Giunta Regionale

Assessorato alle Politiche Sociali

PIANO SOCIALE REGIONALE

2009-2011

a cura del "Servizio Programmazione Politiche Sociali e Coordinamento del Terzo settore

1. PREMESSA **3**

1.1 RETI SOCIALI E WELFARE REGIONALE 5
1.2 FINALITÀ DELLA POLITICA SOCIALE REGIONALE 8
1.2.1 Obiettivi generali *11*
1.2.2 Promozione, sussidiarietà e trasversalità della politica sociale *12*
1.3 IL RUOLO DEI CITTADINI E DELLE FORMAZIONI SOCIALI 13
1.4 IL RUOLO DEL TERZO SETTORE E DELL'IMPRESA SOCIALE 15
1.5 IL RUOLO DELLE AUTONOMIE LOCALI 16
1.6 IL RUOLO DELLA REGIONE 20

2. IL SISTEMA REGIONALE DEI SERVIZI SOCIALI **22**

2.1 IL QUADRO SOCIO DEMOGRAFICO 22
2.2 I SERVIZI 30

3. I LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI SOCIALI **31**

3.1 CONSIDERAZIONI PRELIMINARI 31
3.2 I SETTORI DI INTERVENTO E LE PRIORITÀ 32

4. LA PROGRAMMAZIONE DEL SISTEMA SOCIALE REGIONALE **38**

4..1 ASPETTI GENERALI 38
4..2 GLI AMBITI TERRITORIALI 38
4.3 IL PIANO DI ZONA 39
4.3.1 Comitato dei Sindaci *40*
4..3.2 Coordinatore d'Ambito *41*
4.3.3 Ufficio di Piano *42*
4.3.4 Procedure da attivare per la predisposizione del Piano di Zona *44*
4.3.5 Strategie per la elaborazione del Piano di Zona *44*
4.3.6 Modalità di presentazione *45*

5. L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA **46**

5.1 LE FINALITÀ E GLI OBIETTIVI 46
5. 2 LE MODALITÀ DELL'INTEGRAZIONE 48
5.2.1 La definizione e la implementazione dell'assetto organizzativo operativo *48*
5.2.2 Standard di intervento e di prodotto *49*
5.2.3 Integrazione tecnico professionale *49*

6. LE RISORSE FINANZIARIE **50**

6.1 LE FONTI DI FINANZIAMENTO 50
6.2 IL RIPARTO DELLE RISORSE 50
6.3 ULTERIORI INTERVENTI REGIONALI 52

7. LA COMPARTECIPAZIONE DELL'UTENZA AL COSTO DELLE PRESTAZIONI **54**

8. IL SISTEMA UNICO DI VALUTAZIONE **54**

8.1 FINALITÀ 54
8.2 LA VALUTAZIONE DEI PIANI SOCIALI DI ZONA E DEL LORO PROCESSO DI PROGRAMMAZIONE 56
8.3 MODALITÀ DI VALUTAZIONE 57
8.3.1 LA VALUTAZIONE E IL CONTROLLO 59

9. DISPOSIZIONI FINALI **62**

1. PREMESSA

Il Piano Territoriale dei Servizi Sociali, attraverso una metodologia di programmazione monitoraggio e verifica, si propone di riorganizzare, a partire dall'esistente, il lavoro nel settore sociale secondo i principi di un nuovo *welfare* fondato sulla promozione dei processi di autonomia sia per i singoli che per le comunità, avendo come obiettivo l'integrazione dei servizi e delle prestazioni.
I cambiamenti demografici e socio culturali, il decentramento politico amministrativo e la necessità di razionalizzazione della spesa hanno portato ad una ridefinizione delle politiche sociali mediante il passaggio da sistema assistenziale, ossia centrato su risposte calate dall'alto e quindi non necessariamente corrispondenti al bisogno dei cittadini, ad un sistema di protezione attiva, fondato sulla programmazione e l'attivazione di risposte dal basso attraverso l'impegno degli stessi cittadini e della comunità civile.

Il progressivo invecchiamento della popolazione, le nuove forme di povertà, la persistenza del fenomeno della disoccupazione e le caratteristiche di un mondo del lavoro che sempre di più si connota come instabile, precario e richiede competenze sempre più specialistiche e mutevoli nel tempo, le evoluzioni della famiglia e l'aumento dei nuclei monoparentali, i cambiamenti legati all' età di fuoriuscita dalla famiglia di origine e l'auspicata e necessaria affermazione di una autonomia economica, hanno provocato un acceso e lungo dibattito non solo sui principi che dovrebbero fondare politiche sociali maggiormente efficaci, ma anche e soprattutto, sulle metodologie operative e sulle risorse disponibili.
La realtà socio economica regionale, in questi tre anni in cui si è cercato di realizzare un "modello" di intervento nel sociale, ha soprattutto evidenziato che l'area del malessere o del disagio si estende ormai ben al di là delle problematiche tradizionali.
I bisogni che emergono nella nostra regione non sono legati soltanto alle persone stesse o al loro nucleo di riferimento, ma derivano anche da fattori socio/economici, ambientali e culturali, quali:

- differenze tra aree cittadine e zone rurali e/o montane;
- stato di svantaggio socio economico;
- disuguaglianze sociali nella distribuzione delle risorse economiche, spesso aggravate dalla mancanza o precarietà del lavoro;
- modificazione dei valori culturali di riferimento;

- multiculturalità derivante dai processi migratori;
- modificazione delle reti sociali ed istituzionali (famiglie monoparentali, ingresso della donna nel mercato del lavoro);
- carenza di servizi rivolti alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- difficoltà nell'accesso ai servizi.

La nuova programmazione sociale si propone di superare condizioni di residualità e marginalità realizzando un sistema di servizi e interventi in grado di garantire le pari opportunità di accesso ai servizi sociali, sanitari, educativi, rendendo possibile l'eguaglianza di trattamento ad ogni persona in rapporto ai bisogni espressi, in modo da superare la concezione di un sistema tradizionale con una funzione di norma riparatrice a favore dell'idea del welfare come elemento determinante di un nuovo modello di sviluppo sostenibile.

Regione, Enti locali, Terzo Settore e Cittadinanza devono potersi integrare secondo i principi di sussidiarietà, per trasformare le politiche di settore in politiche di comunità ed insieme al partenariato pubblico e privato, lavorare per promuovere e realizzare, in una logica di rete, azioni di contrasto del disagio e dell'esclusione sociale, puntando al rafforzamento della cultura dell'ascolto e dell'accoglienza.
A tal fine la Regione si pone l'obiettivo di ridefinire e sostenere politiche di promozione del benessere della comunità rivolte alla generalità dei cittadini, definendo contestualmente la priorità di accesso al sistema integrato per le persone e le famiglie in condizioni di particolare svantaggio.

La Regione a tal fine individua le seguenti priorità strategiche:

- garantire la centralità dei beneficiari finali ed intermedi nei programmi e nei progetti integrati, perché sia pienamente preso in carico l'insieme dei problemi e del fabbisogno complesso di cui sono portatori;
- migliorare l'accessibilità dei servizi, anche rafforzando le prestazioni del cosiddetto welfare d'accesso;
- potenziare e consolidare in termini quantitativi e qualitativi il sistema d'offerta dei servizi sociali, soprattutto nei territori più periferici e montani;
- favorire un processo condiviso e sostenibile per la dotazione di infrastrutture e servizi omogenei rispetto ai bisogni delle popolazioni di riferimento;

- prevenire fenomeni di esclusione e processi di marginalizzazione di persone e nuclei familiari;
- combattere la discriminazione;
- potenziare le risorse umane e migliorare l'accesso all'occupazione;
- rafforzare l'integrazione sociale delle persone in difficoltà;
- accrescere le capacità organizzative, di progettazione e gestione integrata, di prestazione professionale dei servizi;
- potenziare le attività di valutazione, vigilanza e monitoraggio delle politiche, garantendo i necessari riscontri in termini di soddisfazione dell'utenza.

Il sistema locale dei servizi deve pertanto acquisire competenza rispetto a:

- necessità di un approccio strategico alla pianificazione;
- assunzione di un'ottica di medio/lungo periodo sia nella definizione delle strategie che nella valutazione della sostenibilità;
- necessità del monitoraggio processuale e dell'osservazione continua;
- dimensione valutativa e attenzione agli effetti;
- passaggio da una politica settoriale ad una politica di interventi integrati;
- capacità di intercettare altre risorse (es. fondi europei).

Si intende, in questo modo, potenziare il sistema di "g*overnance*", basato su forme organizzative di tipo partenariale, ed in particolar modo attraverso la programmazione locale dei Piani di Zona Sociali e la loro integrazione con il programma delle attività territoriali dell'ASREM.

1.1 Reti sociali e welfare regionale

I processi di trasformazione sociale ed in particolare la globalizzazione, l'immigrazione, l'innovazione tecnologica e una diversa organizzazione del mercato del lavoro, stanno coinvolgendo le dimensioni più significative delle nostre Comunità locali: la famiglia, il lavoro, la sicurezza sociale. Tali cambiamenti determinano un aumento della domanda sociale proprio in una fase in cui le istituzioni vedono una possibile riduzione delle risorse finanziarie a disposizione.

Una efficace risposta all'aumentata domanda di servizi deriva dalla responsabilizzazione delle reti sociali, quali la famiglia e le organizzazioni di cittadini attraverso interventi basati sulla solidarietà, sul mutuo aiuto e sulla cooperazione sociale.
A questo scopo è indispensabile formare nuove professionalità, incentivare la costruzione di progetti innovativi e valorizzare le risorse del Terzo settore.

