



Deliberazione n. 1166 del 16.10.2006, *Approvazione del nuovo Piano di lavoro per la stesura del nuovo piano sociale regionale* (BUR n. 104 del 27.10.2006)

ALLEGATO "A"

PIANO DI LAVORO PER LA STESURA DEL NUOVO PIANO SOCIALE REGIONALE

Approvato con Deliberazione amministrativa n. 306 del 1 marzo 2000 il "Piano Regionale per un Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali" prevedeva un processo di implementazione degli obiettivi riportati, nel corso del triennio 2000/2002.

La cornice politica di riferimento vedeva nell'approvazione ormai imminente da parte del Parlamento della legge nazionale che avrebbe riformato, dopo oltre 100 anni, il sistema delle politiche sociali e che sarebbe diventata, di lì a pochi mesi, la legge 328/00, l'elemento più rilevante e significativo all'interno della quale avviare un serio processo di riforma del sistema regionale delle politiche sociali.

Il Piano regionale faceva ovviamente ampio riferimento a questa cornice innovativa cercando di intervenire sulla specificità marchigiana caratterizzata, tra le altre cose, dalla presenza di una vecchia legge regionale (la L.R. 43/88) e da un sistema ancora fortemente frammentato in 246 comuni, per la gran parte di piccole dimensioni, dotato ognuno di un proprio "mini-servizio sociale" o addirittura privo di elementi organizzativi in tal senso.

L'altro importante riferimento normativo di cornice che caratterizzò quel periodo fu l'approvazione del primo "Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003" che offriva a sua volta riferimenti più dettagliati in ordine agli obiettivi di priorità sociale e allo sviluppo del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

IL SISTEMA TERRITORIALE NEL PIANO SOCIALE REGIONALE, IL PERCORSO DI IMPLEMENTAZIONE E LE PROBLEMATICHE APERTE

Le indicazioni di fondo del Piano:

Il Piano regionale, costruito sulle indicazioni nazionali e all'interno di una modalità operativa nuova che nelle Marche era stata appena sperimentata grazie alla legge 285/97, si presenta come "piano processo" per gestire la trasformazione e si sofferma, per la gran parte, sulla descrizione dell'assetto territoriale da porre in essere per la pianificazione sociale.

Indica tra gli obiettivi da raggiungere: 1. la capacità di lavoro comune tra i diversi comuni ricadenti in un unico ambito; 2. la capacità di lavoro comune tra i diversi servizi all'interno



del comparto socio-assistenziale; 3. la capacità di raccordo funzionale tra i servizi del settore sociale, sanitario e degli altri settori coinvolti e cointeressati; 4. la capacità di raccordo con altri soggetti territoriali istituzionali e privati.

Individua come prioritaria, all'interno di quello che dovrà essere un vero e proprio "sistema integrato", l'integrazione socio-sanitaria.

Gli assi portanti del Piano vengono identificati nell' "l'approccio universalistico" e nella scelta della "sussidiarietà" laddove spetta alla *Regione* il ruolo principale di programmazione, indirizzo e coordinamento; alle *Province* quello di concorrere alla programmazione con compiti di osservazione e monitoraggio; ai *Comuni* quello di attivare la partecipazione locale e approvare il piano territoriale.

Il "sistema istituzionale" proposto dal Piano parte dalla individuazione di un assetto territoriale articolato in "Ambiti" considerato che – recita il documento di programmazione - "...Nelle Marche, come in molte altre regioni italiane, la rilevante differenziazione delle dimensioni comunali impone non già la messa in discussione della centralità dei comuni, quanto invece l'adozione di diverse modalità organizzative e gestionali...".

Le modalità di costruzione degli ambiti vengono individuate nella indicazione di non moltiplicare le sedi territoriali della programmazione favorendo quindi la coincidenza degli ambiti territoriali con i Distretti sanitari. Il Piano poi si sofferma sul ruolo e la funzione dell'ambito territoriale sociale e dei piani di Ambito Sociale identificandoli come il luogo e lo strumento privilegiato per la definizione di strategie di sviluppo territoriale non solo nel campo dei servizi sociali, ma su tutto il complesso delle politiche pubbliche finalizzate al benessere della collettività locale.

I percorsi di implementazione:

I sei anni intercorsi dall'approvazione del Piano regionale sono stati caratterizzati da un intenso lavoro di implementazione dei principi ivi riportati.

Gli strumenti utilizzati sono stati quelli delle linee guida o dei regolamenti attuativi delle indicazioni del Piano non avendo la Regione ritenuto allo stato delle cose di adottare un testo legislativo di recepimento della L. 328/00 o comunque di aggiornare la lr 43 che dal 1988 regolamenta la materia.

