

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno di LUNEDI' 20 (VENTI) del mese di OTTOBRE dell' anno 2008 (DUEMILAOTTO) si e' riunita nella residenza di VIALE A.MORO, 52 , la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

- | | |
|-------------------------|--------------|
| 1) DELBONO FLAVIO | - Presidente |
| 2) BISSONI GIOVANNI | - Assessore |
| 3) BRUSCHINI MARIOLUIGI | - Assessore |
| 4) CAMPAGNOLI ARMANDO | - Assessore |
| 5) DAPPORTO ANNA MARIA | - Assessore |
| 6) GILLI LUIGI | - Assessore |
| 7) MANZINI PAOLA | - Assessore |
| 8) PASI GUIDO | - Assessore |
| 9) RABBONI TIBERIO | - Assessore |
| 10) ZANICHELLI LINO | - Assessore |

Presiede il Vice Presidente Assessore DELBONO FLAVIO attesa l'assenza del Presidente

Funge da Segretario l'Assessore ZANICHELLI LINO

OGGETTO: PRIMA ATTUAZIONE DEL PSSR 2008-2010: APPROVAZIONE DELLE PROCEDURE PER LA PROGRAMMAZIONE DI AMBITO DISTRETTUALE 2009-2011, DI LINEE GUIDA PER LA PARTECIPAZIONE DEL TERZO SETTORE, DEL PROGRAMMA DI ACCOMPAGNAMENTO E FORMAZIONE

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Vista la Delibera Assemblea Legislativa n. 175/2008 con la quale è stato approvato il Piano regionale sociale e sanitario, e in particolare la Parte Prima "Il nuovo sistema integrato dei servizi", in cui:

- al capitolo 1 "L'integrazione sociosanitaria" si prevede che la Regione sostenga iniziative di formazione dedicate a tutte le componenti della governance locale, con l'obiettivo di sviluppare l'esercizio delle funzioni programmatiche e le forme della integrazione socio-sanitaria nonché di formare sui temi della gestione i futuri dirigenti delle Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP);
- al capitolo 3 "La programmazione integrata" si prevede la definizione, tramite uno specifico atto di indirizzo da parte della Giunta regionale, sentita la Commissione assembleare competente, delle procedure per l'elaborazione e approvazione della programmazione territoriale, anche al fine di assicurare la compiuta partecipazione delle forze sociali e del terzo settore;
- al capitolo 6 "La partecipazione organizzativa quale risorsa strategica per l'integrazione" si definisce la formazione degli operatori strumento per la promozione della qualità ed efficacia degli interventi e dei servizi del sistema integrato, per l'integrazione professionale, e per lo sviluppo dell'innovazione organizzativa e gestionale. Si prevede inoltre che la Regione promuova la formazione degli operatori sociali e degli operatori dell'area socio-sanitaria, e indichi con successivi provvedimenti, sentito il parere della competente Commissione Assembleare, in attuazione dell'art. 27, comma 5 della L.R. 2/03, come promuovere e sostenere programmi e azioni formative specifiche, al fine di assicurare competenze professionali adeguate agli indirizzi del Piano;

Considerata l'opportunità di dare attuazione al Piano in via prioritaria relativamente alle procedure per la nuova programmazione territoriale che riguarderà il triennio 2009-2011 e sta quindi prendendo avvio, e sulle necessarie azioni di accompagnamento e formazione connesse ai ruoli dei soggetti protagonisti e ai contenuti della nuova programmazione;

Ritenuto opportuno che gli indirizzi sulle procedure per la programmazione di ambito distrettuale 2009-2011 riguardino gli elementi più rilevanti del processo (ruolo dei soggetti istituzionali e sociali, tempi, procedure per l'adozione) e i

contenuti di massima del documento triennale e del documento annuale, come pure le forme della partecipazione dei soggetti del Terzo settore (rispettivamente allegati A) e B) parte integrante del presente provvedimento), mentre successivamente saranno definiti in sede tecnica strumenti tecnici specifici, da individuare in un'ottica di forte semplificazione e di centratura sull'analisi d'impatto dei piani in termini di risultati di salute e benessere sociale, più che sull'analiticità dei documenti programmatori/progettuali. In questo ambito saranno anche definiti strumenti previsionali e a consuntivo della spesa;

Ritenuto di approvare nel Programma di formazione e accompagnamento primi indirizzi generali per l'attuazione, ai quali farà seguito una prima fase attuativa nel periodo ottobre 2008-giugno 2009 in corso di avvio;

Ricordato che il Piano sociale e sanitario regionale prevede che, in considerazione della centralità del ruolo dell'ambito territoriale distrettuale nell'assetto istituzionale del sistema di governo del welfare regionale e locale, la eventuale revisione degli ambiti territoriali dei Distretti sia definita dalle CTSS entro 180 giorni dall'entrata in vigore del Piano e cioè entro il 30/11/2008;

Considerata l'opportunità che le procedure per l'eventuale revisione siano attivate rapidamente dalle CTSS in modo da consentire la conclusione del percorso in tempi utili per l'elaborazione della programmazione triennale distrettuale 2009-2011;

Preso atto della notevole complessità e innovatività del processo per integrare gli strumenti di programmazione, e della conseguente opportunità di considerare i presenti indirizzi sulle procedure come una prima fase attuativa delle indicazioni del Piano regionale, secondo un criterio di gradualità che valorizzi le esperienze già consolidate, e introduca le innovazioni a fasi successive;

Considerato anche che obiettivo strategico del Piano regionale è non solo l'integrazione sociosanitaria ma l'integrazione di tutte le politiche che hanno impatto sulla salute e sul benessere sociale dei cittadini, e che pertanto una importante novità del processo consiste nell'indicazione di alcune aree tematiche sulle quali iniziare a definire interventi integrati;

Rilevato, riguardo all'insieme delle tematiche sopra citate, l'alto grado di complessità, anche per l'impatto concreto dell'attuazione del principio dell'integrazione sociosanitaria e dell'integrazione di tutte le politiche attinenti alla salute e al benessere sociale delle persone, e quindi la necessità di provvedere con successivi propri atti a fornire specifiche linee di indirizzo per quanto riguarda la tutela sociale della maternità

e l'interruzione volontaria della gravidanza in attuazione della L.194/78, l'integrazione sociosanitaria e le politiche per la non autosufficienza nel settore della salute mentale e l'integrazione dell'insieme delle politiche del territorio (ambientali, abitative e urbanistiche, della mobilità, dell'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate, della formazione e della scuola, della sicurezza e coesione sociale) con le politiche socio-sanitarie, sociali e sanitarie;

Dato atto che sui documenti di cui agli allegati A), B), C) si è sviluppato, nell'ambito della Cabina di Regia per le politiche sociali, sanitarie e dell'integrazione, l'approfondimento, il confronto, e la condivisione tra la Giunta regionale e gli Enti locali, sulla base dei documenti tecnici alla cui predisposizione hanno contribuito, a seconda delle tematiche, rappresentanti del sistema delle autonomie locali, delle Aziende Usl, dei soggetti del terzo settore;

Acquisito il parere favorevole della Conferenza Regione-Autonomie locali nella seduta del 6 ottobre 2008 ai sensi dell'art.30 della Legge Regionale 21 aprile 1999, n.3;

Sentito il parere, ai sensi dell'articolo 38 della legge 2/2003 e successive modifiche, della Conferenza regionale del Terzo settore di cui all'articolo 35 della legge regionale 21 aprile 1999, n.3, che si è espressa favorevolmente nella seduta del 1 ottobre 2008, e dato atto del confronto realizzato con le organizzazioni sindacali;

Acquisito il parere della Commissione assembleare competente "Politiche per la salute e politiche sociali", nella seduta del 15 ottobre 2008;