La precedente elaborazione della Programmazione Territoriale attraverso i Piani Sociali di Zona, pur registrando una certa capacità dei Comuni e delle Reti Sociali e Sanitarie di elaborare progetti e azioni significativi, ha mostrato una serie di debolezze e ritardi nell'applicazione degli intenti, spesso dovuta al difficile superamento della frammentazione delle politiche dei Comuni, al debole legame tra Istituzioni e società civile (con riferimento in particolare al Terzo settore), alla complessa costruzione di un rapporto di significativo partenariato nella programmazione congiunta tra Comuni e ASREM e ad una sostanziale assenza di collegamento tra tutti questi soggetti e i responsabili degli Uffici di Piano dei diversi Ambiti di Zona.

La Regione intende superare le difficoltà registrate con azioni basate su alcuni contenuti prioritari quali:

- accompagnamento verso uno sviluppo economico sostenibile;
- livelli di concertazione reali e in cui siano chiare le responsabilità di ciascun attore sociale e istituzionale;
- un patto di legislatura forte e chiaro tra Istituzioni, associazioni imprenditoriali, sindacati e Terzo settore;
- un rapporto di matura sussidiarietà tra pubblico e privato.

Per disegnare il sistema integrato e organizzare i diversi soggetti che a vario titolo intervengono sui bisogni e sulla domanda sociale.

L'esperienza finora maturata nelle occasioni di confronto tra i diversi livelli (politico, politico-tecnico, tecnico professionale) ha permesso un confronto proficuo, nel rispetto delle specifiche competenze e funzioni, presupposto indispensabile per realizzare una progettazione sociale orientata in una logica di rete comunitaria basata sul coinvolgimento di tutti gli attori e gli organismi competenti, sul coordinamento dei processi e delle strutture, al fine di ottenere servizi maggiormente rispondenti ai bisogni delle persone.

Tale modalità di intervento ha come obiettivo il miglioramento della "*governance*" delle politiche sociali, attraverso:

- **Apertura**: le istituzioni devono essere aperte e vicine ai cittadini;
- **Partecipazione**: dei cittadini nelle fasi di elaborazione, implementazione e verifica;
- **Responsabilità**: nella definizione del ruolo rivestito in funzione dei bisogni dei cittadini;
- **Efficacia**: finalità definite, risultati attesi, valutazione del loro impatto;
- **Coerenza**: le politiche devono essere orientate alla visione globale del sistema complesso (relazioni) per integrare sviluppo economico, socio-culturale ed ambientale;

Tale governance è il processo relazionale tra strutture pubbliche (governo e amministrazione), cittadini (capitale umano) e loro associazioni spontanee (capitale sociale).
Il Piano Sociale Regionale intende far accrescere la possibilità dei singoli e dei gruppi di rendersi protagonisti attivi della propria vita.

Il "sistema di Welfare regionale" è:

- basato sulla democrazia, sui diritti civili, sul superamento degli squilibri sociali, economici, culturali ed ambientali, sull'eliminazione di discriminazioni religiose, etniche e di genere, sul decentramento e sull'autonomia decisionale, sulla assunzione di responsabilità individuali e collettive;
- accompagnato dalla crescita costante, progressiva e consapevole di potenzialità, competenza e conoscenza dei cittadini accompagnata da una corrispondente crescita di autonomia ed assunzione di responsabilità;
- rafforzato dal potere di scelta e dalla capacità di decisione dei "**soggetti interessati**" in un'ottica di collaborazione, integrazione e partecipazione, basata sulla crescita di comprensione dei fenomeni, di consapevolezza dei problemi, di solidarietà a fronte di rischi individuali e globali.

In tal modo il Piano Sociale Regionale diventa lo strumento propedeutico ad una possibile inclusione sociale di tutti quei soggetti che allo stato, per diversi motivi, ne sono esclusi, in un processo in grado di integrare tre dimensioni di equità (persone, territori e generazioni) e di sviluppo (ambientale, economica e socio culturale).

Questa modalità di intervento trova conferma nel documento, pubblicato il 25 luglio 2008 dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali: «La Vita Buona nella Società Attiva. Libro Verde sul futuro del modello sociale».

I suoi contenuti propongono una visione del futuro modello sociale e sollecitano un confronto su temi generali quali:

1) le disfunzioni, gli sprechi e i costi del modello attuale;

2) la transizione verso un nuovo modello che affianchi le persone lungo l'intero ciclo di vita facendole partecipi di tutta una serie di opportunità e instaurando con loro un rapporto di reciproca responsabilità;

3) necessità di un rinnovato e condiviso modello di *governance,* in grado di garantire, nel rispetto dei principi di sussidiarietà, responsabilità e differenziazione, la sostenibilità degli interventi finanziari e che attribuisca al livello regionale, rinnovato nella forma e maggiormente autorevole nella sostanza, quei compiti di regia e indirizzo che facilitino e sostengano le istituzioni locali e i corpi intermedi;

4) definizione di obiettivi strategici per i prossimi anni, in riferimento alle migliori esperienze nazionali e comunitarie, per realizzare un sistema di protezione sociale universale, selettivo e personalizzato che misuri la sua efficacia, in termini di vera parità e opportunità, su anziani, disabili, donne e giovani .

La lotta alle nuove e vecchie povertà è, per il Libro Verde, uno dei principali obiettivi per la costruzione di una società fondata sulle opportunità e sulla solidarietà. Il sistema di *Welfare*, si legge nel documento pubblicato dal Ministero, «non può ignorare le esigenze dei cittadini più in difficoltà, di quelli che si trovano nella indigenza, al di sotto delle condizioni economiche minime».

1.2 Finalità della politica sociale regionale

Il presente Piano Sociale Regionale ha come principale finalità quella di dare risposte più efficaci ai bisogni delle persone, delle famiglie, delle comunità locali attraverso:

a) definizione puntuale dei livelli essenziali e delle prestazioni sociali, realizzando effettivamente la "rete dei servizi" per ogni ambito territoriale, con tipologie e standards di servizi funzionali e condivisi dal territorio;
b) politiche per le famiglie, valorizzando e sostenendo la libera assunzione delle responsabilità familiari, le capacità genitoriali, le pari opportunità e la condivisone delle responsabilità tra uomini e donne;

c) politiche per l'inclusione sociale e i diritti di cittadinanza, per garantire l'accessibilità alla rete dei servizi integrati, potenziando le politiche per il disagio e gli interventi di contrasto alle povertà;
d) interventi e servizi mirati a consolidare e qualificare le risposte per l'infanzia e l'adolescenza, le persone con disabilità e non autosufficienti, le persone in condizioni di dipendenza patologica, affette o a rischio di disturbo mentale, vittime di abuso e/o maltrattamento, immigrati;
e) progetti innovativi sperimentali, per garantire un sistema integrato di qualità, quali ad esempio l'individuazione di strumenti per la costruzione del sistema di qualità sociale (autorizzazioni e accreditamento);
f) aggiornamento e formazione delle risorse umane con la regolamentazione dei profili professionali sociali;
g) l'integrazione socio/sanitaria (i riferimenti normativi , i luoghi, gli ambiti , le modalità);
h) l'integrazione con le politiche regionali per l'istruzione, la formazione professionale, il lavoro, l'immigrazione;
i) la definizione certa di regole per l'accesso ai servizi sociali (il modello universalistico selettivo, la determinazione dello stato di bisogno, la partecipazione dei cittadini alla spesa sociale, il punto unico di accesso).

La Regione ha il compito di definire, programmare e sviluppare un sistema di verifica e valutazione in grado di evidenziare i risultati di efficienza ed efficacia, in modo da garantire un sistema integrato fondato sulla sussidiarietà verticale (ruolo e funzioni dei soggetti pubblici: il coordinamento istituzionale) ed orizzontale (ruolo e funzioni dei soggetti privati e del privato sociale) e sulla solidiarietà, valorizzando la gestione associata delle funzioni sociali negli ambiti (le forme, i contenuti e gli strumenti).

Allo stesso tempo, si intende garantire un sistema di finanziamento per sviluppare le comunità locali e la sussidiarietà tra istituzioni con risorse finalizzate e con il sistema della premialità, in cui i criteri di riparto dei fondi regionali ai comuni ed agli ambiti territoriali, vengano definiti non solo dai bisogni, ma anche dalla capacità del territorio di dare risposte concrete, corrette e tempestive.

A tal fine la Regione ritiene necessario compiere le seguenti scelte operative:

- adeguamento della tecno-struttura regionale, per un servizio di accompagnamento e assistenza ai diversi ambiti sociali;

- costituzione di un organismo di coordinamento delle attività di formazione, aggiornamento, riqualificazione di tutti gli operatori, istituzionali e non, del sociale (Regione, Province, Università);
- definizione e sistematizzazione dei rapporti con le altre direzioni regionali al fine di coordinare e mettere a punto l'auspicata rete di servizi integrati;
- realizzazione di un sistema informativo sociale regionale in raccordo con le Province, gli Ambiti Territoriali ed i Comuni e gli altri attori sociali impegnati sul territorio.

Nel campo dei servizi alla persona, in particolare, la capacità di gestire le informazioni rappresenta un'esigenza centrale per dare piena realizzazione ai principi di prevenzione, di programmazione e di valutazione degli interventi. Infatti, la capacità di leggere tempestivamente e appropriatamente il territorio consente di tarare i servizi sulle reali esigenze delle persone realizzando al tempo stesso efficacia ed efficienza, cioè una razionale distribuzione e un corretto impiego delle risorse umane, finanziarie ed economiche.
Il costante monitoraggio del territorio permette di tenere sotto controllo l'andamento delle attività, il modificarsi dei bisogni della popolazione, l'allocazione delle risorse tra le diverse attività, l'adeguatezza delle azioni rispetto a quanto programmato.
E' necessario poter contare su flussi informativi esaustivi per un intero territorio e continuamente aggiornati, in maniera tale da poter seguire l'evoluzione delle pratiche e monitorare l'andamento della spesa attraverso il sistema informativo regionale che avrà le seguenti finalità:

- assicurare una compiuta conoscenza dei bisogni sociali del sistema integrato degli interventi e dei servizi;
- disporre tempestivamente di dati e informazioni necessari alla programmazione, gestione e valutazione delle politiche sociali;
- promuovere e attivare progetti europei;
- gestire il coordinamento con le strutture sanitarie, formative, con le politiche del lavoro e con quelle dell'occupazione.

