

[BUR1998032]

[3.1.0]

D.G.R. 24 LUGLIO 1998 - N. 6/37586**Approvazione della proposta di «Indirizzi generali per il Piano socio assistenziale regionale per il triennio 1998/2000» - art. 1, legge regionale 11 luglio 1997, n. 31**

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la legge regionale 7 gennaio 1986, n. 1: «Riorganizzazione e programmazione dei servizi socio-assistenziali della Regione Lombardia», e sue integrazioni e modifiche;

Visto l'art. 33 della suddetta legge regionale, che prevede tra l'altro, che «la Regione stabilisce gli indirizzi per l'organizzazione dei servizi di assistenza sociale» e «a tal fine elabora il Piano socio-assistenziale, coordinato e integrato con quello sanitario...»;

Vista la d.c.r. 23 dicembre 1987, n. IV/871, di approvazione del «Piano regionale socio-assistenziale per il triennio 1988-1990», nonché le diverse successive deliberazioni di proroga del piano medesimo;

Vista in particolare la d.g.r. n. 5/1425 del 7 marzo 1995, con la quale il Piano regionale vigente è stato prorogato «fino all'approvazione del secondo Piano regionale socio-assistenziale»;

Vista la legge regionale 11 luglio 1997, n. 31 «Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali», e preso atto che la stessa riconferma l'obbligo per la regione di elaborare il Piano socio-assistenziale;

Visto più precisamente l'art. 1 della citata legge regionale n. 31 che:

— al comma 5°, prevede che, con deliberazione del consiglio regionale, venga approvato per ogni triennio il Piano «socio-sanitario»...;

— il comma 7°, per il quale: «Il Piano sanitario regionale, in sede di prima applicazione per il triennio 1997/1999, è adottato ... (omissis) ... entro 120 giorni dall'entrata in vigore della presente legge; entro la stessa data è approvato il Piano socio-assistenziale regionale»;

— il comma 8°, che prevede che: «per i trienni successivi ... (omissis) ... il consiglio regionale provvederà ad approvare il Piano socio-sanitario regionale ... (omissis)....»;

Vista la legge regionale 20 agosto 1981, n. 49 sulle «Procedure per l'elaborazione del Piano sanitario e del Piano socio-assistenziale» della Regione, e preso atto, che, con d.g.r. n. 29205 del 12 giugno 1997, è stato nominato, ai sensi dell'8° comma di detta legge, il «Comitato tecnico scientifico per la programmazione socio-assistenziale», insediato con decreti del direttore generale della Direzione Interventi Sociali n. 2619 del 1° luglio 1997 e n. 3599 del 9 settembre 1997;

Preso atto che il comitato ha avviato da tempo i propri lavori, anche suddividendosi in gruppi, e che la sua attività consultiva a favore dell'assessore alla famiglia e politiche sociali è tuttora in corso;

Ritenuto, a questo punto del percorso di elaborazione del secondo Piano socio-assistenziale, di sottoporre alla Giunta regionale, per l'approvazione, un preventivo documento di «indirizzi generali», ai quali fare riferimento nell'elaborazione, appunto, del secondo Piano socio-assistenziale, che dovrà pertanto ulteriormente sviluppare, per quanto necessario, gli «indirizzi generali» in questione, attraverso una più puntuale definizione dei livelli di intervento nelle singole aree, nonché delle risorse finanziarie necessarie allo scopo;

Precisato che gli «indirizzi generali» in questione tengono ovviamente conto dei contributi sinora forniti, in sede consultiva, dal citato comitato tecnico scientifico;

Ulteriormente precisato che il secondo Piano socio-assistenziale, pur sviluppando gli «indirizzi generali» in questione, dovrà ovviamente tenere conto, per quanto necessario, anche dei mutamenti negli assetti istituzionali/organizzativi, nonché nelle competenze in materia di servizi alla persona e alla comunità che intervenissero conseguentemente alla prevista approvazione della proposta di legge regionale di attuazione del d.lgs. 31 marzo 1998, n. 112,

(cosiddetta «Bassanini quater») attualmente in fase di elaborazione;

Ritenuto altresì di trasmettere il citato documento di indirizzi generali, dopo l'approvazione della Giunta regionale, all'attenzione della competente commissione consiliare, per informativa e per consentire alla stessa gli opportuni approfondimenti, e per conseguentemente fornire alla giunta (che dovrà poi procedere alla elaborazione della proposta definitiva di secondo Piano socio-assistenziale, da sottoporre all'approvazione del consiglio) tutti i contributi che ritenesse opportuni in proposito;

Preso così atto dell'allegata «Proposta di indirizzi generali per il Piano socio-assistenziale regionale per il triennio 1998/2000 - art. 1, legge regionale 11 luglio 1997 n. 31»;

Dato atto che il presente provvedimento non è soggetto a controllo, ai sensi dell'art. 17, comma 32°, della legge 15 maggio 1997, n. 127;

A voti unanimi nella forma di legge

DELIBERA

1) di approvare l'unito documento «Proposta di indirizzi generali per il Piano socio-assistenziale regionale per il triennio 1998/2000 - art. 1, legge regionale 11 luglio 1997, n. 31»;

2) di trasmettere il documento in questione alla competente commissione consiliare, per le finalità esplicitate in premessa;

3) di procedere alla successiva elaborazione della proposta di Piano socio-assistenziale regionale per il triennio 1998/2000, tenendo conto dei contributi che perverranno sul tema della citata commissione consiliare, nonché, per quanto necessario, dei mutamenti negli assetti istituzionali/organizzativi e nelle competenze in materia di servizi alla persona e alla comunità che intervenissero conseguentemente alla prevista approvazione della proposta di legge regionale di attuazione del d.lgs. 31 marzo 1998, n. 112 (cosiddetta «Bassanini quater»), attualmente in fase di elaborazione.

Il segretario: Sala

_____ • _____

REGIONE LOMBARDIA

DIREZIONE INTERVENTI SOCIALI

Servizio Attività Generali e Programmazione

Proposta di

**INDIRIZZI GENERALI PER IL
PIANO SOCIO ASSISTENZIALE REGIONALE
Triennio 1998/2000**

Art. 1, l.r. 11 luglio 1997, n. 31

Indice

PARTE PRIMA

1. - CONSIDERAZIONI ED ANALISI DI CARATTERE
GENERALE

- 1.1 Alcune premesse di carattere generale**
 1.1.1. Il riordino del sistema socio-sanitario
 1.1.2. Il sistema tra la continuità ed il cambiamento
 1.1.3. La realizzazione della comunità che cura
1.2. Il quadro normativo nazionale regionale
 1.2.1. La legge regionale di riordino n. 31 del 1997
 1.2.2. Gli aspetti tecnici e procedurali per l'elaborazione del PSA
 1.2.3. Alcune considerazioni sui risultati ottenuti e sui limiti del primo piano socio-assistenziale
1.3. Il quadro istituzionale e i livelli di gestione
 1.3.1. I servizi sociali e le comunità locali
 1.3.1.1. Aziende Sanitarie Locali e comuni
 1.3.1.2. Aziende Sanitarie Locali e provincie
1.4. I requisiti generali dei servizi e dei soggetti erogatori
 1.4.1. L'autorizzazione al funzionamento delle strutture socio-sanitarie
 1.4.2. L'accreditamento delle strutture socio-sanitarie
 1.4.3. La relazione tra l'autorizzazione al funzionamento, l'accreditamento ed il convenzionamento
 1.4.4. Gli standards strutturali e la qualità dei servizi
 1.4.5. La vigilanza sui servizi e sui soggetti erogatori
 1.4.6. Il sistema informativo e gli «osservatori» sui servizi socio-assistenziali
 1.4.7. Il concorso degli utenti al costo dei servizi

PARTE SECONDA

2. - LE AREE DI INTERVENTO

- 2.1. L'area materno infantile, minori, adolescenti e giovani**
 2.1.1. I nodi problematici dell'area materno infantile, minori, adolescenti e giovani
 2.1.2. L'area minori, adolescenti e giovani: l'evoluzione del sistema dei servizi e gli obiettivi programmatici
 2.1.3. I consultori familiari
2.2. L'area anziani e l'area disabili
 2.2.1. I nodi problematici dell'area anziani
 2.2.2. Gli obiettivi programmatici degli interventi nell'area anziani
 2.2.3. I nodi problematici dell'area delle disabilità e dell'handicap
 2.2.4. Gli obiettivi programmatici degli interventi nell'area delle disabilità e dell'handicap
2.3. L'area delle nuove povertà e dell'emarginazione sociale
 2.3.1. I nodi problematici dell'area delle nuove povertà e dell'emarginazione sociale
 2.3.2. Gli obiettivi programmatici degli interventi nell'area dell'emarginazione sociale
2.4. L'area della prevenzione e della lotta alla dipendenza da sostanze illecite e lecite
 2.4.1. I nodi problematici dell'area delle dipendenze
 2.4.2. L'articolazione degli interventi nell'area delle dipendenze
 2.4.3. Gli obiettivi programmatici nell'area delle dipendenze
2.5. La formazione del personale dei servizi socio sanitari
 2.5.1. I nodi problematici della formazione degli operatori socio-assistenziali dei servizi socio-sanitari

- 2.5.2. Gli obiettivi programmatici degli interventi di formazione

PARTE TERZA

3. - LE AZIONI DI SUPPORTO NEI CONFRONTI
DEI SOGGETTI SOCIALI E LA SPERIMENTAZIONE

- 3.1. La famiglia**
 3.1.1. I nodi problematici relativi alla famiglia
 3.1.2. Gli obiettivi programmatici degli interventi per la «famiglia»
3.2. Il «terzo» settore
 3.2.1. I nodi problematici del «terzo settore»
 3.2.2. Gli obiettivi programmatici degli interventi per il «terzo settore»
3.3. Le IIPPAB
 3.3.1. I nodi problematici delle IIPPAB
 3.3.2. Gli obiettivi programmatici degli interventi per le IIPPAB
3.4. Le iniziative sperimentali
 3.4.1. Le esperienze recenti in tema di sperimentazione
 3.4.2. Gli obiettivi possibili delle prossime iniziative sperimentali

PARTE QUARTA

4. - LE RISORSE FINANZIARIE

- 4. Le risorse finanziarie**
 4.1. Le risorse che costituiscono il fondo sociale
 4.1.1. Fondi autonomi regionali per spese correnti
 4.1.2. Fondi autonomi regionali per spese di investimento
 4.1.3. Fondi statali vincolati per interventi socio-assistenziali
4.2. Le risorse del fondo sanitario con vincolo di destinazione ai servizi socio-sanitari integrati
4.3. Le risorse statali per gli interventi inseriti nel piano pluriennale di investimenti per la realizzazione di RSA e CSE
4.4. Le risorse esterne al bilancio regionale
 4.4.1. Le risorse dei comuni
 4.4.2. Le risorse delle province

— • —

PARTE PRIMA

1. - CONSIDERAZIONI E ANALISI DI CARATTERE GENERALE

1.1. Alcune premesse di carattere generale

1.1.1. Il riordino del sistema socio sanitario

Con i decreti legislativi n. 502 del 1992 e 517 del 1993, sono state definite le norme per il riordino della disciplina in materia sanitaria.

Con la legge regionale n. 31 dell'11 luglio 1997: «Norme per il riordino del servizio sanitario e sua integrazione con le attività dei servizi sociali», il consiglio regionale della Lombardia ha definito il quadro di riferimento per la riorganizzazione e programmazione della rete dei servizi a livello regionale.

Questa legge, in quanto legge quadro, definisce i principi, i criteri generali e le modalità cui devono riferirsi i soggetti coinvolti nel processo di riordino nella predisposizione e definizione degli atti d'indirizzo e di programmazione di loro competenza e nella gestione dei compiti e delle funzioni agli stessi assegnati.

Il processo che con questa legge prende avvio, per le scelte in essa contenute, è destinato a modificare in profondità l'attuale modello organizzativo dei servizi di protezione sociale, ma è anche destinato a consolidare e portare a regime le intuizioni e le scelte della regione, in particolare, in materia di integrazione tra attività sanitarie e attività socio-assistenziali.

Il ridisegno del sistema socio-sanitario si inserisce nella più complessiva azione di revisione dello «stato sociale», necessitata a causa sia delle nuove e diverse domande di protezione sociale che emergono dalla società, sia in ragione dei vincoli economici, sempre più crescenti, della spesa pubblica.

L'orizzonte culturale che presiede alla politica di riforma dello stato sociale, nella dimensione regionale, e che permea la legge di riordino dei servizi socio-sanitari, è connotato dai seguenti principi fondamentali, la cui traduzione nella prassi deve costituire, per la regione, le province, i comuni, e tutti i soggetti coinvolti, un vincolo imprescindibile, nonché anche la vera sfida nel processo avviato dalla legge regionale:

– l'esigenza di maggiore autonomia per ogni soggetto. Questa tendenza si esplicita nelle domande di decentralizzazione dei servizi, di partecipazione dei cittadini, nella creazione di organismi di difesa dei medesimi, di rafforzamento delle comunità «intermedie» che offrono sicurezza sociale. Riconoscere e assecondare questa tendenza non significa assegnare allo Stato un ruolo minore o decrescente, ma affermare l'idea che lo Stato deve abbandonare la pretesa di poter gestire direttamente tutti o gran parte dei servizi, per orientarsi a definire e rendere chiare le regole della sicurezza sociale come perno della cittadinanza.

Nell'ambito socio-sanitario e socio assistenziale è possibile contare, per il raggiungimento di questi obiettivi, su un universo particolarmente ricco di soggetti: quelli «emergenti» (cooperative sociali, associazioni, organizzazioni di volontariato ecc.) si affiancano, infatti, a quelli che, come gli enti religiosi, da secoli si sono fatti carico delle problematiche inerenti al disagio sociale nella sua accezione più ampia, compiendo, peraltro, notevoli sforzi per rispondere alle sempre nuove esigenze degli utenti e della società;

– il rafforzamento del ruolo della famiglia, che viene ad identificarsi come soggetto di servizi primari di vita quotidiana, e quindi «soggetto centrale del sistema dei servizi di sicurezza sociale». L'accentuarsi della riflessione e del dibattito attorno al tema della famiglia nasce dalla maturata convinzione che tra Stato e famiglia occorrono relazioni di maggiore reciprocità, essendo chiaro che le politiche di sicurezza sociale non sono mai neutrali verso la famiglia. Tutto questo porta ad una nuova cittadinanza della famiglia, come soggetto politicamente rilevante che assolve una notevole quantità di funzioni sociali, che richiedono interventi di rafforzamento preventivo della sua capacità di autonomia;

– il riordino dei servizi socio-sanitari è parte rilevante,

ma non esaustiva, delle politiche di riforma dello stato sociale, chiamato a dare risposte ai nuovi problemi di sicurezza sociale, che oggi presentano caratteristiche e dimensioni radicalmente diverse che nel passato;

– la finalità prioritaria cui deve rispondere la rete dei servizi socio-sanitari resta la tutela della salute come stato di benessere fisico, psichico e sociale;

– appare determinante la scelta dell'integrazione: non solo tra attività sanitarie e socio-assistenziali, tra territorio, servizi e strutture, ma anche tra strutture pubbliche e strutture private, tra reti formali e reti informali di servizi e di solidarietà, al fine di costituire una rete flessibile di opportunità di sicurezza sociale;

In questa prospettiva, e per questa prospettiva, deve, quindi, essere riordinato l'assetto organizzativo, funzionale ed operativo del sistema dei servizi socio-sanitari, al fine di consentire l'erogazione degli stessi in relazione alla globale situazione familiare e per suscitare e valorizzare le risorse di solidarietà in essa presenti, della rete parentale e dei mondi vitali ad essa collegati, favorendo la permanenza o il ritorno della persona in ambito familiare ogni volta che ciò appaia possibile con il sostegno dei servizi esterni.

1.1.2. Il sistema tra la continuità ed il cambiamento

Come già affermato, la legge regionale di riordino pone le condizioni per consolidare e portare a regime le intuizioni e le scelte assunte dalla regione dalla sua costituzione ad oggi, colmando le inadempienze e le mancate realizzazioni degli obiettivi programmatici posti a riferimento del percorso fin qui realizzato.

In questo lungo percorso, una tappa importante è rappresentata dalla legge regionale n. 1 del 1986, che ha posto a fondamento delle politiche sociali la centralità della persona ed il conseguente dovere di tutti alla solidarietà verso tutti.

Con questa legge, che trova il suo riferimento normativo nel d.P.R. n. 616 del 1977, e con il primo piano socio assistenziale (PSA) che da essa è conseguito, viene riconosciuto come diritto originario di ogni persona quello di esistere, di vivere con dignità la propria vita, di realizzarsi nella propria soggettività e relazionalità, qualunque sia la condizione, fisica, psichica e sociale.

Posta come asse centrale delle politiche sociali la persona nella sua unitarietà e la sua domanda di sicurezza e protezione sociale, la legge regionale n. 1 del 1986 e il conseguente PSA regionale hanno delineato, per la regione e le istituzioni locali, un ruolo e uno spazio quali referenti e garanti della risposta al bisogno della gente, definita e attuata con il coinvolgimento e il coordinamento dei molteplici soggetti sociali che operano nelle aree della marginalità e del bisogno in carenza e in sostituzione dell'intervento pubblico.

Questa condizione, avvertita allora come esigenza, ma non percepita come proposta di riforma dello stato sociale in Lombardia, rappresenta, dunque, oggi, l'intuizione e la premessa indispensabile delle politiche di «community care» («comunità che cura»), che, nell'odierna realtà sociale della Lombardia, non solo sono inevitabili, ma anche desiderabili, perché maggiormente rispondenti alle specifiche esigenze e alle potenzialità di tutti i soggetti coinvolti.

Appartiene agli aspetti positivi del bilancio degli oltre dieci anni passati dalla approvazione del PSA il progressivo radicamento nella cultura comune della convinzione che esiste un'area di bisogno vasta ed articolata, in continua espansione, nella quale è in gioco la salute intesa come benessere fisico, psichico e sociale, quindi diritto soggettivo e non comprimibile di ogni persona e dovere dello Stato in tutte le sue articolazioni; che le attività di prevenzione siano da preferire e privilegiare rispetto a quelle di cura e riabilitazione, anche in campo socio-assistenziale, e che la priorità del sistema dei servizi di protezione sociale sia da attribuirsi alla «presa in carico» di quanti esprimono il bisogno, soprattutto al grado più elevato, per accompagnarli nel percorso di salute che la loro specifica e personale condizione richiede.

Sempre più chiaramente è emersa l'esigenza di sviluppare politiche sociali organiche e coerenti, integrate ed unita-

rie, in grado di assicurare, in ogni caso, la dignità di vita e la sicurezza sociale dei soggetti in stato di bisogno.

La regione, assumendo pienamente gli aspetti positivi dell'esperienza pregressa, ma innovando nelle modalità di intervento e nei presupposti istituzionali, intende delineare e declinare nella realtà le prospettive che emergono da questa esperienza quali prospettive politiche di «community care» («comunità che cura»), dando a questo termine la valenza di proposta politica di riforma dei sistemi di protezione sociale.

1.1.3. La realizzazione della comunità che cura

Abbiamo assistito, nel corso di questo decennio di attuazione del primo PSA (1987-1997) ad interventi tesi a sviluppare la rete dei servizi socio-assistenziali, al fine di garantire, in ogni ambito territoriale di organizzazione dei servizi, la presenza di una discreta gamma di risposte, diversamente modulate a seconda del bisogno specifico rilevato in quella zona.

Se si tiene conto che la situazione di partenza si caratterizzava per una sostanziale carenza di interventi socio-assistenziali, con una distribuzione territoriale alquanto disomogenea, si può sostanzialmente affermare che il piano socio assistenziale regionale, approvato dal consiglio con deliberazione del 23 dicembre 1987, n. IV/871, ha raggiunto almeno parzialmente uno degli obiettivi prefissati, che era poi quello di promuovere il complessivo sviluppo degli interventi, orientato ad un potenziamento quantitativo e ad un riequilibrio dell'offerta dei servizi.

Va peraltro evidenziato che lo sviluppo dell'offerta, se ha innegabilmente rappresentato un complessivo maggiore sostegno ai soggetti ed alle famiglie in condizione di bisogno, ha, per altro verso, rappresentato una risposta solo parziale alle esigenze poste dalle comunità locali, non raggiungendo l'obiettivo di realizzare un organico impianto organizzativo adeguato in termini di tasso di crescita quantitativa e di evoluzione qualitativa dei bisogni.

In altri termini, è risultato solo in parte raggiunto l'obiettivo di dare omogeneità territoriale ai servizi socio-assistenziali e di adeguare l'offerta agli standards strutturali e gestionali posti a riferimento dal piano per ogni singola tipologia di intervento: inadeguato è stato, nello specifico, lo sviluppo della rete delle strutture e dei reparti protetti per soggetti non autosufficienti, e lo sviluppo, che pur vi è stato, di servizi alternativi al ricovero e di interventi di prevenzione e socializzazione.

L'inadeguato sviluppo dei servizi, associato, per alcune tipologie di intervento, ad un sotto dimensionamento dei bisogni (vedi in particolare il settore degli anziani), ha finito col determinare una risposta squilibrata e sostanzialmente non rispondente alle attese sociali.

L'esigenza, determinata dal bisogno di dare risposte a situazioni di più immediato impatto sociale, ha peraltro accentuato lo squilibrio già esistente tra le diverse modalità operative di intervento, con una forte compressione di quelli di sostegno a carattere preventivo, rispetto a quelli riparatori e di emergenza.

Sostanzialmente priva di adeguate soluzioni la finalità posta dal PSA di un sistema informativo sulla rete dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati, inteso quale flusso informativo volto ad orientare gli interventi attraverso la produzione di «informazioni finalizzate» altamente attendibili. E di per sé intuitivo come non sia dato di orientare e verificare il sistema dei servizi socio-assistenziali senza un adeguato strumento di conoscenza della realtà sociale in cui si opera ed ancora dei risultati conseguenti alle politiche di interventi sociali perseguite.

Da questa considerazione la necessità di progettare e sviluppare un compiuto sistema informativo socio-assistenziale, che assolvà alle esigenze connesse al fabbisogno di conoscenze indispensabili a pianificare e verificare le politiche sociali.

Ulteriore limite del piano socio assistenziale del 1987 è costituito dalla inadeguata definizione dei criteri e delle modalità specifiche per l'integrazione dei servizi socio-assistenziali con quelli sanitari a livello distrettuale e zonale, con il conseguente affievolimento, da un profilo gestionale,

del principio di integrazione tra interventi socio-assistenziali e correlate prestazioni sanitarie.

I limiti di realizzazione di cui sopra si collocano in un quadro generale di riferimento nel quale permane una sostanziale «residualità» dell'intervento assistenziale all'interno delle politiche sociali e, aspetto di maggiore criticità, un modello organizzativo che perpetua un sistema sostanzialmente pubblicistico delle politiche sociali, con conseguente compressione delle potenzialità insite nel contesto sociale.