Gli ambiti territoriali sono stati definiti, dopo un lungo e intenso processo di concertazione, nel numero di **24** recependo sostanzialmente le indicazioni provenienti dai territori ai quali era stato chiesto di indicare il bacino territoriale di riferimento più idoneo ad una seria ed equilibrata programmazione.

Con successivi atti sono stati definiti ruolo e compiti dell'organo politico dell'ambito (il comitato dei Sindaci), funzioni del Coordinatore di ambito, competenze delle Province e modalità di costituzione di punti integrati di accesso alla rete dei servizi (Uffici di promozione Sociale); con due atti successivi sono state date indicazioni su come procedere alla elaborazione dei Piani di ambito e infine sono state definite linee per il rafforzamento



istituzionale dell'ambito per facilitare una politica realmente integrata sia a livello di gestione dei servizi che di organizzazione delle funzioni sociali.

La strada intrapresa, che ha visto in questi anni la elaborazione di due piani territoriali da parte di tutti gli ambiti sociali e un significativo processo di partecipazione da parte degli attori sociali coinvolti nello sviluppo della rete dei servizi, ha reso cosciente la Regione della positività di un sistema di welfare a forti connotazioni locali e trasversali tant'è che nel programma di governo di questa Giunta regionale, insediatasi nel maggio del 2005, il welfare assume un ruolo fondamentale attraverso una serie di tappe che vengono definite come prioritarie:

1. piena attuazione della riforma delle politiche sociali (L. 328/00., Piano sociale regionale) ed efficace programmazione territoriale condivisa;
2. sostegno e promozione della famiglia;
- 3 sviluppo di politiche integrate sociali, scolastiche, formative, di avvio al lavoro;
4. sostegno a politiche di contrasto, riduzione, prevenzione e accompagnamento della non autosufficienza;
5. qualificazione del sistema residenziale protetto per anziani;
6. potenziamento dell'area dei servizi domiciliari;
7. rafforzamento, in questa prospettiva, delle politiche per l'infanzia e riorganizzazione del sistema regionale di intervento sulle tossicodipendenze;
8. sviluppo, in una prospettiva di programmazione territoriale, delle politiche a sostegno delle persone disabili.

Un piano di lavoro che dà indicazione ai servizi competenti di procedere ad un'analisi dettagliata del percorsi fatto, alla individuazione delle criticità, alla indicazione di soluzioni concrete e operative all'interno degli obiettivi su cui si era lavorato negli anni precedenti, all'attuazione completa alle indicazioni della legge 328/00 sia pur nel mutato contesto costituzionale che ha affidato alle Regioni competenza esclusiva in materia sociale.

L'integrazione con la sanità

L'esperienza dei Piani di ambito sociale ha portato a rivedere in un ottica fortemente integrata gli strumenti di programmazione sanitaria e socio-sanitaria. Ne è emersa la consapevolezza che si trattasse di superare la divisione tra i due settori avviando un ragionamento comune sul riordino complessivo del sistema dei servizi territoriali parte dei quali cade sulla competenza dell'ASUR, parte dei quali fa riferimento ai Comuni e quindi agli ambiti.

La elaborazione quindi del Piano sanitario regionale 2003-2006 "Un'alleanza per la salute" e l'approvazione della legge 13/03 di riordino del sistema sanitario ha apportato alcuni



elementi di grande significato per un salto di qualità in questo lavoro di integrazione che occorrerà tenere ben presenti nella stesura del nuovo Piano sociale regionale.

Si elencano, di seguito, i più significativi:

- Innanzitutto la coincidenza tra ambiti territoriali e distretti sanitari indicata come obbligatoria e che ha portato a ridurre il numero dei Distretti da 36 a 24;
- L'individuazione, all'interno della dirigenza dell'ASUR, del Responsabile dei servizi di integrazione socio-sanitaria alla pari del direttore amministrativo e del direttore sanitario;
- L'individuazione nell'ambito/distretto quale luogo preposto alla realizzazione dei processi di integrazione socio-sanitaria attraverso gli strumenti a loro disposizione e cioè: il Piano di ambito sociale e il Programma Attuativo di Distretto;
- La stesura delle linee guida per i PAD e per i Piani di Ambito sociale realizzata in maniera congiunta tra sociale e sanità e l'ASUR con indicazioni coordinate relativamente ai percorsi da seguire e ai contenuti da garantire;
- La valutazione dei rispettivi Piani fatta in maniera coordinata tra servizio sociale, ASUR e sanità da cui sono emersi nodi critici e punti di forza importanti da riprendere nel prossimo piano sociale regionale;
- L'approvazione e l'implementazione di progetti di settore importanti come il Piano anziani, il Piano infanzia e il progetto obiettivo per la tutela della salute mentale che hanno permesso l'avvio di servizi territoriali in maniera più integrata;
- Il coordinamento tra sistemi di osservazione e monitoraggio integrati tra componente sociale e sanitaria grazie anche alla collaborazione tecnica dell'Agenzia Regionale Sanitaria;
- L'approvazione, con DGR, dell'atto di riordino del sistema regionale delle dipendenze patologiche che ha inserito nel sistema il nuovo Dipartimento integrato socio-sanitario-pubblico-privato per tutte le attività di prevenzione e presa in carico;
- L'armonizzazione dei processi di riqualificazione delle residenze sociali e socio-sanitarie attraverso l'applicazione della lr. 20/00 e della lr. 20/02.
- La realizzazione di importanti progetti integrati sia a livello regionale che nella ricaduta territoriale come i "Servizi di Sollevo" per sostenere le famiglie con familiari soggetti a patologie psichiatriche lievi e il progetto Autismo Marche che è intervenuto su una patologia seria e ha avviato importanti esperienze di contrasto alla malattia e di sostegno ai familiari.