Il sistema informativo, quindi, rappresenterà una finestra sul sistema di protezione sociale, nel quale dovranno confluire tutti i dati e le informazioni detenuti dai diversi attori, istituzionali e non, operanti nel settore, ovvero coloro che, secondo la Legge n. 328, provvedono alla gestione e all'offerta di servizi: gli Enti locali, le Regioni, lo Stato, nonché le organizzazioni no profit e private attive in campo sociale.
Sarà compito della Regione la realizzazione di schede di rilevazione e di valutazione dei servizi standardizzate su tutto il territorio regionale.

Si consideri, infine, che il sistema, una volta realizzato, potrà fungere da portale di accesso a tutte le informazioni utili a chi opera nei servizi sociali: le opportunità di finanziamento, ad esempio – europee, statali o regionali – ma anche la conoscenza delle migliori esperienze realizzate a livello locale, fino a diventare un vero e proprio strumento di formazione permanente e di gestione condivisa delle conoscenze.

1.2.1 Obiettivi generali

Per l'attuazione delle predette finalità , gli obiettivi generali da perseguire sono i seguenti:

1. ridurre le categorie del disagio;
2. attuare misure di assistenza alla persona attraverso il sostegno e il reinserimento;
3. promuovere l'integrazione delle azioni a carattere sociale con misure tese a promuovere o rilanciare lo sviluppo economico (patti territoriali, contratti d'area etc.);
4. dare priorità agli interventi per le "nuove generazioni" (minori e giovani) con misure che non solo intervengano sul disagio ma siano in grado di prevenirlo;
5. monitorare ed incrementare lo sviluppo e l'occupazione di nuove professionalità in ambito sociale, accompagnando in modo organico la crescita delle imprese sociali e la creazione di nuovi servizi.

A fronte di tali obiettivi si intende articolare il Piano Sociale con alcune azioni che dovranno caratterizzare le scelte progettuali dei singoli Piani di Zona, quali:

- **Integrazione**: le sinergie da realizzare tra i diversi interventi all'interno della politica sociale, tra i piani e le politiche settoriali (sociali, economiche, formative, sanitarie, infrastrutturali) e sinergie tra competenze e soggetti istituzionali diversi e attori sociali;
- **Territorializzazione**: la concentrazione degli interventi integrati per rispondere ai bisogni peculiari di specifiche aree di intervento, promuovendo in particolare la progettualità e l'operatività delle Autonomie locali;
- **Progettualità mirata**: l'agire per obiettivi concreti con risultati "misurabili" nel breve e nel medio periodo, attraverso l'individuazione del problema e delle soluzioni idonee al singolo caso.

Le azioni sono rivolte:

- agli anziani,
- ai disabili ed alle persone non autosufficienti;
- alle nuove generazioni: infanzia, giovani e giovani famiglie;

- alle donne capofamiglia/ disoccupate/inoccupate (famiglia monoparentale) o a basso reddito.

I servizi e le iniziative riguarderanno:

- l' area della cura alla persona, dell'assistenza domiciliare e del sostegno alla famiglia;
- l' area del tempo libero e dell'aggregazione sociale e culturale;
- i servizi di orientamento, accompagnamento e formazione per l'inserimento socio-lavorativo dei soggetti del disagio;
- le imprese sociali e le aree del no/profit, per uno sviluppo qualitativo dell'economia sociale.

1.2.2 Promozione, sussidiarietà e trasversalità della politica sociale

In tale contesto la Regione assume non solo un ruolo di coordinamento e programmazione, ma di sostegno operativo ed indirizzo delle autonomie locali attraverso diversificate forme di concertazione e collaborazione con tutti i soggetti istituzionali interessati.
La legge-quadro n. 328/2000 di riforma dei servizi sociali stabilisce che la programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali avviene secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli Enti locali.
Il principio di sussidiarietà rappresenta, in particolare, lo strumento attraverso cui il soggetto istituzionale, di fronte alla società ed a tutte le sue componenti, agisce consentendo l'implementazione delle energie e delle capacità dei soggetti minori, in modo da aumentarne l'autonomia.
Nella legge 328/2000 si ribadisce la distinzione tra due tipi di sussidiarietà: "verticale " e "orizzontale". La sussidiarietà verticale, ovvero i rapporti fra gli enti pubblici, esige che agli enti minori vadano lasciati non solo competenze giuridiche e diritti di iniziativa, ma anche i mezzi finanziari e amministrativi. Quando ci si riferisce alla relazione fra istituzioni e società civile si usa l'accezione di sussidiarietà orizzontale. In questo caso, l'art. 5 della legge 328/2000 prevede che le istituzioni forniscano sostegno e qualificazione ai soggetti operanti nelle organizzazioni del Terzo Settore che perseguono il benessere e la crescita della società.

Il presente Piano Sociale Regionale considera la sussidiarietà un criterio guida per gli interventi sociali nella Regione, ovvero una modalità che riguarda ormai tutti i sistemi organizzativi, semplici o complessi (famiglia, impresa, comunità, società in generale) e secondo la quale:

- il potere sarà attribuito sempre ai livelli più bassi ed alle dimensioni minori;
- i livelli più elevati e le dimensioni maggiori non assumono decisioni concernenti quelli più bassi ed a dimensione minore, se questi ultimi sono in grado di farlo da soli, affrontando e risolvendo i problemi delle loro comunità;
- ad ogni livello e dimensione della società, va rafforzata la capacità di autogoverno del cittadino e della sua comunità di riferimento, riconoscendo loro il diritto di organizzare e gestire direttamente funzioni di carattere pubblico;
- l'azione di sussidiarietà è, per sua natura, temporanea; essa non deve sostituirsi all'attore principale, ma deve aiutarlo affinché acquisisca la capacità di autogoverno ed autogestione.

In coerenza con il principio di sussidiarietà, la progettazione e la gestione del sistema devono essere effettuate tramite una *concertazione,* capovolgendo il vecchio modello di funzionamento dei servizi: non più passivo, centrato sull'istituzione che resta in attesa del soggetto portatore di bisogni ma attivo, fondato su conoscenza e intervento.
In tale ottica, il presente Piano detta regole che prevedano il coinvolgimento diretto di tutti i soggetti che, a vario titolo e con diverse responsabilità, sono chiamati a costruire il "Sistema del Ben-Essere", evitando il ricorso a modelli autocratici, accentrati, verticistici in conformità di quanto previsto dall'art. 8, della legge 328/2000, che al comma 2 richiama il disposto di cui all'art. 3, c. 5 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112: «*Le Regioni, nell'ambito della propria autonomia legislativa, prevedono strumenti e procedure di raccordo e concertazione, anche permanenti, che diano luogo a forme di cooperazione strutturali e funzionali, al fine di consentire la collaborazione e l'azione coordinata fra Regioni ed enti locali nell'ambito delle rispettive competenze*» e al comma 3 prevede che sia compito della Regione la «determinazione […] tramite le forme di concertazione con gli enti locali interessati, degli ambiti territoriali, delle modalità e degli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete».

1.3 Il ruolo dei cittadini e delle formazioni sociali

Il principio di sussidiarietà si realizza attraverso il coinvolgimento, nella gestione dei servizi e degli interventi, delle formazioni che compongono il terzo settore: organizzazioni di

volontariato e no profit, ma anche famiglie e singoli cittadini. L'impegno reso dalle organizzazioni sociali rappresentative consente il superamento delle difficoltà dovute all'insufficienza delle risorse, per cui, anche in ragione dell'esperienza acquisita nella gestione del *welfare* , si reputa necessario ed opportuno consentire loro la piena espressione delle capacità progettuali. In molte realtà locali ai soggetti sociali, solitamente considerati privati, viene già pienamente riconosciuta la possibilità di acquisire funzioni proprie del settore pubblico. Ciò non determina una confusione nei ruoli, ma consente un processo di partecipazione all'attuazione delle funzioni pubbliche, senza per altro intaccare la titolarità delle funzioni che la legge assegna alla Regione e agli altri enti locali che sono chiamati ad individuare le priorità, approvare gli obiettivi della programmazione, stabilire le modalità di verifica dei risultati.

In tal modo le formazioni sociali, nelle quali più cittadini si aggregano per partecipare alla promozione e alla tutela della persona in difficoltà, danno valore ad una soggettività che assume rilievo pubblico, con la funzione di stimolare i processi attuativi della politica sociale attraverso:

- alcuni modelli di progettazione innovativi;
- la ricerca di un quadro unitario di programmazione con le istituzioni e le altre formazioni;
- la gestione delle risorse non condizionata da eccessivi vincoli burocratici.

In questa ottica di coinvolgimento e partecipazione a tutto campo, la nuova filosofia del *welfare* vede le organizzazioni di volontariato, le cooperative sociali, il mondo dell'associazionismo laico e cattolico, gli Enti di patronato, la famiglia, il singolo cittadino, come partners deteminanti del processo di definizione delle scelte strategiche per la programmazione, progettazione e gestione del sistema degli interventi e dei servizi sociali.
Queste formazioni per la loro radicata presenza in ambito locale, possono fornire un apporto significativo:

- nella definizione del bisogno;
- nello stabilire la dimensione del bisogno;
- nella scelta dell'azione di contrasto al bisogno;
- nelle modalità di contrasto al bisogno;
- nello stimolare nella persona il processo di aiuto e di auto-aiuto;
- nella valorizzazione del proprio intervento, rispetto al bisogno;
- nel sostegno all'azione di intervento degli altri possibili partners.