In particolare, il coinvolgimento della famiglia, pur previsto dal PSA, è rimasto del tutto privo di reali contenuti e non puntualmente delineato, nello specifico, per l'aspetto di valorizzazione della famiglia come risorsa inserita in un contesto più ampio e più generale di «comunità che cura».

La prospettiva della «comunità che cura» va così rilanciata, intendendola non come la forma residuale di cure poste a carico della famiglia e delle reti primarie che agiscono in assenza dello Stato e del mercato, quanto piuttosto nel senso di saper valorizzare tutte le espressioni autonome della società come forme dell'autonomia sociale e dell'innovazione, intrecciando fra loro queste presenze per realizzare partecipazione e collaborazione con il sistema pubblico, interdipendenza e sinergia, integrazione e complementarietà.

La famiglia, in particolare, va allora significativamente sostenuta, pur se è da precisare che, oltre che verso la famiglia in generale, il sostegno dovrebbe essere fornito soprattutto agli effettivi soggetti che si fanno carico delle incombenze di aiuto e di cura dei componenti in difficoltà, perseguendo così una logica che potrebbe essere riassunta in «aiutare chi cura».

È infatti da sottolineare in proposito, innanzitutto, che, come emerge da tutte le ricerche a riguardo, ben raramente (e in Italia ancor forse più che negli altri paesi occidentali), i compiti di cura non sono equamente suddivisi tra tutti i componenti delle famiglie, ma tendono invece a veder coinvolto un solo componente. Va poi altresì considerato che l'avvenuta trasformazione delle strutture familiari, e il processo di nuclearizzazione in atto, comportano che sempre meno la rete di sostegno riguarda la famiglia «stretta», data dalla convivenza anagrafica, ma la famiglia allargata, se non altri ambiti primari di riferimento. A riguardo, basti citare il dato che circa la metà delle donne anziane vive da sola, e un'altra quota consistente di esse vive solo con il proprio coniuge, di norma più anziano e ben raramente in grado di occuparsi di eventuali compiti di cura; nello stesso tempo, in molte di queste situazioni, forte permane la solidarietà e il sostegno da parte di familiari (figlie, figli, ma anche sorelle e fratelli) non conviventi. Il sostegno va così fornito all'effettiva figura di riferimento, ossia all'effettivo «caregiver», così che le azioni di supporto siano mirate alle specifiche necessità dei soggetti coinvolti.

La proposta, della «comunità che cura» appare comunque come una grande sfida del futuro, su cui si gioca l'intero sviluppo delle politiche sociali.

Appartiene a questa scelta, ribadita senza incertezze ed equivoci, la consapevolezza che non si danno alternative a politiche sociali efficaci ed efficienti, in grado di interpretare il bisogno della gente, che non siano complessive, unitarie e profondamente integrate, che consentano di attivare tutti i soggetti coinvolti e tutte le risorse disponibili sul territorio, nelle istituzioni e nella società, per consentire ad ogni comunità di affrontare e rispondere, «facendosene carico», al bisogno in essa presente e da essa stessa generato.

Questa prospettiva, che la regione assume per le politiche di protezione e sicurezza sociale nella dimensione lombarda, intende declinare e attuare i seguenti principi:

- *principio di solidarietà*, inteso non solo come aiuto universalistico ai più deboli, ma anche come promozione della solidarietà propria delle comunità locali e intermedie;

- *principio di sussidiarietà*, inteso e praticato in senso positivo e promozionale: le comunità di ordine superiore hanno il dovere di promuovere le comunità di ordine inferiore nel senso di aiutarle a raggiungere maggiori livelli di autonomia, sia in termini di risorse che di capacità di programmare e gestire i servizi;

- *principio di «democrazia associativa»*, riconoscendo

che il sistema di protezione sociale deve consentire la più ampia espressione dei diritti che nascono dalla e con la società civile;

– principio di raccordo tra «macro» e «micro», che consenta di promuovere una maggiore attenzione alle forme di protezione sociale attuate dalle e nelle comunità locali (micro) nel quadro di un sistema di sicurezza istituzionale di dimensione regionale (macro).

La proposta della «comunità che cura» richiede, per essere praticabile, un nuovo assetto dei ruoli, delle competenze e delle funzioni, connotato dai seguenti elementi di novità:

– limitare il ruolo dello Stato, inteso complessivamente come soggetto politico, ad alcuni obiettivi fondamentali, quindi come «ordinatore generale», garante del principio di eguaglianza sociale (legislazione sui diritti sociali, gestione di un sistema di sicurezza sociale concepito come rete di sicurezza).

L'ente pubblico deve, dunque, trasformarsi da soggetto erogatore di prestazioni a regolatore del sistema di sicurezza sociale, con l'assunzione di strumenti d'intervento capaci di orientare il comportamento degli attori che gestiscono direttamente i servizi e di «valutare», giudicandoli, i «prodotti» forniti;

– sviluppare interventi specifici di politica sociale su scala locale e regionale come iniziative promosse dal basso, attraverso la responsabilizzazione dei cittadini-utenti, la promozione di servizi solidaristici, la costruzione di una rete complessiva di azioni per il benessere sociale;

– ripensare e sviluppare le politiche sociali come luogo di raccordo e di incontro ed integrazione tra mondi di vita quotidiana ed istituzioni, tra dinamiche della partecipazione alla vita sociale, economica, culturale e politica e la società nel suo complesso.

Resta forte la convinzione che una politica di sicurezza sociale non è integrata solo per il fatto che ha il suo centro nello Stato, ma perché è capace di cogliere e trattare il senso globale dei bisogni sociali, riconoscendo e legittimando l'autonomia delle sfere di relazione tra i soggetti coinvolti, con le loro specificità, nella ridefinizione dei sistemi di protezione sociale.

Il contenuto rilevante e culturalmente innovativo di questa proposta sta nel ritenere auspicabile che ai membri deboli della società, dai bambini agli anziani, dai tossicodipendenti ai disabili e ai minori, sia necessario non solo consentire, ma affrontare i loro problemi socio-sanitari nel loro ambiente di vita, facendo in modo che tutto il sistema di cure si configuri come un'ampia rete di sostegno al loro contesto sociale e familiare.

È ciò che normalmente viene definito «rete o intervento di rete», cioè un modo di pensare, di fare lavoro sociale e sanitario che considera i problemi dell'emarginazione e dell'isolamento come problemi generati da relazioni sociali, e mira a risolverli attraverso nuove relazioni sociali.

La risposta al bisogno e le trasformazioni in atto nello stato sociale richiedono sempre più l'impostazione di una «strategia di rete», che sappia tenere assieme le reti formali pubbliche e le reti informali, e che consenta la possibilità di connessione, collaborazione, comunicazione costante fra queste reti e i soggetti bisognosi di cure, e mantenere collegati fra loro il sociale e l'umano, l'intervento tecnico e l'attenzione alla persona in quanto espressione di una dignità, con sentimenti, valori e identità che non possono essere ignorati o rimossi senza con ciò produrre fallimenti, delusioni, nuovi problemi o effetti negativi e perversi.

Vanno ovviamente considerati quali punti nodali della rete le comunità intermedie, e più nello specifico, quei servizi che offrono accoglienza di tipo residenziale, consentendo, tra l'altro, agli utenti di sperimentare modalità di vita comunitaria.

Tali servizi hanno compiuto nel tempo una significativa evoluzione, stabilendo, tra l'altro, positive relazioni con il territorio.

Il ruolo di servizi di comunità si conferma strategico, in quanto sempre più tali servizi si fanno carico di situazioni molto gravi, fenomeno, questo, derivante anche dall'implementazione e dallo sviluppo degli interventi domiciliari,

territoriali e diurni che hanno raggiunto nel tempo fasce sempre più ampie di utenza.

1.2. Il quadro normativo nazionale e regionale

Nel periodo intercorso dall'approvazione della legge regionale n. 1 del 1986 e del PSA regionale che ne è conseguito, sino ad oggi il quadro normativo, si è notevolmente e positivamente modificato, fino a delineare un nuovo volto della comunità, in particolare della comunità locale, che accoglie e si fa carico in prima persona del disagio in essa presente e da lei stessa generato, facendosi insieme contenitore del disagio e spazio terapeutico.

Si ricordano i già citati decreti legislativi di riordino sanitario n. 502 del 1992 e n. 517 del 1993, che hanno delineato un diverso quadro normativo, al quale ci si è riferiti nella definizione e l'approvazione della legge regionale n. 31 dell'11 luglio 1997.

Si pensi anche alla legge 142 del 1990, che afferma, all'art. 2, l'autonomia delle comunità locali, ordinate in comuni e province, affidando al comune il compito di rappresentare la propria comunità, di curarne gli interessi e promuoverne lo sviluppo, ma anche agli articoli 6, 7 e 8, relativamente agli istituti di partecipazione, agli articoli 22 e 23, concernenti la gestione dei servizi pubblici, all'art. 27, riguardante gli accordi di programma.

Altre frontiere sono anche aperte con la legge 241 del 1990, che individua nuovi rapporti tra cittadino e istituzioni; con la legge 266 del 1991, che offre uno Statuto al volontariato, definendo lo stesso non quale soggetto sociale «terzo» tra Stato e mercato, ma espressione di partecipazione, di solidarietà e di pluralismo; con la legge 381 del 1991, che disciplina e tutela la cooperazione di solidarietà sociale in quanto orientata ai soggetti sociali più deboli e svantaggiati.

Si pensi, infine, alle leggi n. 59 e 127 del 1997 (le cosiddette leggi «Bassanini»), e successivi decreti legislativi di attuazione, che delineano, pur nei limiti della vigente Costituzione, il federalismo possibile, e ancor più alle proposte di modifica costituzionale della «commissione bicamerale» per la riforma dello Stato e della forma di Governo su basi federali, dando applicazione al principio di sussidiarietà e riconoscendo notevoli e nuovi spazi di autonomia alle regioni e agli enti locali.

L'auspicio è che il lavoro prodotto dalla suddetta «bicamerale», che ha sospeso la sua attività per le noti ragioni «politiche», non vada disperso.

1.2.1. La legge regionale di riordino n. 31 del 1997

La legge regionale n. 31 dell'11 luglio 1997, definita più precisamente legge di riordino del sistema «socio-sanitario» lombardo, ha, opportunamente, provveduto a «difendere» la peculiarità storica del sistema lombardo, con particolare riferimento ai temi dell'integrazione socio-sanitaria e del distretto di base, affermando la competenza programmatica e gestionale delle Aziende Sanitarie Locali per le attività socio-sanitarie integrate.

Più in particolare, la legge afferma che competono alle Aziende, e vengono esercitate attraverso l'apposito dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate (ASSI), le seguenti funzioni:

– la predisposizione degli atti di programmazione, integrazione e coordinamento degli interventi socio-assistenziali, per l'intera zona di competenza;

– la competenza programmatica e gestionale delle attività socio-assistenziali e socio-assistenziali di rilievo sanitario afferenti l'area materno infantile e dell'età evolutiva, la tossicodipendenza, l'alcooldipendenza, l'assistenza ai disabili, l'assistenza agli anziani non autosufficienti, in quanto attività che gravano sul fondo sanitario regionale in base al d.p.c.m. 8 agosto 1985;

– la gestione delle attività socio-assistenziali delegate dai comuni;

– la gestione delle attività socio-assistenziali di competenza delle province e dalle stesse eventualmente delegate alle Aziende;

– le funzioni amministrative di vigilanza e controllo di tutte le unità d'offerta, pubbliche e private, socio-assisten-

ziali e socio-sanitarie; la vigilanza sul funzionamento delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IIPPAB), delle organizzazioni di volontariato e delle persone giuridiche private (ex art. 12 del codice civile) operanti nell'ambito socio-assistenziale e socio-sanitario.

La bozza di P.d.L. regionale di attuazione del decreto legislativo n. 112 del 1998 (cosiddetto «Bassanini quater») prevede, ulteriormente, che alle ASL vengano delegate le funzioni amministrative afferenti:

a) l'autorizzazione e la revoca di autorizzazione al funzionamento dei servizi per:

- la riabilitazione extraospedaliera;
- la riabilitazione, il recupero e il reinserimento dei tossicodipendenti e degli alcooldipendenti;
- le attività consultoriali in ambito materno-infantile;

b) la tenuta dell'albo degli ausiliari che operano nell'area delle dipendenze, sulla base dei requisiti e delle modalità previste negli atti d'intesa Stato/regioni recepiti dalla regione;

c) le autorizzazioni, per comprovati motivi, e nel solo caso sia soddisfatto il bisogno socio-assistenziale nel distretto, allo svincolo dalla destinazione a servizi sociali sui beni trasferiti ai comuni a seguito dello scioglimento degli enti comunali di assistenza o dell'estinzione delle IIPPAB;

d) l'adozione di provvedimenti conseguenti all'esercizio delle funzioni di controllo pubblico di cui agli artt. 23 e 25 del codice civile sulle persone giuridiche private.

Il dipartimento ASSI, articolazione organizzativa dell'ASL, non può in ogni caso essere inteso come una ridefinizione in termini nominalistici del servizio V delle vecchie USSL, in quanto la sua funzione coinvolge anche gli interventi sanitari nelle aree sopracitate.

La legge regionale n. 31 del 1997 sancisce altresì che:

- concorrono alla realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria, in un quadro di assoluta parità, i soggetti pubblici e privati, secondo le specifiche competenze e peculiarità;

- i rapporti tra le Aziende Sanitarie e i soggetti erogatori sono definiti da appositi atti convenzionali;

- il distretto è il livello organizzativo e gestionale dell'assistenza, insieme, sanitaria e socio-assistenziale;

- per le suddette funzioni, esercitate tramite il dipartimento ASSI, il direttore generale nomina un «direttore dei servizi sociali», che è anche responsabile del dipartimento per le ASSI;

- il funzionamento complessivo del dipartimento è regolato da un apposito regolamento, approvato dal consiglio regionale;

- la regione individua nella gestione associata da parte dei comuni (che intende favorire anche con appositi finanziamenti) la forma più idonea a garantire l'efficacia e l'efficienza delle attività;

- è previsto il necessario coinvolgimento dei comuni nella programmazione e nel controllo sulle attività del dipartimento, al fine di garantire il corretto rapporto tra gestione e obiettivi programmatici, valutando l'efficacia degli interventi.

Di peculiare significato appare, nella legge, il disposto (art. 8, comma 15°), secondo cui, nell'ambito della programmazione regionale ed aziendale, sono individuati gli obiettivi e le risorse del fondo sanitario regionale, nonché le risorse autonome della regione, da destinare agli interventi promossi dal dipartimento per le ASSI. Nonché il disposto (art. 13, comma 19°) che prevede che gli oneri delle prestazioni sanitarie e di quelle socio-assistenziali di rilievo sanitario assicurate dalle strutture e dai servizi socio-assistenziali siano indicati in separati capitoli di spesa nel bilancio dell'Azienda.

Si intende così costituire un preciso e verificabile vincolo di destinazione per le risorse del fondo sanitario che sono destinate a finanziare il comparto socio-sanitario, inteso quale settore a preponderante rilievo ed interesse sociale.

1.2.2. Gli aspetti tecnici e procedurali per l'elaborazione del PSA:

- Per l'elaborazione del piano regionale socio-assisten-

ziale, la legge regionale n. 49 del 1981 prevede la costituzione di un comitato tecnico scientifico (CTS) che si fonda su inderogabili requisiti di professionalità e di rappresentatività dei soggetti che ne fanno parte.

Il CTS è presieduto dall'assessore alla famiglia e politiche sociali, si avvale di un ufficio di presidenza e si articola in gruppi di lavoro (GdL).

Il CTS è stato nominato con d.g.r. n. 2619 del 1° luglio 1997 ed è stato insediato con decreto del direttore generale n. 3895 del 19 settembre 1997.

Peraltro, i gruppi hanno incominciato a riunirsi per affrontare le varie tematiche del PSA sin dall'inizio del mese di settembre 1997.

- la citata legge regionale n. 49 del 1981 prevede ancora che il piano sanitario regionale e il piano regionale socio-assistenziale si coordinino e si integrino, nella prospettiva, delineata dalla legge di riordino del sistema, dell'elaborazione e attuazione di un unico piano regionale socio-sanitario.

Tutto ciò assume un particolare rilievo ai fini della realizzazione di un sistema integrato di interventi sanitari e sociali.

1.2.3. Alcune considerazioni sui risultati ottenuti e sui limiti del primo piano socio assistenziale

Il primo PSA indicava due finalità strategiche per lo sviluppo delle politiche socio-assistenziali; il superamento della residualità dell'intervento assistenziale all'interno delle più generali politiche sociali, e la riduzione progressiva, sino al loro annullamento, degli squilibri vuoi territoriali vuoi tra le varie modalità di intervento operativo, che vedeva gli interventi riparatori largamente prevalenti su quelli preventivi e di sostegno.

Altrettanto evidente era la processualità attraverso la quale detto superamento poteva essere perseguito, in quanto la riduzione progressiva della residualità e degli squilibri presuppone una serie di investimenti e di interventi che non si esauriscono certamente nell'arco di pochi anni.

La valutazione dei risultati ottenuti, ma anche delle difficoltà incontrate, portano a considerare la «residualità come risultante non solo della scarsa consistenza delle risorse impegnate, ma anche della discrezionalità che ancora connota l'intervento assistenziale, della debolezza della formazione e della mancata definizione delle figure professionali a livello nazionale, della difficoltà del sistema di affermarsi autonomamente e non come la parte complementare e talvolta del tutto residuale degli interventi di tutela della salute e del benessere dei cittadini.

L'attuazione concreta del PSA è stata pertanto orientata sia alla individuazione di risorse finanziarie aggiuntive, che al miglioramento della qualità dei servizi, alla soddisfazione delle esigenze di tutela degli utenti, al miglioramento generalizzato della qualità e professionalità degli operatori.

- Per il primo aspetto

Le manovre innescate con il PSA (riqualificazione delle risorse interne al settore; aumento di risorse attraverso apporti esterni quali quelli provenienti dal fondo sanitario regionale) hanno consentito il raggiungimento degli obiettivi posti, soprattutto per quanto attiene al volume degli investimenti e dei finanziamenti di parte corrente, sotto forma di contributi per oneri sanitari e a rilievo sanitario; più difficile la manovra finanziaria di parte corrente su risorse autonome regionali, che ha fatto registrare nel tempo un andamento sostanzialmente stabile, soprattutto laddove più forte era l'esigenza di interventi innovativi a carattere preventivo.

- Per il secondo aspetto

L'attuazione del PSA - pur tra inevitabili difficoltà e ritardi - ha consentito, attraverso la pratica della standardizzazione, di porre le basi di un delicato processo di riqualificazione e riclassificazione dei presidi e servizi esistenti. È stato dato forte impulso alla formazione del personale, ponendo il vincolo della necessaria professionalità degli operatori quale elemento primario per il miglioramento della qualità delle prestazioni rese agli utenti; sono state avviate, in collaborazione con i livelli istituzionali decentrati, tutte

quelle azioni tese alla tutela dei diritti degli utenti e dei cittadini e al raggiungimento di una maggiore trasparenza nell'operato della pubblica amministrazione (quali la definizione e l'accertamento dello stato di bisogno, i regolamenti zonali dei servizi, le prime sperimentazioni sull'ufficio di pubblica tutela, l'avvio dell'attività di vigilanza, ecc.; tali azioni devono essere consolidate e sviluppate nel secondo piano).

Anche la valutazione dei risultati ottenuti e delle difficoltà incontrate in tema di «squilibrio territoriale» e di «squilibrio tra le varie modalità di intervento operativo» ha portato a considerare lo «squilibrio», (cioè la disomogenea distribuzione territoriale delle prestazioni e dei servizi, e – al loro interno – il prevalere degli interventi riparatori su quelli preventivi e di sostegno) come conseguenza «storica» delle modalità di intervento assistenziale.

Per il settore, operare per «superare gli squilibri territoriali» avrebbe dovuto significare sia impegnare notevoli risorse aggiuntive, sia impostare e portare a termine scelte programmatiche in grado di vincolare le priorità di ogni singola zona, privilegiando le situazioni maggiormente carenti in direzione di un riequilibrio interzonale complessivo e per singola area di intervento. Ciò non è stato realizzato e costituisce uno degli aspetti negativi sul piano dell'attuazione del PSA.

– La valutazione dei risultati ottenuti attraverso l'utilizzo mirato delle risorse risulta diversa a seconda che si valutino i finanziamenti per gli investimenti o quelli per la spesa corrente.

Le risorse mobilitate per gli investimenti sono state notevoli, soprattutto negli ultimi anni 1996 e 1997, e hanno supportato interventi di riconversione e ristrutturazione in maniera prioritaria nell'area degli anziani non autosufficienti, anche se le procedure e i tempi di realizzazione, molto complessi e lunghi, non consentono, ad oggi, di avere a disposizione un consistente numero di posti-letto adeguati agli standard, rispetto al totale di quelli programmati e finanziati.

Diversa valutazione va fatta con riguardo ai finanziamenti di parte corrente: l'entità dei contributi finanziari regionali per il mantenimento e lo sviluppo dei servizi, mediamente pari al dieci per cento circa dell'entità complessiva della spesa corrente dei comuni, non è certamente tale da consentire alla regione il governo complessivo del sistema.

Nessuna risorsa proveniente dal bilancio sociale è andata a incrementare il numero degli operatori, ad eccezione di una quota che ogni USL poteva utilizzare per assumere personale con funzioni di programmazione e coordinamento, e ciò ha reso oggettivamente difficoltoso per le USSL e per i comuni il potenziamento e lo sviluppo di attività di programmazione, sviluppo e verifica dei servizi. In una situazione così caratterizzata, risulta evidente che la valenza degli obiettivi e delle indicazioni di piano era costituita più dal loro valore di indirizzo e orientamento che dal loro valore di vincolo.

In tema di «riequilibrio tra le diverse modalità di intervento», l'azione regionale si è trovata a dover affrontare il difficile compito di orientare le politiche degli enti locali al superamento della tradizionale impostazione assistenzialistica degli interventi riparatori, favorendo lo sviluppo di azioni di promozione e sostegno. Tali azioni, che trovano pesanti limitazioni nel necessario soddisfacimento dei bisogni primari espressi dai cittadini e nella limitatezza delle risorse finanziarie complessive che il comparto assistenziale lombardo riesce a mettere in gioco, possono avere possibilità di evoluzioni positive solo a partire dalla capacità di coinvolgimento di istituzioni, organizzazioni sociali, volontariato ed altri settori dell'azione pubblica e privata.

Uno dei risultati più apprezzabili è stato quello innescato dal PSA e volto a consolidare il rapporto tra pubblico e privato sociale, attraverso la predisposizione e l'affinamento di strumenti di collegamento anche formale e il riconoscimento del concorso del «privato» alla progettazione, realizzazione e gestione del sistema dei servizi.

