinisce il profilo delle politiche sociali

maggior innovazione del welfare italiano.

Essa mira ad integrare tutti i soggetti che operano nel settore socio-sanitario, coordinandoli e stabilendo gli standard di qualità dei servizi erogati.

Infatti la riforma mira a costruire una rete integrata di servizi, sociali e sanitari, che possa garantire standard di qualità su tutto il territorio nazionale.

Per garantire gli interventi integrati la legge prevede la programmazione delle azioni e delle risorse, dell'operatività per progetti, della verifica sistematica dei risultati in termini di qualità ed efficacia delle prestazioni e dell'impatto di genere.

La legge attribuisce la funzione amministrativa⁸ ai Comuni che hanno a disposizione il Piano di Zona che individua come si costruiscono i livelli essenziali di assistenza e deve prevedere gli obiettivi e le priorità di intervento, gli strumenti per la loro realizzazione e le modalità di collaborazione con gli altri soggetti operanti nel settore sociale locale.

Le Province concorrono alla programmazione Regionale, offrono sostegno alle progettazioni Comunali e raccolgono informazioni sui bisogni.

Alle Regioni spetta la titolarità della funzione di programmazione tramite il Piano Regionale degli interventi e dei servizi sociali che ha lo scopo di favorire politiche integrate e coordinamento con il terzo settore.

Inoltre vi si stabiliscono i criteri mediante i quali i Comuni organizzano la loro attività.

Criteri per: autorizzazione ed accreditamento, la vigilanza su strutture pubbliche e private, costi delle prestazioni e definizione delle tariffe dei soggetti accreditati.

Inoltre tutto il controllo di gestione, volto a valutare efficacia ed efficienza delle prestazioni e formazione ed aggiornamento del personale.

Allo Stato la legge assegna l'esercizio delle funzioni di indirizzo, coordinamento e regolazione delle politiche sociali.

In particolare, principi ed obiettivi, livelli essenziali delle prestazioni, requisiti minimi per autorizzazione ed accreditamento, la ripartizione delle risorse del Fondo Nazionale per le politiche sociali.

Lo strumento di programmazione è il Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali, con il quale, ogni tre anni, il Governo indica le priorità d'intervento, le risorse,

⁸ Programmazione, progettazione ed attuazione del sistema locale dei servizi; responsabili del controllo delle prestazioni, autorizzazione e accreditamento, vigilanza sulle strutture pubbliche e sul privato sociale, efficacia ed efficienza

le modalità di attuazione.

Il Piano Nazionale deve indicare: priorità d'intervento, finanziamenti e modalità di attuazione, indicatori e parametri per la verifica dei risultati.

In sostanza lo Stato si occupa, con il Piano Nazionale triennale, di dare le linee guida per i livelli essenziali di assistenza; le Regioni, con Piano Regionale anch'esso triennale, svolgono la funzione di coordinamento e programmazione delle attività socio-sanitarie; i Comuni, con il Piano di Zona triennale, costruiscono il sistema di servizi a rete.

Un ruolo molto importante lo ricoprono anche le associazioni del terzo settore e no profit; la legge infatti individua nella concertazione lo strumento essenziale per l'integrazione e per una visione d'insieme che comprenda oltre agli interventi sociali quelli per la salute, l'istruzione e il lavoro.

Per permettere ai cittadini la conoscenza e l'accesso ai servizi la legge prevede l'adozione della Carta dei Servizi⁹ che oltre ad essere la "carta per la cittadinanza sociale" si concentra sugli obiettivi della promozione sociale ed ha il compito di definire i criteri per l'accesso agli interventi, il funzionamento dei servizi e le procedure per assicurare la tutela degli utenti.

Ogni Ente, su indicazione del Piano Nazionale, deve munirsi della Carta dei Servizi.

Inoltre Stato, Regioni ed Enti locali devono assicurare una profonda conoscenza dei bisogni e dei servizi presenti sul territorio attraverso il Siss¹⁰.

In sostanza le parole chiave della legge di riforma sono: programmazione, cooperazione, integrazione, sussidiarietà verticale (ripartizione tra i vari livelli amministrativi), sussidiarietà orizzontale (valorizzazione terzo settore e associazioni), monitoraggio e valutazione.

1.1 Welfare sociale nelle Marche

Il cammino della Regione Marche si può far risalire alla legge regionale n. 43 del 5 Novembre 1988, "Norme per il riordino delle funzioni di assistenza sociale di competenza dei Comuni, per l'organizzazione del servizio sociale e per la gestione dei

⁹ Piano Nazionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali

¹⁰ Sistema informativo dei servizi sociali

relativi interventi nella Regione” con la quale vennero precisati la presenza e i ruoli del volontariato.

Un'altra legge di fondamentale importanza è la n. 18 del 4 Giugno 1996, “Promozione e coordinamento delle politiche di intervento in favore delle persone in situazione di handicap” con cui inizia la collaborazione tra i vari soggetti pubblici.

L'approvazione del Piano Regionale sulle politiche sociali¹¹ avvenne con un po' di anticipo rispetto alla legge 328/00. Esso parte dall'analisi dei bisogni delle diverse realtà territoriali tracciando, dettagliatamente, le caratteristiche principali della popolazione marchigiana.

Il Piano Regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali 2000/2002 oltre alla descrizione di territorio e popolazione traccia anche una mappa dei servizi sociali e socio-sanitari presenti descrivendo, tra l'altro, gli interventi riguardanti anziani, infanzia ed età evolutiva, dipendenze, devianza, persone e gruppi emarginati, handicap e salute mentale.

Ed è più volte ricordato che lo strumento da adottare, sia per la pianificazione che per l'attuazione, è la concertazione intesa come¹²: “[...]processo cardine del nuovo modello di sviluppo dei servizi, che consente da un lato di superare la rigidità degli assetti istituzionali e dall'altro di mobilitare tutte le risorse che possono concorrere proficuamente alla formazione di decisioni condivise per l'affermazione dei diritti sociali e per il benessere di ognuno”.

La Regione ha provveduto alla definizione degli ambiti territoriali indicando il distretto sanitario come dimensione di riferimento e fissando un tetto di 100.000 abitanti per ogni A.T..

Si è giunti alla definizione di 29¹³ ambiti, che diventeranno 24¹⁴ per corrispondere ai nuovi distretti sanitari. Il Piano Regionale affida agli A.T. obiettivi quali: dotare tutti i territori di una rete di servizi essenziali e l'integrazione dei servizi; inoltre ha costituito un Fondo annuo incentivante per cofinanziare gli ambiti nei progetti più innovativi.

In ogni A.T. viene nominato un Coordinatore della rete dei servizi essenziali che ha il compito di facilitare il processo di integrazione, facilitare il rapporto con le altre

¹¹ Deliberazione amministrativa n. 306 del 1 Marzo 2000: “Piano Regionale per un sistema integrato d'interventi e di servizi sociali 2000/2002”.

¹² Piano Regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali.

¹³ DGR n. 337 del 13 Febbraio 2001: “Istituzione Ambiti Territoriali”.

¹⁴ DGR n. 592 del 17 Luglio 2001 che modifica il precedente.

amministrazioni pubbliche, curare le informazioni riguardanti i servizi presenti nell'ambito territoriale e partecipare alla stesura del Piano territoriale triennale e dei Piani, annuali, di attuazione.

Il Piano territoriale è adottato tramite un accordo tra i Comuni dell'ambito, ha validità triennale e deve prevedere dei Piani di attuazione annuali.

Inoltre gli Ambiti dispongono del Bilancio Sociale d'Area che ha lo scopo di monitorare l'ambito in base agli obiettivi fissati e di costruire servizi in continuo evolversi e in continuo miglioramento qualitativo.

Un altro punto cardine del Piano Regionale sono le politiche per l'integrazione socio-sanitaria.

Sono stati individuati tre campi principali nei quali attuare l'integrazione:

- 1-Interventi socio-assistenziali a basso impegno sanitario: competenza dei Comuni;
- 2-Interventi sanitari a basso impegno socio-assistenziale: prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione con competenza del Fondo Sanitario Nazionale;
- 3-Interventi socio-sanitari ad elevata integrazione socio-assistenziale: competenza delle A.S.L.

Uno dei numerosi obiettivi del Piano regionale è la riorganizzazione della Rete dei servizi essenziali che deve avere funzioni di mediazione, di integrazione e supporto e di abilitazione e riabilitazione.

All'interno di ogni Ambito territoriale la Rete deve strutturarsi in cinque aree:

- Ufficio di promozione sociale(10.000-15.000 abitanti)
- Servizi a domicilio
- Servizi semi-residenziali
- Servizi residenziali
- Interventi per l'emergenza

Il Piano ha poi fissato le scelte strategiche per avviare una reale integrazione; innanzitutto il ridisegno del sistema formativo, ossia identificare e definire le figure professionali; la seconda scelta riguarda la collaborazione tra soggetti pubblici e terzo settore; la terza e ultima scelta riguarda la creazione di un sistema di qualità, di cui sarà garante il settore pubblico che dovrà accertare la qualità del fornitore, del servizio, dell'intervento e dei processi formativi.

Dopo questo quadro generale dei contenuti del Piano è utile tracciare un bilancio della sua attuazione.

La Regione Marche ha istituito gli ambiti territoriali¹⁵ ed ha istituito il Comitato tecnico permanente per l'attuazione del Piano regionale¹⁶.

E' stato inoltre avviato l'Osservatorio Regionale per le politiche sociali¹⁷ che ha lo scopo di conoscere i bisogni del territorio.

La seguente tabella¹⁸ mostra, in parte, lo stato di attuazione della legge:

¹⁵ Vedi nota 11.