1.4 Il ruolo del terzo settore e dell'impresa sociale

Va riconosciuto, a questo proposito, il ruolo strategico rappresentato da tutte quelle realtà private del Terzo Settore alle quali la Regione riconosce uno spazio significativo nell'ambito del Sistema Integrato degli Interventi e dei Servizi.
In particolar modo la Regione intende garantire la costruzione di una "Rete Sociale" che veda coinvolte tutte le articolazioni più importanti del Terzo settore, cui si debbono aggiungere le «reti» di persone e di famiglie, nonché le «forme di auto-aiuto e di reciprocità e della solidarietà organizzata».
In tal modo sarà possibile:

- garantire la partecipazione del Terzo Settore alla gestione e all'offerta di servizi;
- predisporre provvedimenti che consentano di inserire concretamente tali realtà tra i soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi;
- fornire occasioni per la qualificazione dei propri operatori, anche attraverso politiche formative e interventi per l'accesso agevolato al credito e ai fondi dell'Unione Europea;
- favorire e promuovere il ricorso a forme di aggiudicazione negoziali, che consentano ai soggetti operanti nel terzo settore la piena espressione della propria progettualità;
- adottare specifici indirizzi per regolamentare i rapporti tra enti locali e terzo settore, con particolare riferimento ai sistemi di affidamento dei servizi alla persona.

La legge nazionale di riforma introduce rilevanti novità rispetto alle competenze e alla gestione dei servizi sociali, definendo le diverse funzioni affidate agli enti pubblici ed al privato sociale, riconoscendo espressamente a quest'ultimo, un ruolo in termini di coprogettazione dei servizi e di partecipazione concertata alla realizzazione degli stessi.
Coerentemente con questa impostazione, riconoscendo la sensibile crescita registrata dal terzo settore in ambito regionale, gli enti locali dovranno ricorrere a forme di progettazione e di aggiudicazione dei servizi che consentano ai soggetti impegnati nel terzo settore di esprimere pienamente le proprie capacità anche in termini progettuali.
Questo presuppone il ricorso all'appalto concorso, lo strumento che meglio di ogni altro consente la progettualità dei partecipanti e la possibilità di valutare la qualità delle prestazioni offerte e delle figure professionali che si intendono coinvolgere nella realizzazione dei servizi.

L'apporto del terzo settore diventa "non occasionale" e ciò permette, oltre che di allargare l'offerta, di disporre di servizi flessibili, adattabili alle esigenze della popolazione, promuovendo contestualmente anche occasioni di lavoro.

Il ricorso ai soggetti del privato sociale o all'impresa sociale, deve puntare a:

- promuovere l'offerta, il miglioramento della qualità e l'innovazione dei servizi e degli interventi, attraverso la definizione di requisiti di qualità ed il ruolo riconosciuto degli utenti, delle loro associazioni, degli organismi di rappresentanza e tutela;
- favorire la pluralità, nell'offerta dei servizi e delle prestazioni, nel rispetto della trasparenza e semplificazione amministrativa;
- favorire forme di coprogettazione tra le amministrazioni pubbliche interessate e i soggetti del terzo settore, per la predisposizione di progetti sperimentali ed innovativi in grado di affrontare specifiche problematiche sociali;
- definire opportuni processi di consultazione con i soggetti del terzo settore ed i loro organismi di rappresentanza.

Gli enti titolari della gestione, ai fini della selezione dei soggetti del Terzo settore ai quali affidare l'erogazione dei servizi alla persona, valutano l'offerta qualitativamente ed economicamente più vantaggiosa.

Nell'affidamento alle organizzazioni di volontariato e alle associazioni di promozione sociale di interventi o servizi, l'ente locale dovrà prevedere, nelle convenzioni, una modalità di rimborso spese coerente con le caratteristiche di gratuità e solidarietà che caratterizzano le organizzazioni di volontariato.

L'ente locale potrà anche erogare contributi alle organizzazioni di volontariato e alle associazioni di promozione sociale, regolarmente iscritte nei relativi registri regionali.

I Comuni e le loro Associazioni stabiliscono forme di collaborazione con le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale, avvalendosi dello strumento della convenzione di cui alla L. 266/1991 e L. 383/2000.

1.5 Il ruolo delle Autonomie Locali

La programmazione, la progettazione e l'attuazione del sistema degli interventi e dei servizi sociali, in ambito locale richiede, soprattutto, un'azione unitaria da parte degli Enti locali.

Il Testo Unico n. 267/00 e s.m.i., favorisce l'azione unitaria dei diversi Enti ed indica le modalità per raggiungere tale unitarietà nella consapevolezza che ogni ente è, per legge, titolare di compiti e funzioni che ne legittimano la sua stessa natura e che, proprio per questa

titolarità, ogni ente locale può programmare, progettare, gestire, controllare, valutare, vigilare, così come affidare, appunto, a terzi (soggetti sociali), servizi di propria competenza.

Il Comune

In attuazione dell'art. 132 comma 1 del D.to L.vo n°112/98 e dell'art 6 della legge n° 328/00, nonché dell'art. 14 della L. R. 1/2000, i Comuni sono titolari di tutte le funzioni amministrative riguardanti gli interventi socio-assistenziali. Inoltre, essi partecipano alle fasi della programmazione regionale in materia.

Al Comune, per eccellenza ente territoriale più vicino al cittadino, spettano funzioni dirette a promuovere il miglioramento della vita dei propri amministrati. L'esercizio delle funzioni in materia di interventi e servizi sociali, può essere svolto dal singolo Comune o dall'associazione di più Comuni ricadenti nello stesso Ambito territoriale.

Le funzioni più rilevanti spettanti al Comune, in forma singola o associata, riguardano le fasi di programmazione, i processi di progettazione, la realizzazione di un sistema a rete dei servizi e degli interventi sociali. Nella sua autonomia e nel rispetto della programmazione regionale, il Comune singolo o associato, individua, sulla scorta di una analisi dei bisogni del territorio, le priorità da perseguire e i settori da considerare innovativi. Soprattutto la conoscenza dei bisogni e una programmazione mirata al loro soddisfacimento, rappresentano i punti base per la pianificazione in ambito locale.

Spetta al Comune l'individuazione degli elementi valutativi delle condizioni personali sociali, ambientali ed economiche della persona, per l'ammissione ai servizi e alle prestazioni erogati dal sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Gli elementi o parametri per la valutazione sono quelli definiti dai criteri generali fissati dal Piano Nazionale di cui all'art 18 della Legge n° 328/00 e dalle direttive regionali in materia.

Deve essere assicurata la garanzia e la tutela del diritto del cittadino a partecipare al controllo della qualità dei servizi offerti, nonché alla formulazione di proposte atte a predisporre programmi di intervento secondo le modalità previste nei diversi regolamenti di ambito.

E' di competenza del Comune il coordinamento delle attività e dei programmi, la realizzazione dei collegamenti operativi tra i vari servizi presenti nella comunità per razionalizzare gli interventi di integrazione sociale.

La Provincia

Nel sistema delle responsabilità condivise cui si ispira il presente Piano se da un lato Regione e Comuni svolgono un ruolo di "regia", dall'altro le Province sono chiamate a svolgere un

ruolo decisivo nella programmazione sociale a livello locale concorrendo altresì alla formulazione e alla attuazione dei Piani di Zona. In particolar modo, secondo quanto disposto dall'articolo 7 della legge n. 328/2000, la Provincia viene individuata quale ente preposto per la lettura del territorio e la rilevazione dei bisogni sociali; inoltre, spetta soprattutto alle Province, sostenere i Comuni nei programmi di reintegrazione sociale e lavorativa di soggetti che siano rimasti fuori dal mercato del lavoro.

E' compito della Provincia la raccolta di dati sui bisogni consolidati ed emergenti nel proprio territorio anche avvalendosi dell'Osservatorio Regionale per le politiche sociali, che potrà essere organizzato in nuclei provinciali. La raccolta e l'elaborazione dei dati consentirà agli ambiti territoriali, di individuare gli obiettivi strategici e i contenuti per la programmazione.

La raccolta, l'elaborazione dei dati e la loro pubblicazione consente di:

- fornire, ai Comuni singoli o facenti parte dell'Ambito Sociale, il supporto tecnico per determinare l'offerta socio-assistenziale sul proprio territorio;
- coordinare gli interventi sociali su tutto il territorio di competenza.

L'ASREM

L'esercizio delle funzioni socio sanitarie deve trovare necessaria integrazione in quello socio-assistenziale e viceversa, poiché non è possibile concepire alcun intervento in favore della persona e della famiglia se non si prevedono azioni congiunte, anche nella specificità dei singoli ruoli assegnati dalle leggi nazionali e regionali, tra l'ASREM e il Comune.

Alla base di queste azioni deve sussistere una programmazione condivisa finalizzata al soddisfacimento dei bisogni dell'utenza, evitando sovrapposizioni negli interventi nella gestione degli stessi.

L'intesa e la concertazione tra i Comuni che compongono l'ambito territoriale e l'ASREM, costituiscono gli elementi di innovazione su cui si fonda il Piano di zona.

Nello specifico, l'intesa e la concertazione devono essere garantite, soprattutto per gli interventi afferenti l'integrazione dei soggetti disabili, attraverso progetti che migliorino la qualità della vita con servizi alla persona, garantiscano prestazioni di cura e riabilitazione di recupero della socialità, di aiuto economico per la facilitazione e l'accesso ai servizi pubblici.

I Comuni, d'intesa con l' ASREM, dovranno impegnarsi a predisporre, su richiesta dell'interessato, un progetto individuale per realizzare la piena integrazione della persona disabile nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro. Tale progetto individuale, deve contenere:

- la valutazione diagnostico funzionale atta a definire le esigenze del caso singolo;

- le prestazioni di cura e riabilitazione a carico del SSR e i servizi alla persona cui provvede il Comune in forma diretta o indiretta;
- le misure economiche necessarie per il superamento delle condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale derivanti dalla condizione di disabilità;
- le potenzialità e gli eventuali sostegni al nucleo familiare del soggetto disabile;
- l'assistenza domiciliare realizzata e assicurata con personale dell'area socio-assistenziale e sanitaria, per favorire la permanenza dell'anziano o del disabile o dell'ammalato nel proprio nucleo familiare e dei servizi di confine, riducendo la istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione;
- la valorizzazione delle responsabilità familiari, attivando risorse economiche e promuovendo azioni di sostegno per il tramite dei consultori familiari;
- l'attività di contrasto alle dipendenze patologiche, sia in termini di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale attraverso le politiche attive del lavoro;
- la salute mentale, con percorsi terapeutici e riabilitativi svolti nelle strutture residenziali e semiresidenziali, a domicilio del paziente, di concerto con i Dipartimenti di Salute Mentale, anche con interventi di sostegno economico e di reinserimento sociale, compreso quello lavorativo.