Naturalmente questi processi hanno aperti molte altre criticità che però vanno inserite in una ragionamento complessivo che dovrà supportare il nuovo Piano sociale inteso come strumento di programmazione delle criticità rimaste aperte sia pur all'interno di una cornice che rimane concettualmente ben definita dal primo Piano sociale e dalle



indicazione riportate sul “Patto per l’innovazione del welfare” approvato dalla II Conferenza regionale delle politiche sociali tenutasi Loreto nel gennaio 2004.

L’integrazione con altri settori del welfare

L’allargamento del sistema delle politiche sociali ad altri settori del welfare è stato caratterizzato da un insufficiente ragionamento complessivo sui sistemi istituzionali di integrazione al di là delle indicazioni riportate in particolare nelle linee guida per la elaborazione dei Piani territoriali di ambito del 2003 e di quelli in vigore attualmente (2005/2007), ma da un consistente percorso integrato su politiche di settore che hanno visto il coinvolgimento del servizio formazione e lavoro (inserimento lavorativo disabili, assegno servizi, figure professionali sociali ...); del servizio istruzione (inserimento scolastico disabili...) e di altri enti esterni alla Regione come il Tribunale per i minorenni, gli organismi del sistema penitenziario e altro.

Si tratta, in questa prospettiva di avviare un percorso congiunto di integrazione delle rispettive programmazioni regionali e territoriali all’interno dei riferimenti istituzionali locali differenti tra loro (centri per l’impiego, autonomie scolastiche e così via).

Le questioni critiche da riprendere

Il lavoro svolto è stato seguito con grande attenzione dal Servizio Regionale utilizzando tutti gli strumenti messi a disposizione e discutendo i vari ritorni informativi con tutte le istanze territoriali coinvolte nel lavoro di riforma.

Le procedure seguite in tal senso sono state le seguenti:

- La composizione degli ambiti ha seguito un intenso processo concertativo tra Comuni che hanno discusso al loro interno il bacino di riferimento più idoneo proponendolo alla Regione che ha preso atto di tali indicazioni;
- La scelta del Coordinatore di ambito è stata affidata ai Presidenti dei Comitati dei Sindaci sulla base però di un elenco regionale di aspiranti al ruolo selezionati sulla base di criteri minimi professionali;
- La stesura delle linee guida per la predisposizione dei primi Piani di ambito 2003 è stata discussa fin nei minimi particolari con i territori prima di arrivare all’approvazione;
- I Piani sono sempre stati letti con attenzione da parte del servizio regionale con produzione di documenti sottoposti all’attenzione di tutte gli attori sociali;
- Sono state svolte attività di monitoraggio sull’applicazione dei contenuti riportati sui piani per verificare la capacità degli stessi di produrre non solo partecipazione, ma anche incremento dei servizi a parità di costi;
- Sono state prodotte le linee guida per la predisposizione dei piani triennali di ambito 2005/2007 tenendo conto dei nodi critici e dei punti di forza rilevati attraverso le numerose attività di monitoraggio e le successive concertazioni;



- Si sono tenuti incontri quasi a cadenza settimanale con i Coordinatori di ambito per verificare l'applicazione e l'applicabilità dei contenuti degli atti regionali di volta in volta prodotti e le relative criticità rilevate sul campo e in corso d'opera.
- Si sono tenuti incontri, a cadenza meno frequente, con i Presidenti dei Comitati dei Sindaci per discutere le strategie politiche regionali e le ricadute delle stesse a livello locale.

L'impegno profuso nel monitoraggio del sistema ha prodotto elementi importanti di riflessione relativi a parti del percorso non attuate o a criticità emerse in corso d'opera che sono stati oggetto di un confronto con i Presidenti dei Comitati dei Sindaci, con i Coordinatori di ambito, ma anche con le componenti sanitarie del sistema sia interne alla Regione sia territoriali (direttori di Zona e di distretto, operatori dei servizi).