¹⁶ DGR n. 957 del 9 Maggio 2000

¹⁷ DGR n. 1768 del 1 Agosto 2000: "Istituzione dell'Osservatorio Regionale per le politiche sociali

¹⁸ Bucci, Piersanti, Tricoli, Zollerano, (2002), *Il nuovo cammino della riforma*, Associazione Nuovo Welfare, p. 70.

Articolo	Oggetto	Situazione
4, comma 3	Ripartizione dei finanziamenti assegnati dallo Stato	<p>D.G.R. n. 2491 del 23 ottobre 2001 “Modalità e riparto dei fondi destinati al cofinanziamento delle spese relative alla pianificazione e gestione della rete degli interventi e servizi sociali dei Comuni associati in ambiti territoriali”.</p> <p>D.G.R. n. 2492 del 23 Ottobre 2001 “Criteri e modalità per il piano di riparto e programma degli interventi e risorse finanziarie nazionali e regionali in campo socioassistenziale anno 2001</p>
7, comma 1	Disciplina del ruolo delle Province	<p>D.G.R. n. 1670 del 17 Luglio 2001 “Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali- Approvazione Linee guida</p>
8, comma 2	Programmazione di interventi sociali con la promozione di modalità di collaborazione azioni coordinate con gli enti locali	<p>D.G.R. n. 957 del 9 Maggio 2000 “Istituzione del Comitato tecnico permanente per l’attuazione del Piano Regionale per un sistema integrato di interventi e di servizi sociali”</p>

8, comma 3 Lettera a	Determinazione, tramite la concertazione, degli ambiti territoriali, delle modalità e degli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete.	D.G.R. n. 337 del 13 Febbraio 2001 “Istituzione degli ambiti territoriali”; D.G.R. n. 592 del 19 Marzo 2002 “Modifica alla D.G.R. 337/2001- Istituzione degli ambiti territoriali”
8, comma 3 Lettera h	Definizione dei requisiti di qualità per la gestione dei servizi e per l’erogazione delle prestazioni	Istituzione del gruppo di lavoro sulla qualità dei servizi per la definizione dei requisiti; accreditamento, professioni sociali e Carta dei servizi
8, comma 4	Disciplina delle procedure amministrative e delle modalità per la presentazione dei reclami da parte degli utenti	Uffici di promozione sociale che si occuperanno anche di tutela.
12, comma 2, lettera b	Avvio di corsi di formazione	D.G.R. n. 2106 del 11 Settembre 2001
18, comma 6	Adozione del Piano Regionale	Deliberazione amministrativa n. 306 del 1 Marzo 2000 “Piano Regionale per un sistema integrato di interventi e s.s.

Capitolo 2

Sistema di programmazione e controllo di gestione

Il sistema di programmazione e controllo ha lo scopo di fornire le informazioni necessarie per consentire una valutazione dei risultati ottenuti e supportare il processo decisionale relativamente alle scelte, tra diverse alternative, per il raggiungimento degli obiettivi.

L'efficienza e l'efficacia sono i criteri di riferimento per l'attività di programmazione e controllo.

Con la programmazione si definiscono i piani e i programmi e quest'attività è da intendersi da un punto di vista strategico, orientata a periodi di riferimento pluriennali, la cui durata è variabile in relazione al mercato in cui si opera ed alle condizioni operative, tramite la migliore utilizzazione possibile delle risorse presenti.

Dalla programmazione deriva la formulazione degli obiettivi gestionali.

L'attività di controllo è finalizzata ad una perpetua rilevazione dei risultati ottenuti e ad un confronto continuo tra risultati ed obiettivi per l'individuazione degli, eventualmente necessari, interventi di modifica.

2.1 Il sistema di programmazione e controllo di gestione negli Enti locali

Gli Enti locali possono essere definiti come aziende operanti su un ambito territoriale di riferimento, individuato da criteri di ordine storico, geografico, culturale, economico e politico, per il soddisfacimento dei bisogni della popolazione lì residente.

Il sistema informativo contabile degli Enti locali è sostanzialmente differente da quello tipico di altre realtà aziendali.

Difatti i diversi sistemi contabili perseguono finalità diverse. La contabilità economica, tipica delle aziende di produzione, osserva l'aspetto economico della gestione. La contabilità finanziaria invece, tipica delle amministrazioni pubbliche e degli Enti locali in particolare, osserva l'aspetto finanziario.

Con il termine bilancio quindi, si fa riferimento al documento preventivo, con valenza programmatica ed autorizzativa, che illustra l'insieme delle attività che si intende

realizzare e l'insieme delle fonti di finanziamento alle quali si intende ricorrere per soddisfare tutti i bisogni della collettività.

Il bilancio preventivo è un documento obbligatorio ed è lo strumento tramite il quale si individuano e definiscono i valori massimi delle uscite.

La funzione autorizzativa impone il rispetto di alcuni vincoli, tra cui il principale è il vincolo di pareggio in bilancio, secondo il quale l'ammontare totale delle spese previste deve essere inferiore o al massimo uguale all'ammontare totale delle entrate.

2.2 Il sistema dei controlli

L'attività degli Enti locali è sottoposta ad un insieme variegato di controlli.

Controlli sulla regolarità amministrativa della gestione, controllo interno o di gestione, controllo di qualità, controllo finalizzato ad evidenziare il grado di raggiungimento degli obiettivi.

Alla base dell'attività di controllo c'è il confronto tra atti amministrativi, norme e regolamenti ispirato al principio di legittimità e legalità dell'azione, condotto da organi esterni.

Tuttavia il sistema dei controlli esterni non ha impedito il verificarsi di comportamenti opportunistici non riuscendo quindi a rappresentare l'unico elemento di garanzia verso il soddisfacimento qualitativo e quantitativo dei bisogni della popolazione locale.

2.3 PEG

Il Piano Esecutivo di Gestione risponde ad una pluralità di esigenze gestionali degli Enti locali, attuando un collegamento tra gli aspetti contabili, autorizzatori, organizzativi e di programmazione della gestione.

Rispetto al bilancio preventivo, che si occupa di servizi, interventi e risorse, il PEG specifica gli obiettivi della gestione e le risorse necessarie al loro raggiungimento. I soggetti coinvolti nella formulazione del PEG sono gli organi esecutivi dell'Ente (Sindaco, Giunta, Assessori), l'alta direzione e i dirigenti responsabili del servizio.

Essi interagiscono gli uni con gli altri nelle varie fasi di articolazione del Peg, che sono le seguenti¹⁹:

- Elaborazione delle linee guida gestionali
- Predisposizione e distribuzione dei report contenenti i risultati ottenuti
- Predisposizione di un primo PEG e del bilancio
- Negoziazione e approvazione del bilancio preventivo e del PEG.

¹⁹ Francesconi A., (2003), *Misurare, programmare e controllare*, Cedam, p. 246.

Capitolo 3

Pianificazione, programmazione e organizzazione della rete integrata dei servizi

La stesura del Piano di Zona è la prima delle operazioni necessarie per creare, far funzionare e modificare i servizi sociali. Sono i Comuni, in “accordo”²⁰ con le ASL, ad avere il compito di definire il Piano di zona secondo le indicazioni del Piano Regionale. La pianificazione è innanzitutto politica poiché sceglie a vantaggio di chi vanno le risorse che sono limitate rispetto ai bisogni umani. La parte tecnica trova i dati nella realtà, sui bisogni, analizzando gli obiettivi e scegliendo tempi e modi.

Per integrare e coordinare tra loro le varie pianificazioni di sanità e assistenza, negli ultimi anni sono stati proposti dei “progetti obiettivo”, per dare una risposta immediata ai bisogni individuati come prioritari. Per la realizzazione degli interventi e dei servizi sociali, in forma integrata, la Legge Quadro stabilisce che venga adottato il metodo della programmazione degli interventi e delle risorse.

Quest’ultima spetta agli enti locali, alle Regioni e allo Stato che si attengono ai principi²¹ di:

-sussidiarietà : “la programmazione e l’organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli enti locali, alle regioni e allo Stato ai sensi del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, e della presente legge secondo il principio di sussidiarietà”;

-cooperazione: “il sistema integrato di interventi e servizi sociali si realizza mediante politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare; coordinamento ed integrazione con gli interventi sanitari e dell’istruzione nonché con le politiche di formazione, di reinserimento al lavoro”;

-efficacia ed efficienza: “per la realizzazione degli interventi e dei servizi sociali, in forma unitaria ed integrata, è adottato il metodo della verifica sistematica dei risultati in termini di efficacia delle prestazioni”; “...adottare strumenti per la semplificazione amministrativa e per il controllo di gestione atti a valutare l’efficienza dei servizi”

²⁰ Accordo di programma: art. 127, legge n. 142/1990

²¹ Art. 1, Art. 3 L. 328/00

-economicità: “la programmazione e l’organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli enti locali, alle regioni ed allo Stato, secondo il principio di economicità”

-omogeneità: “la programmazione e l’organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli enti locali, alle regioni ed allo Stato, ai sensi del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, e della presente legge, secondo il principio dell’omogeneità.

-copertura finanziaria e patrimoniale: “la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali si avvale di un finanziamento plurimo a cui concorrono, secondo competenze differenziate e con dotazioni finanziarie afferenti ai rispettivi bilanci, enti locali, regioni e Stato; le regioni disciplinano il trasferimento ai comuni e agli enti locali delle risorse umane, finanziarie e patrimoniali per assicurare la copertura degli oneri derivanti dall’esercizio delle funzioni sociali trasferite”; “a decorrere dall’anno 2002 lo stanziamento complessivo del Fondo nazionale per le politiche sociali è determinato dalla legge finanziaria, assicurando comunque la copertura delle prestazioni di cui all’articolo 24 della presente legge”

-responsabilità ed unicità dell’amministrazione : “i comuni sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale”; “la Carta dei servizi sociali prevede per gli utenti la possibilità di attivare ricorsi nei confronti dei responsabili preposti alla gestione dei servizi”;

-autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali: “la programmazione e l’organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli enti locali, alle regioni e allo Stato, secondo il principio di autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali”.