Dato atto, ai sensi dell'articolo 37, comma 4, della legge regionale n. 43/2001 e della propria deliberazione n. 447/2003 e successive modifiche, del parere di regolarità amministrativa del Direttore generale Sanità e Politiche Sociali, dott. Leonida Grisendi in ordine alla legittimità del presente provvedimento;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute Giovanni Bissoni e dell'Assessore Politiche Sociali ed Educative, Immigrazione, Volontariato, Associazionismo e Terzo Settore Anna Maria Dapporto,

A voti unanimi e palesi

D e l i b e r a

- 1) di approvare, in attuazione del Piano regionale sociale e sanitario 2008-2010:
 - a) le "Linee di indirizzo per l'elaborazione e l'approvazione della programmazione di ambito distrettuale 2009-2011" (allegato A);

- b) le "Linee guida per la partecipazione del Terzo Settore ai processi di programmazione previsti dal Piano sociale e sanitario regionale" (allegato B);
 - c) il "Programma di accompagnamento e formazione in attuazione del Piano sociale e sanitario regionale: primi indirizzi"(allegato C),
dando atto che tutti gli allegati su citati sono parte integrante del presente provvedimento;
- 2) di considerare i presenti indirizzi sulle procedure come una prima fase attuativa delle indicazioni del Piano regionale, secondo un criterio di gradualità che valorizzi le esperienze già consolidate, e introduca le innovazioni a fasi successive;
- 3) di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna, per darne adeguata diffusione e pubblicizzazione.

ALLEGATO A)

Linee di indirizzo per l'elaborazione e l'approvazione della programmazione di ambito distrettuale 2009-2011

Indice

Premessa: le finalità

Linee guida per il processo

Ruolo dei soggetti e indicazioni per la partecipazione

Tempi

Procedure per l'adozione

Indice del documento triennale e del documento annuale

Il Piano triennale della salute e del benessere sociale

Il Programma attuativo annuale

Premessa: le finalità

Il Piano sociale e sanitario regionale (PSSR), recentemente approvato con Delibera dell'Assemblea Legislativa n. 175/2008, prevede che, d'intesa con gli Enti locali, sentita la Commissione assembleare, la Giunta definisca le linee di indirizzo per la programmazione territoriale, anche per assicurare la partecipazione al processo dei soggetti sociali del territorio.

La definizione di strumenti e modalità di programmazione integrata a livello distrettuale implica ripensare gli strumenti in uso, e le significative esperienze già compiute dai territori, avendo come riferimento essenzialmente tre finalità:

- potenziare e sviluppare a tutto campo, in un quadro di continuità, l'approccio integrato tra sociale e sanitario e con tutte le politiche a forte impatto sulla salute e sul benessere sociale delle persone, delle famiglie, delle comunità;
- valorizzare le competenze e le reti di relazioni sviluppate e costituite nelle precedenti programmazioni;
- consolidare il sistema di governo e gestione degli interventi in ambito distrettuale, anche valorizzando il ruolo di coordinamento e raccordo tra gli ambiti distrettuali svolto dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria (di seguito CTSS)

Le indicazioni che seguono precisano e articolano le novità contenute nel Piano regionale sul processo di programmazione integrata e sulla governance territoriale, i cui riferimenti essenziali riportiamo di seguito per inquadrare in modo adeguato le indicazioni stesse.

Linee guida per il processo

1. Ruolo dei soggetti e indicazioni per la partecipazione

Coerentemente a quanto previsto dal Piano regionale, si indicano di seguito i soggetti coinvolti nella programmazione territoriale e i loro ruoli, precisando in premessa ambiti e approcci del processo integrato.

Su quali ambiti integrare le programmazioni

Come richiamato il PSSR prevede come obiettivo a regime due strumenti integrati di programmazione distrettuale sugli interventi sociali, sociosanitari e sanitari territoriali: uno triennale strategico (Piano di zona distrettuale per la salute e per il benessere sociale) e l'altro annuale operativo (Programma attuativo annuale PAA):

- 1) il Piano di zona distrettuale per la salute e per il benessere sociale, di durata triennale, che in coerenza con l'Atto di indirizzo e coordinamento della CTSS:
 - individua le priorità strategiche di salute e di benessere sociale nelle diverse aree d'intervento: sociale, sociosanitaria, sanitaria relativa ai servizi territoriali;
 - definisce il quadro finanziario triennale di riferimento, tenendo conto dei vincoli di bilancio e per quanto riguarda l'area sanitaria delle indicazioni regionali ed dell'AUSL;
 - specifica le integrazioni, e i relativi strumenti, con le politiche che concorrono a realizzare gli obiettivi di benessere sociale e salute individuati;

2) Il Programma Attuativo Annuale (PAA) che costituisce la declinazione annuale del Piano di zona distrettuale per la salute ed il benessere sociale, ricomprendendo e quindi superando tutti gli strumenti di programmazione operativa preesistenti, e:

- specifica gli interventi e le azioni di livello distrettuale in area sociale, socio-sanitaria e sanitaria relativa ai servizi territoriali;
- individua le risorse che Comuni, AUSL, Provincia nell'ambito delle disponibilità di bilancio impegnano per l'attuazione degli interventi;
- definisce, raccoglie ed approva progetti o programmi specifici d'integrazione con le politiche educative, della formazione e lavoro, della casa, dell'ambiente, della mobilità e della sicurezza.

La programmazione integrata riguarda in primo luogo l'area degli interventi e servizi a integrazione sociosanitaria (con riferimento anche alle priorità contenute nell'Atto di indirizzo e coordinamento delle CTSS), che devono essere progettati, gestiti, prodotti in modo congiunto.

Il Piano di zona per il benessere e la salute dovrà rappresentare non soltanto la realtà dei servizi ma indicare linee condivise di un approccio unitario e di comunità. Pertanto è necessario che le programmazioni sociale e sanitaria si confrontino fin dall'avvio del processo con le altre politiche che influenzano salute e benessere sociale (politiche abitative, del lavoro, scolastiche, mobilità, sicurezza) nell'ambito del quadro programmatico richiamato nella premessa dell'Atto di indirizzo delle CTSS.

Per quanto riguarda la realtà dei servizi, la programmazione integrata definirà elementi di coerenza e continuità tra interventi sociali e interventi con l'obiettivo di garantire una risposta unitaria ed integrata ai bisogni delle persone. Occorre in sintesi in qualsiasi scelta, anche caratterizzata dalla massima specificità sul versante sociale o su quello sanitario, ricercare la maggiore efficacia e continuità possibile in termini di salute e di benessere sociale e relazionale (es.: dimissioni protette dall'ospedale, rapporto tra nido d'infanzia e consultorio familiare).

Con quale approccio integrare le programmazioni

La seconda considerazione da tenere presente come premessa del lavoro è il taglio metodologico e lo stile dell'approccio integrato al processo, che implica:

- responsabilità comune nel percorso e nel prodotto
- modalità di lavoro condivise e innovative
- integrazione delle competenze professionali e dei percorsi fin dalla lettura dei bisogni (cfr. Profilo di comunità)
- nuovi prodotti finali (Piano distrettuale per la salute e il benessere sociale, Programma attuativo annuale)
- modo peculiare di produrre servizi e di costruire reti, integrando processi assistenziali, figure professionali, percorsi dei singoli utenti.

La Regione, in attuazione del PSSR, supporterà tale approccio con azioni di formazione e accompagnamento in due direzioni: lo sviluppo di figure e competenze per la governance, l'integrazione professionale di tutti gli operatori.

Soggetti politico-istituzionali

Il Comitato di Distretto e il Direttore di Distretto

Il governo del processo di programmazione viene svolto dal Comitato di Distretto, integrato con la partecipazione del Direttore di Distretto.