Le questioni sono state riassunte in due grandi direttive:

- **Questioni legate all'assetto istituzionale:** 1. necessità di rafforzare il livello istituzionale dell'ambito territoriale; 2. sostenere forme di gestione associata dei servizi come prassi abituale e non eccezionale; 3. costruire un sistema informativo di Ambito sociale a carattere gestionale e non solo su rilevazione statistica; 4. rafforzare ulteriormente il rapporto tra programmazione territoriale generale e le leggi e i piani di settore; 5. stabilizzare il coordinamento tra Piani di ambito, Programmi di distretto e Piani Comunitari della Salute; 6. riordinare la materia delle Ipab inserendo le stesse nella rete dei servizi territoriali; 7. rafforzare i processi di integrazione con il sistema territoriale dei servizi dipendenti dalla sanità.
- **Questioni legate all'assetto organizzativo:** 1. necessità di far funzionare e di integrare i punti di accesso alla rete dei servizi attivando le indicazioni riportate nelle linee guida sugli UPS sia della integrazione con i punti di accesso sanitari che con quelli realizzati da soggetti del privato sociale; 2. Riorganizzare il sistema della valutazione e presa in carico da parte dei servizi territoriali integrati facenti capo all'ambito sociale e al Distretto sanitario; 3. ridefinire i profili assistenziali dei servizi territoriali più importanti a cominciare dal sistema residenziale fino al sistema delle cure domiciliari; 4. costruire un sistema tariffario omogeneo a livello regionale riguardante tutte le strutture e i servizi residenziali e territoriali per situazioni di assistenza stabile che indichi l'articolazione dei costi, la suddivisione degli stessi tra componente sanitaria (SSR) e cittadini (o enti locali), l'armonizzazione dei criteri di accesso attraverso l'utilizzo dello strumento dell'ISEE e la definizione di soglie di accesso che tengano conto delle diversità territoriali, ma anche della necessità di garantire pari condizioni a tutti i cittadini marchigiani; 5. completare il processo di applicazione delle indicazioni della legge 20/02 sia raffinando lo strumento delle autorizzazioni sia costruendo un sistema di qualità dell'offerta attraverso il meccanismo dell'accreditamento; 6. riordinare il sistema complessivo delle figure professionali sociali coinvolgendo il sistema sanitario, ma anche quello della formazione professionale partendo dalla



questione specifica degli Operatori socio-sanitari per arrivare alla riorganizzazione di tutto il sistema e alla individuazione dei relativi percorsi formativi in accordo con le università e i centri di formazione regionale e provinciali.

Le linee guida del nuovo Piano sociale

Il nuovo piano regionale sarà quindi un “Piano Sociale” che dovrà offrire percorsi di risoluzione dei problemi sopraripotati prevedendo un parte integrata riguardante la rete specifica dei servizi condivisi con la componente organizzativa sanitaria.

La stesura del Piano dovrà seguire un percorso fortemente concertativo con i livelli tecnici interni innanzitutto e con le parti sociali subito dopo tenendo conto ovviamente delle strade già avviate e dei differenti livelli di risultato raggiunti nei diversi settori.

Si riporta allora di seguito l'indicazione del piano di lavoro che si intende seguire attraverso la costituzione e la formalizzazione di gruppi di lavoro, l'indicazione delle problematiche da affrontare, l'individuazione della missione di lavoro da parte di ciascuno, la tempistica di riferimento, il prodotto da garantire.

Tali gruppi di lavoro sono formati da tecnici coinvolti a diverso titolo nel processo di implementazione del sistema regionale e cioè:

1. Funzionari e Dirigenti interni al Servizio politiche sociali della Regione responsabili di posizioni di funzione, posizioni organizzative e di procedimento;
2. consulenti dell'ARS impegnati nell'integrazione socio-sanitaria a sostegno del servizio regionale;
3. Coordinatori di ambito o componenti dell'ufficio di piano o consulenti locali utilizzati dagli ambiti.

Ogni gruppo viene incaricato di affrontare i nodi critici riportati nell'area di lavoro “assetto istituzionale” e nell'area di lavoro “assetto organizzativo” sulla base di un documento di avvio in cui viene riportato lo stato della situazione (gruppi esistenti, documenti già prodotti, situazioni critiche, documenti fermi etc.), l'indicazione del nodo critico specifico da affrontare, la tipologia di documento da produrre, la composizione del gruppo e la tempistica di riferimento.