Al Governo spetta la stesura, ogni tre anni, del Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali. Il primo Piano nazionale 2001-2003 è diviso in tre parti, la prima promuove le nuove politiche sociali; la seconda individua i cinque obiettivi prioritari: “valorizzare e sostenere le responsabilità familiari, rafforzare i diritti dei minori, potenziare gli interventi a contrasto della povertà, sostenere con servizi domiciliari le persone non autosufficienti, interventi che meritano specifico rilievo (inserimento degli immigrati, prevenzione delle droghe, l’attenzione agli adolescenti)²²; la terza ribadisce

²² Estratto dal Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003.

l'importanza di alcuni strumenti come la programmazione partecipata, la qualità del sistema e i rapporti con il Terzo settore.

In relazione a questo le Regioni provvedono ad adottare i piani regionali degli interventi e dei servizi sociali esercitando le funzioni di programmazione, coordinamento ed indirizzo degli interventi con particolare attenzione all'integrazione socio-sanitaria.

Definiscono poi i criteri per autorizzazione e accreditamento²³ nonché i criteri di qualità per la gestione dei servizi.

Inoltre promuovono collaborazione ed azioni coordinate con gli enti locali.

Ai Comuni spetta la programmazione, la progettazione e la realizzazione del sistema locale dei servizi a rete; oltre alla valutazione di qualità ed efficacia dei servizi.

Le risorse economiche per finanziare le iniziative sono indicate nel Piano Nazionale e Regionale degli interventi e dei servizi sociali. Ad esse si affiancano le risorse umane e patrimoniali, per assicurare le prestazioni previste dalla Legge Quadro. Hanno diversa provenienza e sono costituite dal Fondo Nazionale per le politiche sociali, Fondo Sociale Europeo, stanziamenti a carico di Regioni e Comuni, risorse delle ASL, risorse delle ONLUS²⁴, delle fondazioni, delle persone e delle famiglie.

I soggetti pubblici coinvolti sono lo Stato, la Conferenza Stato-Regioni, gli Enti pubblici nazionali, Regioni, Province, Comuni, Ipub²⁵ e Aziende unità sanitarie locali.

Il Piano di zona è adottato tramite l'accordo di programma a cui partecipano i soggetti pubblici e tutti i soggetti accreditati.

La programmazione si articola in varie fasi fra loro connesse:

- analisi dei bisogni ed individuazione degli obiettivi (profilo di comunità, fasi conoscitive della popolazione, bisogni espressi);
- analisi delle risorse disponibili e definizione obiettivi e priorità;
- formulazione del programma, piani a breve termine e per singole aree di intervento;
- valutazione dei risultati.

Attraverso l'analisi dei bisogni si giunge a conoscere la situazione reale in cui si identificano facilmente gli stati di disagio e si possono così determinare le aree di

²³ Autorizzazione: è una delle regole per selezionare fornitori di servizi, previo accertamento del possesso dei requisiti essenziali. La regione definisce i criteri, viene rilasciata dal Sindaco.

Accreditamento: certificazione dei requisiti formali e della qualità. Solo i soggetti accreditati possono essere scelti da un ente locale per l'erogazione di un servizio.

²⁴ Organismi non lucrativi di utilità sociale.

²⁵ Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza.

intervento prioritarie, le situazioni di emergenza e gli obiettivi a medio e lungo termine. Da qui si giunge alla formulazione del 'programma'. Gli interventi devono tener conto non solo della legislazione vigente da cui vengono regolamentati ma anche delle risorse finanziarie, amministrative e di personale.

L'ultima fase della programmazione è la valutazione degli interventi adottati.

Due sono i criteri fondamentali che devono essere soddisfatti, efficacia ed efficienza.

Il termine efficacia esprime il grado di realizzazione degli obiettivi di un'organizzazione rispetto a quelli fissati. Ossia come il servizio riesce a far fronte in modo rapido alle situazioni di bisogno.

Il criterio dell'efficienza valuta il rapporto tra risorse utilizzate (mezzi) nello svolgimento di un programma e i benefici da esso scaturiti. Un programma è "efficiente" se con il minimo costo raggiunge gli obiettivi per il quale è stato preparato.

3.1 Piano di Zona: fasi programmatiche

La prima fase corrisponde all'analisi dei bisogni che si divide a sua volta in una fase conoscitiva di territorio e popolazione; una fase di analisi dei bisogni, una dell'offerta e una della domanda presenti sul territorio e una fase conoscitiva delle risorse.

La seconda fase è l'analisi delle risorse, il cui ammontare è espresso nel Piano Nazionale e Regionale, e la definizione di priorità che, ad esempio, per l'Ambito Territoriale di Urbino sono state le seguenti:

- Programmazione negoziata.
- Individuazione del bisogno sociale, attivando un Osservatorio dei bisogni che sia strettamente collegato con l'ASL.
- L'attivazione del sistema informativo.
- La formulazione dei 'progetti-obiettivo' integrati.
- Adozione del modello del Bilancio sociale d'area, per una gestione globale e per la realizzazione dell'integrazione.
- Adozione della Carta dei Servizi, per la piena informazione e la valutazione della qualità dei servizi.
- L'Attivazione di Unità Valutative Integrate.

La terza fase di programmazione, spinge a preparare piani con obiettivi a medio e lungo termine, riferiti a singole aree di intervento.

Nel Piano Nazionale di interventi e servizi sociali 2001-2003 le aree prioritarie di intervento erano sette:

I Area: Responsabilità familiari

II Area: Diritti dei minori

III Area: Persone anziane

Obiettivi primari la prevenzione²⁶, stimolando centri di associazione ricreativi, culturali, e la domiciliarità potenziando il servizio SAD²⁷ e ADI²⁸.

IV Area: Contrasto alla povertà

V Area: Disabili

VI Area: Dipendenze e droghe

VII Area: Avvio della Riforma

E' da notare la mancanza dell'area relativa agli immigrati che, nonostante la crescente presenza di stranieri sul nostro territorio e le numerose difficoltà che incontrano (disagi economici, mancanza di alloggi), è stata ricompresa nelle altre, lasciando alle Regioni possibili proposte ed alternative.

3.2 Piano Regionale

Le Regioni, entro centoventi giorni dall'adozione del Piano nazionale, adottano il Piano Regionale degli interventi e dei servizi sociali, preoccupandosi in particolare dell'integrazione socio-sanitaria e del coordinamento con le politiche dell'istruzione e del lavoro.

In particolare si è provveduto: ad individuare Ambiti Territoriali, che in genere coincidono con i distretti sanitari; definire i criteri per autorizzazione, accreditamento e vigilanza su strutture e servizi sia pubblici, che privati, che terzo settore; definire i requisiti di qualità per servizi ed erogazioni delle prestazioni.

²⁶ Segnalo il progetto "Anziani come risorsa", iniziato con Delibera n. 2123 del 2002 della Regione Marche.

²⁷ Servizio Assistenza Domiciliare.

²⁸ Assistenza Domiciliare Integrata.

In sostanza il Piano Regionale traccia le linee guida per innovare e promuovere la qualità, realizzare interventi di contrasto alla povertà e per la promozione del benessere sociale attraverso la prevenzione del disagio.

Regione Marche

La Regione Marche ha emanato il Piano Regionale 2000/2002 che ha come obiettivo prioritario la costruzione del sistema integrato di interventi e servizi sociali per garantire: “la qualità della vita, l’autosviluppo delle comunità locali e della Regione, la tutela della salute, della sicurezza pubblica e dell’ambiente”²⁹.

Esso individua “luoghi prioritari”³⁰ di intervento:

-individuazione degli ambiti territoriali affidato al Comitato dei Sindaci³¹ e all’ASL; con deliberazione della Giunta Regionale n. 337 del 13 Febbraio 2001 furono istituiti ventinove ambiti, poi accorpati in ventiquattro coincidenti con i distretti sanitari³²;

-individuazione dei percorsi di integrazione socio-sanitaria con la costituzione, ad esempio, dell’Osservatorio Regionale per le politiche sociali e le sperimentazioni di un sistema informativo, oppure con la creazione di accessi unici alla rete dei servizi attraverso l’Ufficio di promozione Sociale(UPS) che contiene al suo interno le funzioni degli “sportelli della salute”;

-la costruzione di sistemi di qualità e l’accreditamento delle strutture che secondo la normativa³³ sono di competenza Regionale:

*art. 5, comma 1: Stato, Regioni ed enti locali promuovono azioni per la qualificazione dei soggetti operanti nel terzo settore;

*art. 8, comma 3, punto h: alle Regioni spetta la funzione di definire dei requisiti di qualità per la gestione dei servizi e per l’erogazione delle prestazioni;

²⁹ Belbusti G., (2005), *Pianificazione e valutazione dei servizi alla persona*, dispensa per il corso di laurea in S.S., Urbino, p. 53

³⁰ Piano Regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali

³¹ Conferenze dei Sindaci: soggetto politico di riferimento deputato a: definire le modalità istituzionali e le forme organizzative gestionali più adatte al A.T.; nominare il Coordinatore d’Ambito ed istituire l’Ufficio di Piano; definire le forme di collaborazione fra Comuni ed Azienda Sanitaria; elaborare ed approvare il Piano di Zona istituendo l’apposito “tavolo di concertazione” per garantire il coinvolgimento dei soggetti di cui all’art. 1, comma 5 della legge 328/2000; elaborare ed approvare il Bilancio Sociale ed approvare il Programma delle Attività Territoriali per la parte relativa all’integrazione socio-sanitaria.