L'affermarsi di un ruolo autonomo più complesso e arti-

colato del privato sociale nelle sue varie componenti richiede comunque una maggiore attenzione e un diverso approccio del prossimo piano alla definizione dei soggetti, alla conoscenza delle loro specificità, al possibile, più incisivo concorso degli stessi all'interno del generale sistema dei servizi.

Si è fin qui dedicata particolare attenzione alle caratteristiche «strutturali» del sistema, sottolineando le difficoltà e i risultati raggiunti, risultati che costituiscono precondizione e spinta per perseguire le finalità e gli obiettivi generali a suo tempo posti a base della programmazione regionale, che in questa sede si confermano.

Il quadro complessivo va completato con la valutazione dei risultati ottenuti in materia di programmazione: il disegno programmatico e organizzativo, concretizzato attraverso la regione e le USSL, ha dato innegabili risultati, contribuendo a rafforzare l'intero comparto, obbligando sia le forze politiche e sociali che gli operatori e i tecnici a confrontarsi con le debolezze strutturali del comparto socio-assistenziale, ma anche con la ricchezza dei diversi soggetti pubblici e privati che ne costituiscono il tessuto connettivo.

Risultati tangibili di tale opzione sono stati:

- l'esistenza e il corretto funzionamento dei comitati di coordinamento zonali;
- il rafforzarsi del servizio sociale della USSL;
- l'elaborazione e approvazione dei programmi triennali di zona delle USSL (quantomeno per la parte anziani) e i correlati aspetti finanziari;
- la presenza del privato sociale e del volontariato nell'organizzazione e gestione dei servizi;
- l'assunzione dell'integrazione come modalità strumentale privilegiata per lo sviluppo delle politiche e di intervento.

La conferma di questo fondamentale contenuto diventa cruciale per il nuovo PSA, in quanto rappresenta il filo conduttore degli interventi e delle attività in esso previsti, ma anche delle soluzioni istituzionali e organizzative da porre in essere nel momento in cui si va a delineare il nuovo assetto istituzionale, territoriale e organizzativo dei servizi sanitari e sociali.

1.3. Il quadro istituzionale e i livelli di gestione

1.3.1. I servizi sociali e le comunità locali

Alla luce del mutato quadro normativo, e soprattutto della mutata sensibilità sociale, è essenziale che il sistema dei servizi promosso dal 1° PSA, per nulla rinunciando all'unitarietà del disegno istituzionale, si cali nel concreto delle situazioni locali, così assumendo, anche organizzativamente, il volto della comunità locale. Concorrono a costruire tale volto le istituzioni locali, intendendo con questo non solo gli enti locali, ma anche la gente, con la sua storia e la sua cultura, con i suoi bisogni e le sue risorse, con il volontariato, le associazioni e le reti di solidarietà sociale. I servizi si devono pertanto aprire sempre di più al territorio, nel senso sopra definito. Agli enti gestori di servizi deve essere, altresì, riconosciuto un ruolo nel processo di programmazione locale.

È tuttavia evidente che, per le ragioni già espresse, ad un positivo aumento della partecipazione delle reti di solidarietà locali non dovrà corrispondere un'accentuazione delle differenze territoriali nelle modalità di erogazione dei servizi.

1.3.1.1. Aziende Sanitarie Locali e comuni

La legge 142 del 1990 sull'ordinamento delle autonomie locali ha confermato e completato il cammino verso lo stato delle autonomie. Questo cammino, intrapreso con gli articoli 117 e 118 della Costituzione, fu ampiamente concretizzato come noto con il d.p.r. 616 del 1977, non solo attraverso il trasferimento organico alle regioni di competenze precedentemente esercitate dallo Stato, ma forse più ancora con l'utilizzo sistematico dell'attribuzione di funzioni amministrative all'ente locale minore, il comune, riconosciuto pertanto come il livello istituzionale più adatto per gestire i servizi alla persona.

L'articolo 2 della legge 142 ha confermato questa evolu-

zione, precisando che il soggetto autonomo è la comunità locale «ordinata in comuni e province», e che spetta a ciascuno di questi due enti locali il compito di rappresentare la propria comunità, curarne gli interessi e promuoverne lo sviluppo.

È in linea con questo principio che il successivo articolo 9 ha ribadito che: «spettano al comune tutte le funzioni amministrative che riguardino la popolazione e il territorio comunale, precipuamente nei settori organici dei servizi sociali, dell'assetto ed utilizzazione del territorio e dello sviluppo economico, salvo quanto non sia espressamente attribuito ad altri soggetti dalla legge statale o regionale, o le rispettive competenze. Il comune, per l'esercizio delle funzioni in ambiti territoriali adeguati, attua forme sia di decentramento sia di cooperazione con altri comuni e con la provincia».

Ne sono conseguiti, da un lato, la conferma in capo ai comuni della titolarità delle funzioni amministrative in materia di servizi socio-assistenziali; dall'altro lato, la possibilità per i comuni, di avere, ai sensi degli articoli 24 e 25 della legge 142, forme associative e di cooperazione con altri comuni, e/o con le province, al fine di svolgere in modo coordinato funzioni e servizi.

Parallelamente, tuttavia, il quadro organizzativo dei servizi alla persona ha subito una profonda trasformazione, partita come sappiamo dal versante sanitario, ma destinata ad influenzare profondamente anche il versante socio-assistenziale, soprattutto nelle regioni che, come la Lombardia, hanno provveduto, come detto in precedenza, ad emanare una legge di riordino dei servizi socio-sanitari, individuando nel livello delle aziende sanitarie locali l'ambito territoriale e le modalità adeguate per la gestione integrata dei servizi alla persona.

Va subito rilevato che l'integrazione può realizzarsi su due piani distinti:

- il piano istituzionale-organizzativo, se si considera l'integrazione come messa in comune e coordinamento di competenze e responsabilità appartenenti a più soggetti istituzionali in relazione ad una unica materia, ad esempio la materia socio-assistenziale;

- il piano sostanziale, se si considera l'integrazione come messa in comune e coordinamento di competenze e responsabilità riguardanti il contenuto di più materie, ad esempio la materia socio-assistenziale e la materia sanitaria.

È il caso di ricordare qui che, a livello sostanziale, i servizi tradizionalmente chiamati «alla persona» comprendono tre tipi di attività:

- le attività prettamente sanitarie, tendenti cioè alla prevenzione o alla rimozione di patologie che incidano direttamente o indirettamente sul benessere fisico e/o psichico della persona;

- le attività socio-assistenziali cosiddette «pure», che tendono a garantire il benessere sociale del soggetto;

- e le attività «miste», che si collocano a metà strada tra le precedenti e che il d.p.c.m. 8 agosto 1985 ha definito come «attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali», intendendo con questa formula trattarsi di «tutte le attività che richiedono personale e tipologie di intervento propri dei servizi socio-assistenziali, purché siano dirette immediatamente e in via prevalente alla tutela della salute del cittadino e si estrinsechino in interventi a sostegno dell'attività sanitaria di prevenzione, cura e/o riabilitazione fisica e psichica del medesimo, in assenza dei quali l'attività sanitaria non può svolgersi o produrre effetti».

La legge regionale n. 31 del 1997 precisa che la integrazione di carattere istituzionale si realizza attraverso due possibili modalità:

- la delega di funzioni socio-assistenziali degli enti locali alla ASL

oppure

- attraverso l'utilizzo delle forme associative previste:

- dal capo VIII della legge n. 142 del 1990, e precisamente la costituzione di consorzi (articolo 25), o la sottoscrizio-

ne di accordi di programma tra gli enti titolari della funzione delegata (articolo 27);

- dal capo IX della stessa legge n. 142, articolo 29, punto 2, per quanto riguarda l'esercizio associato di funzioni proprie dei comuni da parte delle comunità montane.

D'altronde, la legge regionale n. 31 del 1997 tende indubbiamente a rendere contemporaneamente possibile sia l'integrazione istituzionale che quella sostanziale, attraverso la creazione del dipartimento per le ASSI.

Sotto il profilo sostanziale, mentre non vi può essere dubbio che:

- le attività sanitarie «pure» sono di competenza della ASL, ai sensi della legge n. 833 del 1978 e dei d.lgs. 502/517, e sono destinate a costituire il corpus delle attività dei servizi sanitari di base di cui all'art. 8, punto 5 della legge regionale n. 31 del 1997;

- le attività socio-assistenziali «pure» rimangono di competenza degli enti locali, ai sensi, come appena ricordato, del d.p.r. 616 e della legge n. 142 del 1990;

- le attività «miste» sono destinate a diventare la competenza primaria e fondamentale del dipartimento per le ASSI.

Sotto il profilo istituzionale, il dipartimento per le ASSI:

- da un lato, attraverso le sue funzioni di predisposizione degli atti di programmazione e di coordinamento dei servizi sociali nella sua zona di competenza (art. 8 punto 11, legge regionale n. 31 del 1997);

- dall'altro lato, in quanto destinatario della eventuale delega, da parte dei comuni, all'esercizio delle attività socio-assistenziali di loro competenza, diventa punto di riferimento fondamentale di tutta l'attività sociale nel suo territorio, e si qualifica come erede naturale della tradizione e dei risultati dell'esperienza storica della gestione associata obbligatoria in precedenza realizzata attraverso le unità operative del quinto servizio della USSL e che riguardano proprio quelle aree di intervento dove vi è un mix di attività sanitarie, socio-assistenziali a rilievo sanitario e socio-assistenziali classiche.

Non sfugge tuttavia a nessuno che l'aspetto essenziale della sostituzione del quinto servizio con il dipartimento per le ASSI sta proprio nel passaggio da «Servizio» a «Dipartimento».

Come previsto dalla legge regionale n. 31, il regolamento determina le funzioni e l'organizzazione del dipartimento per le ASSI, al fine di garantire allo stesso la effettiva capacità di realizzare un approccio globale ai bisogni del cittadino, attraverso il coordinamento di tutte le attività «affini e complementari».

Va peraltro ulteriormente considerato, in tema di competenza degli enti locali nella materia servizi sociali, che il recente d.lgs. n. 112 del 3 marzo 1998, intitolato «conferimento delle funzioni e dei compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali in attuazione del capo 1 della legge 15 marzo 1997, n. 59», al titolo IV «Servizi alla persona della comunità», capo II, «Servizi sociali», ha ridefinito le competenze dello Stato, delle regioni e degli enti locali in materia.

In termini generali, il decreto ha stabilito che la generalità dei compiti e delle funzioni amministrative è attribuita ai comuni, alle province e alle comunità montane, secondo le loro dimensioni territoriali, associative e organizzative.

Le regioni individuano i livelli ottimali per l'esercizio associato delle funzioni, concordandoli, attraverso procedure di raccordo e concertazione, con gli enti locali.

I comuni esercitano le funzioni in forma associata, individuando autonomamente i soggetti, le forme e le metodologie, entro i tempi indicati dalla legge regionale.

Decorso tale termine inutilmente, la regione esercita il potere sostitutivo.

La legge regionale deve prevedere strumenti di incentivazione per l'esercizio associato delle funzioni.

La legge regionale deve attribuire agli enti locali le risorse umane, finanziarie, organizzative e strumentali al fine di

garantire la congrua copertura degli oneri derivanti dal trasferimento di compiti e funzioni.

La proposta di legge regionale attuativa del decreto legislativo in questione, nel «titolo» che qui interessa, ripuntualizza appunto il quadro delle competenze di regione, ASL, comuni e province in ambito «socio-sanitario» e «socio-assistenziale».

Ai comuni vengono così riconfermate le funzioni amministrative ed i compiti di erogazione dei servizi socio-assistenziali non attribuiti ad altri enti, nonché compiti di progettazione e di realizzazione della rete dei servizi.

Agli stessi vengono altresì trasferite le funzioni amministrative inerenti le IIPPAB e le persone giuridiche private aventi sede nel comune ed operanti nel settore dei servizi socio-assistenziali.

I comuni esercitano le funzioni e i compiti di competenza secondo le seguenti modalità:

a) gestione da parte del comune singolo dei servizi con minore complessità, e il cui bacino di utenza sia compreso prevalentemente nell'ambito del comune;

b) gestione dei servizi più complessi e/o con utenza sovracomunale attraverso la delega alla ASL territorialmente competente, ovvero attraverso forme di esercizio associato previa individuazione dei livelli ottimali concordati nelle sedi concertative previste.

Sarà il secondo piano socio assistenziale vero e proprio a definire ulteriormente quali servizi debbano considerarsi di «minore complessità» e quali, invece, «complessi».

Al comune di Milano spettano, in deroga, ai sensi dell'art. 15, comma 4°, legge regionale n. 31 del 1997, tutte le funzioni ed i compiti di generale programmazione, organizzazione, finanziamento, erogazione, nonché di vigilanza e controllo dei servizi socio-assistenziali per l'intero territorio cittadino.

Il PDL regionale prevede altresì che a livello distrettuale debba essere assicurata l'integrazione delle attività svolte dai comuni, singoli o associati, con quelle definite e programmate dall'ASL

1.3.1.2. Aziende Sanitarie Locali e province

La legge n. 142, nel ridisegnare l'assetto degli enti locali, assegna alle province funzioni e compiti di programmazione di livello intermedio.

La legge regionale n. 31 del 1997 recita che alle province sono attribuite competenze «in aggiunta alle attribuzioni di cui alla legge n. 142 del 1990».

Il PDL regionale attuativo del d.lgs. n. 112 del 1998 riordina le competenze delle stesse province in tema di servizi sociali, prevedendo che:

– sono trasferite alle stesse le funzioni ed i compiti di rilevazione dei fabbisogni formativi del personale socio-assistenziale, nonché di programmazione e di gestione degli interventi di aggiornamento professionale degli addetti ai servizi socio-sanitari e le funzioni amministrative inerenti le IIPPAB operanti, in ambito provinciale o comunque sovracomunale, nel settore dei servizi socio-assistenziali;

– alle province sono altresì delegate le funzioni inerenti l'autorizzazione e le revocche di autorizzazione al funzionamento dei servizi socio-assistenziali e dei servizi socio-sanitari, ad esclusione di quelli a più alta integrazione socio-sanitaria, la cui autorizzazione è delegata alle ASL;

– le province assicurano, inoltre, anche mediante convenzioni con i comuni o con le ASL competenti per territorio, le attività socio-assistenziali di cui all'art. 5 del d.l. 18 gennaio 1993, n. 9, convertito in legge 18 marzo 1993, n. 67;

– alle province è infine ulteriormente trasferita la tenuta della sezione provinciale del registro regionale delle organizzazioni di volontariato operanti nell'ambito del territorio provinciale, nonché la tenuta del registro provinciale delle associazioni secondo quanto previsto dalla legge regionale 16 settembre 1996, n. 28.

Quanto ai sopraccitati compiti di programmazione di livello intermedio assegnati alle province dalla legge quadro sull'ordinamento delle autonomie locali, resta aperta la

questione di come attivare procedure e strumenti che consentano alle stesse di concorrere effettivamente alla programmazione anche nell'ambito dei servizi sociali.

Ciò potrebbe essere realizzato attraverso una qualche forma di raccordo tra i piani delle ASL e la programmazione socio-economica provinciale, nonché, eventualmente, prevedendo una qualche forma di partecipazione della provincia all'attività della conferenza dei sindaci delle ASL.

1.4. I requisiti generali dei servizi e dei soggetti erogatori

1.4.1. L'autorizzazione al funzionamento delle strutture socio-sanitarie

L'istituto dell'autorizzazione al funzionamento delle strutture socio-assistenziali, posto in essere dalla legge regionale 7 gennaio 1986, n. 1, e dal conseguente primo PSA lombardo, si è mantenuto sino ad oggi, pur con modifiche e variazioni rese necessarie per una realistica miglior gestibilità dello stesso, quale essenziale elemento di garanzia per l'utenza dei servizi socio-sanitari integrati lombardi.

La legge regionale n. 31 del 1997 di riordino del servizio sanitario regionale, e della sua integrazione con le attività dei servizi sociali, conferma la validità dell'istituto e ne accentua, anzi, ulteriormente, la valenza e l'evoluzione: sia configurandolo quale necessario ed indispensabile presupposto per l'accreditamento delle strutture eroganti prestazioni sanitarie o a rilievo sanitario (vd. art. 4), sia inserendolo e collegandolo in un articolato percorso volto a far crescere ed assicurare un effettivo sistema di qualità dei servizi e delle relative prestazioni erogate (vd. art. 1, 6° comma).

Dal che la necessità, per il programmatore regionale, di pervenire - facendo tesoro delle esperienze gestionali fin qui maturate e delle difficoltà riscontrate nel processo di adeguamento a standard (in particolare strutturale), sovente anche a causa del ritardo degli organi competenti al rilascio delle certificazioni tecniche necessarie - ad una revisione dell'istituto, che da un lato ne semplifichi l'applicazione (sia per le modalità operative, sia per l'oggetto, avuto riguardo alla tipologia dei servizi) e, dall'altro sia in funzione del suaccennato aspetto evolutivo.

Tale evoluzione ha comportato l'estensione dell'istituto medesimo all'insieme dei servizi socio-sanitari integrati, nei limiti e secondo le indicazioni del PDL regionale di attuazione del d.lgs. n. 112 del 1998, che conferisce all'autorizzazione al funzionamento la valenza di:

– requisito indispensabile per l'esercizio dei servizi socio-sanitari integrati

– pre-requisito per l'accesso al convenzionamento o all'accreditamento (accesso che richiederà ulteriori requisiti quali/quantitativi).

A fronte delle riconosciute difficoltà di un tempestivo realizzarsi, in modo compiuto, del processo autorizzativo, soprattutto in alcune province, pare opportuno riproporre alcune linee guida per rendere effettivo il diritto/dovere, dei soggetti gestori, all'autorizzazione al funzionamento dei servizi attivati, in presenza dei requisiti, sia di ordine soggettivo, che oggettivo (cioè riferiti alle caratteristiche strutturali e gestionali del servizio), fissati dal presente PSA.

Sotto il profilo dei requisiti soggettivi, i legali rappresentanti dei servizi devono dimostrare di non essere mai stati sottoposti a condanna penale comportante l'interdizione dai pubblici uffici.

Le modalità di raggiungimento dell'obiettivo tra graduale possesso degli specifici requisiti strutturali e gestionali, per ogni tipologia sottoposta al procedimento, saranno definite in appositi atti della giunta regionale.

Non rientra in tali specifici requisiti, ma attiene a presupposti di carattere generale, il rispetto della vigente normativa in materia di sicurezza, igiene ed abitabilità degli ambienti, che è di norma certificato da organi - diversi da quelli regionali - a ciò espressamente abilitati ed ai quali è demandata la connessa funzione di vigilanza in materia.

Per quanto sopra, ferma restando la piena responsabilità degli enti gestori, ai fini dell'autorizzazione al funzionamento, è sufficiente che non risultino formalmente manife-

sti impedimenti in ordine a sicurezza, igiene ed abilitabilità degli ambienti, e che i soggetti gestori attestino la sussistenza dei relativi requisiti e di avere già presentato, ai competenti organi, le richieste per il rilascio delle relative certificazioni amministrative.

Si pone a questo punto l'esigenza di definire, e farne oggetto di conseguenti linee di indirizzo per lo svolgimento delle funzioni delegate, le misure da assumere ai fini di dare risposta agli aspetti problematici, con l'obiettivo di:

1) verificare per tutte le strutture già in esercizio, il possesso dei requisiti strutturali di base, in tal caso evidenziando, ove necessario, i motivi del mancato rilascio dell'autorizzazione da parte dell'amministrazione provinciale;

2) porre in essere programmi specifici per l'adeguamento agli standard strutturali e funzionali alla normativa del piano socio-assistenziale.

La verifica di cui al punto 1 è condizione per non procedere a formale diniego di autorizzazione al funzionamento, con conseguente revoca, ove presente, dell'accreditamento provvisorio delle strutture socio-assistenziali che forniscono anche prestazioni sanitarie.

1.4.2. L'accreditamento delle strutture socio-sanitarie

L'art. 8, comma 7°, del d.lgs. n. 502 del 1992, e successive modificazioni, ha introdotto nel nostro ordinamento l'istituto dell'accreditamento.

Dal contesto normativo si può individuare come tale istituto sia da considerarsi, usando le parole della circolare ministeriale, «lo snodo decisivo attorno al quale realizzare la quadratura del cerchio tra limiti budgettari e obiettivi di qualità dei servizi offerti». Esso, pertanto, già da questa breve osservazione, concerne non soltanto i servizi sanitari in quanto tali, ma tutti i casi in cui i «limiti budgettari» vengono presi in considerazione. Quindi, l'accreditamento non risulta un criterio autorizzatorio di strutture – cioè di soggetti/servizi – ma un necessario passaggio procedimentale al fine della accessibilità al fondo sanitario regionale.

In questo contesto è già chiaro e ulteriormente legittimante di quanto previsto nella legge regionale n. 31 del 1997, la possibilità di sottoporre all'accreditamento servizi propri del comparto sociale, laddove gli stessi siano anche parzialmente finanziabili a carico del FSR.

L'accreditamento nel settore sanitario è una abilitazione di secondo livello; esso, si badi, non concerne strutture ma servizi, in senso pertanto più ampio; abilitazione per servizi che non intendono soltanto «esercitare attività di prestazione sanitaria» – per la quale basterebbe l'autorizzazione sanitaria – «bensì esercitare la propria attività nell'ambito del servizio sanitario nazionale».

I criteri per l'accreditamento si pongono come «ulteriori» rispetto ai requisiti per l'autorizzazione, ora previsti dal d.p.r. 14 gennaio 1997, almeno nel senso che gli stessi, a partire dai requisiti per l'autorizzazione, troveranno nella programmazione regionale i loro presupposti.

L'accreditamento esplica la sua funzione fondamentale nell'essere la «conditio sine qua non» per la costituzione degli «appositi rapporti» indicati nella normativa nazionale per l'accesso al fondo sanitario.

Esso garantisce, in un'ottica programmatoria, una serie di requisiti ulteriori, rispetto a quelli di natura autorizzatoria, che si esplicano soprattutto come indicatori di qualità.

Requisiti ulteriori che comunque non escludano la possibilità di forme differenziate di accreditamento per livelli diversificati di qualità e prestazioni.

1.4.3. La relazione tra l'autorizzazione al funzionamento, l'accreditamento ed il convenzionamento

Il problema che si pone è come raccordare, all'interno dei servizi socio-sanitari, i due istituti dell'autorizzazione al funzionamento e dell'accreditamento.

Il primo presupposto che si è evidenziato è che, il fatto di un sia pur parziale finanziamento a carico del FSR delle attività esercitate, non costituisce di per sé titolo ostativo al permanere di una autorizzazione al funzionamento di tipo sociale, in quanto diversi sono i fini della stessa rispetto alla autorizzazione sanitaria.