L'articolazione dei gruppi varia nelle due aree di lavoro; in particolare:

- Nell'area di lavoro 1 (assetto istituzionale) i tre argomenti individuati vengono affrontati separatamente dai tre gruppi previsti;
- Nell'area di lavoro 2 (assetto organizzativo) i tre argomenti individuati vengono affrontati dai gruppi di lavoro come di seguito riportato:
- accesso, valutazione e presa in carico: verrà trattato da ogni singolo gruppo di lavoro costituito in base a competenze specifiche di settore (vedi ALLEGATO GRUPPI) in modo che ogni settore possa intervenire partendo però dal proprio specifico



professionale; spetterà ai referenti tecnici dei gruppi proporre indicazioni unitarie sugli atti prodotti.

- sistema tariffario socio-sanitario e criteri di compartecipazione alla spesa;
- riordino delle figure sociali professionali

verranno trattati in forma trasversale da tutti i componenti dei gruppi di lavoro.

Ogni gruppo dovrà avanzare proposte operative in grado di intervenire concretamente sul nodo critico individuato proponendone soluzioni che:

- possano essere immediate
- richiedano un percorso mensile, annuale o pluriennale ben individuato da riportare nel Piano sociale regionale.

La produzione di documenti o proposte operative riguardanti politiche che intervengono nella riorganizzazione di servizi territoriali di competenza ASUR o del Servizio salute viene sottoposta al confronto con tavoli di lavoro avviati o da avviare (ASUR e Servizio Salute) nell'ambito del nuovo Piano sanitario nella parte relativa ai servizi integrati.

Il Nuovo Piano sociale potrebbe quindi venire articolato:

- in una parte che offrirà un quadro d'insieme dell'offerta complessiva dei servizi presenti in Regione a livello di ambito in ordine alle caratteristiche organizzative di ciascuno e alla presenza o meno di un sistema a rete;
- in una parte che illustrerà le caratteristiche principali del lavoro svolto nei primi sei anni di attività della Regione a seguito dell'approvazione del primo Piano Regionale per un Sistema Integrato di Interventi e Servizi sociali relativamente agli obiettivi indicati dallo stesso e raggiunti;
- in una parte che illustrerà i percorsi di integrazione socio-sanitaria già avviati;
- in una parte di analisi dei nodi critici aperti e di soluzioni proposte e indicate in termini di **nuovi obiettivi** da raggiungere nella tempistica massima della triennalità di un Piano regionale.

Il piano di lavoro sotto riportato prevede:

- l'area di lavoro generale articolata in area di "assetto istituzionale" e "assetto operativo"
- i gruppi di lavoro per ogni singola area:
- i nodi tematici che ogni singolo gruppo dovrà affrontare
- i componenti dei gruppi di lavoro
- i documenti di riferimento utili al lavoro e da conoscere



La composizione dei gruppi e i relativi nodi da affrontare sono riportati di seguito:

Area di lavoro 1 “assetto istituzionale”:

1a) Gruppo di lavoro su processi di rafforzamento dell’ambito territoriale sociale	
Nodo tematico:	<p>1. Il ruolo dei Comitato dei Sindaci:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definire in maniera chiara e stabile il rapporto del Comitato dei Sindaci con l’Assessore Regionale e con l’assessorato ai servizi sociali della Regione (stabilizzare ruolo e funzioni del Coordinamento dei Presidenti dei Comitati dei Sindaci) ▪ coordinamento regionale dei Presidenti: spazio di indirizzo politico ma anche formativo (prevedere momenti stabili di confronto e formazione tra i livelli politici sulle questioni poste) ▪ Rapporto con il coordinamento provinciale delle politiche sociali ▪ Rapporto tra Comitato dei Sindaci e Giunte C.M. (sostenere attuazione linee guida) ▪ Possibilità di atti autonomi? (delega delle Giunte o del Consiglio?) ▪ Verificare l’opportunità di Linee guida sulla “concertazione” (principi e modalità) tra parti sociali e livello politico locale
Nodo tematico:	<p>2. Il nuovo ruolo del coordinatore d’Ambito</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definire il duplice rapporto del Coordinatore con la Regione e con il Comitato dei Sindaci anche nella nuova veste riportata nelle linee guida ▪ Ruolo gestionale del Coordinatore: individuare percorsi formativi specifici per lo svolgimento di tali compiti più complessi ▪ il ruolo degli incontri regionali: dare stabilità, affidare agli stessi una funzione istituzionale ▪ Percorsi di applicazione delle linee guida sugli ambiti: problemi di rapporto con i dirigenti comunali nel passaggio dall’Ufficio di Piano all’ Ufficio Comune. Ruolo dello staff coordinatore; come costruire una pianta organica; come coinvolgere il servizio legislativo regionale e il servizio enti locali per funzioni di supporto ▪ Contratto e ruolo dirigenziale del coordinatore: approfondire questioni di carattere contrattuale per garantire pari trattamento a tutti i Coordinatori degli Ambiti