³² Delibera n. 592 del 19 Marzo 2002

³³ Legge n. 328/2000

*art. 8, comma 3, punto n: spetta alle Regioni la determinazione dei criteri per la definizione delle tariffe che i Comuni sono tenuti a corrispondere ai soggetti accreditati;

*art. 11: la legge prevede che una delle strategie attraverso le quali promuovere la qualità degli enti erogatori sia l'accREDITAMENTO;

*art. 13: Carta dei servizi - l'adozione della stessa da parte degli erogatori delle prestazioni e dei servizi sociali costituisce requisito necessario ai fini dell'accREDITAMENTO;

*Piano Nazionale, parte III, punto 4: Regioni ed Enti locali individuano la tipologia dei servizi da includere nel sistema per la qualità sociale, promuovono sedi di concertazione sui principi generali della qualità, definiscono norme per l'autorizzazione al funzionamento e le norme per l'accREDITAMENTO, individuano i soggetti istituzionali, le metodologie e gli strumenti atti a controllare l'applicazione delle norme, programmano piani di formazione e incentivazione, adottano propri strumenti di valutazione della qualità;

La Regione ha formulato una strategia di qualità che si basa su: qualità del territorio, dei servizi, qualità come partecipazione e cooperazione, come risposta alla domanda sociale, come funzionamento dei servizi, qualità e standard, qualità e spesa;

-l'accesso unico al sistema dei servizi: nell'art. 22 della legge 328/2000 e nel Piano Sociale Nazionale 2001-2003 sono previsti servizi di informazione volti a favorire la fruizione dei servizi e le iniziative di auto aiuto.

Nel Piano della Regione Marche al cap. 4, "la programmazione <<dal basso>>: i piano territoriali", sono presenti le linee generali per la progettazione innovativa degli uffici di promozione sociale ossia

la costruzione del Sistema Informativo ed il processo di armonizzazione della programmazione di settore con i percorsi previsti per i Piani di Zona.

3.3 Piano Nazionale

Il Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali è predisposto dal Governo ogni tre anni; tiene conto delle risorse presenti nel Fondo nazionale per le politiche sociali e delle risorse ordinarie destinate al sociale dagli Enti Locali.

Esso indica³⁴:

- le caratteristiche delle prestazioni sociali comprese nei livelli essenziali;
- le priorità d'intervento, attraverso i "progetti obiettivo" e le azioni programmate;
- le azioni da integrare con le politiche sanitarie, dell'istruzione, della formazione e del lavoro;
- gli indicatori e i parametri per la verifica dei livelli di integrazione sociale e per la verifica del rapporto costi-benefici degli interventi;
- gli indirizzi per la diffusione dei servizi di informazione al cittadino e alle famiglie;
- gli indirizzi per le azioni di promozione della concertazione delle risorse umane, economiche, pubbliche e private;
- i finanziamenti relativi a ciascun anno di vigenza del Piano nazionale in coerenza con i livelli essenziali, basandosi sulla struttura demografica, sul reddito e sulla situazione occupazionale.

3.4 Programmazione

Il tema della programmazione fu affrontato per la prima volta nel dopoguerra, quando la Costituzione (art .41) ne determinò la necessità per "indirizzare e coordinare l'attività economica pubblica e privata a fini sociali".

Tuttavia la prima forma di programmazione, il "Piano Vanoni"³⁵, riguardava unicamente la parte economica. Negli anni Sessanta, con la "Nota La Malfa" e poi col "Progetto '80", si scelse una programmazione che riguardasse anche la sfera sociale. Con la nascita delle Regioni³⁶, preso atto dei fallimenti precedenti, si decise di programmare per settori autonomi, costituendo così le Comunità Montane, i Distretti scolastici. Ma il processo di programmazione allora dominante era detto 'a cascata', ossia prevedeva un rigido controllo dei fondi senza valutare le effettive necessità di ciascun territorio. Successivamente si è accolta una programmazione 'circolare', che prevede uno scambio tra la realtà sociale e il governo dei servizi.

³⁴ Maggian R. (2005), *Il sistema integrato dell'assistenza*, Carocci Faber, p. 162.

³⁵ 1955-1964

³⁶ 1970

3.5 Programmazione sociosanitaria

La legge n. 833/1978 afferma, all'art. 3, che la gestione del Servizio Sanitario Nazionale deve essere attuata mediante il metodo della programmazione ed indica i Piani Nazionali e i Piani Regionali³⁷ come strumenti per governare il sistema sanitario.

Il Piano Sanitario indica quindici programmi di intervento, relativi alla prevenzione primaria ambientale, alle patologie ad elevata mortalità, alla tutela delle fasce deboli di popolazione, alle future generazioni. Alcuni sono 'azioni programmate', altri 'progetto obiettivo'³⁸. Le prime sono finanziate soltanto con risorse del Fondo Sanitario nazionale, i secondi invece oltre alle risorse del Fondo sono finanziati anche dalla Regioni e dagli Enti Locali.

I Piani Regionali contribuiscono a "delineare le politiche per i singoli settori d'intervento e le fasce d'utenza a cui si volevano dare risposte nuove rispetto al passato"³⁹ e spingono affinché a livello di zona le ASL si attengano al metodo programmatico (programmi di attività e di spesa).

La Regione Marche fu tra le prime regioni ad approvare il Piano Sanitario in integrazione con il settore sociale ma il Fondo sanitario Nazionale era principalmente finalizzato a servizi prettamente sanitari. Si dovrà aspettare il secondo Piano sanitario Regionale, approvato il 30 giugno 2003, per veder finalizzate le azioni programmate e gli interventi sanitari e socio-assistenziali.

Il Piano propone 'un'alleanza per la salute tra le istituzioni sanitarie e gli altri soggetti sociali e politici e individua 4 principali obiettivi:

- lo sviluppo della promozione della salute
- la tutela dei soggetti fragili
- i servizi integrati
- la qualificazione dell'offerta.

Il soggetto cui compete la 'tutela della salute' è individuato nella legge n. 833/1978:

³⁷ Art. 53, Art. 55.

³⁸ Art. 2 della legge n. 595/1985 definisce: a) l'azione programmata come un impegno operativo in uno specifico settore sanitario; b) il progetto-obiettivo come un aggregante delle molteplici attività sanitarie integrate dalle assistenziali per la tutela del destinatario del progetto.

³⁹ Franzoni, 1986.

lo Stato, le Regioni, gli Enti locali tramite i Distretti sanitari. A Stato e Regioni spettano la funzione legislativa, di indirizzo e controllo, mentre le ASL si occupano della vera e propria gestione del SSN.

Ciò avviene mediante il Piano attuativo locale, con il quale l'Azienda Sanitaria definisce obiettivi e risultati da conseguire, risorse finanziarie e organizzative. Il processo programmatorio si può sintetizzare così: innanzitutto definizione del quadro di riferimento; individuazione degli obiettivi e delle azioni sempre in riferimento alla spesa, aggiornamento del personale; individuazione delle strutture, dei tempi e delle finanze. Se poi aggiungiamo degli indicatori (ad es. di risultato o di performance) avremo anche il documento di budget.

Il Distretto sanitario di base viene definito all'art. 10 della legge di riforma sanitaria quale "struttura tecnico funzionale per l'erogazione dei servizi di primo livello e pronto intervento". Inoltre lo stesso articolo, ripreso poi dall'art. 61, chiarisce che le unità sanitarie locali vengono articolate in distretti sanitari mediante legge Regionale. Il Distretto è dotato di ampia autonomia tecnico-funzionale ed è il punto cardine del sistema sanitario e socio-assistenziale; dovrebbe avere un approccio multidisciplinare e un'organizzazione fatta per progetti/obiettivi integrando il lavoro di tutti gli operatori nel lavoro d'équipe. Senza una dipendenza gerarchica tra gli operatori e con competenze e responsabilità proprie.

Capitolo 4

Integrazione sociosanitaria

4.1 Integrazione socio-sanitaria: i principi

Il punto ispirante dell'integrazione socio-sanitaria è il considerare la persona, l'essere umano, come un tutt'uno di disagi sociali, di salute, economici, di cuore e mentali e non come un insieme di più parti di cui "prendersi cura" separatamente.

In sostanza non hanno ragione di esistere necessità sociali e necessità sanitarie in quanto profondamente connesse.

Si è cominciato a parlare di integrazione negli anni Settanta, ricordiamo i grandi passi fatti per superare le segregazioni dei malati psichici e delle persone con handicap; integrazione come concetto strumentale che cercava la connessione tra servizi sociali e sanitari a livello istituzionale, gestionale e professionale.

La legge n. 833 del 1978 che istituì il Sistema Sanitario Nazionale indicava, ad esempio, gli stessi ambiti territoriali per l'Unità sanitaria e per i servizi sociali⁴⁰ con la gestione per entrambi consegnata ai Comuni. Negli anni a seguire cambiò l'assetto delle Usl⁴¹ che diventarono aziende dotate di personalità giuridica pubblica con ampie autonomie ed al cui vertice era posto un direttore generale nominato dalla Regione.

L'approvazione della legge 328 del 2000, che al suo interno richiama la fondamentale importanza dell'integrazione socio-sanitaria⁴², e del D.P.C.M. del 14 Febbraio 2001, Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie, che stabilisce chi necessita di protezione sociale e di prestazioni sanitarie, fanno sì che sia possibile un dialogo tra enti autonomi che si pongono i medesimi obiettivi.

Infatti l'integrazione deve essere regolamentata dalle Regioni, le Aziende sanitarie definiscono gli obiettivi e si coordinano con il Comitato dei Sindaci per la programmazione.

⁴⁰ Art. 11.

⁴¹ D.Lgs. 30 Dicembre 1992, n. 502 e dal D.Lgs. 7 Dicembre 1993, n. 517.

⁴² Art. 19 che prevede il Piano di Zona come strumento di programmazione che deve essere compiuta con la partecipazione delle ASL.