Non si può però nascondere che, laddove, per quanto concerne le RSA, il d.p.r. 14 gennaio 1997 le richiami espressamente, essendo lo stesso finalizzato all'esercizio di attività sanitarie, la natura dell'autorizzazione concessa nell'ordinamento regionale ha in sé anche natura sanitaria, ed in questo senso deve essere letto quanto previsto dalla legge regionale n. 31 del 1997.

Il secondo presupposto fondamentale è che la natura e i fini dell'accreditamento non sono in contraddizione con una sua espansione nel campo sociale quando si tratti di prevedere la possibilità di accesso dei servizi sociali integrati al fondo sanitario.

Il terzo presupposto di interesse è che, se l'accreditamento all'interno dei servizi sanitari dà adito alla possibilità, compatibilmente con la programmazione di spesa, di costituire gli appositi rapporti che si esplicano poi, nel sistema proprio del comparto sanitario, nei DRG (rimborsi a fronte di tariffe), nel sistema sociale è ancora possibile, rispettando la finalità di programmazione della spesa sanitaria e definendo ad esempio indici di fabbisogno e dotazione – prevedere sistemi di convenzionamento dei servizi offerti, stante la loro preminente natura sociale.

Un ultimo problema che si ritiene necessario affrontare è quello concernente i livelli di programmazione regionale in ordine ai servizi offerti.

Da questo punto di vista, è proprio richiamare come la funzione dell'accreditamento, quale livello ulteriore a quello autorizzatorio non si spenda soltanto nel campo dei requisiti strutturali, ma, usando le parole della corte costituzionale (sentenza 416/95), si qualifica soprattutto come livello dei requisiti di qualità.

In tal senso, il programmatore regionale potrebbe con difficoltà non autorizzare all'esercizio di funzioni sociali (vedi possesso standard programmatore PSA) ciò che risulterebbe autorizzabile per l'esercizio di funzioni sanitarie (d.p.r. 14 gennaio 97), per quanto concerne le RSA.

Può però il legislatore regionale costruire legittimamente una normativa composita socio-sanitaria, in cui far corrispondere i livelli di accreditamento a requisiti anche diversi per strutture presenti sul territorio da più lungo tempo, motivando tale provvedimento, che potrebbe legittimarsi in una situazione anche non transitoria, sulla presenza di indicatori di qualità derivati dall'organizzazione dei servizi.

In sede di stesura del piano, particolare attenzione andrà in ogni caso posta all'interconnessione fra i livelli di accreditamento e quelli di autorizzazione al funzionamento.

1.4.4. Gli standards strutturali e la qualità dei servizi

È generalmente condiviso l'obiettivo di pervenire ad una revisione ed integrazione della vigente normativa regionale, relativamente ai requisiti tecnico-edilizi delle strutture socio-assistenziali e socio-sanitarie integrate.

La valenza della normativa tecnico-edilizia, già sancita dal primo PSA, è quella di rappresentare il livello minimo da rispettare nella progettazione di qualsiasi opera di costruzione, di riconversione e/o di ristrutturazione generale che gli enti gestori (pubblici, privati no profit, privati con fine di lucro) intendano attuare.

Tale normativa ha carattere cogente sia per quelle opere assistite da contributi regionali e/o statali, sia per quelle autofinanziate dagli enti gestori.

Ciò in quanto la stessa normativa è strumento di controllo da parte della regione per i progetti assistiti da contributi regionali e/o statali, sia da parte di Aziende USSL e province per il rilascio della autorizzazione al funzionamento, con i gradualismi previsti per tale istituto.

La nuova normativa tecnica dovrà rispondere a talune esigenze, e cioè dovrà essere di chiara ed univoca interpretazione, dovrà introdurre concetti di flessibilità, e dovrà tener conto dell'evoluzione, avvenuta dal 1987 ad oggi, delle altre normative, verificandone la compatibilità.

Una chiara ed univoca interpretazione della normativa è infatti garanzia di poter continuare quel proficuo rapporto di collaborazione cogli enti gestori, iniziato col primo piano socio-assistenziale.

Alla luce della pregressa esperienza di gestione del primo

PSA, è necessario in particolare introdurre nel sistema dei servizi un più alto tasso di flessibilità e di duttilità, così da consentire tra l'altro la possibilità di:

- realizzare interventi non previsti negli atti di programmazione;
- intervenire, in particolare, in situazioni di emergenza (eventi calamitosi o incidenti che necessitano di un rapido e pronto intervento);
- sperimentare nuove unità d'offerta, servizi o interventi, rispondenti a bisogni nuovi e non prevedibili.

Il concetto di flessibilità, fatto ovviamente salvo il rigore, per quanto riguarda le strutture, rispetto delle norme di carattere generale in tema di agibilità, igiene e sicurezza degli impianti e degli ambienti, è esigito anche in relazione all'obiettivo di evitare ad esempio che disposizioni afferenti aspetti edilizi di assolutamente secondaria importanza impediscano di raggiungere il più importante obiettivo della messa a disposizione di nuove unità d'offerta.

Si avverte altresì l'esigenza di ricondurre a «modelli edilizi» unificati purché in accordo con le molteplici unità d'offerta che già sono normate o che dovranno essere inserite a tutti gli effetti nel comparto socio-assistenziale e socio-sanitario integrato.

In proposito pare, infatti, ad esempio, che tra una residenza per anziani (RSA), una residenza per handicappati (CRH) e un istituto di riabilitazione (IDR), le differenze (escludendo sia le dimensioni, cioè capacità ricettive che le ovvie peculiarità organizzative e gestionali dei servizi erogati) non siano tali da dover ricorrere a «modelli edilizi» diversificati.

Esiste, inoltre, un problema di verifica di compatibilità tra la normativa vigente e altre norme statali che, con la normativa regionale, sono strettamente connesse

Ci si riferisce in particolare alla normativa nazionale sulla eliminazione delle barriere architettoniche (DPR 24 luglio 1996, n. 503), che ha abrogato il d.p.r. 27 luglio 1978, n. 384, sul cui rispetto si fonda l'attuale normativa tecnica per le strutture socio-assistenziali.

Strettamente correlata alla filosofia dell'accreditamento delle strutture socio-sanitarie, ma necessitata anche per strutture e servizi sociali non sottoposti alla procedura dell'accreditamento, in quanto non fruitori dei contributi del fondo sanitario, si pone inderogabilmente, ormai, l'esigenza, anche ai fini di una politica di razionalizzazione dei servizi alla persona, di determinare e monitorare nel tempo la «qualità» dei servizi erogati, qualità che non è necessariamente garantita dai soli «standard gestionali».

Nell'ottica di migliorare, rendere efficienti ed ottimizzare le risorse, si tratta di determinare ed attivare, per ogni servizio:

- fattori di qualità
- indicatori di qualità
- standard di qualità,

oggettivando dunque, con strumenti possibilmente ineccepibili sotto il profilo tecnico le realtà strutturali, organizzative e gestionali dei servizi, con un'attenzione crescente, tra l'altro, ai seguenti aspetti:

- il progetto operativo del servizio;
- l'intervento multidimensionale unitario;
- i piani individualizzati;
- la supervisione progettuale;
- l'aggiornamento permanente degli operatori.

Tutto ciò nella prospettiva del miglioramento della qualità di vita delle persone attraverso un processo di accompagnamento che riguarda ogni fase dell'esistenza, senza dimenticare in proposito lo stesso tema della «educazione al morire».

Si dovrà, giungere, possibilmente, anche ad una «certificazione» di qualità rilasciata da enti di certificazione accreditati in ambito nazionale ed in possesso di mutuo riconoscimento a livello europeo.

Gli indicatori di qualità dovranno riferirsi anche agli a-

spetti edilizi, al fine di consentire una personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza.

1.4.5. La vigilanza sui servizi e sui soggetti erogatori

La legge regionale n. 31 del 1997 e lo stesso PDL regionale d'attuazione del «Bassanini quater» conferma l'esercizio delle funzioni di vigilanza quale attività delegata, come si deduce dal combinato disposto dall'art. 2, comma 7°, e dall'art. 8, comma 10°, della precitata legge regionale.

Devono intendersi invece permanere in capo alla regione le funzioni di legislazione, programmazione, indirizzo, coordinamento, controllo e supporto (art. 1, comma 3°), nonché l'individuazione delle risorse finanziarie al riguardo (sia provenienti dal FSR, sia autonome: art. 8, comma 15°).

La citata legge regionale testimonia, peraltro, di un oggettivo e generale ampliamento dei soggetti e/o delle strutture destinatarie delle attività di vigilanza, rispetto alla precedente disciplina di cui all'art. 54 legge regionale n. 1 del 1986.

Sono dunque soggetti alla vigilanza:

a) per quanto riguarda i servizi e le strutture:

- tutte le unità d'offerta, pubbliche e private, socio-assistenziali;
- tutte le unità d'offerta, pubbliche e private, socio-sanitarie.

b) per quanto concerne i soggetti:

- le IIPPAB;
- le organizzazioni di volontariato nel settore socio-assistenziale;
- le persone giuridiche private operanti nel settore socio-assistenziale (funzioni già delegate alla regione ex art. 14 d.p.r. n. 616/77).

Circa i contenuti dell'attività di vigilanza, in linea generale e di massima si ritiene tuttora valida la distinzione delle attività stesse nei due fondamentali filoni già prefigurati in sede di emanazione della circolare 1/86 attuativa della legge regionale n. 1 del 1986.

E cioè: vigilanza:

a) sotto l'aspetto istituzionale-amministrativo, riguardante principalmente le IIPPAB,

b) sotto l'aspetto gestionale-funzionale, avendo cioè cura ed attenzione, a prescindere dalla natura giuridica del soggetto operante, all'attività svolta, ai servizi erogati, al possesso dei relativi requisiti istituzionali-organizzativi richiesti.

Vanno però rimodulati i contenuti dell'attività di vigilanza, con riferimento:

- agli obiettivi e alle finalità dell'attività medesima, anche in funzione della realizzazione di un efficace controllo di qualità dei servizi, così come previsto dall'art. 1, comma 6, della legge regionale n. 31/1997, con un diverso taglio e un maggiore spazio all'esercizio di tale funzione anche in sede promozionale;

- alla natura e tipologia degli atti che dovrebbero essere trasmessi per conoscenza agli organi esercitanti la vigilanza, tenuto conto della natura giuridica dei soggetti o dei servizi erogati;

- alle modalità organizzative relative all'esercizio delle funzioni di vigilanza.

Rispetto al tema dei rapporti tra organo di vigilanza e regione, vanno chiariti e puntualizzati i rapporti in merito a:

- esercizio della delega della funzione e possibilità della regione di eventuale revoca, e in quali casi, o quanto meno di sostituzione o anche di partecipazione di organi regionali nell'esercizio di tale funzione;

- adozione di provvedimenti istituzionali di competenza regionale, conseguenti ad attività e proposte dell'organo di vigilanza.

Vanno altresì parimenti puntualizzati i rapporti tra ASL e province riguardanti la procedura della autorizzazione al funzionamento (convenzioni al riguardo tra i due soggetti).

Vanno infine ridefiniti i criteri relativi al finanziamento,

da parte della regione, dell'attività di vigilanza, tenuto anche conto dell'ampliamento di tali attività.

1.4.6. Il sistema informativo e gli «osservatori» sui servizi socio-assistenziali

Le attività di autorizzazione al funzionamento-accreditamento e di vigilanza sui servizi e strutture socio-assistenziali, possono fornire importanti elementi ai fini della costituzione, per tutte le aree di bisogno, di «osservatori», intesi quali fondamentali strumenti di rilevazione dei bisogni, sia nel loro costituirsi, sia nel loro evolversi nelle diverse realtà territoriali.

Gli osservatori costituiscono poi un importante elemento di verifica dell'impatto che i diversi servizi e i diversi interventi hanno non solo sull'utenza dei servizi specifici, ma anche sul contesto complessivo in cui essi sono attuati (ad esempio, per verificare quanto una modifica del servizio di assistenza domiciliare incida sulla formazione di una domanda di servizi residenziali, oppure, come interventi di prevenzione sociale e sanitaria modificano l'insorgere di situazioni patologiche).

Questo strumento appare particolarmente rilevante oggi, sia in quanto quasi tutte le aree sembrano caratterizzarsi per una molteplicità di condizioni di rischio e per una complessità dei bisogni emergenti, sia in quanto una «liberalizzazione» dei soggetti erogatori dei servizi rende particolarmente necessaria una puntuale analisi del rapporto costi/benefici, dei livelli di efficacia e dei livelli di efficienza non solo dei diversi servizi e interventi, ma anche dei diversi soggetti erogatori.

Allo scopo, come già evidenziato in precedenza, appare indispensabile realizzare un compiuto sistema informativo socio-assistenziale, che soddisfi tutte le esigenze connesse al fabbisogno di conoscenze nel campo.

1.4.7. Il concorso degli utenti al costo dei servizi

Gli oneri dell'assistenza gravano sui comuni in cui l'avente diritto alla prestazione è residente o, nei casi di cittadini italiani, stranieri ed apolidi temporaneamente presenti sul territorio regionale, è dimorante nel momento in cui la prestazione ha inizio. Qualora l'avente diritto sia ospitato in strutture residenziali situate in un comune diverso, gli oneri gravano comunque sul comune di residenza al momento del ricovero nella struttura, restando a tal fine irrilevante il cambiamento della residenza connesso esclusivamente a tale ospitalità.

Per i minori affidati a strutture residenziali il comune tenuto al pagamento della retta è quello di residenza dei genitori o dell'esercente la potestà genitoriale (tutore).

Esclusi i casi per i quali la legge nazionale preveda la gratuità del servizio, è previsto il concorso economico dell'utente. In caso di insufficienza di reddito da parte dell'utente, interviene il comune di residenza, che ha, peraltro, la facoltà di rivalersi nei confronti dei soggetti tenuti agli alimenti, ai sensi del codice civile.

In realtà, il piano socio-assistenziale dovrà fornire indicazioni metodologiche per uniformare sul territorio regionale i criteri in base ai quali definire i livelli di reddito al di sotto dei quali i servizi possono essere erogati gratuitamente, e quelli al di sopra dei quali applicare le tariffe massime, sottolineando che per la determinazione delle tariffe da utilizzare bisogna riferirsi al reddito complessivo del nucleo familiare, tenuto conto della composizione del nucleo stesso, al fine di assicurare alla famiglia di diversa capacità economica la stessa capacità di utilizzare il servizio.

Tali indicazioni non potranno costituire un vincolo assoluto circa l'entità delle tariffe da applicare per ciascuna tipologia di servizio, data la necessità di consentire alle amministrazioni locali un corretto livello di decisionalità per quanto attiene alla scelta delle tipologie di servizio che maggiormente devono essere sostenute con oneri a carico della collettività.

Per i servizi di ricovero, che assicurano il completo mantenimento della persona, si ipotizza la seguente procedura, per la copertura del costo dei servizi:

– in primo luogo, l'amministrazione comunale deve procedere al recupero della retta attingendo direttamente al

«reddito individuale» del soggetto, con l'unico limite di assicurare allo stesso una quota per le sue spese personali. Da una interpretazione letterale, per reddito individuale si intende non solamente la pensione di invalidità e l'assegno di accompagnamento, ma anche altri eventuali redditi;

– solo nell'ipotesi in cui il costo del servizio non sia interamente coperto con i redditi personali del soggetto interessato, il comune procederà, secondo una metodologia suggerita, su ciascun familiare «tenuto al mantenimento ai sensi dell'art. 433 del codice civile», lasciando la possibilità ai tenuti di concordare tra loro la ripartizione degli oneri;

– l'ente locale interviene per la quota di costo non coperta con i criteri precedenti.

In conclusione, l'obbligo sostanziale di pagare la retta determinata incombe «in primis» sull'utente beneficiario del servizio e, in via di sostituzione, sugli altri soggetti tenuti agli alimenti ai sensi del codice civile.

È stato obiettato che la materia in questione, riguardante un diritto fondamentale della persona di rilievo costituzionale come quello dell'assistenza, sia nei rapporti con gli enti pubblici sia nei rapporti familiari, non potrebbe consentire una disciplina diversa da uno all'altro ambito territoriale, esigendo invece una disciplina statale.

In proposito, si può concordare sulla opportunità di una disciplina omogenea in ambito nazionale sulla materia in questione. Ciò, tuttavia, nulla toglie alla legittimità della legislazione regionale, considerato che la forza e la conseguenza di una norma avente valore di legge può venir meno soltanto per intervento dello stesso legislatore, o del giudice delle leggi.

È stato parimenti evidenziato che l'art. 433 del codice civile non prevede alcun intervento di un ente pubblico in sostituzione di una persona assistita, alla quale soltanto spetta la legittimazione attiva in relazione ad un'eventuale azione per chiedere alimenti ai propri parenti.

In realtà, in base alle disposizioni statali e regionali di assistenza pubblica, si evince che spetta all'amministrazione, in via diretta, e non in forma sostitutiva di un altro titolare effettivo, la legittimazione attiva per il recupero delle spese sostenute per la somministrazione di prestazioni assistenziali. L'amministrazione, cioè, non sostituisce l'assistito, bensì esercita un'azione di rivalsa di cui è immediata titolare.

Rispetto, infine, all'obiezione che l'art. 3 del d.l. 786/81 e il d.l. 55/83, convertiti in legge, pongono un principio di gratuità dei servizi resi a favore dei soggetti portatori di handicaps, si considera che, in realtà, tali norme non sanciscono un tassativo divieto per i comuni di richiedere contribuzioni agli utenti, ma si limitano a non imporre agli enti locali l'inderogabile dovere, previsto per l'erogazione di altri servizi, di richiedere la contribuzione all'utenza (v. TAR Lombardia - sezione Brescia - sentenza n. 1139/92).

PARTE SECONDA

2. - LE AREE DI INTERVENTO

L'ambito d'intervento del secondo PSA è notevolmente più ampio rispetto al precedente: oggi, alla Direzione Interventi Sociali è stata, infatti, attribuita la piena titolarità rispetto anche alle tematiche inerenti l'area materno-infantile, le tossicodipendenze e la riabilitazione extraospedaliera.

Ulteriori competenze potrebbero essere a breve assegnate alla stessa direzione, a fronte di disposizioni normative tuttora in fase di definizione relativamente all'area della salute mentale, per ciò che attiene al reinserimento sociale dei pazienti e all'integrazione degli immigrati da paesi non appartenenti all'unione europea.

Il prossimo PSA potrà pertanto, prevedere interventi a favore di queste nuove fasce d'utenza.

2.1. L'area materno infantile, minori, adolescenti e giovani**2.1.1. I nodi problematici dell'area materno infantile, minori, adolescenti e giovani**

La complessità della materia suggerisce, rispetto agli strumenti programmatici, di partire con un documento di «linee guida», da inserire nel secondo piano socio-assistenziale, per giungere, in un secondo tempo, alla elaborazione di un vero e proprio «progetto-obiettivo» minori, coordinato con il «P.O. materno-infantile» (elaborato dal settore sanità nel 1995), che necessita, a sua volta, di essere adeguato alle vigenti normative e al nuovo assetto istituzionale-organizzativo del sistema socio sanitario regionale definito dalla legge regionale n. 31/1997.

Rispetto ai contenuti, nell'area minori, l'azione regionale tenderà a potenziare i servizi, rendendoli più flessibili e polifunzionali, anche raccordandosi con altri settori regionali.

Una flessibilità che consenta, laddove necessario, una riconversione dei servizi medesimi, mediante lo sviluppo progettuale, nonché l'ampliamento delle prestazioni erogate negli stessi.

Si pensi, ad esempio, ad una ulteriore diffusione dei micronidi annessi alle scuole materne, a comunità alloggio che svolgano attività di assistenza e sostegno diurno. A centri di aggregazione giovanile che sviluppino progettualità collaterali ed affini, quali l'educativa di strada, centri di consultazione, scuola, genitori, corsi formativi per operatori grezzi, ecc.

L'obiettivo prioritario è quello di far fronte al crescente disagio minorile. Tutto ciò conduce primariamente alla necessità di sviluppare tutti i temi della prevenzione; alla doverosità di chiamare tutta la comunità ad interrogarsi su quali percorsi quotidiani del crescere e dell'educarsi nella relazione è in grado di attivare per i propri figli, su quali messaggi di vita e di speranza vengano ogni giorno veicolati, su quali siano i luoghi e gli spazi che consentano ai minori di sentirsi accolti e accettati.

Si tratta di costruire un «patto educativo» tra diversi soggetti quali la famiglia, le istituzioni pubbliche e private, l'associazionismo, il privato sociale ed il volontariato, riconoscendo pari dignità a tutti, pur nella diversificazione di funzioni, ruoli e compiti istituzionali.

Occorre attivarsi per realizzare il concetto di «promozione alla crescita», con interventi nell'ambito dell'extrascuola-tempo libero finalizzati a sviluppare nel territorio l'esplicitamento delle funzioni base (funzione educativa, promozione della socializzazione, ascolto, accompagnamento, informazione-orientamento, sostegno) da parte dei servizi, in prima persona, e dei soggetti coinvolti nel patto educativo.

È altresì necessario introdurre il concetto di nuova cultura dell'accoglienza, da diffondere operativamente a più livelli, soprattutto nell'ambito della famiglia e della rete di aiuto tra famiglie, quale premessa ad interventi in sostituzione o affiancamento del nucleo familiare d'origine.

Una particolare attenzione va data alle nuove povertà ed emergenze, quali gli stranieri e la violenza sui minori: la programmazione regionale rispetterà le nuove istanze, con specifico riferimento all'esigenza di confronto e integrazione tra culture diverse, in quanto si è consapevoli del perma-

nere nella nostra società delle «emergenze», per le quali si dovranno prevedere sufficienti risorse in termini economici e progettuali.

L'attuale sistema dei servizi per minori, pur esprimendo un numero di risposte non indifferente, sembra evidenziare una certa incapacità a raggiungere il bisogno, per la complessità sempre più forte che gli stessi bisogni esprimono. Il che comporta la necessità di attrezzarsi con risposte diversificate e differenziate.

2.1.2. L'area minori, adolescenti e giovani: l'evoluzione del sistema dei servizi e gli obiettivi programmatici

Il sistema dei servizi nell'area minori, in questi anni, ha già dimostrato la capacità di una evoluzione progettuale mirata a dare risposta alle nuove istanze.

Alcune unità di offerta hanno portato a definizione la rivisitazione del proprio modello gestionale ed organizzativo; si tratterà, con il nuovo piano, di legittimare e normare i cambiamenti avvenuti che sono già concretamente operativi.

In particolare:

– *Il consultorio familiare* esprime grosse potenzialità di risposta ai bisogni propri dell'area materno-infantile, della genitorialità e della famiglia, attraverso molteplici prestazioni.

– *Rete dei servizi per la prima infanzia*

Sono da prevedere nuove unità quali: giardini aperti - nido aperto - ludoteca - piccoli e grandi - spazio gioco - tempo per le famiglie - bibliobimbi - ecc.