Nodo tematico:	3. la gestione associata dei servizi <ul style="list-style-type: none">▪ leggere le indicazioni regionali riportate sulle linee guida del Piani di Ambito 2005/2007 nella tipicità di ogni Ambito;▪ come affrontare le problematicità del rapporto nell'Ambito tra grande Comune e piccoli Comuni;▪ Rapporto con le IPAB nel caso di trasformazione in Aziende pubbliche nella esternalizzazione dei servizi e nella co-gestione; (riavviare lavoro per nuova legge Ipab e rapportarla con linee guida esternalizzazioni);▪ forme transitorie gestionali (rafforzamento del ruolo del Comune capofila)▪ lo strumento dell'incentivo economico: criteri e modalità
Nodo tematico:	4. Strumenti di programmazione e di pianificazione <ul style="list-style-type: none">▪ Il rapporto tra PdA triennale e piano attuativo annuale▪ linee guida per il piano attuativo annuale▪ schema omogeneo di organizzazione del piano attuativo annuale▪ programmazione territoriale e piani di settore (schede, obiettivi, tempi....)▪ dalla lettura ragionata dei PdA alla loro valutazione: criteri e modalità per attivare strumenti di valutazione▪ Modalità di prosecuzione della lettura dei Piani di ambito fatta a livello regionale▪ l'approvazione nei Consigli Comunali dei piani triennali e annuali▪ rapporto con i bilanci previsionali dei Comuni (vedi punto seguente)▪ integrazione con altre forme di pianificazione territoriale



Nodo tematico:	<p>5. Strumenti di gestione delle risorse e di spesa</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ fondi della regione: riordino delle modalità del trasferimento dei fondi territoriali (rapporto Ambito e Comuni); ▪ fondi regionali: rivedere pesature nei criteri di riparto? Utilizzare solo criteri oggettivi o sostenere esperienze di buone prassi? ▪ fondi dei comuni: rafforzare l'indicazione relativa alla compartecipazione alla spesa secondo modalità più omogenee e più cogenti; ▪ Individuare modalità concrete e possibili per la integrazione tra piano sociale e bilanci comunali ▪ Bilancio di Ambito e rapporto con i budget dei direttori di Zona ai Distretti per arrivare ad un unico bilancio socio-sanitario
Nodo tematico	<p>6. Sistemi informativi gestionali degli ATS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Individuare modalità di sottoscrizione dell'Accordo di programma con le Province e gli ambiti territoriali; ▪ Elaborare linee guida attuative dell'accordo di programma ▪ Elaborare un Piano di lavoro annuale dei percorsi di ricerca (obiettivi e programmi); ▪ Definire i debiti informativi della Cartella sociale: percorso integrato con ASUR ▪ Individuare forme di programmazione integrata regionale e provinciale assieme ai finanziamenti
<p>Documenti di riferimento: 1. Piano sociale per un Sistema integrato di interventi e servizi sociali; 2. linee guida per l'attuazione del Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali (2001); 3. criteri e modalità per l'iscrizione all'elenco regionale dei Coordinatori di ambito; 4. linee guida per la realizzazione degli Uffici di promozione sociale; 5. linee guida per un sistema di valutazione dei Coordinatori di ambito; 6. linee guida "verso il bilancio sociale di ambito"; 7. linee guida per la predisposizione dei piani di ambito sociale – obiettivi 2005-2007; 9. linee guida per la riorganizzazione istituzionale degli ambiti territoriali sociali.</p>	
<p>Gruppo 1b) Gruppo di lavoro su l'integrazione sociale e sanitaria</p>	



Nodo tematico	<p>1. Rapporto ATS e Distretto Sanitario</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ il ruolo di programmazione, di indirizzo e di controllo del Comitato dei Sindaci sia per l'ambito che per il Distretto: omogeneizzare le competenze nell'ambito di due "sistemi" organizzati secondo modalità molto differenti (centralizzazione nella sanità e decentramento nel sociale) ▪ identità del Coordinatore ATS e Direttore di Distretto: ruolo di gestione di risorse. Quale tipologia organizzativa di Distretto per un miglior raccordo con l'organizzazione dell'ambito previsto dalle linee guida
Nodo tematico	<p>2. Integrazione degli strumenti di programmazione: PAD e PdA e PCS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Omogeneizzare i tempi di elaborazione delle linee guida, di presentazione dei piani, di attuazione degli stessi e di monitoraggio e valutazione successiva ▪ Omogeneizzare i contenuti dei PdA e dei PAD: Individuare modalità operative affinché i due Piani diventino un unico atto di programmazione, o due atti di programmazioni con parti unitarie. ▪ Omogeneizzare i percorsi di consultazione in modo che non avvengano doppiioni che demotivano alla partecipazione. ▪ Definire un percorso di armonizzazione tra i tre strumenti di programmazione territoriale in modo che il PCS emerga come sintesi dei piani di distretto e di ambito su alcune questioni di particolare interesse zonale
Nodo tematico	<p>3. Rapporto ATS e Servizi territoriali della Sanità</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definire indicazioni relative al rapporto tra ATS, Zona territoriale e area vasta; ▪ Definire indicazioni relative al rapporto tra ATS, Dipartimenti (salute mentale, dipendenze patologiche e prevenzione) e Distretti (opportunità di progettazione condivisa tra più ATS corrispondenti al territorio del Dipartimento)