4.2 Chi fa l'integrazione?

I soggetti operanti nella rete di servizi sono molteplici: vari Ministeri, e gli Istituti di Previdenza e Assistenza Sociale, le Regioni e le Province autonome, le Province, le ASL e gli Enti Ospedalieri, i Comuni, le Comunità Montane, le Organizzazioni non profit e del volontariato, le Ipab (molte sono diventate ASP: aziende di servizi alla persona).

E' necessario quindi che tutti i soggetti si coordinino, che ci sia collaborazione, e reciproca consultazione.

La seguente Tabella⁴³ indica le azioni legislative⁴⁴ che hanno regolato il funzionamento dei soggetti:

Comuni	Legge 142/ 1990	Legge 81/ 1993	D. lgs. 77/ 1995	Legge 265/ 1999	D. lgs. 267/ 2000	Legge 328/ 2000
Pubblica amministrazione	Legge 241/1990	D. lgs. 29/1993	Legge 675/ 1996	Legge 59/ 1997	Legge 127/ 1997	D. lgs. 112/ 1998
Regioni	Legge 59/ 1997	D. lgs. 112/ 1998	Legge Costituzionale 1/19999	Legge Costituzionale 3/2001		
Aziende sanitarie locali	D. lgs. 502/ 1992	D. lgs. 517/ 1993	D. lgs. 229/ 1999			
Cooperative sociali	Legge 381/ 1991	Leggi regionali attuative	Legge n.142/ 2001			
Ipab/ASP	D. lgs. 207/ 2001	Leggi regionali				
Volontariato	Legge 266/ 1991	Leggi regionali	Legge 383/ 2000			

⁴³ Bissolo G., Fazzi L., (2005), *Costruire l'integrazione socio-sanitaria*, Carocci Faber, p. 69

⁴⁴ Vedi appendice

Sono tre i livelli principali attraverso cui passa l'integrazione socio-sanitaria⁴⁵ e sono: il livello istituzionale, quello gestionale e quello professionale.

Il livello istituzionale promuove le collaborazioni tra le diverse istituzioni per obiettivi comuni. Individua il distretto e definisce gli obiettivi inerenti la salute, le risorse e monitora prima e valuta poi efficienza e qualità dei risultati.

I soggetti⁴⁶ del livello istituzionale sono la Conferenza permanente, composta dai Sindaci e dai rappresentanti delle associazioni regionali, che verifica il Piano attuativo locale e il Piano Sanitario Regionale; il Comitato di distretto, organo politico, composto dai Sindaci e dagli assessori dei Comuni del distretto.

Gli strumenti di cui necessitano sono il Programma delle attività territoriali che indica l'organizzazione dei servizi e le risorse per l'integrazione socio-sanitaria e il Piano di Zona che è lo strumento operativo tramite cui i Comuni, con i soggetti istituzionali e del Terzo settore, attuano il Piano Regionale.

Il livello gestionale si articola nel Distretto che, essendo territoriale, ha una funzione fondamentale poiché a conoscenza dei bisogni della popolazione.

Il distretto deve garantire⁴⁷:

- assistenza specialistica ambulatoriale;
- attività e servizi per la prevenzione e cura delle tossicodipendenze;
- la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- attività e servizi per disabili e anziani;
- assistenza domiciliare integrata;
- servizi per le patologie da HIV ed in fase terminale.

Il livello professionale si riferisce al rapporto tra operatori sanitari e socioassistenziali.

Per l'integrazione professionale sono necessarie la costituzione di unità integrate che diano valutazioni multidisciplinari (medici, infermieri, operatori sociali...), delle linee guida e di protocolli operativi per stabilire i criteri essenziali in modo da avere una distribuzione delle prestazioni uniforme e una formazione continua delle professionalità.

⁴⁵ Come precisato nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000.

⁴⁶ D.Lgs. 229/1999.

⁴⁷ Bissolo G., Fazzi L. (2005), *Costruire l'integrazione socio-sanitaria*, Carocci Faber.

4.3 Il sistema programmatico

Per garantire l'integrazione tra servizio sanitario e servizi di natura assistenziale è necessario che anche i due strumenti operativi, piano sanitario distrettuale e piano di zona, siano in accordo e perseguano gli stessi obiettivi.

La programmazione dovrebbe avvenire in modo collaborativo tra Aziende sanitarie e Comuni; tuttavia sia la gestione che il fattore economico sono, per i due settori, profondamente diversi.

Così il legislatore, con l'articolo 27 della legge n. 142 del 8 Giugno 1990, ha previsto gli accordi di programma come mezzo per favorire un processo collaborativo.

Gli accordi di programma sono riprevisti dal D.Lgs. 18 Agosto 2000, n. 267 "Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali", per assicurare la collaborazione e per definire modi, tempi e finanziamenti. Esso necessita dell'accordo unanime delle amministrazioni partecipanti e viene pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione.

L'accordo di programma è un piano operativo che da indicazioni precise su gli obiettivi della collaborazione ed i risultati attesi, la durata dell'accordo, sulle risorse a disposizione, sull'organizzazione, sul personale coinvolto nonché sugli indicatori di valutazione e la verifica dei risultati.

Il processo di programmazione investe i tre livelli, Statale, Regionale e Comunale, secondo il metodo della circolarità, ossia facendo sì che i risultati conseguiti ridiventino il punto di partenza. Contemporaneamente output di un processo già avviato e input per la sua continuazione⁴⁸

Inoltre dovrebbe ispirarsi ai principi di empowering e self-reliance, per incoraggiare le prassi di auto-aiuto e per rafforzare la prevenzione.

I livelli dell'integrazione sociosanitaria vengono affermati nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 mentre le prestazioni sociosanitarie sono classificate nel D.Lgs. 229/1999 e D.P.C.M. 14 Febbraio 2001.

Si dividono in:

-prestazioni sanitarie a rilevanza sociale: di competenza della ASL e sono attività medico-specialistiche per la promozione della salute e la prevenzione;

⁴⁸ Maggian R., (2005), *Il sistema integrato dell'assistenza*, Carocci.

- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria: di competenza dei Comuni verso i cittadini in stato di bisogno condizionati da problemi di salute;
- prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria: anch'esse di competenza della ASL che rientrano nei livelli essenziali di assistenza a carico del SSN.

4.4 Integrazione sociosanitaria nelle Marche

La Regione Marche con la legge regionale 20 Giugno 2003, n. 13, “Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale”, ha riformato il servizio sanitario scegliendo una forte integrazione sociosanitaria per la tutela della salute. Il sistema prevede il Dipartimento servizi alla persona e alla comunità, presso la Giunta della Regione, articolato in più servizi che fanno capo all'Assessore alla Sanità, nonché il Servizio politiche sociali e integrazione sociosanitaria che fa capo all'Assessore ai Servizi Sociali.

Le Aziende del Sistema Sanitario Regionale sono tre: due Aziende ospedaliere e l'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR) che incorpora le 13 ex Ausl.

Il modello scelto valorizza la competenza sociale dei Comuni, con programmazione e gestione dei servizi sociali e ridefinisce le competenze dell'ASUR per l'area sanitaria e sociosanitaria.

Inoltre ha scelto un recepimento⁴⁹ soft⁵⁰, ossia leggi specifiche per ogni settore legate dal Piano Regionale. La costruzione dell'integrazione sociosanitaria necessita di progetti attuativi e di sperimentazione che rispondano ad alcuni quesiti, come: dove fare l'integrazione sociosanitaria, su quali problemi, in che modo e a quali condizioni.

Il Piano Sanitario Regionale 2003-2005, si chiama “Un'Alleanza per la salute” ed individua gli obiettivi per una sanità al servizio della salute.

A livello territoriale l'integrazione è realizzata da:

- le Zone territoriali che hanno il compito di programmazione e gestione dei servizi sanitari e sociosanitari;
- il Direttore di Zona che è responsabile della programmazione e della gestione;
- la Conferenza dei Sindaci che partecipa agli accordi di programma tra Comuni e Asur;
- i Distretti o le Zone territoriali.

⁴⁹ In contrapposizione ad un recepimento *hard*, stesura di testi unici che comprendono tutte le politiche sociali.

⁵⁰ *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 8, 2005, Istituto per la Ricerca sociale

Dal 1. Settembre 2004 è presente il Responsabile dei servizi di integrazione sociosanitaria, con vari compiti (coordinamento, verifica, supporto) atti a valorizzare il lavoro degli operatori sul territorio.

La modalità organizzativa dell' Asur è quella delle "Aree-progetto", che richiede l'elaborazione di "piani programmatici" che ottimizzino risultati e risorse.

La direzione ha individuato 5 aree:

1-Materno-infantile, adolescenti e giovani: dove l'integrazione sociosanitaria deve affiancarsi all'istruzione, al lavoro;

2-Disabilità, handicap/Salute mentale;

3-Anziani;

4-Dipendenze, disagi, fragilità;

5-Sussidiarietà: con riferimento al Terzo settore, alle organizzazioni di volontariato, alle associazioni di promozione sociale, alle cooperative sociali.

Relativamente ad ogni area-progetto sono realizzate le seguenti attività:

FUNZIONE DI CONOSCENZA

Raccolta di informazioni riguardo alla condizione della popolazione; raccolta dati sulle caratteristiche dei servizi offerti; livello d'integrazione, settore d'intervento;

FUNZIONE DI RACCORDO E COORDINAMENTO

Raccordo delle diverse modalità di programmazione e gestione degli interventi e servizi di integrazione sociosanitaria nelle Zone territoriali con approccio multidisciplinare;

FUNZIONE DI MODELLIZZAZIONE E PROGRAMMAZIONE

Definizione di standard unitari per i piani di intervento nonché il miglioramento dell'accessibilità agli interventi;

FUNZIONE DI MONITORAGGIO E VERIFICA

Miglioramento degli strumenti operativi;

FUNZIONE DI SUPPORTO

Supporto alla pianificazione in accordo con tutti i soggetti; supporto alla formazione del personale; consulenza alle strutture locali su progetti di particolare rilievo.