E' questa la sede in cui, con il supporto tecnico dell'Ufficio di piano, vengono definite le priorità strategiche e annuali, le tipologie degli interventi e servizi e le tendenze di sviluppo e/o contenimento, l'allocazione delle risorse, anche con riferimento alla costituzione e all'utilizzo del Fondo sociale locale, come previsto dal Piano regionale, le forme e i tempi di confronto e di concertazione con i soggetti sociali.

La programmazione integrata va assicurata con riferimento agli interventi sociali, sociosanitari ed a quelli sanitari più direttamente connessi con l'area dell'integrazione. Anche la programmazione delle altre attività sanitarie, pur seguendo nell'ambito delle previsioni contenute nel PAL un percorso approvativo specifico come indicato successivamente, deve concorrere con la gradualità necessaria alla costruzione di una programmazione integrata.

Nel caso sia costituita una forma associativa ai sensi della LR 11/2001 e successive modifiche, che coincida con l'ambito distrettuale, a svolgere il ruolo del comitato di distretto è l'organo esecutivo della forma associativa, assicurando anche in questo caso la partecipazione del Direttore di Distretto, ai sensi dell'art.11 della L.R. 10/2008. Il Direttore di Distretto partecipa formalmente al processo decisionale tramite l'espressione di intesa.

Le modalità di espressione di tale intesa, che riguarda l'area dell'integrazione sociosanitaria, sono concordemente individuate da Comuni e Direttore di Distretto.

E' opportuno qui sottolineare come l'azione della Regione tenda a promuovere come obiettivo strategico lo sviluppo delle Unioni di Comuni quali forme associative stabili per l'esercizio delle funzioni amministrative e dell'integrazione delle politiche comunali, in attuazione della legge regionale di recente approvata dall'Assemblea legislativa regionale (L.R. n.10/2008) "Misure per il riordino territoriale, l'autoriforma dell'amministrazione e la razionalizzazione delle funzioni".

Ciò vale in particolar modo nell'area delle politiche sociali e sociosanitarie, in cui si è avviato già da alcuni anni un processo di associazione delle funzioni, anche su incentivo regionale. Nell'ambito dei principi e delle indicazioni contenute in tale legge e nel tempo di vigenza del PSSR è obiettivo di questa Regione la costituzione generalizzata di Unioni di Comuni, coincidenti ove possibile con l'ambito distrettuale.

Anche per il necessario adeguamento delle Unioni già esistenti si richiama in particolare l'indicazione contenuta all'art. 11 comma 1 della L.R. 10/2008 citata laddove si prevede che il conferimento di funzioni alla forma associativa sia integrale rispetto a attività e compiti caratteristici della funzione.

Nella prospettiva di attuazione progressiva della recente legge regionale, rimane quindi nella fase di transizione la possibilità di svolgimento associato delle funzioni in ambito sociale e socio-sanitario mediante la stipula di una convenzione secondo le modalità previste nel Piano sociale e sanitario regionale tra Comuni e/o tra Comuni e forme associative e/ o tra forme associative e l'individuazione di soggetto referente e capofila per l'ambito distrettuale

Negli ambiti territoriali coincidenti con il territorio comunale le funzioni amministrative possono essere esercitate direttamente dai rispettivi enti.

Accordo di programma e convenzione

In ogni ambito distrettuale nella prima fase attuativa del Piano regionale occorre verificare la congruità della convenzione già stipulata dai Comuni e/o dalle loro forme associative e la Ausl per la costituzione degli Uffici di piano ex DGR 1004/2007.

L'eventuale adeguamento è da realizzarsi contestualmente alla sottoscrizione dell'Accordo di programma del Piano triennale di zona distrettuale per la salute e per il benessere sociale 2009-2011.

Il Piano regionale dà inoltre alcuni precisi orientamenti per l'esercizio delle funzioni amministrative da parte dell'Unione dei Comuni o del Comune capofila, utilizzando l'apposito Ufficio di piano, che riguardano:

- il monitoraggio del Fondo per la non autosufficienza;

- la definizione e l'attuazione del sistema di accreditamento delle attività socio-sanitarie, a partire da quelle previste dall'art.23 della LR 4/2008 con riferimento ai percorsi di accreditamento;
- le attività istruttorie e di monitoraggio della costituzione delle A.S.P, ormai conclusa, e di accompagnamento assicurando la distinzione delle funzioni di produzione dei servizi da quelle di indirizzo e regolazione
- Programmi d'investimento riguardanti strutture sociali e socio-sanitarie ai sensi art. 48 L.R. 2/03,
- gestione e rendicontazione del Fondo sociale locale.

Il Comune capofila

Nella fase di transizione la convenzione citata al paragrafo precedente individua un comune o una Unione di comuni referente per l'ambito distrettuale (soggetto Capofila) che garantisce un efficace coordinamento per l'esercizio dell'insieme delle funzioni associate.

L'Azienda USL

Sull'area dell'integrazione sociosanitaria esercita la funzione di governo in modo congiunto con i Comuni associati (programmazione, committenza, regolazione, monitoraggio e valutazione) attraverso la partecipazione del Direttore di Distretto al Comitato di Distretto o all'organo esecutivo della forma associativa.

A tal fine l'AUSL garantisce :

- la presenza nell'Ufficio di piano di figure professionali specificamente destinate alle funzioni di questa struttura tecnico-gestionale;
- la partecipazione e il contributo dei diversi professionisti, con le loro specifiche competenze, ai tavoli della programmazione, progettazione e monitoraggio, integrati con ulteriori competenze.

Le scelte strategiche di livello più generale, che fino ad oggi sono state definite all'interno del PAL (Piano Attuativo Locale), rientrano in quanto indirizzi all'interno dell'Atto di indirizzo e coordinamento della CTSS.

Gli indirizzi della CTSS per il PAL riguardano:

- principi e orientamenti di tipo generale che sottendono le scelte del PAL (es.: non ridondanza, diversificazione, inclusività,etc);
- criteri generali per individuare le relazioni tra Aziende USL, nel caso di azioni sovraziendali;
- criteri generali per l'individuazione dei ruoli dei diversi soggetti produttori dei servizi;
- le relazioni tra i livelli di assistenza (assistenza primaria/secondaria; sanitaria/sociale);
- criteri generali per l'elaborazione di linee di indirizzo per l'erogazione delle attività socio-sanitarie in ambito distrettuale.

Il PAL, approvato dalla CTSS, si caratterizza quindi come traduzione pluriennale dell'Azienda USL degli indirizzi contenuti nell'Atto della CTSS.

L'Azienda USL declina le attività su base annuale tramite il piano delle azioni o la programmazione annuale di budget, anche sulla base delle linee annuali di programmazione e finanziamento del Servizio Sanitario regionale.

Le linee operative sulla programmazione dei servizi sanitari (ospedalieri e territoriali), facenti parte dei contenuti del PAL, riguardano anche le modalità di erogazione di tali

attività secondo i principi di equità di accesso e omogeneità dell'offerta tra gli ambiti distrettuali.

Le scelte operative compiute all'interno del PAL orientano la programmazione triennale sanitaria distrettuale, che costituisce una significativa novità rispetto al passato.

Il Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale contiene, in coerenza con l'Atto triennale della CTSS ed il PAL, anche le priorità strategiche di intervento per le attività sanitarie. L'approccio a questa novità è graduale, riferibile anche alle esperienze già consolidate o da avviare ex-novo sui territori, in relazione al grado già esistente di integrazione delle programmazioni di Comuni e Aziende Usl. Per questo primo triennio è indispensabile fornire all'interno del documento triennale distrettuale almeno alcuni orientamenti generali sull'area sanitaria, riferita ai servizi territoriali.

Il rapporto tra PAL e PdZ per la salute e il benessere sociale è definito dalla coerenza e compatibilità, da un lato, di entrambi gli strumenti programmatori con l'Atto di indirizzo, e, dall'altro, tra i contenuti specifici dei due documenti.