Nodo tematico	<p>4. Rapporto tra LEA e LIVEAS (LEP)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificare l'opportunità e le modalità per la definizione di livelli essenziali regionali in assenza di indicazioni nazionali aggiornando le schede indicate alle linee guida per la elaborazione dei Piani triennali di ambito sociale che indicavano un minimo di servizi per ogni ambito; ▪ Individuare modalità per definire il riparto dei costi tra prestazioni sanitarie e sociali (tabelle, percentuali, quote di partecipazione dell'utenza ...); possibile percorso
Nodo tematico	<p>5. I settori di intervento ad integrazione socio sanitaria: indicazioni e percorsi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Il Piano anziani</u>: modalità di applicazione dei principi, delle modalità organizzative e dei servizi indicati; collaborazione con la sanità; istituzione di cabine di regia; rapporto con il protocollo con i Sindacati sulla non autosufficienza; ▪ <u>Il Piano infanzia</u>: modalità di applicazione dei principi, delle modalità organizzative e dei servizi indicati; collaborazione con la sanità; istituzione di cabine di regia; rapporto con la normativa regionale sull'infanzia e con il Progetto Obiettivo materno infantile; ▪ <u>Il progetto obiettivo Tutela salute mentale</u>: dare stabilità ai servizi di sollecito e intervenire sulle procedure di affidamento del servizio ▪ <u>Il Piano regionale sulla disabilità</u>: Documento da costruire finalizzato ad armonizzare la normativa regionale in materia e gli atti di programmazione con (gruppo di lavoro in fase di avvio)
<p>Documenti di riferimento: linee guida sulla riorganizzazione del Distretto sanitario; Linee guida PAD; documento di lettura dei piani triennali di ambito; analisi dei programmi delle attività distrettuali; La DGR che istituisce le aree vaste della sanità; Il Piano Sanitario Regionale “Un’alleanza per la salute” 2003/2006; Il progetto obiettivo Tutela Salute mentale e le DGR sui Servizi di sollecito; La DGR sul riordino del sistema dei servizi regionali per le dipendenze patologiche; Piano anziani; piano infanzia.</p>	
<p>1. Gruppo 1c) Gruppo di lavoro su esternalizzazioni dei servizi</p>	



Nodo tematico	<p>1. individuare modalità di utilizzo del documento già redatto: "Linee guida regionali sui rapporti tra pubblica amministrazione e soggetti non profit nel sistema locale integrato dei servizi e degli interventi sociali:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. percorso di concertazione possibile – per arrivare ad un documento condiviso - con <ul style="list-style-type: none"> i. cooperative sociali ii. responsabili di servizi appalti e contratti dei comuni più grandi e di Comunità Montane iii. servizi interni alla Regione (legislativo, osservatorio appalti) iv. altri b. sintetizzare il documento in linea guida semplificate c. definire modalità di utilizzo e di applicazione nei territori
	<p>2. riattivare tavolo su modifiche alla DGR 1133 sull'affidamento dei servizi alle cooperative sociali attivando individuando un percorso di concertazione possibile con</p> <ul style="list-style-type: none"> a. gli enti locali e gli ambiti b. la cooperazione sociale
<p>Documenti di riferimento: Documento gruppo di lavoro "rapporto tra pubblica amministrazione e soggetti non profit" elaborato dal Dalla Mura; testo della DGR 1133; Testo di legge in itinere sulle IPAB;</p>	

Area di lavoro 2 “assetto operativo”:

2a) Nodo tematico su accesso, valutazione e presa in carico	
Criticità da affrontare da parte di tutti i gruppi	<p>1. Funzione di accesso: UPS/Sportello della Salute</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Attivazione integrata socio sanitaria dell'accesso unico al sistema dei servizi: a) definizione del ruolo dell'ATS e del Distretto Sanitario; b) definizione degli obiettivi, delle funzioni e delle professionalità; c) raccordo con altri sportelli informativi; d) raccordo con altri attori territoriali (volontariato, patronati, ecc.); e) definizione degli atti per la formalizzazione della istituzione e dell'operatività.