L'Asur quindi svilupperà tutte le forme di collaborazione tra i vari livelli per la costruzione di "settori" per l'integrazione sociosanitaria.

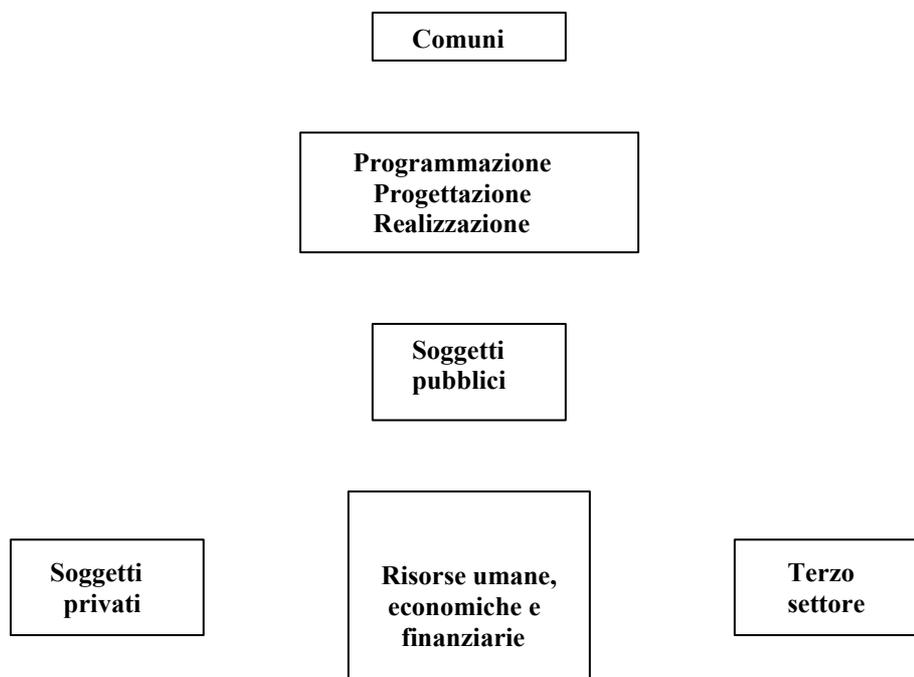
Il modello si sviluppa in due direzioni:

- 1- l'accesso alla rete dei servizi e quindi il miglioramento della circolarità delle informazioni e l'integrazione degli "accessi"⁵¹;
- 2- il percorso assistenziale che deve seguire la natura del bisogno e la durata dell'intervento secondo una valutazione multidimensionale e con attenzione alla continuità.

⁵¹ Sportello della salute e Ufficio di Promozione Sociale.

Capitolo 5

Gestione associata dei servizi



I servizi sociali a rete⁵²

Alla base dell'integrazione organizzativa dei servizi va posta particolare attenzione alle intense relazioni, anche gestionali, tra sanitario e sociale nell'esigenza di innovare il funzionamento delle pubbliche amministrazioni per migliorare la qualità dei servizi.

Le forme di gestione più appropriate sono caratterizzate da collaborazione, cooperazione e solidarietà, per garantire una distribuzione uniforme dei servizi in tutto il territorio e migliorare gli stessi, per garantire un'unica gestione al Piano sociale di Zona.

5.1 Come e con chi si gestiscono i servizi associati

La maggior parte delle Regioni prevede genericamente una gestione associata intercomunale secondo il TUEL⁵³, lasciando ai Comuni la possibilità di scegliere quella più adatta.

⁵² Maggiani R., (2005), *Il sistema integrato dell'assistenza*, Carocci, p. 206.

⁵³ D. Lgs 267/2000

Per garantire i servizi sociali, la legge 267/2000 TU Enti locali, offre ai Comuni queste possibilità:

- le convenzioni⁵⁴ intercomunali, patti associativi fra gli enti locali che devono stabilire i fini, la durata, le forme di consultazione degli enti, i loro rapporti finanziari e gli obblighi.
- Consorzi intercomunali con la gestione di servizi che segue le norme delle aziende speciali.
- Accordi di programma, che stabiliscono le strategie tra enti con diversa competenza sui programmi di sviluppo.
- Unioni tra due o più enti per svolgere “insieme” le proprie funzioni.
- Esercizio associato di funzioni e servizi di minori dimensioni.

Vi sono in più le Comunità Montane, associazioni che aggregano piccoli Comuni, in zone montane, per raggiungere una dimensione adatta a gestire determinati servizi che necessitano di un numero maggiore di utenti ed addetti.

Le forme di gestione dei servizi sono previste dalla legge 142/1990:

- L'istituzione, un strumento dell'Ente locale dotato di autonomia gestionale con cui l'Ente mantiene funzioni di indirizzo, direzione e controllo.
- La costituzione di aziende speciali e consortili dotati di autonomia gestionale.
- Società a partecipazione pubblica.
- Concessioni a terzi, con delega.
- In economia, ossia un comparto gestito dall'Assessorato senza bisogno di ricorrere a terzi.
- Società della salute.

Approfondiamoli uno ad uno.

L'istituzione è un organismo il cui ordinamento e funzionamento sono disciplinati dallo statuto e dai regolamenti dell'ente da cui dipende. Sono previsti un Presidente, un Direttore - a cui compete la responsabilità gestionale - ed un Consiglio d'amministrazione. Non è dotata di personalità giuridica, difatti alcuni atti devono

⁵⁴ La convenzione è un documento che gli enti stipulano, contenente l'oggetto, i fini e la durata divisi per aree di intervento, i termini associativi, l'accordo di programma e le forme di consultazione e di organizzazione

essere sottoposti ad approvazione del Consiglio Comunale; inoltre ha l'obbligo del pareggio in bilancio, ossia un equilibrio tra costi e ricavi.

L'Azienda speciale o consortile è anch'essa strumentale ma è un "ente", dotato di proprio statuto e regolamenti e prevede autonome forme di controllo. L'azienda speciale può gestire "servizi di rilevanza economica". L'Ente locale conferisce il capitale in dotazione, determina le finalità, approva gli atti fondamentali e vigila e verifica i risultati. Il Comune regola i rapporti con l'azienda tramite lo statuto ed il regolamento che in genere prevede la nomina del Presidente, del Consiglio d'amministrazione e del Direttore. Il consorzio è simile all'azienda speciale per quello che riguarda l'autonomia ma oltre a statuto e regolamento e organi di gestione, ha due strumenti in più: l'assemblea dei soci, in cui sono rappresentate le volontà degli enti consorziati e la convenzione⁵⁵, nella quale vi sono le risorse trasmesse dagli Enti aderenti al consorzio.

Ha la possibilità di utilizzare varie forme di finanziamento, rispetto al solo capitale conferito dall'ente, attraverso il mercato o mutui e prestiti. L'Ente determina le finalità dell'azienda e approva i suoi atti fondamentali ma non si assume la responsabilità diretta della gestione.

Società a partecipazione pubblica sono società finanziate da soci privati che costituiscono uno strumento per consentire la gestione di servizi che avrebbero implicato comunque la partecipazione di altri soggetti, pubblici o privati.

Le concessioni a terzi si avvalgono del lavoro delle associazioni del cosiddetto Terzo settore e delle organizzazioni non profit.

E' un accordo tra le parti finalizzato ad un obiettivo comune effettuato con le associazioni, le fondazioni e le fondazioni di partecipazione⁵⁶.

Le Società delle salute⁵⁷ sono di recente istituzione e la loro finalità è di rilanciare il distretto per collocarvi l'organizzazione del sistema integrato socio-sanitario. Obiettivi perseguiti sono il coinvolgimento delle comunità locali, garanzie più alte di qualità, controllo e quindi contenimento dei costi, equità e valorizzazione del non profit.

La forma gestionale ottimale e più valida dipende dagli obiettivi e dalle caratteristiche delle necessità. I criteri sono molteplici. Contano i soci, i servizi da gestire ed il

⁵⁵ Art 30, Testo Unico.

⁵⁶ Di differente dalle fondazioni hanno la presenza degli enti pubblici locali nella vigilanza, la presenza dei fondatori, degli aderenti e dei sostenitori.

⁵⁷ In Toscana previsto nel Piano sanitario regionale 2002-2004 ed ora in sperimentazione

bilancio, il coinvolgimento o meno della Asl; saranno i Comuni a scegliere la forma più adatta mantenendo la funzione di indirizzo politico e di controllo.

5.2 Le Marche

La valorizzazione del sistema complessivo del “terzo settore” è uno degli elementi centrali della riforma delle politiche sociali avviata nella Regione Marche in questi anni. Innanzitutto perchè il sistema è potenzialmente vincente, grazie alle caratteristiche insite nel mondo del volontariato o della cooperazione o dell’associazionismo per la promozione sociale. Inoltre, e non è poco, in quanto cittadinanza attiva che favorisce la partecipazione.

L’Ambito Territoriale IX⁵⁸, della Regione Marche, ha presentato un interessante report⁵⁹ sulla fattibilità economico-finanziaria dell’Azienda consortile che si occupa, sul territorio, dell’erogazione di servizi sociali.

Nell’analisi tutte le informazioni sono state divise per aree d’intervento:

famiglia e minori; disabili giovani ed adulti; disagio degli adulti; anziani non autosufficienti; farmacie.

Come caratterizzante la gestione associata, il report verrà qui esaminato, in piccola parte, come esempio.

Per ogni area d’intervento si è presi in considerazione i soli servizi “oggettivi”, ossia non soggetti alla discrezionalità del soggetto erogatore, maggiormente diffusi e da realizzare con costanza.