Queste unità rappresentano una molteplicità di servizi innovativi, ma non alternativi all'unità di offerta asilo nido, in quanto integrano ed arricchiscono le tradizionali funzioni svolte dallo stesso.

– *Rete dei servizi per la prevenzione del disagio minorile, adolescenziale e giovanile*

– *centri di aggregazione giovanile*

Nella fase di consolidamento il servizio si è configurato in due moduli di base definiti come segue:

a) il modulo socio-promozionale, finalizzato a promuovere la capacità espressivo-comunicativa e di socializzazione dell'utenza e che articola le sue attività per meglio rispondere ai bisogni differenziati di minori e giovani, prevedendo a tale scopo due progettualità di base *progettualità di socializzazione*, destinata a ragazzi e adolescenti; *progettualità formativa promozionale*, destinata ad adolescenti e giovani. Le funzioni esercitate da questo modulo sono prevalentemente: ascolto, orientamento, socializzazione, educativa;

b) il modulo di sostegno educativo, finalizzato alla prevenzione secondaria e terziaria del disagio minorile e giovanile, a sostenere lo sviluppo delle capacità e progettualità personali, l'acquisizione di regole relazionali di gruppo e sociali, e a sostenere il percorso formazione-lavoro. Il modulo si rivolge a coloro che si trovano in condizioni di rischio, nonché a minori sottoposti a provvedimento dell'autorità giudiziaria. Le funzioni esercitate sono: ascolto, accompagnamento, educativa, socializzazione, informazione e orientamento, sostegno. Per evitare la marginalità dell'utenza, il modulo si affianca ad almeno una delle progettualità previste dal modulo socio-promozionale.

– *Educazione di strada*

Educazione di strada impiegata in senso preventivo (contatto e interazione con i gruppi informali, sviluppo di comunità), quale forma stabile di intervento connessa con i servizi di aggregazione e consulenza esistenti (un periodico «uscire sulla strada» degli operatori dei servizi).

In questo quadro devono trovare riconoscimento e sostegno tutte quelle agenzie con finalità aggregative e formative (oratori, associazioni, gruppi organizzati) che operano nel tempo libero giovanile, a condizione che accettino di condividere – anche formalmente – espliciti obiettivi di prevenzione (apertura alla diversità e al disagio, pedagogia di ascolto e promozione, integrazione con gli altri servizi, ecc.). Sono da prevedere forme di sostegno formativo e consul-

ziale tese a favorire l'adeguamento di tali strutture ai fini descritti.

– *ADM=Assistenza domiciliare minori*

L'assistenza domiciliare non è da intendersi «alla lettera» domiciliare, in quanto, oltre al nucleo familiare, ambito privilegiato di relazioni del minore, esistono tutti i luoghi e tutte le situazioni del «quotidiano vivere» del minore: la scuola, la comunità locale, le varie agenzie extra-scolastiche (sportive, ludico-ricreative, culturali, oratori, ecc.).

L'intervento di assistenza domiciliare minori è «ponte» tra il minore a rischio di emarginazione, la sua famiglia e il territorio, come accompagnamento preventivo, di sostegno e tutela del percorso di crescita.

– *I servizi residenziali*

I servizi residenziali rispondono ai problemi di quei minori per i quali le condizioni psico-sociali non consentono o sconsigliano la permanenza nel nucleo familiare.

L'orientamento è quello di aprire il più possibile anche questi servizi ai problemi delle famiglie, accogliendo, per esempio, i genitori in particolari momenti della giornata, sul modello della «comunità-alloggio territoriale». Così facendo si garantisce, quando la situazione dell'utente lo consente, il mantenimento o il rafforzamento dei rapporti tra il minore e il suo contesto familiare e relazionale.

Un altro segnale di apertura al territorio e di attenzione ai diversificati problemi dei minori e delle famiglie è dato dalla possibilità di frequenza diurna, modalità che può assumere funzioni di osservazione approfondita, di sostegno personalizzato e di supporto all'organizzazione familiare e un aiuto dei servizi sociali titolari dell'intervento.

Si tratterà allora di consentire che i servizi residenziali prevedano:

– la presenza di un progetto educativo relativo ad ogni singolo utente;

– la presenza del progetto istituzionale di comunità;

– la presenza di documentati percorsi di supervisione e formazione permanente;

– la partecipazione attiva a specifici percorsi metodologici-strumentali in relazione al rapporto con le istituzioni pubbliche e private, con particolare riferimento agli enti responsabili della tutela del minore (servizi sociali, T.M.);

– il coinvolgimento nella vita del territorio (scuola-agenzie del tempo libero) e la realizzazione di un modello di «lavoro di rete» integrato con le altre risorse presenti;

– il «modello di relazione», con il coinvolgimento della famiglia d'origine nella gestione del progetto educativo individualizzato;

– l'organizzazione della vita comunitaria secondo criteri che favoriscano la possibilità per i ragazzi di instaurare rapporti con i coetanei sia all'interno sia all'esterno della comunità.

– *Affido familiare*

L'affido familiare si connota sia come intervento di prevenzione che di riparazione, e pur essendo ampiamente esercitato nel contesto regionale, evidenzia problematiche e difficoltà di realizzazione già rilevate negli anni di vigenza della legge n. 184 del 1983 e del primo piano socio assistenziale.

È da valutarsi in proposito l'opportunità dell'istituzione di un servizio affidi in ogni dipartimento ASSI dell'ASL, strutturato su due livelli organizzativi: uno «centrale-zonale», corrispondente all'ambito territoriale dell'ASL, ed un altro «distrettuale», quale correttivo al modello organizzativo esistente che sicuramente non ha contribuito al decollo dello stesso.

Gli obiettivi da perseguire, in proposito nell'ambito di validità del secondo piano socio assistenziale sono:

a) la traduzione operativa dei principi costitutivi che si riferiscono alla tutela del minore, la salvaguardia della famiglia, i diritti sanciti dall'ONU;

b) lo sviluppo di una cultura sociale innovativa e condivisa, a partire da una nuova analisi dei bisogni riferiti all'armonico sviluppo della persona e delle sue relazioni, in particolare di coppia, familiari, genitori-figli, alla responsabile

espressione della sessualità, alla procreazione consapevole, al benessere e salute femminile nei diversi momenti;

c) il coordinamento e l'integrazione tra servizi sociali e sanitari;

d) il coordinamento tra servizi a gestione pubblica e privata;

e) l'integrazione tra istituzioni pubbliche (EELL, ASL, Az. Ospedaliere) e gli altri soggetti del territorio coinvolti (scuola, famiglia, privato sociale, parrocchie, associazionismo, ecc.), la ricerca di strumenti (es. protocolli d'intesa) semplici e concreti di raccordo;

f) l'utilizzo di standards gestionali e strutturali relativi al funzionamento dei servizi socio-assistenziali flessibili e adeguati ai nuovi bisogni, privilegiando, in termini di risorse economiche, la destinazione di fondi a favore della gestione rispetto agli interventi strutturali.

g) l'esercizio della funzione di controllo istituzionale, che preveda un'attenta verifica della qualità dei servizi e, lasci spazio alla sperimentazione di nuove progettualità ed interventi.

h) l'attenzione alle nuove povertà ed alle emergenze, (stranieri, la violenza sui minori, ecc.) attraverso interventi tempestivi ed adeguati alle nuove istanze, con particolare riferimento all'esigenza di confronto e integrazione tra culture diverse.

i) la prevenzione del disagio minorile e familiare, riconfermando la priorità degli interventi preventivi secondo l'accezione della promozione del benessere e delle opportunità di crescita da garantire ai minori, con interventi per funzioni ritenute trasversali nelle azioni e nei servizi preposti.

l) il riconoscimento della famiglia quale soggetto attivo, attuando scelte strategiche complessive sul contesto, capaci di potenziare, sostenere e promuovere la famiglia quale luogo primario di risposta al bisogno.

Sono individuati pertanto, quali obiettivi prioritari, per il prossimo PSA, il miglioramento qualitativo e quantitativo degli interventi di prevenzione della marginalità sociale minorile, il sostegno alla famiglia e il potenziamento alla capacità di risposta alle situazioni di emergenza attraverso:

– il potenziamento e lo sviluppo progettuale del sistema dei servizi e delle innovazioni finora sperimentate;

– la strategia delle collaborazioni tra soggetti sociali, mediante la ricerca e l'indicazione di strumenti operativi;

– la definizione, per ambito territoriale, dei budget economici determinati dal confluire dei flussi finanziari periodici e straordinari (fondi regionali e statali), delle risorse in termini di servizi esistenti, degli organismi pubblici e privati gestori di servizi per aree di intervento.

Al fine di garantirne una migliore gestione locale, e di assicurare un'immediata ed efficace risposta al bisogno, il monte risorse posseduto, sia umane che economiche e di strutture, potrebbe essere utilizzato secondo quattro direttrici:

a) l'intervento preventivo;

b) la garanzia delle emergenze;

c) la sperimentazione di servizi innovativi locali (adatti al luogo);

d) l'incentivo per il miglioramento della qualità dei servizi e degli interventi.

2.1.3. *I consultori familiari*

Un'attenzione particolare meritano i consultori familiari, che trovano riferimento per la prima volta all'interno del piano socio assistenziale regionale, e per i quali gli obiettivi da perseguire sono:

a) razionalizzazione della rete regionale dei consultori familiari (vedi tabella)

La globalità e la vastità delle finalità che i consultori familiari concorrono a perseguire in relazione ai bisogni della persona e della famiglia, sia nell'ambito della prevenzione e promozione, sia nell'ambito della presa in carico di una domanda d'aiuto collegata a «fasi critiche» transitorie, sia infine sul versante complesso del trattamento di situazioni

di grave rischio sociale e disagio psicologico, impongono di ripensare il consultorio familiare in relazione ad un'articolazione di offerte e di risorse fra loro interagenti.

Nel nuovo contesto normativo regionale il consultorio familiare, da collocarsi all'interno del servizio «Famiglia, infanzia, età evolutiva» del dipartimento per le ASSI, deve avere una propria specificità di funzioni (allorché di risorse professionali e finanziarie vincolate), e deve essere messo in rete con le altre unità d'offerta, dotate di risorse proprie, cui afferiscono le funzioni relative alla «tutela minori» e all'«infanzia ed età evolutiva» (offerte già presenti in talune ASL sono per esempio «Centri di terapia della famiglia», «Centri per il trattamento di famiglie multiproblematiche», «Centri per il trattamento del maltrattamento infantile», «Servizi zonali di tutela minori», «Servizi zonali affidi», ecc.).

Con riferimento alla legge 34/96, si assume come standard regionale quello, ivi indicato, di un consultorio ogni 20.000 abitanti: al perseguimento di questo obiettivo concorreranno, sul territorio regionale sia, i CF pubblici che quelli privati accreditati; un primo passo in questa direzione è costituito dal superamento delle disomogeneità fra i territori provinciali, con l'obiettivo minimo di realizzare in tutte le province lo standard di un consultorio ogni 30.000 abitanti circa.

I consultori familiari pubblici o privati sono presidi dotati di una sede e di una équipe.

Si tratta di una équipe multidisciplinare (almeno comprensiva delle figure professionali indicate dalla legge regionale – fatta eventuale eccezione per la figura del pediatra – ed assegnate in modo stabile al consultorio per espletare le specifiche funzioni di competenza), che opera presso una sede chiaramente identificabile come consultorio (aperta almeno cinque giorni ed almeno 36 ore settimanali), secondo modalità di lavoro di gruppo e alla quale va ricondotta anche l'eventuale attività decentrata svolta dagli operatori presso sedi periferiche.

Il livello di gestione delle prestazioni connesse agli interventi è stabilito in relazione all'assetto organizzativo del singolo dipartimento per le ASSI nell'area materno infantile e dell'età evolutiva. Sono comunque prevedibili due livelli:

- prestazioni da assicurare in modo diffuso, presso ciascun «consultorio familiare».
- prestazioni che per la loro complessità ed in funzione della specifica competenza specialistica richiesta agli ope-

ratori chiamati a svolgerle, sono più opportunamente gestibili a livello «zonale» o «sovraconsultoriale»; alcune di queste funzioni che hanno un carattere trasversale rispetto alle tradizionali unità d'offerta, possono essere gestite con il concorso di operatori di consultorio familiare e di operatori provenienti da altri settori d'intervento.

b) accreditamento delle strutture, nonché definizione di un sistema di indicatori per il controllo di qualità dei consultori familiari, pubblici e privati

L'accreditamento delle strutture si effettuerà sulla base degli standard di cui al d.P.R. del 14 gennaio 1997 integrati dalle direttive regionali.

Ad integrazione poi di quelli già individuati con decreto del ministero della sanità 15 ottobre 1996, per quanto concerne la personalizzazione e umanizzazione delle prestazioni, all'informazione, e agli aspetti della prevenzione, saranno individuati indicatori di struttura, di procedura e di risultato per la valutazione della qualità dei c.f., sia sul piano organizzativo sia sul piano operativo.

c) riqualificazione dell'offerta consultoriale attraverso l'implementazione di campagne di prevenzione e informazione prioritariamente nelle seguenti aree: relazioni familiari, percorso nascita, adolescenza, i.v.g., patologie oncologiche

A partire da una rilettura delle finalità assegnate ai consultori familiari si deve riaffermare il ruolo centrale della prevenzione: ciò comporta scelte di priorità, di allocazione risorse e di metodologia d'intervento che solo una programmazione integrata (ai diversi livelli: ministeriale, regionale, aziendale), e un'operatività integrata, potranno consentire.

Per garantire il concorso dei consultori familiari all'attuazione degli interventi di promozione e prevenzione, è necessario vincolare la destinazione di una quota del monte ore globale del personale assegnato ai consultori stessi.

Per quanto concerne specifiche campagne di prevenzione nelle materie di competenza consultoriale, da attivare nei confronti di fasce mirate di popolazione, ciascuna ASL dovrà assumere atti deliberativi secondo le priorità individuate nel proprio territorio.

Nella tabella che segue si illustrano:

- 1) le funzioni proprie dei consultori familiari (compiti d'istituto) che nel nuovo assetto si ritiene debbano essere garantite dai consultori familiari;
- 2) le funzioni che alcune ex Az. USSL hanno gestito tramite i consultori (ma che nel nuovo assetto possono essere ipotizzate – nell'ambito del servizio «Famiglia infanzia età evolutiva» – in contesti diversi dai consultori).

<i>Area di attività</i>	<i>Interventi propri del consultorio familiare (compiti d'istituto)</i>	<i>Funzioni assunte (non compiti d'istituto)</i>
Campagne di prevenzione ¹	Concorso alla realizzazione di campagne mirate di prevenzione con riferimento a tutte le età nelle aree di competenza consultoriale.	Altri interventi mirati a fasce di popolazione in età evolutiva-adolescenziale.
Educazione alla salute e promozione delle potenzialità sociali	Realizzazione di interventi rivolti a singoli e collettività con riferimento a tutte le età nelle aree di competenza consultoriale.	Altri interventi mirati a fasce di popolazione in età evolutiva-adolescenziale.
Tutela della salute della donna	Interventi di consulenza relativi alle problematiche della sfera genitale femminile; interventi psicologici, sociali sanitari di assistenza alla donna in menopausa; interventi di prevenzione, diagnosi precoce e assistenza nell'area dell'oncologia femminile.	
Sessualità	Interventi psicologici, sociali e sanitari a sostegno del singolo e della coppia per una sana e responsabile espressione della sessualità, in un armonico sviluppo della persona; interventi di educazione sessuale in rapporto con le scuole e le collettività; interventi di trattamento dei fattori patologici e terapia sessuologica; concorso all'assistenza sanitaria, psicologica, sociale e legale in ordine a problemi di violenza sessuale.	Specifici interventi su richiesta degli EE.LL. competenti in materia di assistenza ai minori nell'ambito dei procedimenti per violenza sessuale, come disposto dalla legge n. 66/96.

<i>Area di attività</i>	<i>Interventi propri del consultorio familiare (compiti d'istituto)</i>	<i>Funzioni assunte (non compiti d'istituto)</i>
Procreazione consapevole	Interventi per la diffusione delle conoscenze scientifiche in merito alle scelte procreative; informazione, consulenza psicologica, sociale e sanitaria, prescrizione e somministrazione dei mezzi contraccettivi; interventi psicologici e di consulenza sociale e sanitaria con riferimento alle problematiche connesse alla sterilità e alla procreazione assistita; informazione e consulenza genetica in ambito preconcezionale; assistenza psicologica, sociale e sanitaria nei casi di richiesta di IVG, comprensiva di tutti gli interventi di competenza consultoriale di cui alla legge n. 194/78; specifici interventi di cui alla legge n. 194/78 nel caso di richiesta da parte di donne minori di 18 anni, eventualmente in rapporto con il giudice tutelare.	
Gravidanza, parto, nascita, genitorialità ²	Interventi psicologici, sociali e sanitari, nei confronti di donne in gravidanza; effettuazione di controlli sanitari periodici con individuazione delle gravidanze a rischio; interventi di tutela sociale della maternità in concorso con gli EE.LL.; corsi di preparazione alla nascita e alla genitorialità rivolti anche alla coppia; raccordo tra le diverse offerte del percorso nascita, al fine di garantire continuità e unitarietà socio-sanitaria all'intervento; assistenza domiciliare dopo il parto con particolare attenzione all'attuazione della l.r. 16/87.	
Area dell'individualità e delle relazioni di coppia e familiari	Interventi psicologici e sociali di sostegno a un armonico sviluppo della persona e delle sue relazioni, della relazione di coppia e familiare, del rapporto genitori-figli; interventi di sostegno psicologico e sociale di mediazione e di consulenza familiare e di consulenza legale anche con riferimento al diritto di famiglia e minorile nelle situazioni di conflittualità di coppia, di separazione-divorzio; interventi psicologici e sociali anche in rapporto con l'autorità giudiziaria minorile in ordine a provvedimenti di autorizzazione al matrimonio di minorenni; interventi di sostegno e/o psicoterapia nelle situazioni di sofferenza psicologica.	Presenza in carico e trattamento di famiglie multiproblematiche.
Assistenza alla famiglia per la prima infanzia	Interventi di sostegno alla neogenitorialità ed assistenza alle famiglie adottive e affidatarie; partecipazione all'attività di prevenzione anche in raccordo con i pediatri di libera scelta e con gli operatori degli asili nido.	Diagnosi e trattamento, in concorso con gli EE.LL., per disturbi dello sviluppo legati a problematiche psicosociali (abbandono, maltrattamento, violenza e abuso); attività ed interventi connessi all'inserimento e alla integrazione scolastica di minori con handicap ai sensi del d.P.R. 24 novembre 1994; interventi in concorso con gli EE.LL. per l'inserimento di minori portatori di handicap in strutture socio-riabilitative.

Area di attività	Interventi propri del consultorio familiare (compiti d'istituto)	Funzioni assunte (non compiti d'istituto)
Adolescenza ³	Interventi multidisciplinari di accoglienza, ascolto consulenza, visite, informazione, sostegno a un armonico sviluppo della persona, rivolto ad adolescenti indistintamente nell'ambito di tutte le aree problematiche consultoriali, secondo modalità individuali o di gruppo, anche in tempi e spazi appositamente riservati; interventi di sostegno nelle situazioni di sofferenza psicologica.	Diagnosi e trattamento anche in concorso con gli EE.LL. e/o in collaborazione con l'autorità giudiziaria, per disturbi dello sviluppo legati a problematiche psicosociali (abbandono, maltrattamento, violenza e abuso); attività ed interventi connessi all'inserimento e alla integrazione scolastica di minori con handicap ai sensi del d.P.R. 24 novembre 1994; interventi in concorso con gli EE.LL. per l'inserimento di minori portatori di handicap in strutture socio-riabilitative; interventi di consulenza, sostegno e presa in carico terapeutica di adolescenti in situazione di grave disagio psicologico e/o grave sofferenza psichica; realizzazione di interventi di consultazione in ambito scolastico (CIC).
Affido, adozione e tutela minori	Interventi relativi alla conoscenza, selezione e formazione delle coppie adottive; interventi psicologici e sociali di sostegno e di controllo sull'andamento dell'affido preadottivo.	Interventi psicologici di tipo diagnostico e terapeutico e interventi socio-assistenziali in concorso per delega degli EE.LL. e in collaborazione con l'autorità giudiziaria minorile; interventi relativi alla promozione dell'affido; sostegno degli affidi in atto; selezione e formazione delle coppie affidatarie.

¹ In collaborazione con il dipartimento prevenzione.

² Risulta di fondamentale importanza in questo ambito consolidare e qualificare il rapporto fra consultori ed ospedali o comunque strutture che espletano l'assistenza al parto, dando piena attuazione a quanto previsto dalla legge regionale n. 16/7987.

³ Rientrano nell'ambito degli interventi di tutela dell'infanzia e dell'età evolutiva o comunque con questi vanno coordinati, quelli riferiti al trattamento delle patologie neurologiche e neuropsichiatriche.

2.2. L'area anziani e l'area disabili

2.2.1. I nodi problematici dell'area anziani

Il progetto obiettivo anziani (POA) per il triennio 1995/1997, approvato dalla regione Lombardia con delibera consiliare n. V/1439 dell'8 marzo 1995, si proponeva principalmente, come noto, di attivare un modello a rete, che prevedesse il prioritario potenziamento dei servizi e delle prestazioni diurne e domiciliari e una stretta interrelazione tra interventi sanitari, socio-assistenziali, e socio-assistenziali di rilievo sanitario.

Un progetto, peraltro, calato, in molte Aziende USSL e comuni, in una realtà di servizi già orientata in tal senso, e che richiedeva da parte della regione, più che altro, l'emanazione di linee di orientamento e di indirizzi organizzativi e gestionali.

Il POA ha costituito e costituisce dunque principalmente uno strumento di indirizzo alle Aziende sanitarie, agli enti locali, ai soggetti gestori, ai soggetti sociali, affinché assumano politiche comuni a favore dell'anziano, aventi come fine il mantenimento del miglior livello possibile di qualità della vita.

In attuazione del progetto obiettivo anziani, la giunta regionale, in questi due anni, a partire dal 1995, ha già provveduto a:

- modificare parzialmente le procedure e i contenuti dell'autorizzazione al funzionamento delle strutture per anziani, al fine di semplificare le procedure stesse, razionalizzare alcuni standard strutturali, prorogare i termini di adeguamento agli standard strutturali medesimi;
- erogare cospicui finanziamenti in conto capitale (FRISL, fondi autonomi del settore), ai fini della realizzazione di nuove strutture, l'adeguamento di quelle esistenti, l'acquisizione di attrezzature ed arredi;
- incrementare, dopo anni, sia le rette per gli istituti di riabilitazione (IDR) che i contributi a carico del fondo sanitario e conseguentemente per le prestazioni di rilievo sani-

tario erogate nelle RSA, con l'obiettivo, per queste ultime, di giungere nel giro di qualche anno a coprire completamente con le quote del fondo sanitario i costi per le suddette prestazioni sanitarie;

- fornire precise indicazioni ai soggetti gestori per l'individuazione dei costi sanitari, non sanitari e misti all'interno delle RSA.