Per quanto riguarda gli interventi sanitari, tale coerenza è garantita dal Direttore di Distretto.

L'Azienda nell'attuazione del PAL rendiconta alla CTSS i risultati relativi agli obiettivi di ambito aziendale.

L'Ufficio di piano

Le funzioni dell'ufficio di piano sono state analiticamente descritte nella citata D.G.R. 1004/2007, e riprese e ampliate dal Piano regionale al quale si rimanda, sottolineando qui in particolare l'attività istruttoria, di supporto all'elaborazione e alla valutazione della programmazione in area sociale, sociosanitaria e sanitaria (Piano di zona distrettuale per la salute e per il benessere sociale, e Programmi attuativi annuali comprensivi del PAT).

In questa prima fase di attuazione del Piano regionale, ai fini dello svolgimento delle funzioni di supporto alla programmazione, viene fatto salvo quanto specificato dalle convenzioni per la costituzione dell'Ufficio di piano ai sensi DGR 1004/07, ad eccezione di eventuali integrazioni per regolare le modalità di svolgimento della funzione di supporto alla costituzione, programmazione e gestione del Fondo sociale locale, in particolare la gestione e il monitoraggio del Fondo.

Collocazione dell'Ufficio

E' opportuno che l'Ufficio di piano sia collocato presso l'ente capofila dal quale dipende funzionalmente, a garanzia di un'efficace continuità tra le funzioni di governo e le relative funzioni amministrative e tecnico gestionali.

Tavoli di lavoro unificati, confronto interprofessionale, partecipazione

L'approccio integrato che l'Ufficio di piano deve supportare e organizzare, prevede fin dall'avvio del processo programmatico la partecipazione ai tavoli di programmazione delle componenti sociali e sanitarie (in particolare tra queste ultime le figure referenti per i contenuti relativi alla prevenzione, alla promozione della salute e di stili di vita sani, e quelle referenti per i diversi ambiti d'intervento).

Dovrà essere assicurata la partecipazione dei professionisti competenti. Negli stessi tavoli devono essere coinvolti, a seconda dei temi trattati, soggetti e professionisti che si occupano di scuola, casa, mobilità, lavoro e formazione professionale, in modo da garantire l'ottica di integrazione delle politiche fin dalla fase di impostazione delle

priorità, anche in coerenza con l'approccio del Profilo di comunità compreso nell'Atto di indirizzo e coordinamento approvato dalla CTSS.

Un altro aspetto che si sottolinea è la necessità che l'organizzazione dell'Ufficio di Piano individui, nel quadro delle indicazioni regionali in proposito, le modalità (tavoli specifici, gruppi di lavoro) attraverso le quali sarà assicurata la partecipazione del Terzo settore - volontariato, associazionismo e cooperazione sociale - fin dalla fase della programmazione, il confronto con le organizzazioni sindacali, nonché un sistema stabile e positivo di relazioni con le ASP e gli altri soggetti della produzione dei servizi. Le Asp in quanto soggetti produttori dei Comuni associati, portano il loro contributo ai tavoli di programmazione nell'individuazione dei bisogni, ferma restando la responsabilità programmatoria in capo al Comitato di Distretto o all'organo della forma associativa.

La Provincia

E' il soggetto istituzionale con competenze di coordinamento sull'area delle politiche sociali e dell'integrazione tra queste e altre politiche (lavoro, casa, formazione professionale, istruzione, educazione, cultura, sport e pianificazione territoriale), come indicato dalle "Linee di indirizzo per la definizione del ruolo e del funzionamento delle CTSS e dell'Atto di indirizzo e coordinamento" (trasmesse con lettera prot. n 55319 del 26 febbraio 2008), e partecipa all'elaborazione di tale atto specificando in questo ambito indirizzi e modalità per l'armonizzazione delle proprie politiche con quelle distrettuali, in particolare nell'attività di promozione della partecipazione del Terzo settore, e nella predisposizione di specifici Programmi di ambito provinciale integrati con la programmazione distrettuale.

Soggetti sociali organizzati e cittadini

Anche nella nuova fase programmatoria deve essere promossa e organizzata la partecipazione al processo fin dal suo avvio da parte dei soggetti sociali sia organizzati (sindacati, terzo settore, organizzazioni imprenditoriali) sia come singoli cittadini, valorizzando le esperienze già presenti nei territori.

La L.R. 2/2003 riconosce il ruolo di rappresentanza sociale delle Organizzazioni Sindacali nella costruzione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e assume il confronto e la concertazione come metodo di relazione con esse.

Con il "Protocollo d'intesa tra la Regione Emilia-Romagna, le rappresentanze delle Autonomie Locali e le Confederazioni sindacali CGIL, CISL, UIL sullo sviluppo dei servizi sociali e socio sanitari e sul sistema di relazioni sindacali" siglato il 31 maggio 2006 sono state concordate le modalità per assicurare il ruolo di rappresentanza sociale delle Organizzazioni sindacali per lo sviluppo del sistema delle politiche sociali.

Per quanto riguarda il Terzo settore, resta ferma la procedura di partecipazione alla programmazione attraverso la sottoscrizione dei Protocolli di adesione all'Accordo di Programma e al Programma attuativo annuale, previsti all'art. 29, comma 6 L.R. 2/03. Il Comitato di Distretto, o l'organo della forma associativa che coincide con l'ambito distrettuale definisce le modalità di partecipazione dei soggetti del terzo settore alla definizione del Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale. Il confronto sul piano si sviluppa dalla fase di elaborazione sino a quelle di monitoraggio e valutazione, assicurando una partecipazione rappresentativa delle diverse realtà territoriali nonché espressiva dei diversi ambiti di attività, valorizzando ove possibile le forme di rappresentanza locali esistenti.

Il coinvolgimento delle organizzazioni imprenditoriali ha tra l'altro lo scopo di definire, in coerenza con le scelte programmatorie, ambiti di impegno e investimento - specifico dei soggetti imprenditoriali e condiviso da questi con i soggetti istituzionali -

in cui si esprima fattivamente la responsabilità sociale delle imprese stesse. Le scelte assunte nei documenti programmatori, a livello strategico e di interventi specifici, possono prevedere l'assunzione di tale responsabilità o tenerne conto laddove già esplicita, in modo da valorizzarla come risorsa per il welfare territoriale.

2. Tempi

Il processo di programmazione territoriale dovrà concludersi entro il 31 dicembre 2008, con momenti di accompagnamento e approfondimento tra Regione e territori, nello stesso periodo.

I tempi e le modalità di svolgimento del processo devono garantire una partecipazione adeguata da parte delle diverse componenti istituzionali e sociali.

3. Procedure per l'adozione

Piano triennale e Programma annuale

Il Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale triennale è approvato con Accordo di programma tra i Comuni, o tra le forme associative presenti nel distretto, l'Azienda Usl nella figura del Direttore di Distretto, la Provincia, in particolare per l'attuazione dei Programmi specifici di competenza e le necessarie modalità di integrazione degli stessi con la programmazione distrettuale.

Partecipano all'Accordo tramite l'adesione formale, anche in un'ottica di integrazione delle politiche, tutti i soggetti pubblici che hanno responsabilità rispetto a specifici interventi attuativi del Piano (Aziende ospedaliere, istituti scolastici, enti di formazione, Centri per la giustizia minorile, Istituti penitenziari, ecc.).

Nel caso tutti i comuni dell'ambito distrettuale aderiscano a forme associative delegate all'esercizio associato delle funzioni attribuite al comitato di distretto, l'accordo di programma può essere sottoscritto:

- dai presidenti delle forme associative (nel caso di Unioni di Comuni);
- dai sindaci dei comuni capofila, individuati nell'ambito delle convenzioni che regolano il funzionamento delle associazioni intercomunali.