Inoltre è stata prevista l’utenza tenendo conto della domanda insoddisfatta e delle poca informazione o mancata conoscenza del servizio e si è scelta una modalità uniforme di gestione ed erogazione. Dopodichè si definito un conto economico previsionale e si è stimato il fabbisogno di personale.

In questa sede mi limiterò ad analizzare il lavoro svolto su una singola area d’intervento, tra l’altro la più attiva e nel contempo la più difficile da attuare appieno, riguardante solo la situazione attuale.

⁵⁸ 21 Comuni: Apiro, Belvedere Ostrense, Castelbellino, Castelplanio, Cingoli, Cupramontana, Filottrano, Jesi(capofila), Maiolati Spontini, Mergo, Monsano, Montecarotto, Monteroberto, Morro d’Alba, Poggio San Marcello, Poggio San Vicino, Rosora, San Marcello, San Paolo di Jesi, Santa Maria Nuova, Staffolo.

⁵⁹S.Marasca, M.Giuliani, Università Politecnica delle Marche

Anziani:

I servizi e gli interventi domiciliari e residenziali nell'area anziani interessano circa 560 persone nell'insieme dell'A.T. IX. Oltre a questi la rete offre anche varie attività come il servizio trasporto, le attività ricreative nei centri e le vacanze estive.

In dettaglio i servizi erogati appartengono alle categorie welfare d'accesso (WASegretariato sociale e servizio sociale professionale), servizi domiciliari (D- assistenza domiciliare e distribuzione pasti a domicilio), servizi di supporto (SS- erogazioni di denaro a vario titolo, contributi economici o di assistenza), e i servizi residenziali (RES) che includono la gestione delle case di riposo.

A seconda della tipologia di servizio e della dimensione dell'utenza, queste attività vengono svolte dai singoli Comuni o in forma associata.

In particolare alcuni Comuni, a causa di un'utenza minima e delle scarse risorse, hanno delegato la gestione di alcuni o tutti i servizi alla gestione associata che di fatto è un terzo ente (ad es. Comunità Montana).

Per quello che riguarda i servizi residenziali nel territorio dell'Ambito sono presenti 7 Case di riposo comunali; alcune di esse sono localizzate in edifici storici e pertanto dovranno procedere ad una revisione della loro organizzazione e della propria struttura immobiliare adeguandosi agli standard richiesti dalla legge regionale 20/2003 che è entrata in vigore il 1 Gennaio di quest'anno. Essendo rilevante il fabbisogno di risorse, umane e non, spesso si ricorre a cooperative di servizi che offrono, previo appalto, personale ed attrezzature.

L'utenza dei vari Comuni risulta molto variegata sia per numero sia in termini di copertura effettiva rispetto agli anziani presenti. Infatti il numero di utenti risulta molto variabile, passando da servizi con 2 utenti a servizi con 100⁶⁰.

Passando al personale, considerando solo quello comunale, emerge che il monte orario complessivo dedicato al settore anziani è pari a quasi 14.700 ore; gli interventi domiciliari interessano solo il 3% del monte orario complessivo. La spesa dei singoli Comuni è il chiaro specchio del territorio, passando da circa duemila euro ai quasi 4 milioni di euro del Comune di Jesi ed il maggiore impegno è dei Comuni titolari di case di riposo. La copertura finanziaria avviene tramite trasferimenti dall'Asl, da altri Enti e

⁶⁰ Comune di Filottrano-interventi domiciliari: 2 utenti
Comune di Cingoli-interventi domiciliari: 53 utenti
Comune di Jesi-interventi domiciliari: 109 utenti.

dalle tariffe applicate ai privati per i servizi individuali. Dalle Asl i trasferimenti riguardano solo i servizi sociosanitari integrati come ADI e RSA e rappresentano una voce importante del bilancio insieme alle tariffe applicate che coprono circa il 55% della spesa sostenuta dagli Enti.

Il servizio di maggiore importanza, sia per peso che per riuscita, è dato dalle case di riposo; seguono i servizi di assistenza domiciliare e poi le erogazioni di contributi. Anche qui le voci di maggior costo sono le risorse umane ed il “lavoro” acquistato da cooperative o altri Enti.

All'interno dell'A.T. IX, nel settore anziani, sono presenti quattro forme di gestione associata⁶¹: due riguardano l'assistenza domiciliare con i Comuni di Jesi e Cingoli e due i soggiorni vacanze con il Comune di Rosola capofila e l'Unione dei Comuni di San Marcello, Belvedere e Morro d'Alba.

Alla fine dell'analisi è possibile l'esposizione dei punti di criticità dei servizi sociali presenti e necessari nell'Ambito IX.

Gli aspetti comuni a tutti i settori sono la necessità del rafforzamento del servizio sociale professionale, il rafforzamento della rete di intervento domiciliare e delle strutture diurne, un maggiore sistema informativo e il rafforzamento dell'integrazione sociosanitaria. Per il settore anziani, di cui sopra, le carenze sono da ricercarsi nelle strutture diurne e nella scarsità degli interventi domiciliari. Inoltre forte carenza di interventi per utenze specifiche(come per le demenze) e nell'integrazione sociosanitaria.

E per finire, se si tiene conto delle stime Nazionali che prevedono nell'A.T. IX almeno un 12% di anziani non autosufficienti, è chiaro che se il 6% riceve un servizio l'altra metà non ottiene nulla.

Affrontare queste criticità richiederà quindi uno sviluppo degli interventi, con conseguente aumento di risorse umane ed economiche grazie all'Azienda consortile.

⁶¹ Università Politecnica delle Marche: Progetto di fattibilità organizzativa relativo alla costruzione di un'azienda consortile per la gestione dei servizi sociali nell'Ambito Territoriale IX, Ancona, Luglio 2005.

5.3 L'Azienda

I soci sono i rappresentanti dei 21 Comuni dell'Ambito.

L'oggetto sociale è l'insieme dei servizi socioassistenziali affidando al nuovo organismo i servizi in genere affidati alla gestione associata(handicap, assistenza domiciliare) e i servizi residenziali per anziani.

Il modello gestionale dovrà garantire immediata fattibilità alle decisioni e quindi ha una doppia connotazione di "azienda operativa" che produce le prestazioni, e "azienda di committenza" che le acquista dall'esterno.

L'Azienda dovrà fare il possibile per garantire l'effettiva integrazione dei Comuni coinvolti e le parole chiave devono essere "integrazione, collaborazione e costruzione di reti".

Ruolo centrale per la cooperatività è rivestito dall'Assemblea composta dai Sindaci dei Comuni dell'A.T. insieme al Consiglio d'Amministrazione dell'Azienda che si occuperà dell'integrazione con i soggetti istituzionali(Sistema sanitario, Amministrazioni territoriali) per i progetti aziendali di sviluppo.

Per quello che riguarda il personale l'Azienda si occuperà di facilitare politiche mirate alla formazione ricercando professionalità sociale che si trasforma in azioni organizzative come la creazione del Comitato tecnico consultivo di esperti(giuristi ed esperti in scienze sociali) a supporto del CdA per garantire le competenze professionali e politiche per la supervisione ed il controllo.

L'Azienda ha il compito di fornire servizi basilari con costi controllati e maggiore qualità, quindi fondamentale è la dislocazione dei servizi sul territorio. Innanzitutto per la rilevazione dei bisogni sociali e poi per l'erogazione. La struttura più adatta risulta quindi essere l'Unità territoriale di base (UTB) in cui saranno incastonati gli Uffici di promozione sociale e le varie aree d'intervento.

La configurazione ottimale, quindi, dell'Azienda consortile risulta essere centrata su due dimensioni, l'Area d'intervento e l'UTB.

Conclusioni

La gestione in forma associata dei servizi sociali rappresenta una scelta organizzativa effettuata da un numero sempre crescente di amministrazioni. I motivi sono da cercarsi in primo luogo nella legislazione in materia, prima fra tutte la legge 328/2000, che ha consentito ai Comuni di riappropriarsi delle deleghe in campo sociale, conferite in precedenza alle Ausl, ma anche ad altri aspetti come il principio di sussidiarietà che ha portato a costruire rapporti innovativi non solo tra le istituzioni pubbliche (Comuni, Province, Regioni e Ausl) ma anche con il privato sociale (cooperative, associazioni di volontariato, Ipab). Pur essendo numerosi i vantaggi, le forme associate dei servizi sociali presentano tuttavia una serie di criticità legate all'organizzazione stessa del "ufficio Comune" e alla gestione integrata delle risorse umane in esso collocate.

I Servizi sociali associati rappresentano uno dei settori di attività in cui si possono riscontrare forti elementi di innovazione e di sussidiarietà. Ne costituisce espressione la scelta stessa di utilizzare lo strumento della convenzione con gli Enti locali per dare vita a una struttura in grado di gestire gli interventi sociali sul territorio. La convenzione si presenta come la forma più agile di collaborazione tra Enti, in quanto non determina la soppressione di organi o un nuovo assetto di competenze, ma diventa uno strumento efficace perché gli Enti possano svolgere in modo coordinato determinate funzioni.

Tale formula organizzativa rispetta così anche le singole realtà locali che partecipano alla gestione associata, conservando poteri di indirizzo, di governo e di gestione che vengono esercitati nelle forme previste appunto dalla convenzione.

Da diversi mesi l'Assessorato alle Politiche Sociali della Regione Marche sta lavorando alla predisposizione delle Linee guida per la riorganizzazione istituzionale degli Ambiti territoriali sociali. Dopo l'avvio degli ambiti sociali e l'istituzione del Coordinatore di ambito si chiedeva alla Regione di avviare un percorso che permettesse di dare all'ambito, oltre alle funzioni di coordinamento anche le funzioni gestionali con assegnazione delle relative responsabilità al Coordinatore, per garantire la gestione associata dei servizi di tutti i Comuni dell'Ambito.