	<p>2. Funzione di valutazione e presa in carico</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Ruolo del servizio sociale professionale (nucleo operativo territoriale costituito da assistenti sociali del sociale e della sanità): a) definizione delle funzioni integrate; b) definizione della composizione del nucleo operativo territoriale (assistenti sociali dei Comuni/dell'ATS e del Distretto/Zona sanitari).▪ Ruolo e funzione delle UVD: a) sviluppo e armonizzazione delle funzioni integrate di valutazione multiprofessionale, interdisciplinare; b) metodologie e strumenti di valutazione multidimensionale del bisogno complesso per le diverse aree di intervento (anziani, minori, disabili, ecc.); c) sviluppo della progettazione personalizzata come livello essenziale di prestazione; d) criteri per l'individuazione del referente del progetto (case manager); e) definizione dei percorsi di continuità assistenziale; f) strumenti di monitoraggio e verifica; g) struttura organizzativa e composizione delle UVD.
	<p>3. Accesso, valutazione e presa in carico nel sistema territoriale dei servizi socio-sanitari.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Definizione delle prassi e delle procedure di raccordo nelle diverse fasi del percorso assistenziale.▪ Formazione comune degli operatori.▪ Documentazione (cartella sociale e socio-sanitaria e sistema informativo)
<p>Documenti di riferimento: 1. Piano sociale per un Sistema integrato di interventi e servizi sociali; 2. linee guida per l'attuazione del Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali (2001); 3. Piano Sanitario regionale 2003-2006; 4. linee guida distretti sanitari (bozza); 5. Piano Infanzia e adolescenza; 6. Piano Anziani; 7. Piano Dipendenze patologiche; 8. DGR UMEE e UMEA.9.DGR1896 del 29.10.2002 in materia di adozione internazionale; DGR 869 del 17.06.2003 in materia di interventi socio-sanitari relativi all'affidamento familiare.</p> <p>2b) Nodo tematico sul sistema tariffario socio-sanitario e sui criteri di partecipazione alla spesa</p>	



Criticità da affrontare da parte di tutti i gruppi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ definizione di un modello integrato socio-sanitario di organizzazione e modulazione dell'offerta di prestazioni fondato sull'appropriatezza e la flessibilità quali-quantitativa degli interventi per: a) natura del bisogno; b) tipologia del progetto; c) intensità assistenziale; c) complessità dell'intervento. ▪ definizione dei parametri per la composizione, la pesatura e il costo dei fattori produttivi delle prestazioni e dei servizi: a) personale (figure professionali sanitarie, socio-sanitarie, socio-assistenziali, addetti ai servizi generali); b) costi alberghieri (vitto, lavanderia e guardaroba, pulizie); c) spese dirette per gli utenti (materiale per attività didattiche, di animazione e socializzazione, vestiario, trasporti); d) spese gestione del servizio (locazioni, riscaldamento, utenze, materiali di consumo, ammortamenti, assicurazioni); e) costi di tipo strutturale (manutenzione ordinaria e straordinaria); f) costi di amministrazione. ▪ definizione dell'incidenza dei fattori di costo per tipologia di prestazione e di servizio. ▪ definizione di profili tariffari per tipologia di prestazione e di servizio/struttura, differenziati sulla base dell'assorbimento di risorse professionali, della complessità assistenziale, del livello di accreditamento. ▪ definizione delle percentuali di attribuzione della spesa in quota sanitaria e quota socio-assistenziale per ogni tipologia di prestazione e di servizio.
Criticità da affrontare da parte di tutti i gruppi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Costruire linee guida in grado di sostenere l'utilizzo del calcolo ISEE per l'accesso ai servizi da parte dei comuni su servizi determinati ▪ Intervenire sui contenuti possibili dell'atto nel rispetto delle modalità applicative di competenza dei singoli comuni: limite minimo per accesso gratuito, calcolo reddito in caso di disabili non autosufficienti e di ultra sessantacinquenni non autosufficienti ▪ Verificare l'impatto finanziario delle scelte ▪ Concertazione con Sindacati e ANCI
<p>Documenti di riferimento: DPCM 14.02.2001, DPCM 29.11.2001;</p> <p>Bozza di documento sulla compartecipazione alla spesa in fase di elaborazione nel tavolo congiunto Sindacati/Anci/Regione.</p>	
<p>2c) Nodo tematico sul riordino delle figure sociali professionali</p>	

GIUNTA REGIONE MARCHE
SERVIZIO POLITICHE SOCIALI



Criticità da affrontare da parte di tutti i gruppi	<ul style="list-style-type: none">▪ Riprendere le conclusioni del lavoro svolto dallo studio "Come" di Roma sulla riorganizzazione possibile dei profili sociali regionali;▪ partecipare al gruppo di lavoro attivato dal servizio formazione professionale
--	--

Documenti di riferimento: documento dello Studio COME

I gruppi di lavoro inerenti le singole tematiche, sono riportati nello schema riepilogativo.

Giovanni Santarelli