Sono stati altresì avviati, supportandoli con i necessari finanziamenti, i processi finalizzati a:

- realizzazione dei centri diurni integrati;
- incremento delle prestazioni domiciliari (SAD e ADI);
- costituzione di appositi nuclei per utenti Alzheimer all'interno delle RSA;
- miglioramento dell'organizzazione complessiva del sistema «a rete» degli interventi per anziani;
- estendere la costituzione e omogeneizzare il funzionamento delle unità di valutazione geriatrica (UVG), intese quale strumento di «regia» dell'intera operazione «anziani», previsto anche per regolare i rapporti tra Aziende USSL e soggetti gestori.

Ogni determinazione sulla materia del «regime convenzionale» prevista nel progetto obiettivo-anziani è rimasta intanto sospesa, in attesa che si chiarisse appieno la problematica afferente il sistema dell'accreditamento, introdotto dai decreti legislativi di riordino e della legge regionale del 1997 di riordino socio-sanitaria.

La soluzione adottata con la legge regionale n. 31 del 1997, che in ogni caso «impone» il sistema dell'accreditamento anche per i servizi del comparto socio-assistenziale che erogano prestazioni sanitarie (nell'area anziani: IDR-RSA), richiede la revisione del progetto obiettivo anziani.

2.2.2. Gli obiettivi programmatici degli interventi nell'area azioni

Obiettivi generali per tutte le tipologie di servizi:

- definizione di una metodologia corretta ed uniforme per la valutazione del bisogno;

– sviluppo dei servizi nelle aree carenti in rapporto al fabbisogno;

– potenziamento dei servizi e loro collegamento in rete, privilegiando i servizi domiciliari e diurni, alternativi al ricovero;

– aumento dei contributi del fondo sanitario e contestuale riduzione delle rette;

– aggiornamento ed eventuale integrazione, revisione, della normativa tecnico edilizia e gestionale;

– individuazione di modalità specifiche di integrazione tra servizi sanitari e socio-assistenziali;

– predisposizione di indicatori per la valutazione della qualità dei servizi, attraverso anche una dettagliata analisi dei costi;

– identificazione di strumenti atti a garantire l'equifruizione dei servizi e la priorità di diritti nell'accesso ai servizi e alle strutture.

Obiettivi per i servizi residenziali:

– realizzazione del sistema di accreditamento;

– definizione conseguente dei requisiti di funzionamento e accreditamento;

– revisione degli standards gestionali, sotto il profilo quantitativo e qualitativo, con l'eventuale inserimento di nuove figure professionali (psicologo - educatori professionali);

– individuazione del ruolo del responsabile di nucleo;

– sviluppo dei nuclei Alzheimer;

– definizione standard gestionali per eventuali unità riservate a persone in stato di coma «stabilizzato» che le RSA volessero attivare al proprio interno;

– definizione della nuova unità d'offerta definibile «alloggi protetti», con individuazione dei relativi standard organizzativi. Tali alloggi possono essere destinati, a seconda dell'ampiezza, a singoli o coppie, o anche a gruppi più allargati di anziani disposti alla convivenza.

Obiettivi per i servizi di riabilitazione:

– definizione della riabilitazione geriatrica;

– definizione dei modelli organizzativi, durata e standard gestionali relativi sia alla riabilitazione geriatrica intensiva post-acuta che alla riabilitazione di reinserimento;

– definizione degli standard di personale per eventuali nuclei di riabilitazione per pazienti affetti da morbo di Alzheimer e per eventuali unità riservate a persone in stato di coma stabilizzato, nonché unità di «cure palliative», nonché per la riabilitazione in regime di day hospital;

– definizione dei requisiti minimi per l'autorizzazione al funzionamento, nonché degli ulteriori requisiti di accreditamento.

Obiettivi per i servizi diurni:

– messa a regime dei centri diurni integrati (CDI), con conseguente definizione degli standard gestionali di funzionamento e accreditamento;

– articolazione dei CDI per anziani affetti da demenze, con definizione dei conseguenti standard gestionali;

– articolazione dei centri diurni per autosufficienti, da distinguere rispetto ai centri senza contenuto socio-assistenziale;

– articolazione dei servizi domiciliari, che dovrà ricomprendere tutte le prestazioni (sanitarie e sociali) pur erogate da soggetti diversi (comuni-USSL). Anche per i servizi domiciliari saranno definiti i requisiti per l'accreditamento.

2.2.3. I nodi problematici dell'area delle disabilità e dell'handicap

Nell'area della disabilità e dell'handicap risulta indispensabile perseguire:

– nella corretta classificazione degli stati di bisogno derivanti dall'instaurarsi di una menomazione, dalla possibilità che questa si evolva in uno stato di disabilità e successivamente in una situazione di svantaggio esistenziale o handicap, considerando che il termine «handicap» rappresenta un effetto dovuto non solo alla compromissione anatomico-funzionale, ma è riferito alla collocazione culturale, profes-

sionale ed economica della persona, e riguarda pertanto la possibilità o meno di una sua realizzazione esistenziale;

– nella identificazione, a livello di zona, di modalità di coordinamento di più comparti (sociale, sanitario, educativo, ecc.), nonché di interazione tra diverse figure professionali chiamate ad operare per il perseguimento di un obiettivo comune e deputate a garantire una lettura univoca, fondata e organica dei bisogni;

– nella definizione di piani di trattamento personalizzati che, partendo da una conoscenza approfondita della persona e delle sue esigenze, prefigurino un percorso di vita utile a soddisfare quell'insieme di bisogni che ogni persona determina e che possono trovare idonea soluzione in ambiti diversi.

Se l'impostazione generale complessiva del precedente PO handicap, allegato al PSA, può essere riconfermata, sono tuttavia da introdurre taluni elementi innovativi, necessari dalla nuova realtà, ci si riferisce alla necessità di:

a) ridefinire un modello organizzativo complessivo, al fine di garantire non solo la soddisfazione di bisogni, ma piuttosto una qualità della vita rispondente alle esigenze della persona disabile;

b) dedicare un'attenzione più forte alla famiglia, sia come soggetto partecipe del progetto globale rivolto al disabile, sia come erogatore di servizi che hanno per destinatario lo stesso disabile;

c) prevedere una maggiore flessibilità delle unità d'offerta, sia diurne che residenziali. Nelle diurne (CSE) si possono individuare tre moduli organizzativi, a seconda della funzione prevalente (educativa, riabilitativa, animativa); per le residenziali propriamente dette (CRH) sono da prevedere modulazioni differenziate a seconda del tipo di compromissione; per quelli comunitari sono da definire diverse risposte possibili a seconda del grado di autonomia personale (convivenze assistite, convivenze protette, comunità alloggio).

Sono comunque da privilegiare e sostenere le realtà che si organizzano secondo soluzioni modulari per piccoli gruppi di utenti;

d) l'identificazione di forme di sostegno temporaneo di sollievo alla famiglia, diurne e residenziali, accentuando gli interventi di accompagnamento della persona disabile nel percorso verso l'autonomia, e rinforzando in questa logica il servizio di assistenza domiciliare (SAD), che acquista pertanto pregnanza e significati nuovi;

e) la definizione dell'impianto metodologico e organizzativo per la realizzazione di inserimenti di persone disabili, o comunque in condizione di svantaggio, nel contesto produttivo.

La programmazione della rete dei servizi per handicapati sarà in ogni caso ipotizzata sulla base di una classificazione puntuale, distinta per classi di età, delle compromissioni correlate ai bisogni, a loro volta connessi con azioni da realizzare attraverso l'attivazione di funzioni (sanitaria, sociale, educativa, formativa, assistenziale).

Nella definizione della rete dei servizi socio-sanitari rivolte alle persone disabili, dovrà essere affrontato il tema della riabilitazione, in termini sia di caratterizzazione della prestazione sia di modalità di erogazione.

Ciò comporterà una revisione concettuale definitoria della riabilitazione a favore dei disabili, dalla quale deve discendere una più puntuale identificazione dei luoghi deputati a garantire tale prestazione.

Gli interventi nell'area della disabilità e dell'handicap dovranno precipuamente nella parte relativa agli interventi in campo socio-sanitario e assistenziale, alle indicazioni di cui alla legge n. 104 del 5 febbraio 1992, legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.

2.2.4. Gli obiettivi programmatici degli interventi nell'area delle disabilità e dell'handicap

Sulla base dei sopra evidenziati nodi problematici, appare prioritario individuare i seguenti obiettivi specifici per gli interventi programmatici regionali:

– Applicazione di nuovi strumenti di valutazione delle

situazioni di handicap e definizione di un sistema di raccolta di informazioni a livello locale sugli stati di disabilità (invalidità, protesica, servizi residenziali e diurni).

- Ridefinizione delle modalità di intervento a partire dalle progettazioni individualizzate.

- Miglioramento della fruibilità da parte delle persone disabili e delle opportunità rivolte alla generalità dei cittadini.

- Realizzazione di nuove modalità organizzative nei servizi standardizzati, più flessibili ed adeguate alla evoluzione dei bisogni espressi.

- Riclassificazione degli istituti di riabilitazione.

- Ampliamento della rete degli interventi residenziali quale risposta alla disabilità adulta.

- Aumento dei contributi del fondo sanitario e contestuale riduzione delle rette delle strutture socio-sanitarie dell'area handicap.

- Prosecuzione della logica progettuale nella sperimentazione di forme di intervento innovative, che utilizzino le risorse presenti sul territorio.

- Costruzione di strumenti di partecipazione degli utenti e delle loro famiglie alla verifica quali-quantitativa dei servizi realizzati.

- Predisposizione di indicatori di riferimento per la valutazione della qualità dei servizi attraverso anche una dettagliata analisi dei costi.

2.3. L'area delle nuove povertà e dell'emarginazione sociale

2.3.1. I nodi problematici dell'area delle nuove povertà e dell'emarginazione sociale

Nell'attuale periodo storico e sociale, caratterizzato, non solo in Italia, da crisi economica e instabilità dello scenario politico, si tende a ridimensionare l'importanza attribuita nel più recente passato alle «povertà post materialistiche, relazionali e soggettive», alle cosiddette «nuove povertà», che per un certo periodo avevano suscitato grande interesse negli studiosi sociali.

È stato dimostrato peraltro che le deprivazioni rispetto a nuovi bisogni di tipo post materialistico e relazionale sono quasi sempre legate ad un substrato di povertà economica e vanno lette in relazione a questa.

Allo stato attuale, anziché distinguere tra povertà «vecchie» e «nuove», «economiche» e «post materialistiche», pare più corretto riconoscere la povertà come fenomeno grave e in aumento, unitario, ma multiforme e multifattoriale.

2.3.2. Gli obiettivi programmatici degli interventi nell'area dell'emarginazione sociale

Gli obiettivi che si possono ipotizzare nell'area sono:

- ricognizione ed analisi di un fenomeno complesso e multifattoriale quale quello della povertà e dell'esclusione sociale del fenomeno;

- definizione dei ruoli dei soggetti coinvolti, istituzionali e non, allo scopo di favorire l'integrazione tra servizi, tra pubblico e privato, e tra operatori;

- individuazione di azioni preventive del disagio sociale e di sostegno e reinserimento dei soggetti a rischio;

- progettazione di interventi formativi di base e di aggiornamento sulla tematica «povertà ed esclusione sociale», rivolti ad operatori e volontari;

- sperimentazioni di strumenti e risorse funzionali all'intervento in questa specifica area.

I risultati previsti dagli interventi sopradescritti sono così riassumibili:

- costruzione di un quadro di riferimento per le iniziative rivolte a persone che si trovano in condizioni di povertà o a rischio di esclusione sociale;

- concretizzazione delle indicazioni di carattere generale della programmazione regionale in modalità operative specificamente rivolte agli adulti in difficoltà, anche in via sperimentale;

- riqualificazione dell'intervento dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari e degli enti locali;

- abbassamento della soglia di accoglienza dei servizi specialistici (SERT, CPS) e dei servizi rivolti alla generalità dei cittadini (segretariato sociale dei comuni e distretti);

- contenimento dell'esclusione sociale in genere e di nuovi soggetti in particolare (es. persone che hanno da poco subito una deprivazione grave: perdita del coniuge, della casa, del lavoro).

2.4. L'area della prevenzione e della lotta alla dipendenza da sostanze illecite e letite

2.4.1. I nodi problematici dell'area delle dipendenze

La tossicodipendenza e l'uso di sostanze stupefacenti sono considerate sempre più un fenomeno complesso. Esso rappresenta una delle forme più eclatanti di un profondo malessere collettivo, che per alcune fasce sociali e/o età rischia di dare luogo a reazioni di paura e di violenza.

Per questo, il ripensamento complessivo degli interventi non può essere frutto di valutazioni puramente strumentali, di moda o legate a stagioni politiche.

Si deve invece refigurare più impegno verso il sociale, più informazione e formazione, più rispetto per i diritti della persona, più responsabilità ed accoglienza verso gli altri. Ciò significa sapersi confrontare con la persona in modo più aperto, senza per questo legittimare i suoi atteggiamenti trasgressivi.

Il processo che si attiva, di aiuto e di recupero, è pertanto composto da interventi tra loro diversificati e complementari, attraverso la messa a punto di una rete integrata di servizi.

Realizzare una rete integrativa di servizi significa:

- potenziare e riformare i servizi pubblici, attraverso una struttura sufficientemente articolata e flessibile, non in alternativa allo sviluppo del privato, ma quale mezzo per una crescita complessiva, attraverso un reale coordinamento tecnico-organizzativo;

- garantire piena parità di diritti e doveri tra soggetti erogatori pubblici e privati, attraverso l'accettazione di un sistema di regole nonché di strumenti e rilevazioni coerenti e condivisi;

- investire molto nell'aggiornamento e nell'arricchimento professionale degli operatori dei servizi pubblici e privati;

- promuovere forme incisive di coordinamento sul territorio delle attività dei servizi che fanno capo anche a diverse amministrazioni.

Per garantire il miglioramento degli interventi non si può prescindere, in ogni caso, da alcuni principi fondamentali, tra i quali:

- i servizi si occupano di tutte le sostanze che provocano dipendenza, incluse quelle legali;

- al centro dell'interesse dei servizi deve esserci la persona, quale portatrice di un bisogno, indipendentemente da una effettiva richiesta di «intervento terapeutico»;

- il carattere interdisciplinare degli interventi (preventivi, terapeutici e riabilitativi) e una reale integrazione programmatica ed operativa tra servizi sanitari e socio-assistenziali con le altre realtà territoriali.

Gli interventi preventivi, in particolare, non possono prescindere dall'integrazione programmatica e progettuale tra il dipartimento prevenzione e il dipartimento ASSI di ogni ASL. Tale integrazione si intende come garanzia della definizione degli ambiti prioritari di intervento territoriale, salvaguardando le competenze di ogni settore e si esplicita nell'elaborazione di appositi piani locali di prevenzione;

- contrasto e riduzione delle condizioni di rischio e di emarginazione nella popolazione con problematiche di dipendenza patologica;

- promozione della partecipazione, incluso lo sviluppo di diverse forme di collaborazione ed accordo tra i diversi attori del sistema di intervento (interno ed esterno), quali ad esempio: accordi di programma, protocolli d'intesa, patti territoriali.

2.4.2. *L'articolazione degli interventi nell'area delle dipendenze*

A fronte dei nodi problematici evidenziati, si prevedono, a riguardo, quattro livelli di intervento che vengono così sintetizzati:

Primo livello: sistema informativo (S.I.) e osservatorio

Il S.I. non è altro che uno strumento per conoscere, programmare, mettere in atto strategie che consentano di riorientare l'azione programmatoria al fine della realizzazione degli obiettivi.

La multifattorialità del fenomeno tossicodipendenza, la sua complessità, la necessità di un'osservazione costante, richiedono un'attenzione particolare non solo come conoscenza del problema, ma anche come stimolo costante per una riflessione sui propri percorsi, sulla propria evoluzione, sulla coerenza degli interventi proposti e realizzati con gli obiettivi perseguiti.

Gli attori del sistema sono tutti i soggetti che sono coinvolti, anche se non esplicitamente, nella problematica legata alla dipendenza.

In un'ottica di attivazione della rete dei servizi, l'osservatorio, oltre alla raccolta dei dati amministrativi relativi alla domanda espressa, tenderà a fornire una mappatura delle agenzie e delle risorse pubbliche e private presenti sul territorio, dei servizi erogati e della loro valenza (sia dal punto di vista dei soggetti erogatori, sia da quello degli utenti), per fare emergere le sinergie e favorire l'integrazione sistemica e l'effettivo funzionamento in rete dei servizi stessi.

Nel passaggio da una strutturazione monolitica del servizio socio-sanitario ad una rete comprendente agenzie pubbliche, private e del volontariato, l'osservatorio dovrà strutturarsi come un'organizzazione stabile e precisamente definita che consenta e favorisca le interconnessioni tra tutti i soggetti della rete.

Tali collegamenti sono di tipo interistituzionale, operativo, programmatico e atti a garantire informazioni principalmente circoscrivibili nelle due grandi categorie di governo e informazioni di esercizio.

Alla raccolta di informazioni dovrà seguire un'attenta attività di analisi, correlata agli specifici bisogni, anche per evitare duplicazioni negli interventi (informazione di valutazione).

Secondo livello: prevenzione

Primaria

Il presupposto fondamentale è accettare a livello personale e collettivo che il concetto di prevenzione coincida con quello di educazione e promozione.

I destinatari sono il singolo, la famiglia, la scuola, il gruppo dei pari, le comunità e tutti i soggetti con funzione sociale.

L'obiettivo è quello di portare i soggetti coinvolti ad essere non solo oggetti di programmi di prevenzione, ma soprattutto protagonisti dell'azione preventiva.

Il modello operativo proposto evidenzia il ruolo sociale delle dipendenze patologiche, definendo le azioni integrate che ciascuna istituzione coinvolta, tramite i propri servizi, mette in campo per attuare una efficace politica nei confronti delle persone con problemi di tossicodipendenza.

Secondaria

La natura peculiare di questo intervento è che spesso agisce in assenza di una specifica domanda da parte degli utenti su aree a rischio, non sempre visibili e con carattere di precarietà per la mancanza di un setting preconstituito, al fine di alleviare le condizioni di sofferenza ed aumentare le capacità di aggancio precoce da parte dei servizi.

In questo senso, l'attenzione è posta alla specifica realtà locale per la costruzione della relazione sia a carattere educativo che come mediazione nei rapporti, al fine di promuovere la capacità di evoluzione ai diversi livelli (individuali, di gruppo e di comunità).

Terziaria

Gli interventi di prevenzione terziaria sono volte a mantenere «la qualità della vita» del soggetto. Prevenire signifi-

ca evitare la malattia, mantenere la salute, ma anche evitare il peggioramento, mantenere la qualità della vita esistente, evitare che il cumularsi dei problemi accentui la situazione di rischio e comprometta sempre più le capacità del signolo di riconoscere il proprio bisogno e di farvi fronte, tutelando, valorizzando ed utilizzando le reali risorse presenti.

In quest'ottica, è opportuno che i servizi si attrezzino per produrre interventi diversificati senza soluzione di continuità: continuità e flessibilità di proposte presumono integrazione, sia in termini di risorse sia tra le diverse professionalità

Terzo livello: terapia

Gli obiettivi principali si iscrivono nel:

- promuovere servizi diversificati per aumentare le opportunità di disintossicazione e recupero per soggetti farmacodipendenti;

- incrementare le capacità di accoglienza e aggancio.

Le attività terapeutiche sono definite come: attività di primo contatto, accoglienza valutazione-diagnosi, programma terapeutico, monitoraggio dei progetti terapeutici individualizzati.

Il primo contatto si struttura a partire da procedure di accesso comuni e di diversificazione delle unità di offerta per garantire, in relazione alla complessità dei bisogni e dei fenomeni, l'attivazione di tutti gli strumenti utili ad individuare la popolazione target.

L'accoglienza è volta a garantire agli utenti fruitori del primo contatto prestazioni in grado di soddisfare differenti bisogni e ha come obiettivo la costruzione mirata di progetti personalizzati.

La valutazione

La diagnosi

Il programma terapeutico è caratterizzato da procedure diagnostiche mono o pluridisciplinari e dai conseguenti interventi da adottare in relazione alle differenti ipotesi diagnostiche.

Quarto livello: reinserimento

Il reinserimento rappresenta uno strumento di lavoro da prendere in considerazione a partire da una attenta rilettura e valutazione del programma seguito dal soggetto, nonché dalle sue potenzialità residue, al fine di favorire un processo di reintegrazione sociale.

Esso si colloca:

- nella fase finale di un percorso terapeutico
- come attività a se stante per coprire uno specifico segmento di bisogno sociale

- come attività volta ad evitare la ghettizzazione e l'emarginazione sociale;

- come attività volta a mantenere la stabilizzazione dello stato di salute raggiunto, anche in presenza di una complessa situazione personale.

La sua realizzazione avviene attraverso un sistema di intervento a rete con il coinvolgimento e la responsabilizzazione di un gran numero di soggetti e agenzie sociali.

2.4.3. *Gli obiettivi programmatici nell'area delle dipendenze*

- Analisi del fenomeno delle dipendenze complessivamente inteso e della sua evoluzione sul territorio regionale, finalizzata a rilevare esattamente i bisogni terapeutici ed assistenziali e le relative risorse necessarie, sulla base di criteri scientifici.

- Ridefinizione del sistema dei servizi attraverso una realtà organizzativa in grado di:

- perseguire una razionalizzazione dell'offerta nella rete dei servizi;

- verificare la completezza della stessa e conseguentemente definire gli interventi necessari per ovviare alle eventuali carenze;

- attivare tutti gli strumenti necessari per conseguire una maggiore omogeneità delle strategie;

- garantire l'adozione di uniformi criteri e strumenti di verifica e valutazione dei risultati al fine di garantire una

sempre maggiore adeguatezza degli interventi ai problemi che si intendono affrontare;

- sostenere forme di raccordo tra i diversi soggetti nell'esercizio delle specifiche competenze laddove l'esperienza accumulata può risultare fondamentale sia da un punto di vista metodologico che formativo, per il perseguimento dell'obiettivo di integrazione operativa.

- Introdurre e migliorare i parametri tecnico strutturali degli enti ausiliari attualmente in vigore, mediante l'approvazione dell'atto di intesa Stato-regioni, nell'attesa che vengano definite le procedure anche per tutte le strutture non assimilabili a quelle residenziali o semiresidenziali, allo scopo di avviare un sistema di accreditamento centrato su obiettivi di «qualità complessiva» del servizio teso a valorizzare le potenzialità di ciascun soggetto.

- Attivazione di specifici corsi di abilitazione e qualificazione per gli operatori in servizio nelle strutture terapeutiche riabilitative e di reinserimento volti a consentire loro lo svolgimento delle funzioni educative e di esercizio della propria professionalità, secondo i dettati normativi in vigore.