Le gestioni associate diventano dunque le condizioni indispensabili per la realizzazione di quella rete di servizi (domiciliari, diurni e residenziali) essenziali in risposta ai bisogni della popolazione più fragile del territorio.

Saranno poi i Comitati dei Sindaci a scegliere la forma associativa più adeguata(Unione dei Comuni, Consorzi, Convenzioni intercomunali...) per la riorganizzazione tenendo conto che dei 24 ambiti marchigiani molti sono di piccolissime dimensioni e su territori disagiati imponendo la realizzazione di servizi sovrazionali.

Indispensabili saranno gli incentivi economici per la realizzazione della gestione associata dei servizi e l'influenza del Comune per quello che riguarda indirizzo e controllo.

Inoltre non deve passare inosservata la possibilità dello sviluppo della classe dirigenziale, penalizzata in quest'area dalla presenza di molti Comuni di piccolissime dimensioni.

Quindi la Regione Marche dovrebbe riuscire a garantire, per ogni ambito, la rete essenziale dei servizi in attuazione delle legge 328/2000 con particolare attenzione alla sanità, supportando la classe dirigente nell'affiancare la Conferenza dei Sindaci per il settore sociosanitario.

Appendice normativa

Legge n. 6972 del 17 Luglio 1890: Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza;

Legge n. 833 del 23 Dicembre 1978: Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;

Leggi Bassanini: legge n. 59 del 15 Marzo 1997 Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della Pubblica Amministrazione e per la semplificazione amministrativa;

Legge n. 127 del 15 Maggio 1997 Misure urgenti per lo snellimento dell'attività amministrativa e dei procedimenti di decisione e controllo(Bassanini bis);

Legge n. 328 del 8 Novembre 2000: Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;

Legge Regionale Marche n. 43 del 5 Novembre 1988: Norme per il riordino delle funzioni di assistenza sociale di competenza dei comuni, per l'organizzazione del servizio sociale e per la gestione dei relativi interventi nella Regione;

Modificata(art. 50) con Legge Regionale Marche n. 37 del 20 Giugno 1997;

Legge Regionale Marche n. 18 del 4 Giugno 1996: Promozione e coordinamento delle politiche d'intervento in favore delle persone handicappate;

Decreto legislativo n. 112 del 31 Marzo 1998: Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 Marzo 1997, n. 59;

Delibera Regione Marche n. 2123 del 3 Dicembre 2002: atto di indirizzo per la predisposizione dei piani territoriali d'ambito finalizzati alla valorizzazione della "Risorsa Anziani" nella regione Marche - criteri di cofinanziamento dei piani territoriali d'ambito e del riparto del fondo regionale;

Delibera Regione Marche n. 337 del 13 Febbraio 2001: Deliberazione amministrativa n. 306 del 2000: Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali- Istituzione degli ambiti territoriali;

Delibera Regione Marche n. 592 del 19 Marzo 2002: Deliberazione amministrativa n. 306 del 2000: Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali- Modifica alla DGR n.337/2001- Istituzione degli ambiti territoriali;

Legge n. 595 del 23 Ottobre 1985: Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario triennale 1986-1988;

Decreto legislativo n. 502 del 30 Dicembre 1992: Riordino della disciplina in materia Sanitaria, a norma dell'articolo 1 della Legge 23 Ottobre 1992, n. 421;

Legge n. 421 del 23 Ottobre 1992: Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale;

Decreto legislativo n. 517 del 7 Dicembre 1993: Modificazioni al Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria;

Legge n. 142 del 8 Giugno 1990: Ordinamento delle Autonomie locali;

Legge n. 81 del 25 Marzo 1993: Elezione diretta del Sindaco, del Presidente della Provincia, del Consiglio Comunale e del Consiglio Provinciale;

Legge n. 265 del 3 Agosto 1999: Disposizioni in materia di autonomia ed ordinamento degli Enti Locali, nonchè modifiche alla Legge 8 Giugno 1990, n. 142;

Decreto legislativo n. 267 del 18 Agosto 2000: Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti Locali;

Legge n. 241 del 7 Agosto 1990: Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi;

Legge n. 675 del 31 Dicembre 1996: Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali;

Legge n. 127 del 15 Maggio 1997: Misure urgenti per lo snellimento dell'attività amministrativa e dei procedimenti di decisione e di controllo;

Legge Costituzionale n. 1 del 22 Novembre 1999: Disposizioni concernenti l'elezione diretta del Presidente della Giunta Regionale e l'autonomia statutaria delle Regioni (modificati art. 121, 122, 123, 126 della Costituzione, titolo V, parte II);

Legge Costituzionale n. 3 del 18 Ottobre 2001: Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione;

Decreto legislativo n. 229 del 19 Giugno 1999: Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'art. 1 della Legge 30 Novembre 1998, n. 419;

Legge n. 381 del 8 Novembre 1991: Disciplina delle cooperative sociali;

Legge n. 142 del 3 Aprile 2001: Revisione della legislazione in materia cooperativistica, con particolare riferimento alla posizione del socio lavoratore;

Decreto legislativo n. 207 del 4 Maggio 2001: Riordino del sistema delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, a norma dell'art. 10 della Legge 8 Novembre 2000, n. 328;

Legge n. 266 del 11 Agosto 1991: Legge Quadro sul volontariato;

Legge n. 383 del 7 Dicembre 2000: Disciplina delle associazioni di promozione sociale.

Bibliografia

ALBANO Roberto, MARZANO Marco

(2005), L'organizzazione del servizio sociale, Franco Angeli Milano.

BATTISTELLA Alessandro

(2004), Le domande dell'Azienda sociale, in "Prospettive sociali e sanitarie" n. 20, Istituto per la Ricerca Sociale.

BELBUSTI Giuseppe

(2005), Pianificazione e valutazione dei servizi alla persona, metodi tecniche e strumenti operativi. Dispensa universitaria Corso di laurea in Servizio Sociale, Università di Urbino.

BELBUSTI Giuseppe

(2004), Organizzazione dei servizi sociali, Dispensa universitaria Corso di laurea in Servizio Sociale, Università di Urbino.

BIFULCO Raffaele

(2004), Le Regioni, Il Mulino Bologna.

BISSOLO Giorgio, FAZZI Luca

(2005), Costruire l'integrazione sociosanitaria, Carocci Roma.

BUCCI Daniela, MAZZITELLI Ermanno (a cura di)

(2002), Il lungo cammino della riforma. Monitoraggio sull'applicazione della normativa sociale in Italia, Parte I, Associazione Nuovo Welfare Roma.

BUCCI Daniela, PIERSANTI Valentina, TRICOLI Salvatore, ZOLLERANO Elvira (a cura di)

(2002), Il lungo cammino della riforma. Monitoraggio sull'applicazione della normativa sociale in Italia, Parte II, Associazione Nuovo Welfare Roma.

DONATI Pierpaolo

(1993), Fondamenti di politica sociale. Obiettivi e strategie, Carocci. Roma.

DONATI Pierpaolo

(2004), Fondamenti di politica sociale. Teorie e modelli, Carocci Roma.

FAZZI Luca

(2003), Costruire politiche sociali, Franco Angeli Milano.

FERRARIO Paolo

(2001), *Politica dei servizi sociali*, Carocci Roma.

FRANCESCONI Andrea

(2003), *Misurare, programmare e controllare*, Cedam Padova.

MAGGIAN Raffaello

(2005), *Il sistema integrato dell'assistenza. Guida alla legge 328/2000*, Carocci Roma.

MAGGIAN Raffaello, MENICHETTI Giuseppe

(1999), *La gestione dei servizi sociali*, Carocci Roma.

MARASCA Stefano, GIULIANI Marco

(2005) "Piano industriale e business plan" relativo all'Azienda Consortile dell'Ambito Territoriale IX, Università Politecnica delle Marche.

MASTROPASQUA Isabella

(2004), *Architettura delle reti sociali*, Carocci Roma.

PIGNATTO Antonio, BRUNO Alessandra

(2004), *Comunicare in sanità*, Carocci Roma.

PERSIANI Mattia

(2000), *Diritto della previdenza sociale*, Cedam Padova.

PESARESI Franco

(2003), *La governance dei Piani sociali di zona*, in "Prospettive sociali e sanitarie" n. 20 Istituto per la Ricerca Sociale.

RICCI Stefano

(2005), *Integrazione sociosanitaria nelle Marche*, in "Prospettive sociali e sanitarie" n.

8.MANCANO PAGINE ED EDITORE

SPALLA Flavio

(2000), L'amministrazione locale, Carocci Roma.

VANDELLI Luciano

(2005), Il Governo locale, Il Mulino Bologna.

Università Politecnica delle Marche, Facoltà di Economia "Giorgio Fuà", Dipartimento di Scienze Sociali "Donatello Serrani"

(2005), "Progetto di fattibilità organizzativa relativo alla costruzione di un'azienda consortile per la gestione dei servizi sociali nell'Ambito Territoriale IX".

Sitografia

www.ambitofano.it

www.ambitosocialepesaro.it

www.amministrazioneincammino.luiss.it

www.anci.it

www.assistentsociali.org

www.asurzona2.marche.it

www.asurzona3.it

www.bilanciosociale.it

www.comune.fano.ps.it

www.comune.urbino.ps.it

www.cnoas.it

www.contare.it

www.forumpa.it

www.gazzettaufficiale.it

www.giustizia.it

www.governo.it

www.grusol.it

www.istat.it

www.legacoopmarche.coop

www.nonprofitonline.it

www.nuovowelfare.it

www.parlamento.it

www.provincia.ps.it

www.regione.marche.it

www.senato.it

www.servizisociali.marche.it

www.serviziosociale.com

www.silss.it

www.treueotto.it

www.welfare.gov.it