Nel caso uno o più comuni dell'ambito non aderiscano ad alcuna forma associativa delegata all'esercizio associato delle funzioni attribuite al comitato di distretto, i relativi sindaci dovranno partecipare direttamente alla sottoscrizione dell'accordo di programma.

Nella prospettiva di attuazione progressiva della legge regionale n. 10/2008, nel caso di forma associativa coincidente con l'ambito distrettuale le funzioni del comitato di distretto possono essere esercitate direttamente dall'organo esecutivo che per le decisioni inerenti l'ambito dell'integrazione sociosanitaria assume l'intesa espressa, per conto dell'Ausl, dal direttore del distretto.

Il direttore di distretto partecipa alle riunioni dell'organo esecutivo.

Il Programma attuativo annuale è oggetto di approvazione dei Comuni e del Direttore di Distretto, secondo le modalità definite nell'Accordo di programma, nel rispetto di quanto previsto dal comma 7 dell'art. 5 della L.R. 29/04 .

Il documento che definisce il Programma attuativo annuale è unico e l'elaborazione dei contenuti della programmazione è congiunta tra Comuni e Ausl, con particolare riferimento all'area dell'integrazione sociosanitaria, indipendentemente dalle modalità formali di approvazione e dalle procedure con le quali ciascun ente assume gli impegni di competenza per l'attuazione del Programma.

Approvazione della spesa

Il Programma Attuativo Annuale dovrà individuare le specifiche risorse che Comuni, AUSL, Provincia si impegnano a mettere a disposizione per l'attuazione degli interventi.

Il Direttore di Distretto attesta la coerenza della disponibilità delle risorse con la programmazione dell'AUSL.

Indice del documento triennale e del documento annuale

Premessa

I riferimenti per l'elaborazione dei documenti di programmazione di ambito distrettuale sono:

- Piano sociale e sanitario regionale
Si richiama in particolare la Parte terza del Piano in cui vengono definiti obiettivi e linee di indirizzo rispetto a bisogni complessi, per i quali la programmazione distrettuale definirà risposte caratterizzate in modo specifico a livello territoriale.

Rispetto a tali contenuti del Piano, si sottolinea come siano maturate ad oggi alcune specifiche linee di indirizzo – riportate nelle schede in allegato – per una migliore definizione degli interventi sociosanitari nell'area della psichiatria (adulti) e per una piena applicazione della legge n.194/78, in particolare per una migliore tutela della salute sessuale e riproduttiva.

- Il presente atto contenente le procedure
- I criteri di riparto del fondo sociale regionale, che verranno approvati entro l'autunno 2008
- Il Programma triennale per le dipendenze (DGR 698/2008)
- Le Linee di programmazione e finanziamento alle Aziende sanitarie per l'anno 2008 (DGR. 602/2008)
- Prime linee di indirizzo per le soluzioni residenziali e l'assistenza al domicilio per le persone con gravissima disabilità nell'ambito del FRNA e della DGR. 2068/04 (DGR. 840/2008)
- Interventi del FRNA a favore delle persone con disabilità nell'ambito del programma 2007-09 di cui alla DGR.509/07, contenuto nell'atto di approvazione dell'assegnazione del FRNA 2008;
- I Programmi triennali in corso di approvazione per l'immigrazione e per i servizi socioeducativi per l'infanzia.
- L'Atto di indirizzo e coordinamento approvato dalla CTSS comprensivo del Profilo di Comunità

I documenti regionali costituiscono il riferimento ampio della programmazione distrettuale, mentre l'Atto di indirizzo e coordinamento della CTSS e il Profilo di comunità ivi compreso costituiscono la base da cui far partire il processo programmatico in ambito distrettuale.

In particolare le priorità individuate nell'Atto di indirizzo e il quadro di bisogni e criticità tendenziali identificato dal Profilo sono la premessa del Piano di zona per la

salute e il benessere sociale, che dovrà articolare tali priorità e bisogni rispetto alle specificità del proprio ambito territoriale e alla disponibilità delle risorse.

E' importante utilizzare efficacemente a livello distrettuale la ricostruzione fatta nel Profilo: la metodologia stessa di costruzione del profilo, di integrazione e raccordo tra Ufficio di supporto alla CTSS e uffici di piano distrettuali, è garanzia di un lavoro efficace anche nel senso di evitare duplicazioni nella fase della programmazione distrettuale.

Il Piano triennale costituisce lo strumento unitario della programmazione sociale, sociosanitaria, sanitaria territoriale: nella prima fase attuativa del PSSR si privilegia, in un'ottica di gradualità, l'integrazione sociosanitaria come area di programmazione elaborata congiuntamente e pienamente condivisa, in primo luogo da Comuni e Ausl, pur costruendo un documento unico che contiene le scelte strategiche anche in area sociale e sanitaria.

E' all'interno di questo strumento che vanno declinate le indicazioni del PAL, come già detto sopra, per la parte dell'assistenza territoriale. Come pure per l'area delle politiche sociali sono indicate le priorità strategiche utilizzando l'approccio già consolidato per target (o area d'intervento): famiglie, infanzia e adolescenza, giovani, anziani, persone con disabilità, immigrati stranieri, adulti in stato di povertà ed esclusione sociale, salute mentale e dipendenze patologiche.

Tali target costituiscono il riferimento anche per la declinazione degli obiettivi strategici nell'area dell'integrazione sociosanitaria e, ove possibile, per l'area sanitaria, nonché la base per il Programma attuativo annuale.

Sia il documento triennale che quello annuale devono ricomprendere non solo il complesso degli interventi e delle attività rivolte ai target ma anche azioni tematiche trasversali, connesse a obiettivi e azioni di promozione del benessere e di stili di vita sani, e di prevenzione (con particolare riferimento alla sicurezza stradale e alla sicurezza del lavoro), oppure a particolari aree problematiche/tematiche.

Il Piano triennale costituisce altresì lo snodo delle interazioni tra le problematiche evidenziate dal Profilo e le scelte d'intervento nell'ambito di altre politiche che impattano su salute e benessere sociale, nel senso sia di tenere conto di tali scelte, sia di essere orientato a condizionarle, in particolare nelle aree delle politiche ambientali, abitative e urbanistiche, della mobilità, dell'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate, della formazione e della scuola, della sicurezza e coesione sociale.

Nel primo triennio è necessario che si dia concretezza a questa indicazione assicurando:

- per le politiche ambientali gli interventi tesi a limitare la diffusione degli inquinanti ambientali attraverso il potenziamento delle politiche di risparmio energetico, smaltimento dei rifiuti, mobilità sostenibile, ecc.;
- per le politiche abitative e urbanistiche, una lettura integrata dei bisogni e degli interventi sia per quanto riguarda le azioni di sostegno economico all'affitto (Fondo sociale per l'affitto) sia per la gestione degli accessi al patrimonio di edilizia residenziale pubblica e per le azioni sviluppate a livello locale per favorire il ricorso al mercato dell'affitto, sia per gli interventi di superamento delle barriere architettoniche e di sostegno economico dell'adattamento domestico, con qualsiasi tipo di finanziamento incentivati;
- per i trasporti, il collegamento con la programmazione settoriale in previsione degli Accordi di programma triennali 2008-2010 tra Regione, Comuni, Province, Agenzie locali per la mobilità, che prevedono la programmazione di interventi sui servizi

minimi di trasporto pubblico locale e sugli investimenti, orientando il sistema, tra l'altro, ad assicurare risposte ordinarie ai bisogni di mobilità delle diverse fasce di età e di abilità. In questo quadro integrato, in collaborazione con le organizzazioni di volontariato presenti nel territorio, è utile una azione di coordinamento e qualificazione del trasporto sociale che ne delimiti e qualifichi la funzione;