Nel Piano di zona e negli accordi di programma dovranno essere delineati i contenuti della concertazione rispetto ai precedenti punti.

A livello di gestione tecnica degli interventi, il raccordo dovrà avvenire tra i servizi sociali dei Comuni dell'ambito territoriale o, in luogo di questi, del Comune capofila, e il responsabile o i responsabili dei servizi dell'ASREM interessati.

In particolare, nell'accordo di programma, dovrà farsi riferimento alle risorse finanziarie, umane e strumentali necessarie a fare fronte agli interventi comuni, come individuati nei precedenti punti.

La Comunità Montana

Negli accordi di programma, che accompagnano il Piano di zona, può essere prevista la delega per la gestione, in tutto o in parte, degli interventi relativi ai servizi sociali, alla Comunità Montana ai sensi dell'art. 131, comma 2, del D.lgs. 112/98, della L.R. n. 34/99 e della L.R. n. 15/2003.

Tale delega può essere conferita solo se la Comunità Montana sottoscrive l'accordo di programma che va a stabilire, tra l'altro, quali funzioni vengono ad essa delegate e quali risorse aggiuntive finanziarie, strumentali e umane sono a suo carico.

1.6 Il ruolo della Regione

Il ruolo della Regione nell'organizzazione del sistema degli interventi e dei servizi sociali si esplica, principalmente:

- nella istituzione di un fondo sociale regionale;
- nella programmazione;
- nella definizione degli indirizzi;
- nel loro coordinamento;
- nella verifica e controllo della loro attuazione in sede locale.

All'interno di questo scenario di competenza si inseriscono due funzioni di estrema rilevanza:

- la definizione dei processi di affidamento dei servizi alla persona;
- la definizione delle modalità attraverso cui viene valorizzata l'attività del volontariato e dell'associazionismo di promozione sociale e di quello espressione del mondo laico e cattolico.

La Regione, con il concorso dei Comuni e delle Province determina e definisce gli Ambiti Territoriali.

Individua altresì:

- il livello essenziale di servizi da garantire uniformemente negli Ambiti Territoriali;
- la politica di integrazione afferente agli interventi socio-assistenziali, socio-sanitari, del diritto allo studio, della formazione professionale, dell'inserimento lavorativo, della fruibilità del tempo libero.

La Giunta Regionale, in attuazione di quanto contenuto nel presente Piano Sociale e di quanto indicato nel Piano Sanitario Regionale definisce:

- le linee guida di supporto all'ASREM e agli enti locali contenenti gli obiettivi di salute e di benessere di ciascuna comunità;
- le modalità attraverso le quali si realizza l'integrazione socio-sanitaria individuando servizi e definendo i criteri e i parametri degli oneri di cui al DPCM 14 febbraio 2001, recante "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" e s.m.i.;
- i percorsi unitari e comuni sia ai servizi sanitari che a quelli sociali;
- le metodologie per sistemi innovativi di servizi tra loro interconnessi, al fine di meglio coordinare le risorse umane e finanziarie;
- le azioni basate sull'assistenza tecnica, in favore degli ambiti e degli enti locali;
- i modelli necessari per il controllo gestionale delle risorse;
- i criteri e le modalità per la concessione, da parte dei Comuni, dei titoli per l'acquisto di servizi sociali dai soggetti accreditati;
- i criteri per stabilire le rette o tariffe che i Comuni devono corrispondere ai soggetti accreditati e che offrono servizi;
- il piano per la formazione e l'aggiornamento del personale impegnato nei servizi sociali, in collaborazione con le Province;
- l'esercizio del potere sostitutivo nel caso in cui gli Ambiti e i Comuni risultino inadempienti rispetto alle funzioni e compiti che il presente Piano assegna loro.

La Regione, inoltre, definisce i percorsi per la formazione e/o l'aggiornamento al fine di fornire i supporti necessari per una migliore qualificazione del personale, in riferimento al bisogno dell'utenza e all'offerta erogata, e promuovere la valorizzazione dei rapporti collaborativi tra la struttura burocratica delle istituzioni pubbliche e i soggetti che operano nelle formazioni sociali, come momento essenziale per la buona gestione delle risorse e degli interventi attuati.

La Giunta Regionale ha provveduto con deliberazione n. 752 del 15 luglio 2008, integrata dalla n. 859 del 29 luglio 2008, ad istituire il "Sistema regionale delle competenze professionali" che individua, anche per l'area del sociale, i profili professionali e le modalità di attuazione delle attività formative, la loro durata ed i criteri di rilascio delle certificazioni. Si tratta di uno strumento "in progress" che dovrà essere integrato ed arricchito con l'inserimento di ulteriori professionalità.

La Regione ha già definito con deliberazioni del Consiglio Regionale dell'11 marzo 2008 n. 84 e di Giunta Regionale del 6 marzo 2006, n. 203:

- i requisiti e gli standard necessari al rilascio dell'autorizzazione, accreditamento nonché vigilanza delle strutture che operano per l'assistenza;
- i tempi di adeguamento da parte degli enti gestori, agli standards organizzativi, gestionali e strutturali;
- l'istituzione dell'albo regionale relativo ai soggetti autorizzati all'erogazione dei servizi socio-assistenziali;
- gli indirizzi per i Comuni ai fini dell'applicazione dell'ISEE come sistema di accertamento della situazione economica del richiedente prestazioni sociali agevolate, come previsto dall'articolo 25 della Legge 328/2000 e dal D.lgs 109/98 così come modificato dal D.lgs 130/2000.

2. Il sistema regionale dei servizi sociali

2.1 Il quadro socio demografico

Le dinamiche demografiche dovute al progressivo invecchiamento della popolazione, all'allungamento della vita media, alla denatalità, all'accresciuta immigrazione, ai cambiamenti delle forme di convivenza, alle modifiche del sistema produttivo, impongono una trasformazione dei servizi, rispetto alle tradizionali aree di intervento, per affrontare le molte forme del disagio conclamato e riorganizzare la rete anche attraverso il potenziamento dei servizi di ascolto, consulenza, orientamento, accompagnamento e mediazione.
L'analisi della situazione demografica della regione e della distribuzione dei servizi sociali ha formato oggetto di un esaustivo rapporto elaborato dall'Osservatorio regionale sui fenomeni sociali "Il contesto sociale in Molise", che può costituire un utile strumento a disposizione dei Comuni singoli ed associati e degli operatori del settore nella elaborazione della programmazione territoriale.

Il Molise nel triennio 2005/2007, in controtendenza con il dato nazionale, fa registrare una leggera ma costante flessione del numero dei residenti, con una perdita di 1046 unità nel 2006 e 823 nel 2007.
Tale dato trova conferma anche nella situazione degli Ambiti territoriali che presentano tutti, ad eccezione di quello di Termoli, in crescita di 435 unità, un saldo negativo nel periodo di riferimento.

La diminuzione della popolazione è determinata essenzialmente dalla differenza tra il numero dei nati (2507) e quello dei decessi (3425).

Nell'arco temporale considerato si registra una prevalenza delle donne sugli uomini, con una differenza di circa 10.000 persone.

La struttura demografica regionale mostra un peso rilevante della componente anziana, vale a dire della fascia di età over 65. Si tratta di un fenomeno riconducibile sia alla diminuzione della fecondità e quindi alla misura sempre minore con cui viene alimentato il sistema popolazione, sia alla diminuzione della mortalità in ragione del miglioramento dei servizi sanitari e della qualità della vita: il dato regionale del 22,% (70.534 unità) è decisamente più elevato rispetto a quello nazionale: 19,60%.

A fronte del lieve calo della popolazione si assiste ad un incremento dell'indice di invecchiamento, che caratterizza, in particolare alcune aree della regione che presentano percentuali notevolmente più alte anche in riferimento alla situazione regionale: Agnone con il 25,84%, Larino con il 21,19% e Bojano con il 21,02%.

Gli ambiti con una popolazione minorile più marcata sono Termoli con il 17,03%, Bojano con il 16,64% e Campobasso con il 16,35%.

In termini di popolazione assoluta l'Ambito con il maggior numero di residenti è Campobasso, con 95.482 unità (29,83%), seguito da Termoli, con 71.129 (22,22%); le aree demograficamente più piccole sono Agnone, con 13.246 (4.14%) Venafro con 29.546 (9,23%).

Per quanto riguarda il numero di famiglie presenti in ogni singolo Ambito il dato più rilevante si registra a Campobasso, 36.675, seguito da Termoli, 27.512 e Isernia, 17.850.

Poco significativo il numero delle convivenze: 157 su tutto il territorio regionale, con il numero più alto registrato a Campobasso e Termoli.

Per quanto attiene ai cittadini in situazione di diversa abilità (legge 104/92) il numero è di 1428. Non avendo la disponibilità dei dati relativi agli ambiti territoriali di Campobasso e Bojano, non è possibile indicare le aree con la maggior incidenza di persone disabili.

In relazione alla presenza di immigrati extracomunitari in Molise, dall'elaborazione dei dati forniti da tutti i 136 Comuni, risulta che, al 31 agosto 2005 ne sono presenti n. 4.370 ed al 31 agosto 2006 n. 3659.

Si registra una incidenza maggiore soprattutto in Basso Molise; in particolare nel solo Ambito di Termoli si passa dai 745 immigrati nel 2005 ai 1.190 nel 2006.