- Garantire un elevato livello di preparazione specifica di tutti gli operatori del settore (formazione permanente), in relazione alle numerose richieste di assistenza legate a problematiche emergenti, e favorire un continuo arricchimento e scambio culturale tra le diverse professionalità.

- Rendere sistematici e continui gli interventi a carattere progettuale e sperimentale, attraverso la definizione di specifiche linee di indirizzo e lo stanziamento delle necessarie risorse, al fine di razionalizzare le concrete modalità di attuazione, anche adattandole alle singole situazioni locali.

2.5. La formazione del personale e dei servizi socio-sanitari

2.5.1. I nodi problematici della formazione degli operatori socio-assistenziali dei servizi socio-sanitari

Il tema della formazione del personale dei servizi socio-sanitari integrati ricomprende due ambiti di interesse, peraltro collegati: da una parte la formazione di specifiche figure professionali socio-assistenziali realizzata attraverso appositi percorsi di qualificazione di base e dall'altra il rafforzamento di tali figure all'interno dei servizi, attraverso una costante attività di aggiornamento professionale.

L'azione formativa collegata al PSA è chiamata a garantire, nell'ambito dei servizi, professionalità adeguate, in grado di perseguire le finalità e gli obiettivi in tal sede definiti e programmati.

Il quadro degli interventi formativi deve in ogni caso rappresentare il momento di aggregazione di molteplici attività, di competenze e di risorse, espresse, in ordine ad uno specifico tema, dalle istituzioni e dalla società. Esso è chiamato a definire le coordinate del sistema formativo regionale che interagiscono in tutti i settori ed in tutte le aree (sanitaria, socio-assistenziale, educativa) su cui operano i progetti anziani, handicappati e minori, famiglia e tossicodipendenze.

Atteso quanto sopra, il fine è quello di preparare professionalità adeguate per gli interventi previsti nelle suddette aree e in particolare per quelli che si riferiscono:

- alla prevenzione in tutte le sue fasi;
- alle attività di promozione e sostegno dei nuclei familiari;
- al sostegno ai processi ed ai percorsi evolutivi nell'area minorile;
- alla presa in carico socio-educativa, alla formazione professionale ed all'avviamento lavorativo dei disabili;
- al trattamento e reinserimento sociale delle persone tossicodipendenti;
- alla presa in carico ed al trattamento delle persone in condizioni di mancata o parziale autosufficienza;
- all'animazione nei servizi, nei presidi e sul territorio, a favore dei giovani e degli anziani;
- alla gestione delle problematiche riguardanti le persone in stato di grave emarginazione;

- alla collaborazione per gli aspetti più propriamente socio-assistenziali, per ciò che attiene:

- al reinserimento sociale di quanti (minori ed adulti), sono entrati nei circuiti penali;
- al positivo inserimento dei cittadini extracomunitari, in armonia con le norme nazionali ed internazionali;
- ai processi e ai trattamenti di riabilitazione in fase acuta (intra ed extra ospedaliera) e di mantenimento.

Poiché è compito del PSA fornire agli enti gestori chiare indicazioni rispetto agli standards gestionali di tutte le UDO previste, sarà necessario specificare ulteriormente gli obiettivi dell'attività di «formazione permanente degli operatori» presenti nei servizi.

In proposito si consideri che:

a) per quanto riguarda la formazione di base è possibile rilevare come solo la definizione di alcune professionalità rientri nella normativa regionale, mentre altre sono riconosciute a livello nazionale e formate da enti a rilevanza nazionale quali l'università e i vari indirizzi della scuola media superiore, cui va aggiunto il necessario raccordo con le normative europee.

La conseguenza di ciò è una inevitabile confusione con sovrapposizione di attività formative e di certificazione di titoli di studio, che ostacola l'elaborazione di un chiaro e razionale quadro di riferimento delle professioni socio-assistenziali, rendendole più deboli nell'ambito organizzativo dei servizi.

Il PSA deve agire all'interno di questo panorama complesso e confuso al fine di rendere coerente l'offerta formativa sia regionale che nazionale con i fabbisogni occupazionali del mercato del lavoro dei servizi socio-sanitari, tenendo conto, in aggiunta, della preparazione di quanti, in passato, sono giunti nel sistema socio-assistenziale con valide motivazioni soggettive, ma con titoli non coerenti con le esigenze dei servizi, e che, comunque è iniquo espellere o discriminare.

In tema di «formazione» appare peraltro fondamentale anche il confronto con la realtà internazionale, dato che i processi d'integrazione europea renderanno almeno teoricamente possibile, nel prossimo futuro, un'elevata mobilità territoriale. Anche se è difficilmente ipotizzabile l'effettiva costituzione di un unico mercato del lavoro, è tuttavia probabile che, almeno per alcuni livelli professionali, possano verificarsi processi di mobilità che rendono opportuna un'omogeneizzazione dei percorsi formativi degli operatori. D'altro canto, il confronto internazionale assume una concreta rilevanza anche per quanto attiene la possibilità di accedere al fondo sociale europeo, in quanto può aiutare la regione, o gli altri enti preposti alla formazione, a proporre percorsi formativi - di base o successivi - analoghi a quelli proposti, sperimentati e sovvenzionati in altri paesi.

Nello stesso tempo, è evidente la necessità di rapportarsi con le altre regioni italiane, affinché i diversi profili professionali abbiano percorsi formativi non dissimili tra di loro, in modo da evitare segmentazioni territoriali difficilmente gestibili;

b) per quanto riguarda la formazione permanente e l'aggiornamento, è necessario elaborare una strategia di formazione-aggiornamento di lungo periodo che, fatta salva la preparazione di base, consenta agli operatori (pubblici e del privato sociale ed a tutti i livelli) di saper affrontare professionalmente i complessi interrogativi, i problemi, i bisogni che provengono dalle aree qui considerate e che ogni giorno si ripropongono, sempre tenendo ben fermo che un corretto intervento formativo:

- individua nel concetto di bisogno e nell'articolazione tra bisogno-risorsa il principio ispiratore dell'azione formativa;
- si muove nella prospettiva di una politica integrata sanitaria, sociale, educativa, ecc., senza nulla negare della specificità delle singole competenze;
- è finalizzato al rafforzamento professionale sia dei singoli operatori-professionalità, sia dell'équipe multiprofessionale nel suo insieme;
- è «indicatore primario» di qualità dei servizi;

– si muove nell'ottica di un intervento allargato che garantisca pari dignità di presenza sia a quanti operano nelle istituzioni sia a quanti operano nella società, quale espressione della solidarietà sociale;

– accorda crescente importanza al metodo dell'intervento di rete, nell'accezione più ampia, inclusiva delle reti primarie e secondarie, formali ed informali.

2.5.2. *Gli obiettivi programmatici degli interventi di formazione*

1) Dotare i servizi del comparto socio-sanitario integrato di operatori in possesso di specifiche qualifiche professionali, adeguate al ruolo che svolgono, riconosciute e certificate secondo apposita normativa nazionale e/o regionale.

Azioni specifiche:

– collaborare alla definizione degli standards gestionali delle UDO previste dal presente PSA, collegando le prestazioni dei servizi con le specifiche competenze professionali;

– promuovere azioni finalizzate alla razionalizzazione dei sistemi formativi afferenti sia il livello nazionale (scuola media superiore e università: d.u. e laurea), sia il livello regionale (formaz. prof.);

– aumentare l'offerta formativa dei corsi di base della formazione prof. per ASA, ed. prof. animat. soc. (piano della FP-piano FSE);

– definire gli obiettivi, le risorse e le strategie per la qualificazione in servizio degli operatori ancora sprovvisti di titolo specifico (risorse della FP, degli enti gestori, del settore fam. e pol. soc.);

– promuovere azioni per il corretto reclutamento del personale socio-assistenziale nell'ambito dei servizi socio-sanitari integrati (normativa relativa al «collocamento» e normativa «concorsuale»).

2) a) Realizzare un sistema di «formazione permanente», orientato al potenziamento dell'impianto organizzativo dei servizi:

Azioni specifiche:

Formazione dei «ruoli apicali»

Si riferiscono a questo gruppo gli interventi formativi rivolti alla definizione e al rafforzamento di ruoli e/o funzioni relative alla «attribuzione di responsabilità»:

– la formazione dei dirigenti ASSI (dirigenti servizi, uffici, unità operative);

– la formazione dei responsabili RSA;

– la formazione dei «responsabili di nucleo» nelle RSA;

– la formazione al «coordinamento» dei servizi socio-sanitari.

Formazione di «funzioni specialistiche relative alle varie professionalità»

Si riferiscono a questo gruppo gli interventi formativi rivolti al perfezionamento di ruoli e/o funzioni specialistiche:

– la formazione degli operatori dell'équipe di vigilanza;

– la formazione dei referenti per la formazione delle province e delle ASL (ASSI);

– la formazione degli «operatori di strada»;

– la formazione degli operatori del SIL;

– la formazione degli operatori della mediazione familiare e dei consulenti familiari;

– la formazione degli operatori della mediazione penale;

– la formazione degli operatori della mediazione linguistico-culturale.

Per le tipologie di intervento formativo sopra citate, la regione identificherà ed attiverà dei percorsi ad hoc in accordo con l'università, la FP, l'IREF, al fine del rilascio di una «certificazione forte», che possa essere riconosciuta all'interno dell'organizzazione dei servizi.

Formazione mirata attraverso «programmi di supervisione»

Un ambito particolarmente rilevante dell'attività formativa riguarda la «supervisione», sia monoprofessionale che d'équipe, sia rivolta agli operatori già professionalizzati, sia rivolta agli allievi in formazione. La regione approfondirà tale pratica con adeguati studi e sperimentazioni al fine di

sostenere e diffonderne l'uso in ambito formativo, contribuendo altresì a chiarire la distinzione tra supervisione progettuale-pedagogica e supervisione psicologica.

b) Mantenere l'attuale offerta formativa dei corsi di aggiornamento per area di bisogno, per équipe multidisciplinare, per professionalità omogenee, ecc.

Per questa attività, le province continueranno ad elaborare annualmente il piano provinciale di formazione, nell'ambito di specifiche «direttive regionali» e sulla base di appositi accordi con gli enti gestori dei servizi.

A tale proposito, si ricorda che la competenza formativa in campo socio-sanitario attribuita alle province dalla legge regionale n. 31 del 1997, se da un lato richiama e sottolinea la funzione di programmazione già delegata alle stesse nell'ambito della formazione professionale in genere, dall'altro si collega con l'attività di autorizzazione al funzionamento per i servizi socio-sanitari, permettendo al livello provinciale una puntuale ed aggiornata lettura dei fabbisogni di qualificazione e di aggiornamento degli operatori dei servizi stessi.

Nella realizzazione dell'attività formativa, il ruolo centrale delle province, in accordo con gli enti pubblici e privati gestori dei servizi socio-sanitari, permetterà di:

– contribuire a garantire un livello uniforme di prestazioni, attraverso la distribuzione omogenea dell'offerta formativa;

– realizzare un costante monitoraggio degli standard gestionali delle UDO, in accordo con i servizi di vigilanza delle ASSI;

– realizzare un «osservatorio sulla qualità dei servizi» attraverso forme di sperimentazione e innovazione formativa.

PARTE TERZA

3. - LE AZIONI DI SUPPORTO NEI CONFRONTI DEI SOGGETTI SOCIALI E LA SPERIMENTAZIONE

3.1. La famiglia

3.1.1. I nodi problematici relativi alla famiglia

Si appalesa l'esigenza di considerare la famiglia anche quale «risorsa» (e non soltanto come causa di problemi, come spesso è avvenuto sinora) per il comparto socio-assistenziale, e di inquadrare pertanto le politiche sociali e di assistenza alla famiglia e ai suoi membri in un approccio centrato sul nucleo familiare, in raccordo, certo, col sistema dei servizi.

Urgono pertanto azioni di sostegno alle famiglie lombarde, al fine di mobilitarne le risorse potenzialmente presenti in termini di capacità di risposta ai bisogni.

È tuttavia necessario, allo scopo, dopo l'avvio degli interventi che sono recentemente culminanti nella erogazione di una significativa somma di contributi per la realizzazione, da parte di soggetti pubblici e privati, di alcune decine di progetti di sperimentazione di nuovi interventi a favore della famiglia: di uno strumento normativo forte, cioè un'apposita legge, che è attualmente in via di elaborazione.

3.1.2. Gli obiettivi programmatici degli interventi per la «famiglia»

– inquadrare le politiche sociali e di assistenza alla famiglia ed ai suoi membri deboli in un approccio centrato sul nucleo familiare, in raccordo con il sistema dei servizi;

– sostenere le famiglie lombarde al fine di mobilitarne le risorse potenzialmente presenti in termini di capacità di risposta ai bisogni, soprattutto in riferimento a:

- genitorialità
- filiazione
- educazione
- gestione delle risorse economiche
- affronto di crisi a rilevanza giuridica, civile, amministrativa e penale
- sostenere i processi di formazione e sviluppo di nuove famiglie;
- promuovere e sostenere le reti primarie di solidarietà, l'associazionismo e la cooperazione familiare;
- promuovere un adeguato sostegno alle ragazze madri ed alle vittime di violenza e di maltrattamenti.

Più nel concreto si ipotizzano le seguenti azioni:

– valorizzazione potenziamento, promozione dei servizi consultoriali – sia pubblici che privati – al fine di orientarne l'attività in direzione dell'intera famiglia e del sostegno alle sue funzioni (parametri di verifica: rilevazione periodica delle attività svolte dalle strutture consultoriali suddivise per tipologie di prestazioni e tipologie di utenza);

– attivazione di forme di sostegno economico – da definirsi sulla base sia di una ricognizione delle tipologie di bisogni che della ricognizione delle risorse – nei seguenti ambiti:

- garanzia di un'assistenza economica di base;
- opportunità di ottenere da parte di giovani coppie che intendono contrarre matrimonio;
- sostegno per il mantenimento in famiglia – in alternativa al ricovero – di soggetti non autosufficienti;
- copertura dei contributi figurativi nei casi di rinuncia all'impegno lavorativo per svolgere compiti di cura;
- potenziamento, riqualificazione e innovazione della programmazione dell'offerta di servizi rivolti alla prima infanzia con particolare attenzione al coinvolgimento del settore no-profit, all'introduzione di forme di flessibilità nell'accesso e nelle forme di utilizzo dei servizi, alla promozione di forme di sostegno alle famiglie imperniate su reti di solidarietà interfamiliari;
- definizione di una riserva di alloggi di edilizia pubblica convenzionata-sovvenzionata in favore di giovani che intendono contrarre matrimonio e di madri nubili;
- potenziamento riqualificazione innovazione della pro-

grammazione degli interventi in tema di tutela della gravidanza, nascita e puerperio;

– formazione e riqualificazione degli operatori sociali alla luce delle finalità e degli obiettivi previsti dal PDL.

3.2. Il «Terzo» settore

3.2.1. I nodi problematici del «terzo settore»

Configurazione del terzo settore in Lombardia

L'articolo 18, primo comma, della Costituzione italiana, garantisce ai cittadini il diritto di associarsi liberamente, senza autorizzazione, per fini che non siano vietati ai singoli dalla legge penale.

I soggetti sopra individuati possono assumere la forma giuridica che ritengono più adeguata e collaborare nell'attuazione di servizi sociali di assistenza, purché offrano le necessarie garanzie per la qualità delle prestazioni, per la qualificazione del personale e per l'efficienza organizzativa ed operativa, secondo i criteri stabiliti dalla regione stessa.

Il «terzo settore», o «terzo sistema» (come spesso è definito l'insieme dei soggetti che ne fanno parte), ha una forte connotazione solidaristica, intesa come azione dinamica a favore di persone, strutture, situazioni che hanno difficoltà a mantenere un equilibrio socio-economico sufficiente a svolgere il proprio ruolo nella società. Inoltre, esso si basa sul principio di sussidiarietà e di solidarietà.

In particolare, per principio di sussidiarietà s'intende quel principio secondo il quale le attività di servizio rivolte alla persona vengono esercitate più adeguatamente da parte di quelle formazioni sociali alle quali originariamente la persona appartiene.

Quanto alla solidarietà, essa può essere definita:

– attiva, perché connessa alla propensione del dare e del donare nei confronti dei fruitori dei servizi di solidarietà erogati dall'istituzione sociale;

– passiva, perché connessa alla capacità di attrarre finanziamenti e donazioni di terzi nei confronti dell'istituzione di solidarietà.

Nel terzo settore sono così ricomprese le organizzazioni di volontariato, le cooperative sociali, le associazioni, le fondazioni, gli «enti ausiliari»; con le precisazioni a seguire.

L'organizzazione di volontariato

Va innanzitutto precisato che con «Volontariato» si intende una modalità di erogazione delle prestazioni, mentre con tutti gli altri termini si intendono le forme giuridiche che le organizzazioni di volontariato possono assumere.

È importante avere una corretta conoscenza del «Volontariato», che lo identifichi in modo specifico rispetto agli altri soggetti, che riesca a cogliere le caratteristiche del suo essere prima del suo agire, che non lo riduca a mero erogatore di servizi, ma tenga conto di tutti gli aspetti dell'impegno sociale; va cioè riconosciuta la sua capacità di relazione e di porsi in maniera distintiva nell'erogazione delle sue attività rispetto ad un mercato standardizzato.

La legge nazionale 266 del 1991, nonché la legge regionale n. 22 del 1993, definiscono il volontariato «organismi liberamente costituiti al fine di svolgere l'attività di volontariato, che si avvalgono in modo determinante e prevalente delle prestazioni personali, volontarie e gratuite dei propri aderenti», e che rendono la loro attività «in modo personale, spontaneo e gratuito», «senza fini di lucro, anche indiretto, ed esclusivamente per fini di solidarietà» (art. 2, comma 1°).

La legge prosegue affermando che «le organizzazioni di volontariato possono assumere la forma giuridica che ritengono più adeguata al perseguimento dei loro fini, salvo il limite di compatibilità con lo scopo solidaristico» (art. 3, comma 2°).

La cooperativa sociale

Va intesa come organizzazione che destina allo scambio la produzione di beni e servizi, perseguendo finalità diverse dal profitto: essa offre opportunità di lavoro a persone che non riescono ad inserirsi in un normale circuito produttivo, oppure fornisce beni e servizi che né lo Stato né le imprese

sarebbero in grado di realizzare, e la cui assenza lascerebbe insoddisfatta una diffusa domanda. Le cooperative sociali agiscono in logica mutualistica e nelle stesse è prevalente l'orientamento alla gestione di transazioni economiche interne od esterne, con la partecipazione non determinante, ma significativa, di volontari, al fine di raggiungere risultati di produzione di beni che siano compatibili con il mercato esterno pubblico o privato.

L'associazione

Va intesa come gruppo di persone che si organizzano volontariamente in una associazione non a preminente scopo di lucro e si danno regole comuni al fine di perseguire lo stesso scopo; nelle associazioni è prevalente le componente attiva ed operativa di tipo personale e le stesse si attivano in economicità, in una logica mutualistica rispetto ai componenti dell'associazione stessa, ma anche destinando la produzione di beni e servizi divisibili o indivisibili a soggetti predeterminati esterni, attraverso l'erogazione senza corrispettivo, o di scambio sociale in senso lato con istituzioni pubbliche o private. È prevalente la componente di auto-produzione e di volontariato attivo; la copertura dei costi è assicurata dai componenti l'associazione, in forma di quota associativa e di offerta di tempo lavorativo gratuito e volontario, o dai destinatari stessi della produzione di beni e servizi, oppure da liberalità interne o esterne che, spontaneamente o sollecitate, vengono erogate alle associazioni stesse.

La fondazione

La fondazione è caratterizzata da un complesso di beni destinati ad uno scopo specifico per lo più di ordine morale, culturale, o sociale; ha personalità giuridica e, a differenza dei precedenti soggetti che organizzano persone, è strutturalmente rivolta a gestire detti beni.

Rappresenta, inoltre, un'organizzazione che gestisce un patrimonio destinato ad uno scopo di utilità sociale da un fondatore o per atto testamentario; può, inoltre, intervenire operando direttamente, oppure mediante l'erogazione di fondi, o distribuendo premi e borse di studio.

La fondazione, per entrare in collaborazione con le ASSI e gli enti locali, deve seguire i normali canali della contrattualistica pubblica in tema di servizi (d.lgs. n. 157 del 1995, legge regionale n. 14 del 1997).

Particolare attenzione deve essere prestata se l'organizzazione di volontariato assume la forma di una fondazione. In questo caso, a prevalere sarà la considerazione dell'organizzazione di volontariato rispetto alla considerazione della forma assunta.

L'ente ausiliario

Il d.P.R. 309 del 1990 prevede che ogni organismo privato che presti attività per persone tossicodipendenti debba essere iscritto all'albo degli enti ausiliari.

Tale definizione ha un valore ulteriore rispetto alla qualificazione giuridica specifica del soggetto che intende entrare in contatto con l'ente pubblico.

Per tali enti è prevista, dalla normativa nazionale e regionale, una specifica convenzione tipo.

La regolamentazione degli aspetti più specifici è trattata nel capitolo afferente le tossicodipendenze.

3.2.2. Gli obiettivi programmatici degli interventi per il «Terzo settore»

La regione Lombardia nel gestire il registro generale del volontariato, coinvolgerà le amministrazioni provinciali prevedendo l'istituzione di sezioni provinciali del citato registro per un più efficace collegamento con gli enti locali delle attività della programmazione locale ed in armonia con le linee del programma regionale di sviluppo. Pertanto, la revisione della legge regionale n. 22 del 1993, oltre alla provincializzazione del registro, dovrà realizzare una semplificazione delle procedure e comportamenti amministrativi più snelli, che tengano conto delle esigenze delle OOVV e del loro continuo adeguamento ai cambiamenti della società.

La regione, inoltre, allo scopo di perseguire gli obiettivi di piano, e tenuto conto delle indicazioni del comitato di

cui all'art. 10 della legge regionale n. 22 del 1993, dovrà sviluppare le seguenti azioni:

- promuovere studi e ricerche al fine di:
- acquisire maggiore conoscenza per il riconoscimento e la valorizzazione del privato sociale;
- promuovere e sviluppare il volontariato;
- realizzare progetti di formazione e progetti sperimentali;
- ampliare i collegamenti con i paesi dell'unione europea, sia per consentire un confronto con realtà diverse (benchmarking), sia per facilitare l'accesso ai relativi finanziamenti;
- favorire l'instaurarsi rapporti sinergici tra ASL, enti locali e privato sociale, per un lavoro integrato e di utilizzo razionale delle risorse;
- sostenere la capacità della comunità locale di prendersi cura dei suoi membri, valorizzando l'esistente con il coinvolgimento del privato sociale nella programmazione zonale. Nell'ambito della programmazione «condivisa» saranno individuati i criteri per giungere ad una valutazione omogenea della qualità e dell'efficacia degli interventi, tenendo conto delle diverse caratteristiche;
- pervenire al riconoscimento degli organismi di coordinamento che le organizzazioni di volontariato, associazioni, cooperative, fondazioni, enti ausiliari si daranno nel momento della programmazione, della formazione e della ricerca; riconoscere altresì le articolazioni territoriali delle organizzazioni (organismi di coordinamento), inserendole in appositi registri;
- offrire alle organizzazioni private non aventi scopo di lucro, e alle organizzazioni di volontariato, supporto per la qualificazione del personale e per l'efficienza organizzativa ed operativa, secondo quanto stabilito dalla normativa regionale e statale, avendo particolare attenzione alla tematica della «povertà ed esclusione sociale» rivolta anche alla condizione di non lavoro sia dei giovani, ma anche delle fasce di età intermedia; collaborando in particolare con i centri di servizio;
- indicare linee coerenti affinché le ASL e gli enti locali, nel rapportarsi con i soggetti del terzo settore e con le organizzazioni di volontariato, adottino la programmazione e la gestione integrata ed in rete come metodo di lavoro.