- per gli inserimenti lavorativi delle persone con disagio sociale, è necessario definire percorsi e strumenti integrati, nell'ambito delle azioni, degli strumenti e degli interventi delle politiche attive del lavoro, superando logiche e pratiche parallele;
- per la formazione, la scuola e i servizi educativi sono di importanza strategica azioni tra Enti locali, Aziende sanitarie, scuola e associazionismo di promozione sociale per ottimizzare e sviluppare le risorse e le opportunità sul territorio per la promozione e l'educazione alla salute nonché a stili di vita sani, l'educazione motoria e la promozione dell'attività sportiva (cfr. anche DGR 1247/08) con una particolare attenzione, oltre che all'infanzia e all'adolescenza, anche alla popolazione anziana, l'educazione all'affettività e alla sessualità, l'inserimento scolastico degli alunni disabili o in gravi difficoltà, la prevenzione delle dipendenze o di disturbi psichiatrici in adolescenza, l'incentivazione di momenti aggregativi extrascolastici con uso di laboratori e spazi anche scolastici. Anche per la realizzazione di interventi di cittadinanza attiva per bambini e ragazzi è condizione imprescindibile la piena assunzione di un approccio sistematico e globale alle condizioni dell'infanzia e dell'adolescenza e quindi l'integrazione tra le diverse politiche di settore (urbanistica, mobilità, ambiente, sicurezza, salute, scuola, formazione, sociale, etc.).
Devono essere definiti e supportati sul piano organizzativo il coordinamento e l'integrazione delle programmazioni, degli interventi e dei progetti educativi, sociali e socio-sanitari degli Enti locali, delle Autonomie scolastiche, delle AUSL e del Terzo Settore.
- per la sicurezza e coesione sociale:
E' da promuovere l'integrazione degli interventi per garantire coesione sociale e sicurezza, nei diversi ambiti di vita: dall'ambiente domestico a quello pubblico, dalle strade ai luoghi di lavoro, dando quindi anche risposta alla percezione di apprensione e insicurezza operando per ricostruire una rete di luoghi e relazioni sicuri, valorizzando le potenzialità e la ricchezza del "capitale sociale" e mettendo in rete le associazioni e realtà attive in ogni territorio. La promozione e il mantenimento delle reti sociali e di un nuovo e diffuso civismo rappresenta una risorsa fondamentale per garantire sicurezza. A tal fine nel Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale si individuano le modalità di integrazione e le azioni da garantire.

Un contributo importante della programmazione socio-sanitaria all'integrazione delle politiche è anche quello di una lettura integrata dei bisogni della comunità e la condivisione di questa lettura con i decisori delle altre aree di politiche integrate, al fine di migliorare la coesione e l'inclusione sociale nel territorio di riferimento.

In questa prospettiva vanno declinati all'interno della programmazione distrettuale anche obiettivi strategici e azioni che sostanziano l'attuazione dei relativi piani regionali, ad esempio obiettivi e azioni sulla prevenzione e promozione della salute (afferenti al Piano regionale della prevenzione), e riguardanti il Piano d'azione per gli anziani (PAR).

Il Programma Attuativo Annuale (PAA) costituisce la declinazione annuale del Piano di zona distrettuale per la salute ed il benessere sociale, ricomprende il Programma delle attività territoriali del Distretto, il Piano distrettuale per la non autosufficienza, i programmi di azione dei Piani per la salute, e sostituisce il Programma attuativo del piano sociale di zona. Anche in questo documento la parte relativa all'area dell'integrazione sociosanitaria è quella elaborata congiuntamente, mentre vengono declinate le azioni e gli interventi sociali e sanitari ricercando comunque la continuità e la compatibilità maggiore possibile. All'interno del PAA sono ricompresi interventi associati dei Comuni, integrati con quelli dell'Ausl, dei singoli Comuni.

Per quanto riguarda l'indicazione in via previsionale delle risorse, nel documento triennale rientrano orientamenti per la programmazione finanziaria di medio periodo, mentre nel documento annuale occorrerà indicare le risorse di cui Comuni (o forme associative) e Aziende Usl dispongono, facendo riferimento alle indicazioni di bilancio, per gli enti locali, e di budget per le Ausl, fatto salvo quanto previsto relativamente al Fondo sociale locale e al Fondo distrettuale per la non autosufficienza. Il contributo del Distretto alla definizione degli interventi sociosanitari e sanitari dovrà essere coerente al Piano delle azioni dell'Ausl e al budget definito in ambito aziendale.

Sia il documento triennale che annuale devono ricomprendere azioni di supporto e formazione per la crescita della cultura dell'integrazione.

Entrambi i documenti infine devono prevedere strumenti, sedi e modalità per realizzare sia il **monitoraggio** annuale che la **valutazione** triennale, secondo un principio di selezione degli obiettivi da valutare e di individuazione degli indicatori al fine di misurare il reale impatto di quanto realizzato e di garantire la rendicontazione dei programmi e delle attività svolte rapportandoli ai risultati attesi.

L'indice del piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale

1. Gli attori e il percorso di costruzione del Piano
2. I bisogni della popolazione emergenti dal profilo di comunità e il confronto con servizi e risorse disponibili
3. Gli obiettivi strategici e le priorità di intervento del Piano in ambito sociale, sociosanitario e dei servizi sanitari territoriali, definiti anche alla luce del Piano regionale della prevenzione (DGR. 1012/2005, DGR. 426/2006).
4. Linee d'intervento che attuano l'integrazione delle politiche (ambiente, casa, mobilità, inserimento lavorativo, scuola e servizi educativi, sicurezza e coesione sociale). Raccordo con altri strumenti di programmazione locali (Piani strutturali comunali, Piani del traffico, etc.).
5. Strumenti tecnico-organizzativi e azioni per l'integrazione gestionale e professionale e la continuità assistenziale (ufficio di piano, accesso integrato, sportello sociale, sportello unico distrettuale, protocolli tra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipab in Asp)
6. Monitoraggio e valutazione (sistemi di indicatori distrettuali, riferimenti regionali)

7. Orientamenti per la programmazione finanziaria triennale relativa agli interventi sociali, sociosanitari e sanitari territoriali

L'indice del Programma attuativo annuale

1. Interventi per l'anno di riferimento
2. Indicatori per il monitoraggio annuale
3. Previsioni di spesa per l'anno di riferimento: individuazione delle specifiche risorse che Comuni, AUSL, Provincia, si impegnano a mettere a disposizione per l'attuazione degli interventi, con particolare riferimento alle previsioni sul Fondo sociale locale e sul FRNA (previsti strumenti specifici per organizzare le informazioni previsionali e di rendiconto su tali fondi).

ALLEGATO B)

Linee guida per la partecipazione del Terzo Settore ai processi di programmazione previsti dal Piano regionale sociale e sanitario 2008-2010

Premessa

L'obiettivo delle presenti Linee guida è quello di valorizzare promuovere e favorire una maggiore partecipazione del Terzo Settore alle diverse fasi connesse ai processi previsti dall'art. 20 della L.R. n. 2/2003 e dal Piano Regionale Sociale e Sanitario 2008-2010.

Forum Territoriale del Terzo Settore

La Regione Emilia-Romagna, anche al fine di realizzare le presenti linee guida, valorizza e riconosce l'autonoma costituzione di Forum del Terzo Settore per ogni ambito provinciale

Le Province promuovono e sostengono gli interventi orientati a riconoscere la costituzione dei Forum provinciali del Terzo Settore ed i processi di partecipazione congiunta del Terzo settore al sistema dei servizi così come previsto dal Piano Regionale Sociale e Sanitario e dalle presenti Linee guida sostenendo tali processi con adeguati supporti organizzativi e logistici.