Particolarmente rilevante è il dato riferito alla presenza di badanti e di collaboratori domestici comunitari e soprattutto extracomunitari che, con una crescita costante, registra alla data dell'11.4.2007 la presenza di 489 unità'. Un trend in aumento si evidenzia anche in relazione

alla popolazione minorile extracomunitaria che si attesta sulle 663 unità, con una presenza particolarmente marcata nell'ambito di Termoli (188), Campobasso (102), Isernia (86).

Ambiti Territoriali	Numero comuni appartenenti all'ambito	Popolazione residente per Ambito Territoriale al 01/01/2007
Agnone	12	13.246
Bojano	17	33.458
Campobasso	34	95.482
Isernia	24	46.251
Larino	14	30.962
Termoli	19	71.129
Venafro	16	29.546
Molise	**136**	**320.074**
Fonte: Istat - Elaborazione Osservatorio Fenomeni Sociali - Regione Molise		

Tavola 1 - Popolazione nata e morta per sesso e Provincia. Molise anno 2007						
	Nati			Morti		
	maschi	femmine	Totale	maschi	femmine	Totale
Campobasso	949	887	1.836	1.225	1.218	2.443
Isernia	329	342	671	493	489	982
Molise	**1.278**	**1.229**	**2.507**	**1.718**	**1.707**	**3.425**
Fonte: Istat - Bilancio demografico, anno 2007. Elaborazione Osservatorio sui Fenomeni Sociali - Regione Molise						

Tavola 1.1 - Popolazione residente per Ambito Territoriale. Regione Molise - Anni 2005, 2006, 2007			
		Popolazione residente al:	
Ambiti Territoriali	**01/01/2005**	**01/01/2006**	**01/01/2007**
Agnone	13.639	13.474	13.246
Bojano	33.701	33.572	33.458
Campobasso	96.097	95.690	95.482
Isernia	46.387	46.401	46.251
Larino	31.375	31.131	30.962
Termoli	70.694	70.937	71.129
Venafro	30.060	29.702	29.546
Molise	**321.953**	**320.907**	**320.074**
Fonte: Istat - Elaborazione Osservatorio Fenomeni Sociali - Regione Molise			

Tavola 1.2 - Popolazione nazionale e regionale per sesso (valori assoluti e valori percentuali) - Al 01/01/2007						
	Valori assoluti			**Valori percentuali**		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Italia	28.718.441	30.412.846	59.131.287	49%	51%	100%
Molise	155.922	164.152	320.074	49%	51%	100%
Fonte: Istat - Elaborazione Osservatorio Fenomeni Sociali - Regione Molise						

Tavola 1.3 - Popolazione nazionale e popolazione regionale residente - Anni 2005,2006,2007			
Anni			
	01/01/2005	**01/01/2006**	**01/01/2007**
Molise	321.953	320.907	320.074
Italia	58.462.375	58.751.711	59.131.287
Fonte: Istat - Elaborazione Osservatorio Fenomeni Sociali - Regione Molise			

Tavola 1.4 - Popolazione residente per Ambito Territoriale. Molise - Al 01/01/2007 (valori assoluti e valori percentuali)		
Ambiti Territoriali	**Valori assoluti**	**Valori percentuali**
Agnone	13.246	4,14%
Bojano	33.458	10.45%
Campobasso	95.482	29,83%
Isernia	46.251	14,45%
Larino	30.962	9,67%
Termoli	71.129	22,22%
Venafro	29.546	9,23%
Molise	**320.074**	**100%**
Fonte: Istat - Elaborazione Osservatorio Fenomeni Sociali - Regione Molise		

Tavola 1.5 - Popolazione nazionale e popolazione regionale per classi d'età (Valori percentuali) – Al 01/01/2007					
	Classi d'età				
	0 - 17	**18 -35**	**36 - 64**	**65 - 85**	**86 - 100 e +**
Italia	17,06%	22,74%	40,26%	18,13%	1,81%
Molise	16,31%	23,08%	38,57%	19,86%	2,18%
Fonte: Istat - Elaborazione Osservatorio Fenomeni Sociali - Regione Molise					

Tavola 1.6 - Popolazione regionale per Ambito Territoriale e classe d'età. Molise - Al 01/01/2007					
	Classi d'età				
Ambiti Territoriali	0 -17	18 - 35	36 - 64	65 - 85	86 -100 e +
Agnone	1.785	2.732	4.824	3.423	482
Bojano	5.566	7.572	12.470	7.034	816
Campobasso	15.609	21.830	37.126	18.903	2.014
Isernia	7.328	11.065	17.969	8.810	1.079
Larino	5.008	6.953	11.685	6.561	755
Termoli	12.111	16.617	27.953	13.241	1.207
Venafro	4.787	7.115	11.435	5.586	623
Molise	**52.194**	**73.884**	**123.462**	**63.558**	**6.976**
Fonte: Istat - Elaborazione Osservatorio Fenomeni Sociali - Regione Molise					

Tavola 1.7 - Popolazione nazionale e popolazione regionale per area sociale			
Aree sociali	**Pop. Nazionale**	**Pop. Regionale**	**Periodo di riferimento**
Handicap*	n.d.	1.428	31/12/2006
Immigrazione	2.938.922	4.834	01/01/2007
Famiglia	23.907.410	124.903	01/01/2007
Detenuti	48.693	317	31/12/2007
Minori	10.088.141	52.194	01/01/2007
Giovani	13.447.121	73.880	01/01/2007
Anziani	11.792.752	70.534	01/01/2007
Fonte: Istat - Elaborazione Osservatorio Fenomeni Sociali - Regione Molise			
* Sono soggetti portatori di handicap coloro riconosciuti tali ai sensi della L.104/92			

Tavola 1.8 - Soggetti dichiarati portatori di handicap ai sensi della Legge n. 104/92, per Ambito Territoriale al 01/01/2007			
Ambiti Territoriali	**Popolazione residente**	**Tot. Dichiarati portatori di h.**	**Valori percentuali**
Agnone	13.246	54	0,41%
Bojano	33.458	n.d.	n.d.
Campobasso	95.482	n.d.	n.d.
Isernia	46.251	158	0,34%
Larino	30.962	53	0,17%
Termoli	71.129	350	0,49%
Venafro	29.546	88	0,30%
Molise	**320.074**	**1.428**	**0,45%**
Fonte: Ministero del Tesoro di Campobasso e di Isernia. Elaborazione Osservatorio Regionale Fenomeni Sociali - Regione Molise			

Tavola 1.9 - Popolazione residente e minorile per Ambito Territoriale al 01/01/2007 (Valori assoluti e valori percentuali)			
Ambiti Territoriali	**Popolazione residente**	**Popolazione 0 - 17**	**Valori percentuali**
Agnone	13.246	1785	13,48%
Bojano	33.458	5.566	16,64%
Campobasso	95.482	15.609	16,35%
Isernia	46.251	7.328	15,84%
Larino	30.962	5.008	16,17%
Termoli	71.129	12.111	17,03%
Venafro	29.546	4.787	16,20%
Molise	**320.074**	**52.194**	**16,31%**
Fonte: Istat - Elaborazione Osservatorio Fenomeni Sociali - Regione Molise			

Tavola 1.10 - Popolazione residente e giovanile per Ambito Territoriale al 01/01/2007 (valori assoluti e valori percentuali)			
Ambiti Territoriali	**Popolazione residente**	**Popolazione 18-35**	**Valori percentuali**
Agnone	13.246	2.732	20,63%
Bojano	33.458	7.572	22,63%
Campobasso	95.482	21.830	22,86%
Isernia	46.251	11.065	23,92%
Larino	30.962	6.953	22,46%
Termoli	71.129	16.617	23,36%
Venafro	29.546	7.115	24,08%
Molise	**320.074**	**73.884**	**23,08%**
Fonte: Istat - Elaborazione Osservatorio Fenomeni Sociali - Regione Molise			

Tavola 1.11 - Popolazione residente per Ambito Territoriale al 01/01/2007 (valori assoluti e valori percentuali)			
Ambiti Territoriali	**Popolazione residente**	**Popolazione 36-64**	**Valori percentuali**
Agnone	13.246	4.824	36,42%
Bojano	33.458	12.470	37,27%
Campobasso	95.482	37.126	38,88%
Isernia	46.251	17.969	38,85%
Larino	30.962	11.685	37,74%
Termoli	71.129	27.953	39,30%
Venafro	29.546	11.435	38,70%
Molise	**320.074**	**123.462**	**38,57%**
Fonte: Istat - Elaborazione Osservatorio Fenomeni Sociali - Regione Molise			

Tavola 1.12 - Popolazione residente e anziana per Ambito Territoriale. Regione Molise - Al 01/01/2007 (valori assoluti e valori percentuali)			
Ambiti Territoriali	**Popolazione residente**	**Popolazione 65-85**	**Valori percentuali**
Agnone	13.246	3.423	25,84%
Bojano	33.458	7.034	21,02%
Campobasso	95.482	18.903	19,80%
Isernia	46.251	8.810	19,05%
Larino	30.962	6.561	21,19%
Termoli	71.129	13.241	18,62%
Venafro	29.546	5.586	18,91%
Molise	**320.074**	**63.558**	**19,86%**
Fonte: Istat - Elaborazione Osservatorio Fenomeni Sociali - Regione Molise			

Tavola 1.13 - Popolazione residente e grandi anziani per Ambito Territoriale al 01/01/2007 (valori assoluti e valori percentuali)			
Ambiti Territoriali	**Popolazione residente**	**Popolazione 86-100+**	**Valori percentuali**
Agnone	13.246	482	3,64%
Bojano	33.458	816	2,44%
Campobasso	95.482	2.014	2,11%
Isernia	46.251	1.079	2,33%
Larino	30.962	755	2,44%
Termoli	71.129	1.207	1,70%
Venafro	29.546	623	2,11%
Molise	**320.074**	**6.976**	**2,18%**
Fonte: Istat - Elaborazione Osservatorio Fenomeni Sociali - Regione Molise			