3.3. Le IIPPAB

3.3.1. I nodi problematici delle «IPAB»

Enti autarchici «pubblici» non territoriali di antica tradizione storica, sorte per iniziativa sia pubblica sia di privati fondatori e benefattori, dotate di personalità giuridica, hanno rappresentato e rappresentano una componente qualificata e rilevante (numericamente, il 47% del totale) tra i soggetti gestori dei servizi socio-assistenziali.

Queste istituzioni abbisognano tuttavia di un quadro normativo nuovo (quella principale di riferimento, è noto, è la legge «Crispi» del 1890!), che consenta loro di operare libere da taluni vincoli di natura burocratico-amministrativa non più giustificabili nell'attuale contesto sociale e amministrativo.

In attesa di una auspicata riforma di livello nazionale della normativa di riferimento, la regione Lombardia si prefigge così di adottare una propria legge (PDL già approvato dalla giunta regionale).

3.3.2. Gli obiettivi programmatici degli interventi per le «IPAB»

- aggiornamento, nei termini e limiti consentiti dall'art. 117 della Costituzione, della legge 17 luglio 1890 n. 6972 (legge quadro e istitutiva IPAB);
- riclassificazione delle IIPPAB secondo criteri più aggiornati;
- riorganizzazione delle stesse per l'aspetto istituzionale nonché gestionale e patrimoniale;
- adeguamento degli Statuti alle attività esercitate e ai servizi erogati;
- conseguente riqualificazione dei servizi erogati da tali istituzioni con attenzione al rapporto col territorio;

- realizzazione di un nuovo sistema economico-patrimoniale;
- revisione dell'istituto dell'estinzione;
- adeguamento delle norme per le nomine, l'insediamento, le dimissioni, la decadenza degli amministratori;
- riconoscimento indennità agli amministratori;
- applicazione d.l. n. 291 del 1993;
- istituzione collegio dei revisori, nonché di ispettori esperti a livello manageriale;
- apertura delle IPAB a convenzioni, consorzi, ecc.
- razionalizzazione dei controlli e delle attività di ispezione e semplificazione delle procedure di autorizzazione.

3.4. Le iniziative sperimentali

3.4.1. Le esperienze recenti in tema di sperimentazione

Nel precedente piano socio-assistenziale la sperimentazione è stata definita come uno strumento di attivazione del contesto dei servizi: un «agente di cambiamento» che, operando all'interno del sistema dei servizi, consente la realizzazione della sua flessibilità ed evoluzione in parallelo alla modifica delle condizioni sociali ed economiche della popolazione.

La sperimentazione, nel tempo, è stata utilizzata come strumento di verifica dell'assetto dei servizi nelle diverse aree «problema»; per l'analisi e/o elaborazione di nuovi modelli e strategie di intervento per una adeguata riprogettazione dei servizi oppure per l'individuazione di tipologie nuove di servizio, più elastiche e rispondenti ai bisogni, dove l'attenzione regionale era prevalentemente orientata a valorizzare quanto di nuovo o diverso veniva profilandosi a livello locale.

Le esperienze sperimentali hanno consentito di realizzare:

- lo studio dei modelli di servizio ed i loro cambiamenti;
- una analisi delle metodologie di intervento con l'utenza;
- l'avvio del tema della valutazione dei risultati sia all'interno di una rete di servizi che delle esperienze sperimentali stesse.

Le iniziative hanno toccato temi riferiti a:

A) aspetti istituzionali e organizzativi quali:

- l'istituzione dell'ufficio di pubblica tutela;
- la predisposizione di strumenti e metodologie utili all'avvio del sistema informativo regionale (a tale proposito si cita la significatività dell'esperienza di costruzione di strumenti di valutazione della qualità nelle strutture residenziali per minori, quale prima esperienza di modello di valutazione della qualità orientata ai risultati realizzata con il coinvolgimento di tutti gli attori presenti nel sistema dei servizi residenziali, ipotizzando altresì lo sviluppo di un sistema informativo a supporto di ciascuno di essi).

I risultati di tali iniziative consentono di trarre indicazioni e orientamenti generalizzabili a livello regionale.

B) contenuti organizzativi ed innovativi dei servizi

AREA MINORI

- l'individuazione di più moduli articolati per l'organizzazione del servizio di assistenza domiciliare minori;
- la definizione delle funzioni ed attività del CAG;
- per lo specifico tema della prevenzione del disagio in età evolutiva sono stati individuati obiettivi, ipotesi di lavoro e metodologie di intervento afferenti ambiti non strutturati di servizio quali:
 - individuazione di funzioni specifiche di prevenzione trasversali ai diversi ambiti di servizio;
 - educativa territoriale-animazione di strada;
 - sviluppo di comunità e lavoro di rete

AREA HANDICAP

la definizione di funzioni e moduli organizzativi diversificati nei centri socio-educativi per portatori di handicap

AREA ANZIANI

- la definizione di modelli diversificati di organizzazione e gestione dei servizi domiciliari per anziani;

- la definizione di attività e funzioni dei centri diurni integrati per anziani non autosufficienti

NUOVI AMBITI DI INTERVENTO

- individuazione di contenuti, metodologie e strumenti operativi per nuovi ambiti di intervento riferiti alla integrazione delle fasce deboli della popolazione (stranieri e per estensione applicabile ai senza fissa dimora);
- individuazione di strumenti di supporto alla famiglia a seguito di analisi del rapporto tra bisogni e risorse familiari.

C) contenuti afferenti la prima formazione del personale sociale

analisi delle configurazioni professionali dell'ausiliario socio-assistenziale, dell'educatore professionale, dell'animatore, dell'operatore della prima infanzia, dell'assistente sociale.

I risultati delle iniziative sperimentali, oltre ad indicazioni e orientamenti generalizzabili sui modelli organizzativi, hanno consentito:

- l'individuazione di elementi di flessibilità da introdurre nei servizi esistenti e già consolidati (SAD, CSE, CAG);
- l'individuazione di nuove tipologie di servizi che, sperimentati nel corso di un triennio, possono entrare a pieno titolo a far parte del presente PSA quali:
 - centri diurni integrati per anziani;
 - servizio formativo-assistenziale per portatori di handicap medio-grave;
 - l'individuazione di funzioni di prevenzione del disagio giovanile trasversali ai vari contesti di servizio;
 - l'individuazione di iniziative «non strutturali» di servizio
 - educativa territoriale-animazione di strada;
 - nuove metodologie innovative
 - sviluppo di comunità e lavoro di rete;
 - di approfondire le configurazioni professionali delle professionalità che operano nel sociale, attivando un dibattito che è stato utilissimo supporto nella fase di definizione del PO formazione, nonché punto di riferimento per il miglioramento qualitativo delle politiche regionali di prima formazione e di aggiornamento.

3.4.2. Gli obiettivi possibili delle prossime iniziative sperimentali

1) Interventi nel contesto sociale di comunità:

- sperimentare la formazione di operatori sociali ed educatori in affiancamento ai servizi di emergenza per la decodifica dei problemi sociali segnalati: ciò suggerisce l'opportunità di prevedere l'impiego di operatori sociali quali «mediatori dei conflitti sociali», un aiuto alla gestione del malessere e dei problemi per la ricerca di soluzioni che non siano repressive e che non inneschino meccanismi di criminalizzazione del disagio.

2) Interventi a sostegno della famiglia:

- sperimentare azioni di sostegno alle figure genitoriali per lo svolgimento della funzione educativa quali interventi di:
 - sostegno per affrontare le difficoltà educative con i figli;
 - attivazione di sinergie operative nei momenti extra-scolastici;
 - mediazioni nei conflitti coniugali e nelle situazioni di separazione dei coniugi;
 - sperimentare azioni di sostegno ai singoli componenti per la costruzione del progetto di vita e la preparazione al ruolo adulto (anche genitoriale): attraverso l'identificazione e costruzione dei percorsi e progetti scuola, lavoro, famiglia.

3) Interventi a favore della popolazione a rischio di emarginazione e/o esclusione sociale

Particolare attenzione va destinata alla popolazione degli anziani e grandi anziani soli, dei giovani e dei senza fissa dimora:

- per la popolazione anziana, sperimentare interventi di

attivazione delle reti familiari ed extra familiari che contrastino meccanismi di isolamento ed espulsione;

– per la popolazione giovanile, sperimentare iniziative per la promozione del benessere e la prevenzione del disagio diffuso e specifico;

– per i senza fissa dimora, sperimentare specifici interventi di sostegno e reinserimento sociale.

4) *Promozione del lavoro di rete*

Sperimentare iniziative che adottino il metodo dell'intervento di rete nell'accezione più ampia, vale a dire, che si propongano di costruire e governare reti di relazioni incentrate nell'individuo in stato di bisogno.

La tipologia delle reti include: le reti primarie informali di solidarietà, le reti secondarie formali (servizi pubblici e di privato sociale), le reti secondarie informali (esprese dall'autorganizzazione delle famiglie mediante costituzione di gruppi di aiuto-aiuto) e le istituzioni sociali del territorio.

5) *Interventi sulle unità di offerta*

Sperimentare a tutti i livelli l'individuazione e la costruzione di strumenti di valutazione della qualità dei servizi.

PARTE QUARTA

4. - LE RISORSE FINANZIARIE

Le risorse finanziarie che consentono di realizzare le diverse tipologie di interventi sociali previste dal piano socio assistenziale regionale sono costituite da:

- fondi autonomi regionali;
- fondi statali vincolati per interventi socio-assistenziali;
- quote del fondo sanitario con vincolo di destinazione ai servizi socio-sanitari integrati;
- risorse esterne al bilancio regionale, ossia risorse provenienti da Stato, comuni e province;
- risorse esterne al bilancio regionale a carico delle famiglie (rette sociali).

4.1. **Le risorse che costituiscono il fondo sociale**

I fondi autonomi regionali ed i fondi statali con vincolo di destinazione ai servizi socio-assistenziali costituiscono il fondo sociale istituito dalla legge regionale n. 1 del 1986.

Gli stessi possono riguardare fondi per spese correnti e per spese in capitale.

4.1.1. **Fondi autonomi regionali per spese correnti**

Queste risorse, in particolare, vanno a finanziare le seguenti spese:

- mantenimento dei servizi socio-assistenziali rivolti ad anziani, disabili e minori;
- sviluppo dei servizi socio-assistenziali rivolti ad anziani, disabili e minori;
- attuazione del progetto obiettivo anziani (di cui d.c.r. 1439 dell'8 marzo 1995);
- assistenza generica;
- contributi ai consultori privati;
- contributi ad organizzazioni di volontariato e associazioni;
- interventi di supporto alla programmazione e alla organizzazione dei servizi sociali (contributi alle ASL per il coordinamento e la vigilanza, contributi alle province per la funzione di autorizzazione al funzionamento, supporto tecnico alla formazione, sperimentazione).

Nell'anno 1997, gli stanziamenti assestati di fondi autonomi regionali per spese correnti sono stati complessivamente pari a 240,4 miliardi di lire.

Il bilancio di previsione regionale per l'esercizio finanziario 1998 ha previsto complessivamente 233,4 miliardi di lire per le spese correnti autonome, con una riduzione quindi di 7 miliardi di lire (percentualmente il 3%).

Per gli anni 1999/2000 si ipotizzano incrementi la cui entità sarà determinata in relazione alle complessive esigenze di bilancio.

4.1.2. **Fondi autonomi regionali per spese di investimento**

I fondi autonomi regionali per spese in capitale sono attualmente costituiti dal FRISL e da altri fondi autonomi (rimborso iniziative minialloggi, contributi per l'eliminazione delle barriere architettoniche, interventi diretti strutture ex ONPI).

Il FRISL, istituito con legge regionale n. 33 del 14 dicembre 1991, prevede l'assegnazione di contributi in capitale, in parte a fondo perduto ed in parte a rimborso, per l'iniziativa anziani-handicap.

Nell'anno 1997 gli stanziamenti assestati per il FRISL anziani-handicap sono stati pari a 115 miliardi di lire.

Il bilancio di previsione regionale per l'esercizio finanziario 1998 ha previsto 75 miliardi di lire a valere sul FRISL 1997/98 e 25 miliardi di lire riguardanti l'iniziativa «Minialloggi per anziani».

Gli stanziamenti assestati relativi ad altri fondi autonomi regionali sono stati nell'anno 1997 complessivamente pari a 25,5 miliardi di lire; per l'anno 1998 è stato previsto uno stanziamento di 10 miliardi di lire per interventi diretti in strutture ex-ONPI.

Per gli anni successivi non è al momento possibile fornire indicazioni.

4.1.3. Fondi statali vincolati per interventi socio-assistenziali

I fondi statali vincolati per interventi socio assistenziali sono fondamentalmente costituiti dalle assegnazioni alle regioni di quote di fondi nazionali istituiti con leggi dello stato. Attualmente sono i seguenti:

— Fondo nazionale per intervento per la lotta alla droga, di cui alla legge 28 marzo 1997, n. 86:

Nell'anno 1997 sono stati stanziati 22,3 miliardi di lire, corrispondenti al 75% del fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga - quota spettante alla regione Lombardia; nell'anno in corso si sono aggiunti altri 257,4 milioni di lire, per la realizzazione di un progetto riguardante l'attivazione di una rete nazionale di centri di valutazione delle attività dei SERT.

— Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, di cui alla legge 28 agosto 1997, n. 285:

Le assegnazioni alla regione Lombardia del fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza per l'anno 1997 sono state complessivamente pari a 8,9 miliardi di lire; sulla base dei criteri stabiliti dalla legge n. 285 lo Stato dovrebbe assegnare alla regione Lombardia una quota pari a 47,8 miliardi di lire. Pertanto, la somma complessiva disponibile per il triennio 1997/1999 dovrebbe essere pari a 56,7 miliardi di lire. A tali riserve va aggiunta la quota di fondo spettante al comune di Milano, che per l'anno 1997 è stata pari a 3,1 miliardi di lire.

Il costituendo fondo nazionale per le politiche migratorie

Nei prossimi anni agli attuali fondi statali vincolati si aggiungeranno le risorse costituite dall'assegnazione alle regioni di quote del fondo nazionale per le politiche migratorie di cui alla legge 6 marzo 1998, n. 40. L'art. 43 della sud-

detta legge prevede che la dotazione complessiva del fondo al netto delle somme derivanti dal contributo INPS di cui all'art. 13 della legge n. 943 del 1986, è stabilita in 12,5 miliardi di lire per l'anno 1997, in 58 miliardi di lire per l'anno 1998 e in 68 miliardi di lire per l'anno 1999.

La legge nazionale di riordino del sistema integrato di interventi e servizi sociali

Nessuna specifica indicazione di risorse finanziarie è contenuta nella legge di riordino approvata dal consiglio dei ministri nella seconda metà del mese di maggio 1998.

Nel testo disponibile manca ancora un'indicazione finanziaria, mentre la legge finanziaria 1998 (legge 27 dicembre 1997, n. 449 «Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica») all'art. 59, comma 44°, stabilisce che presso la presidenza del consiglio dei ministri è istituito il fondo per le politiche sociali, con dotazione di lire 28 miliardi per l'anno 1998, di lire 115 miliardi per l'anno 1999 e di lire 143 miliardi per l'anno 2000.

Il decentramento e il fondo nazionale per le politiche sociali

Anche l'art. 28 del d.lgs. n. 112 del 31 marzo 1998 sul conferimento delle funzioni e dei compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, prevede un «fondo nazionale per le politiche sociali».

Siamo in attesa di conoscere le modalità di riparto di tale fondo e la quota spettante alla regione Lombardia.

4.2. Le risorse del fondo sanitario con vincolo di destinazione ai servizi socio-sanitari integrati

Il fondo sanitario, in attuazione dell'art. 30 della legge n. 730 del 1983 e del d.p.c.m. 8 agosto 1985, si è fatto carico degli oneri relativi alle prestazioni sanitarie e di quelli relativi alle prestazioni socio-assistenziali di rilievo sanitario.

La serie delle risorse del F.S.R. destinate al sistema socio-sanitario integrato è stata la seguente:

ASSEGNAZIONI A CARICO DEL F.S.R. PER SPESE SANITARIE E A RILIEVO SANITARIO
IN SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI

Anno	Serv. res. per anziani	Serv. res. per disab.	Centri socio-ed.	ADI	Riabilitaz. extraosp.	Totale spese
1990	240	3	13		303	559
1991	290	9	15		398	712
1992	343	12	17	30	399	801
1993	393	13	17		446	869
1994	440	21	19		490	970
1995	481	22	20		509	1032
1996	545	29	24	72	548	1218
1997	657	37	28	77	572	1371

Note:

- 1) Importi in miliardi di lire
- 2) Per i servizi residenziali per anziani, disabili e per i CSE sono indicate le quote relative ai volumi massimi accreditati
- 3) Per l'ADI è indicata la spesa effettiva
- 4) Nella riabilitazione extraospedaliera sono comprese la riabilitazione zonale e multizonale e sono indicate le quote relative ai volumi massimi accreditati

La legge regionale 11 luglio 1997, n. 31, che ha dettato le norme per il riordino del servizio sanitario regionale e la sua integrazione con le attività dei servizi sociali, ha ribadito la scelta di porre a carico del fondo sanitario regionale gli oneri relativi alle prestazioni sanitarie e alle prestazioni socio-assistenziali di rilievo sanitario.

Per l'anno 1998, le risorse destinate al sistema socio-sanitario integrato sono state quantificate in via previsionale in 1455 miliardi di lire, sulla base della seguente programmazione di spesa:

- 1320 miliardi di lire per le aree anziani, disabili, riabilitazione extraospedaliera - compresi i presidi multizonali di riabilitazione;
- 80 miliardi di lire, per l'area assistenza domiciliare integrata, compresi i servizi a gestione diretta;
- 55 miliardi di lire, per l'area tossicodipendenza.

Non fanno parte di questa previsione le spese per la ge-

stione diretta da parte delle ASL dei servizi socio-sanitari integrati, ad eccezione dell'ADI.

Per gli anni 1999/2000 si ipotizzano incrementi che saranno determinati in relazione alle complessive esigenze di bilancio.

4.3. Le risorse statali per gli interventi inseriti nel piano pluriennale di investimenti per la realizzazione di residenze per anziani e disabili

L'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, autorizza l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti.

Il d.m. sanità 29 agosto 1989, n. 321 ha definito i criteri generali per la programmazione dei suddetti interventi.

Dal 1989 ad oggi sono stati spesi per la realizzazione di

interventi riguardanti le residenze per anziani e disabili 40,1 miliardi di lire. Con riferimento al biennio 1998/1999, il ministero della sanità ha determinato una prima assegnazione di risorse alla regione Lombardia, per gli interventi di cui all'art. 20 della succitata legge, pari a lire 251 miliardi, di cui 134,8 miliardi di lire per la realizzazione di residenze per anziani e disabili. La regione Lombardia ha inoltrato una richiesta complessiva di fondi pari a 383,6 miliardi di lire.

4.4. Le risorse esterne al bilancio regionale (comuni e province)

4.4.1. Le risorse dei comuni

Tra le risorse esterne al bilancio regionale, nell'ambito dei servizi socio-assistenziali assumono rilevanza dominante quelle stanziare dai comuni lombardi.

L'andamento della spesa dei comuni per i servizi socio-assistenziali negli anni '90 è stato il seguente:

TOTALE SPESE SOSTENUTE DAI COMUNI PER ATTIVITÀ SOCIO-ASSISTENZIALI (al lordo delle rette e contributi a carico dell'utenza introitati dai comuni)

Anno	Importo in miliardi di lire
1990	827,2
1991	921,0
1992	1.023,4
1993	1.072,1
1994	1.112,5

La distribuzione della spesa per tipologia di intervento è stata la seguente:

SPESE SOSTENUTE DAI COMUNI PER ATTIVITÀ SOCIO ASSISTENZIALI SUDDIVISE PER TIPOLOGIA DI INTERVENTO (Importi in miliardi di lire)

Tipologia di intervento	1990	1991	1992	1993	1994
Istituti residenziali per anziani: spese per gestioni dirette	240,6 88,4	271,8 99,4	305,2 113,3	324,5 121,2	339,6 132,2
Integrazione rette in servizi gestiti da altri enti	152,2	172,3	191,8	203,3	207,4
Istituti e centri residenziali per handicap	6,3	8,1	9,7	10,8	10,6
Istituti residenziali per minori	27,4	30,0	36,5	38,0	38,4
Comunità alloggio per handicap	2,2	2,9	3,6	4,1	5,8
Comunità alloggio per minori	10,6	11,1	14,2	17,8	19,1
Comunità terapeutiche per tossicodipendenti	1,8	0,8	2,0	1,7	0,7
Centri diurni per anziani	5,6	6,0	6,5	6,9	8,2
Centri socio educativi	54,9	62,1	65,1	72,2	75,3
Centri di aggregazione giovanile	9,5	13,2	12,8	13,9	15,1
Centri ricreativi diurni	17,2	19,9	21,2	24,2	21,5
Centri di pronto intervento	2,2	1,6	1,2	2,2	1,1
Asili nido	202,8	222,9	243,9	248,1	256,9
Assistenza domiciliare	69,9	77,4	87,5	93,2	93,6
Affido familiare	5,6	5,7	6,5	6,8	7,7
Soggiorni di vacanza	52,4	55,5	56,7	52,1	50,9
Inserimento lavorativo disabili	3,1	3,3	3,8	4,4	5,0
Trasporto	15,4	17,2	18,0	18,9	19,9
Contributi economici	40,1	40,9	43,6	48,3	51,9
Interventi gen. e di prevenzione	39,9	45,7	54,1	53,5	64,8
Formazione e aggiornamento personale	0,7	0,9	1,9	0,7	0,8
Altro	18,1	23,0	28,4	28,9	24,5

4.2.2. Le risorse della provincia

Amontando nel complesso a poche decine di miliardi di lire, stante la «residualità» delle attuali competenze delle province in materia.