Finalità ed obiettivi

Il Piano Regionale Sociale e Sanitario 2008-2010 recita testualmente: "Ferma restando la titolarità pubblica di questa funzione sociale, la partecipazione dei soggetti privati non-profit si sviluppa dal momento della programmazione a quelli successivi della progettazione, della realizzazione ed erogazione dei servizi e degli interventi sociali, della valutazione, ovviamente nel rispetto del pluralismo nel sistema dell'offerta dei servizi e delle regole dell'accreditamento (...). La partecipazione dei soggetti del terzo settore, promossa a livello regionale, a partire dal loro coinvolgimento alla predisposizione del Piano Regionale Sociale e Sanitario (...) va sostenuta anche nelle articolazioni locali fin dalla fase di elaborazione degli Atti di indirizzo e dei Piani di Zona".

Rispetto a quanto disposto dal Piano Regionale Sociale e Sanitario 2008-2010, la partecipazione del Terzo Settore deve quindi essere concepita:

- sin dalla fase di "programmazione", che precede e sostiene quelle più tecniche e specialistiche della progettazione, realizzazione, erogazione e valutazione,
- sui tre livelli del sistema: regionale, intermedio (ambito di Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria) e distrettuale,
- definendo esplicitamente i momenti di confronto ed i documenti che devono essere sottoposti a parere.

Livello regionale

L'organismo d'interlocuzione tra la Regione ed il Terzo Settore è rappresentato dalla Conferenza Regionale del Terzo Settore, istituita ai sensi dell'art. 35 della L.R. n. 3/1999, con le competenze di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 2141/2003.

Sono Sezioni speciali della Conferenza regionale del terzo Settore l'Osservatorio regionale dell'associazionismo di promozione sociale e l'Osservatorio regionale del volontariato.

Livello intermedio

La Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria istituisce un tavolo di confronto con il Terzo Settore per garantire la partecipazione del volontariato, dell'associazionismo di promozione sociale e della cooperazione sociale alla definizione dell'Atto di indirizzo e coordinamento triennale.

Il tavolo di confronto con il Terzo Settore (Tavolo Welfare) è costituito dall'Ufficio di Presidenza della Conferenza Territoriale Socio Sanitaria ed è composto dal Presidente della Conferenza Territoriale Socio Sanitaria o da suo delegato, che la presiede, da rappresentanti degli Enti locali, da un rappresentante della Azienda USL e da rappresentanti del Terzo Settore.

I rappresentanti del Terzo Settore vengono segnalati dal Forum Provinciale del Terzo Settore, assicurando una configurazione unitaria ed ampiamente rappresentativa delle diverse forme giuridiche e organizzative, nonché espressiva dei diversi ambiti di attività.

Si raccomanda che la composizione del tavolo sia funzionale e a garanzia di una efficace ed efficiente operatività.

Funzioni e competenze

Il Tavolo è il luogo del confronto e della concertazione tra la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria ed il Terzo Settore per quanto riguarda il processo di redazione dell'Atto di indirizzo e coordinamento triennale in tutte le fasi in cui si dispiega il percorso: dalla fase di elaborazione sino a quelle di monitoraggio e valutazione.

Livello distrettuale

Il Comitato di Distretto, o l'organo della forma associativa che coincide con l'ambito distrettuale, è tenuto a definire le modalità ed il percorso del confronto e della concertazione con le rappresentanze locali del Terzo Settore.

Il confronto e la concertazione deve avvenire sull'intero processo (dalla predisposizione alla verifica) relativo alla predisposizione del Piano distrettuale per la salute ed il benessere sociale così come previsto dal PSSR.

Gruppi tecnici

La presenza dei rappresentanti del Terzo Settore ai gruppi tecnici insediati per la elaborazione del Piano distrettuale del benessere e della salute deve essere agevolata il più possibile, sia con modalità organizzative congrue (orari, luoghi, documenti, etc.) che con la massima pubblicizzazione del lavoro al momento dell'avvio tenendo conto di agevolare il più possibile la presenza della ricchezza associativa di tutti i Comuni del Distretto.

ALLEGATO C)

Programma di accompagnamento e formazione in attuazione del Piano sociale e sanitario regionale: primi indirizzi

Il Piano regionale sociale e sanitario, e in particolare la Parte Prima "Il nuovo sistema integrato dei servizi", al capitolo 1 prevede che la Regione sostenga iniziative di formazione dedicate a tutte le componenti della governance locale, con l'obiettivo di sviluppare l'esercizio delle funzioni programmatiche e le forme della integrazione socio-sanitaria nonché di formare sui temi della gestione i futuri dirigenti delle Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP). Tali obiettivi saranno perseguiti promuovendo un confronto fra linguaggi, esperienze, culture e referenze concettuali, premessa e al contempo collante prezioso per favorire tutte le successive dinamiche della integrazione.

Al capitolo 6 della Parte Prima si definisce la formazione degli operatori strumento per la promozione della qualità ed efficacia degli interventi e dei servizi del sistema integrato, per l'integrazione professionale, e per lo sviluppo dell'innovazione organizzativa e gestionale. Si prevede inoltre che la Regione promuova la formazione degli operatori sociali e degli operatori dell'area socio-sanitaria, curando il raccordo dei percorsi formativi e tenendo conto delle esigenze di integrazione delle diverse professionalità, e indichi, con successivi provvedimenti, sentito il parere della competente Commissione Assembleare, in attuazione dell'art. 27, comma 5 della L.R. 2/03, come promuovere e sostenere programmi e azioni formative specifiche, al fine di assicurare competenze professionali adeguate agli indirizzi del Piano.

Obiettivi:

- ⇒ Informare e aggiornare, anche con approfondimenti mirati, sui contenuti innovativi del PSSR e delle direttive regionali applicative, coinvolgendo i diversi soggetti a vario titolo operanti nel governo e nella gestione dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari a livello locale
- ⇒ Favorire una cultura di integrazione condivisa tra professionalità ed istituzioni differenti
- ⇒ Favorire lo scambio di buone pratiche in relazione ad esperienze locali d'integrazione sociosanitaria nei vari momenti della programmazione, dell'accesso, della valutazione dei bisogni, della presa in carico e della erogazione dei servizi
- ⇒ Costruire reti stabili e strutturate tra Regione e territori, e tra territori, al fine di sviluppare la condivisione di conoscenze, prassi e culture

Soggetti coinvolti

In questa prima fase di attuazione del Piano regionale, l'attività di formazione, che si svolge in coerenza e continuità con le azioni avviate nel febbraio 2007 e svolte successivamente in attuazione DGR. 1294/2007, vedrà coinvolti in vario modo e in moduli anche distinti diverse tipologie di target, che rappresentano tutti i soggetti chiave della governance locale, al fine di sviluppare l'esercizio delle funzioni programmatiche e le diverse forme dell'integrazione sociosanitaria:

- a) Amministratori degli Enti Locali componenti delle Conferenze territoriali e dei Comitati di Distretto e Direttori di distretto

- b) Dirigenti e funzionari dei Comuni, delle Province e delle AUSL, in particolare Responsabili degli Uffici di piano e degli Uffici di supporto alle CTSS, dirigenti del settore politiche sociali, Direttori attività sociosanitarie Ausl, Direttori Dipartimenti Cure primarie, Sanità pubblica, Salute mentale, Dirigenti e operatori dei Servizi Bilancio Ausl
- c) Dirigenti e operatori delle ASP
- d) Rappresentanti del Terzo settore e delle OO.SS. e altre associazioni di categoria.

Verranno definiti tempi e modalità di coinvolgimento anche delle diverse figure professionali che svolgono funzione di nodi nella rete dei servizi: figure di sistema, operatori degli sportelli sociali, responsabili dell'accesso, della valutazione dei bisogni, della presa in carico.