Tavola 1.14 - Numero delle famiglie e delle convivenze per Ambito Territoriale al 01/01/2007		
Ambiti Territoriali	**Famiglie**	**Convivenze**
Agnone	5.867	14
Bojano	13.326	15
Campobasso	36.675	47
Isernia	17.850	22
Larino	12.383	23
Termoli	27.512	29
Venafro	11.290	7
Molise	**124.903**	**157**
Fonte: Istat - Elaborazione Osservatorio Fenomeni Sociali - Regione Molise		

Tavola 1.15 - Popolazione immigrata extra-comunitaria residente per Ambito Territoriale.		
Ambito Territoriale	**Popolazione immigrata extra-comunitaria Al 31/08/2005**	**Popolazione immigrata extra-comunitaria Al 31/08/2006**
Agnone	118	110
Bojano	316	318
Campobasso	1.542	855
Isernia	870	435
Larino	414	415
Termoli	745	1190
Venafro	365	336
Molise	**4.370**	**3.659**
Fonte: Istat - Elaborazione Osservatorio Fenomeni Sociali - Regione Molise		

2.2 I Servizi

Il Piano sociale regionale 2004-2006 prevedeva, ad implementazione dei servizi e delle attività già assicurate storicamente sul territorio regionale sulla base di norme nazionali (L. 104/92 – L. 162/98 – L. 285/97) e regionali (L.R. n. 21/90 – L.R. 1/00), la realizzazione di un'offerta di prestazioni omogenea sull'intera Regione. Difficoltà di carattere organizzativo, aggiunte a una riduzione del trasferimento nazionale, hanno, di fatto, limitato gli effetti della prevista pianificazione. Come già detto in precedenza, diversi ambiti territoriali hanno fatto registrare un sensibile ritardo nell'attivazione dei servizi inclusi nei rispettivi piani di zona; la maggior parte dei comuni ha proseguito nella gestione diretta dei servizi in essere, in particolare di quelli destinati alla popolazione anziana (assistenza domiciliare, centri sociali).
Quelli in favore della popolazione anziana, soprattutto in considerazione dell'incidenza che questa fascia d'età assume nella realtà regionale e in virtù di esperienze gestionali consolidate da parte della stragrande maggioranza degli Enti locali (ex DPR 616/77 e L.R. 21/90), sono i servizi ai quali i Comuni e, in diversi casi gli stessi Ambiti, hanno dedicato maggiore attenzione progettuale e risorse finanziarie più cospicue.
In questi anni è stata notevolmente potenziata la rete di strutture residenziali di varia tipologia (comunità alloggio, residenze protette, case di riposo) destinate alle persone anziane: nello specifico ne sono oggi operative 40 con una disponibilità di 1375 posti letto di cui 36 per l'emergenza e 48 per l'accoglienza temporanea. Sono in fase di completamento altre 8 strutture. Prosegue, con un notevole numero di attivazioni, il servizio di telesoccorso alle persone anziane e a quelle diversamente abili che attualmente serve quasi 1000 utenti.
Per quanto riguarda gli interventi in favore delle persone in situazione di diversa abilità, gli ambiti hanno assicurato, previa opportuna disposizione dell'Assessorato regionale, l'erogazione dei servizi essenziali (assistenza domiciliare, interventi socio educativi per i minori, funzionamento dei centri diurni).
Le Province di Campobasso e Isernia hanno inoltre realizzato, grazie a specifici contributi regionali, integrati da risorse proprie, iniziative sovrambito finalizzate a migliorare la mobilità dei disabili, soprattutto di quelli impegnati in percorsi di studio.
La Provincia di Campobasso, in particolare, ha proseguito nell'erogazione di un servizio di "Assistente alla comunicazione" che attraverso l'apporto di operatori qualificati garantisce, con l'ausilio di strumenti e sistemi di comunicazione (sistema Braille, linguaggio dei segni - LIS – computer idonei all'utilizzo di ciechi e ipovedenti) interventi personalizzati funzionali

a mediare e a favorire relazioni tra i diversamente abili e le persone che con loro interagiscono nei diversi contesti di vita.
Attualmente nella sola provincia di Campobasso sono 152 i giovani impegnati in un percorso didattico nella scuola secondaria superiore.
Per ciò che attiene ai servizi semiresidenziali o aggregativi destinati ai cittadini in situazione di diversa abilità, risultano attualmente attivi 9 centri socio educativi di cui 8 in provincia di Campobasso ed uno in provincia di Isernia che sono in grado di accogliere 130 soggetti, per la maggior parte gli attuali ospiti appartengono alla fascia di età 19-50 anni (96); pochi a quella 0-18 anni (4 solo a Campobasso) e 51-65 anni (7). In prevalenza si tratta di disabili residenti nello stesso comune sede del centro, con una significativa partecipazione di cittadini provenienti da centri limitrofi.
Sono già state finanziate, di prossima attivazione, le strutture del "Dopo di Noi" rivolte a disabili gravi privi di adeguato sostegno familiare, nei comuni di Agnone, Campobasso e Ururi.
Uno dei punti dolenti che si rileva dall'attuale assetto dei servizi sociali è legato alla riduzione di quelli rivolti all'infanzia ed all'adolescenza, con un arretramento rispetto a quanto realizzato in precedenza con la programmazione di cui alla legge n. 285/97, che aveva consentito di raggiungere, anche con servizi minimi, l'intero territorio regionale attraverso la realizzazione di spazi aggregativi, di servizi ricreativi e domiciliari, di misure finalizzate all'inclusione dei minori disabili.
Il mancato finanziamento statale della legge succitata ha comportato la riduzione ed in alcuni casi la soppressione di tali iniziative.
Con la legge regionale n. 9/04 ed il successivo regolamento attuativo, sono state promosse misure finalizzate alla promozione dell'adozione mediante sostegni economici alle famiglie che hanno fatto ricorso all'adozione internazionale.
Si sono inoltre poste in essere iniziative per aumentare le potenzialità ricettive dei servizi pubblici destinati alla prima infanzia attraverso il finanziamento di asili nido comunali ed aziendali. Ad oggi i minori accolti sono complessivamente 436 con una copertura pari al 4% dell'utenza potenziale.

3. I livelli essenziali delle prestazioni sociali

3.1 Considerazioni preliminari

I mutamenti intervenuti nel quadro costituzionale rispetto a quello vigente al momento dell'approvazione della legge n. 328 del 2000 suggeriscono alcune riflessioni sui nuovi assetti

istituzionali, sulle competenze e responsabilità, necessarie per permettere l'avvio di un proficuo confronto con lo Stato finalizzato a definire i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LIVEAS).
La forte ed importante valenza innovativa della legge n. 328/2000, che ha per la prima volta affermato il diritto all'assistenza, si fonda su un assetto istituzionale in parte anticipatore dei contenuti della riforma costituzionale del Titolo V del 2001, introducendo il federalismo amministrativo, con la legge n. 59 del 1997 la cui attuazione è stata affidata, in particolare al decreto legislativo n. 112 del 1998.
Il nuovo testo costituzionale assegna alla piena potestà legislativa regionale, senza più vincoli ai principi fondamentali fissati da leggi dello Stato, tutte le materie che non siano oggetto di legislazione concorrente od esclusiva dello Stato. Tra le materie assegnate alla piena competenza legislativa delle Regioni rientra "*l'assistenza sociale*".

Spetta alla Regione l'individuazione delle modalità organizzative, degli standards da adottare per raggiungere l'obiettivo della garanzia delle prestazioni, unitamente ai sistemi organizzativi da utilizzare.
Il tema della definizione dei LIVEAS viene affrontato con la consapevolezza di dover operare delle scelte prioritarie unitamente a quello delle risorse finanziarie necessarie a garantirle; il forte ed ineludibile legame tra determinazione delle prestazioni ricomprese nei livelli essenziali da garantire in tutto il territorio regionale e risorse economiche per finanziarle, fanno sì che si debba necessariamente pensare ad un sistema di definizione dei livelli graduale e progressivo, in cui le priorità indicate guidino sia il lavoro di programmazione che di realizzazione delle prestazioni stesse.
Il sistema di finanziamento messo in atto nel prossimo triennio in materia di politiche sociali pertanto è stato adeguato in termini di strumenti, dotazioni finanziarie e finalità, per individuare le prestazioni essenziali e prioritarie da garantire a tutti i cittadini della Regione.

3.2 I settori di intervento e le priorità

L'articolo 117, comma 2, lett. m) della Costituzione conferisce allo Stato potere legislativo esclusivo nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali da garantire su tutto il territorio nazionale.
La Regione in materia di livelli essenziali fa proprie le indicazioni contenute all'articolo 22, comma 1 e comma 2 della legge n. 328/00, che definisce il contesto di erogazione dei livelli essenziali di carattere sociale esigibili su tutto il territorio. Tali indicazioni prevedono che:

a) il sistema integrato è frutto di servizi e di prestazioni economiche che si integrano in percorsi attivi che ottimizzano le risorse e impediscono sovrapposizioni;
b) in materia di prevenzione, cura e riabilitazione restano ferme le competenze sanitarie e socio-sanitarie del Servizio Sanitario;
c) le prestazioni sociali sono erogabili, sia sotto forma di beni che di servizi, secondo le caratteristiche e i requisiti fissati dalla pianificazione regionale e di zona;
d) il finanziamento deriva dal Fondo nazionale e dalle risorse ordinarie destinate dalla Regione e dagli Enti Locali alla spesa sociale.