Attività di accompagnamento e formazione e relativa metodologia

L'attività di formazione è riferita a percorsi di durata medio-lunga e svolti con il supporto di alte competenze specialistiche volti a sviluppare una cultura condivisa sulle funzioni relative al governo e alla gestione del sistema dei servizi sociali e socio sanitari: programmazione, regolazione, monitoraggio e valutazione, analisi della domanda e del bisogno, strumenti di accesso, valutazione e presa in carico, ecc.. Per la trattazione di alcuni temi specifici (es. integrazione interprofessionale, sistemi di monitoraggio e valutazione dei risultati delle politiche, meccanismi di regolazione del sistema) è da valutare il coinvolgimento di professionisti di fama nazionale provenienti da altre Regioni, Università, enti di ricerca.

Per accompagnamento si intende l'organizzazione di momenti mirati di aggiornamento e informazione sui contenuti e le implicazioni attuative di atti emanati dalla Regione. Si tratta di momenti di approfondimento e discussione finalizzati a sostenere l'attuazione dei nuovi indirizzi e strumenti operativi a livello territoriale in parte oggetto degli stessi percorsi di formazione, individuandone criticità ipotesi di soluzione. Tale attività di accompagnamento comprende anche il confronto sul monitoraggio regionale dei documenti di programmazione e dei relativi interventi. Partendo da informazioni, aggiornamenti ed analisi, anche presentate dalla Regione, verrà dato spazio agli approfondimenti da parte di operatori locali nonché alla presentazione di buone pratiche, utilizzando anche la metodologia del focus group.

Sia l'attività di formazione che quella di accompagnamento possono trovare un importante supporto nell'analisi a livello regionale dei Programmi attuativi distrettuali 2007 e 2008 (con particolare riguardo a: Uffici di Piano, Sportelli sociali, Piani per la non autosufficienza), nonché nella ricognizione dei modelli organizzativi di gestione delle attività sociosanitarie, della costituzione degli Uffici di supporto.

Tematiche oggetto di formazione e accompagnamento

- Ruoli e competenze dei vari soggetti dalla programmazione alla gestione delle attività: Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, Comitato di Distretto, Direttore di distretto; Ufficio di supporto alla CTSS, Ufficio di piano, il SAA, il Responsabile del caso, i soggetti gestori (cooperative, volontariato, AUSL, Comuni, privato profit, ecc.), con approfondimento del ruolo dell'ASP
- Nuovi strumenti di programmazione del sistema dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari: Atto di indirizzo e coordinamento con il Profilo di comunità; Piano

Attuativo Locale o Piano strategico, per la programmazione triennale delle politiche sanitarie; Piano per la salute e il benessere sociale per la programmazione triennale delle politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie a livello distrettuale; Programma attuativo annuale comprendente il PAT per la programmazione annuale dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari a livello distrettuale

- Sistema di accesso e presa in carico dei servizi con riferimento allo sviluppo degli Sportelli sociali integrati con i PUA, al tema della continuità assistenziale con le dimissioni protette e la figura del case manager; al tema dei regolamenti per la fruizione dei servizi e la compartecipazione dei cittadini alla spesa
- Monitoraggio e valutazione dell'efficienza/efficacia delle attività programmate nonché della loro congruità con le risorse disponibili: sistemi e strumenti di rilevazione dei dati; individuazione di indicatori significativi per la valutazione sia di esito che di processo; il controllo del rispetto del budget previsto per la programmazione di interventi e servizi e i processi per eventuali modifiche alla programmazione preventivata; nuovi strumenti informativo-contabili per la programmazione, rilevazione e controllo del processo gestionale delle Asp.
- Il monitoraggio dei bisogni e della domanda: le fonti per la rilevazione della domanda e dei bisogni; gli strumenti e i processi per l'analisi, anche comparativa, dei bisogni e della domanda espressa
- Accreditamento dei servizi sociali e sociosanitari: DGR 772/2007; direttiva in attuazione dell'Art 23 LR 4/2008
- Il Fondo regionale per la Non Autosufficienza e le innovazioni nel sistema dei servizi sociosanitari per anziani, disabili, ecc.: applicazione DGR 509/2007 e 1206/2007 e successivi atti, monitoraggio e valutazione
- Strumenti per l'integrazione interprofessionale: metodologie di coordinamento (figura unica, ruolo delle figure di sistema,...), lavoro in equipe, condivisione delle informazioni (cartella socio sanitaria unica), percorsi formativi comuni
- Nuova direttiva regionale sull'affido; accordo Centri per le Famiglie-Consultori, nuovi indirizzi sull'applicazione legge 194/78
- I momenti di partecipazione alla programmazione e alla valutazione delle attività:
partecipazione politica, concertazione, coinvolgimento dei cittadini: OO.SS., Terzo settore, organizzazioni datoriali, Comitati consultivi misti L.R 19/94, altre associazioni di categoria rappresentative di specifici interessi;
partecipazione tecnica: operatori degli enti pubblici e del privato profit e non profit.
- Strumenti di informazione e comunicazione alla cittadinanza (Bilancio sociale, Bilancio di Missione, carta dei servizi ecc.).

Tempi

Il programma si attuerà in due fasi, la prima che si svolgerà prevedibilmente nel periodo settembre 2008 - maggio 2009, connotata maggiormente da azioni di accompagnamento, in considerazione della quantità e innovatività degli impegni dei territori conseguenti all'attuazione del Piano regionale sociale e sanitario 2008-2010.

Nella seconda fase, da giugno 2009 al termine di vigenza del Piano, si avvieranno azioni caratterizzate da un'ottica prevalentemente formativa, rivolte anche ad operatori con funzione di "nodi" nella rete dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari.

Per quanto riguarda le attività della prima fase di attuazione del programma si articoleranno in:

1) giornate seminariali da realizzarsi a livello regionale e/o a livello territoriale di area vasta, rivolte a tutti i soggetti individuati sopra, modulando la presenza in riferimento al grado di coinvolgimento nelle attività oggetto di accompagnamento, sulle seguenti tematiche: a) nuovi strumenti integrati di programmazione territoriale, con particolare riferimento alle modalità con cui integrare gli strumenti già utilizzati dai Comuni e dalle Ausl, considerando l'approccio unitario ai bisogni di salute e benessere sociale; b) bilancio intermedio dell'esperienza del FRNA: sviluppo dei servizi e sistema di monitoraggio; c) gli impegni derivanti dall'introduzione dell'accreditamento transitorio: procedura per il rilascio e contratti di servizio

2) per quanto riguarda in particolare la formazione di dirigenti e operatori delle ASP, già avviata nel 2007 con due azioni formative (un approccio introduttivo generale su alcuni temi del sistema della governance e un corso sul nuovo regolamento regionale di contabilità economica per le ASP), si proseguirà su due percorsi:

⇒ uno regionale, come ambito territoriale e come gestione, avente ad oggetto una serie di tematiche tecnico-contabili (il ciclo passivo, il ciclo attivo, operazioni contabili di fine esercizio, redazione e interpretazione Bilancio d'esercizio), e un approfondimento, rivolto specificamente a amministratori e dirigenti, sui temi della programmazione, gestione e controllo dell'attività delle Asp, relativamente agli aspetti contabili, in coerenza con la normativa in vigore.

⇒ Il secondo percorso, in attuazione della DGR. n.1294/2007, sarà a gestione delle Province, si svolgerà su un ambito prioritariamente di area vasta, in tempi successivi alla prima fase di accompagnamento prevista nell'autunno 2008, e riguarderà l'approfondimento in moduli separati di tematiche di sistema trattate anche con altri target (indicativamente l'accreditamento transitorio e i nuovi strumenti integrati di programmazione distrettuale).

3) per la formazione specifica rivolta a dirigenti degli Uffici di supporto e degli Uffici di Piano, si ipotizza di iniziare un processo di formazione specialistica, prevedibilmente a livello provinciale, nel corso del 2009 dedicato specificamente a Uffici di piano e uffici di supporto sui temi più della cultura dell'integrazione, delle funzioni di programmazione, regolazione, valutazione, in collaborazione con le Università regionali, con enti ricerca e formazione di livello nazionale (es.: Corsi di alta formazione).