L'articolo 22 della stessa legge n. 328/00 elenca, al secondo comma, gli interventi che costituiscono "i livelli essenziali delle prestazioni sociali":

1) misure di sostegno alla povertà;
2) misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza presso il proprio domicilio;
3) interventi di sostegno ai minori e ai nuclei familiari anche attraverso l'affido e l'accoglienza in strutture comunitarie;
4) misure per sostenere le responsabilità familiari;
5) misure di sostegno alle donne in difficoltà;
6) interventi per l'integrazione sociale delle persone disabili, l'individuazione di centri socio educativi, di comunità alloggio e di accoglienza;
7) interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza presso il proprio domicilio, nonché la socializzazione e l'accoglienza presso strutture residenziali e semiresidenziali;
8) prestazioni socio-educative per soggetti dipendenti da sostanze patologiche;
9) informazione e consulenza alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e l'auto aiuto;
10) prestazioni ed interventi per l'integrazione sociale e lavorativa dei pazienti psichiatrici.

In considerazione di quanto finora espresso e tenuto conto delle risorse disponibili da assegnare ai singoli Ambiti Sociali si indicano le **priorità** per la programmazione degli interventi da realizzare:

1. **Uffici di Cittadinanza:**
2. **Servizio Sociale Professionale**
3. **Anziani:**
4. **Disabili**
5. **Famiglia**
6. **Minori, adolescenti, giovani**
7. **Disagio adulto**
8. **Immigrati**
9. **Servizi di inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti fragili;**
10. **Servizi di inserimento in centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.**

A titolo esemplificativo, si riportano le modalità per la realizzazione dei servizi di seguito specificati:

a) Gli **Uffici di Cittadinanza** svolgeranno Attività di informazione e consulenza in risposta al bisogno di informazione dei cittadini, con l'obiettivo di promuovere l'esigibilità dei diritti sociali. Tale servizio è lo strumento di orientamento del cittadino e di conoscenza di tutte le risorse della comunità: pubbliche, del terzo settore, private.

Il servizio svolto dagli Uffici di cittadinanza è organizzato ed attuato in ciascun ambito territoriale in conformità alle indicazioni proposte con le Linee guida per la stesura dei Piani Sociali di Zona, contenenti anche le indicazioni relative all'assetto organizzativo gestionale da assicurare entro il triennio di attuazione del Piano stesso.

b) Il **Servizio Sociale Professionale** comporta specifiche attività finalizzate alla lettura e decodificazione della domanda, alla presa in carico della persona, della famiglia e/o del gruppo sociale, all'attivazione ed integrazione dei servizi e delle risorse in rete, all'accompagnamento e all'aiuto nel processo di promozione ed emancipazione. Il servizio si articolerà secondo le indicazioni proposte con le Linee guida per la stesura dei Piani Sociali di Zona, contenente anche le indicazioni relative all'assetto organizzativo gestionale da assicurare entro il triennio di attuazione del Piano stesso.

c) **Servizi domiciliari:**

- **Assistenza domiciliare (SAD)**

Servizio finalizzato a favorire il mantenimento nel proprio nucleo familiare e contesto sociale delle persone a rischio di emarginazione o parzialmente non autosufficienti che necessitano di interventi di cura e di igiene della persona, di aiuto nella gestione della propria abitazione, di sostegno psicologico, di assistenza sociale o socio-educativa a domicilio.

- **Assistenza domiciliare integrata (ADI)**

Servizio finalizzato ad evitare ricoveri ospedalieri impropri e a mantenere nel proprio ambiente di vita le persone non autosufficienti o di recente dimissione ospedaliera, con l'erogazione a domicilio di prestazioni socio-assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative) i cui oneri gravano integralmente sul Fondo Sanitario Regionale.

d) **Servizi di sostegno**

- **Servizio socio psico educativo per le famiglie**

  Interventi di sostegno, erogati in apposite strutture o a domicilio, destinati a famiglie e nuclei familiari con soggetti a rischio di emarginazione, finalizzati a favorire la promozione, il trattamento e l'integrazione sociale del soggetto in difficoltà e della famiglia, favorendo l'autonoma capacità di affrontare le situazioni di disagio familiare.

- **Servizio affido familiare e adozioni**

  Attività di intermediazione e supporto finalizzata, in caso di affido, a favorire l'accoglienza temporanea di un minore in un nucleo familiare quando la famiglia di origine sia momentaneamente impossibilitata a provvedervi in modo adeguato; in caso di adozione, a proteggere e tutelare la crescita di un minore in stato di abbandono attraverso l'accoglienza definitiva in un nucleo familiare.

- **Assistenza scolastica per l'autonomia e la comunicazione dei disabili**

  Servizio che viene svolto nell'ambito scolastico, al fine di garantire il diritto allo studio degli alunni in situazione di handicap.

  Gli interventi sono realizzati al fine di favorire la piena partecipazione alla vita scolastica del disabile che, in tal modo, rafforza ed implementa le proprie abilità.

  E' un supporto all'alunno disabile nei percorsi educativi e relazionali e non attiene alla cura materiale dello stesso e/o alla sua custodia (a cui è tenuta l'Amministrazione scolastica).

e) **Servizi di prevenzione**

- **Centro diurno**

Attività di socializzazione, aggregazione, recupero, sostegno (con funzione di sollievo anche alla famiglia con gravi carichi assistenziali in particolari momenti della giornata), svolte presso strutture polivalenti, di tipo aperto, rivolta a:

1) minori, per la prevenzione o il superamento di situazioni di bisogno e disagio, al fine di favorire lo sviluppo della loro personalità, anche attraverso l'apporto del progetto educativo individualizzato;
2) disabili, per la prevenzione dell'istituzionalizzazione, lo sviluppo delle abilità operative, il miglioramento dell'autonomia della persona, la costruzione di una rete di relazioni e l'integrazione sociale, anche attraverso un adeguato percorso di inserimento lavorativo;
3) anziani, per la prevenzione dell'istituzionalizzazione, il sostegno e sollievo all'anziano e alla famiglia, il miglioramento e il mantenimento dell'autonomia residua della persona.

Il Piano di zona è lo strumento per la definizione concreta e per l'erogazione degli interventi e dei servizi rientranti nei LIVEAS, in quanto l'esigibilità di prestazioni garantite a tutti deve essere ancorata ai bisogni da fronteggiare che, specie nel settore dell'assistenza, non possono essere compiutamente rilevati se non dai livelli di governo più vicini ai cittadini. Ogni ambito territoriale, partendo dalla individuazione generale fatta dal Piano sociale, potrà precisare ed arricchire il proprio sistema locale dei servizi sociali, privilegiando le risposte ai bisogni prioritari, mobilitando risorse aggiuntive rispetto a quelle assegnate dalla Regione e promuovendo azioni di sviluppo mirate.

Diventa necessario tener presente che, pur considerando l'accesso universale alle prestazioni sociali, hanno priorità i soggetti in condizioni di *povertà,* con limitato reddito, con *incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze* per *inabilità fisiche o psichiche* che non permettono l'accesso al mercato del lavoro, nonché *soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria*, (articolo 2 comma 3,L. 328/00).

La definizione e la realizzazione dei LIVEAS sarà garantita attraverso un percorso programmatorio necessariamente negoziato e condiviso fra i diversi livelli istituzionali, che concorrono alla programmazione dei Piani Sociali di Zona, nel rispetto delle priorità indicate.

Il campo di bisogni e servizi considerato deve comprendere, fra le prestazioni sociali da inserire nei livelli essenziali, anche le prestazioni che costituiscono la componente sociale dei servizi socio sanitari di cui va definito e calcolato il flusso di finanziamento.

I livelli essenziali delle prestazioni sociali (LIVEAS) e quelli delle prestazioni sanitarie (LEA) devono infatti avere un trattamento e una disciplina coerente, simmetrica ed equilibrata, frutto di una strategia di integrazione.

4. La programmazione del sistema sociale regionale

4..1 Aspetti generali

Ogni intervento socio assistenziale, anche quello apparentemente più semplice, deve rientrare all'interno di un percorso programmato caratterizzato da obiettivi ben definiti. Tale processo di programmazione aiuta a razionalizzare, circoscrivere, orientare e valutare gli interventi e quindi a responsabilizzare tutti gli attori coinvolti, a chiarire ruoli e competenze e a definire vincoli e risorse.

Un percorso progettuale, per essere veramente efficace ed adeguato, deve curare soprattutto i seguenti aspetti, considerati elementi fondamentali di ogni progetto:

- la temporaneità;
- la contrattazione;
- la verifica.

L' intervento, per responsabilizzare gli attori coinvolti e razionalizzare le risorse, deve avere un limite temporale prestabilito che potrà subire delle modifiche, ma solo previa attenta ed approfondita valutazione della situazione da parte degli operatori responsabili del progetto.

Relativamente ad ogni progetto, si dovrà periodicamente verificare la rispondenza delle azioni realizzate e l'adeguatezza delle risorse utilizzate rispetto agli obiettivi prefissati, al fine di poterlo rimodulare o proporre nuovi progetti maggiormente mirati ed adeguati al raggiungimento degli obiettivi.

4..2 Gli ambiti territoriali

La suddivisione del territorio regionale in ambiti territoriali deriva dalla necessità, nell'ottica di una presa in carico globale, della gestione associata dei servizi, della ottimizzazione delle risorse umane, organizzative e strumentali disponibili. Si rende pertanto necessario individuare un sistema di collaborazione, programmazione, progettazione e gestione fra i Comuni per la realizzazione di una rete di servizi sociali integrati.

Sia la L. n. 328/00 che la Legge Regionale n. 1/00, auspicavano la coincidenza dell'ambito territoriale con i distretti sanitari proprio per rafforzare l'integrazione fra istituzioni diverse (ASREM, enti locali, ecc) al fine di giungere ad un approccio globale in cui le politiche socio - assistenziali sono strettamente coniugate con dinamiche di prevenzione che uniscono all'aspetto sanitario anche quello previdenziale, economico, fiscale, del lavoro, della casa, dell'ambiente, della cultura, della formazione.

I Comuni sono chiamati a rispondere ai bisogni della popolazione secondo una logica territoriale che supera i confini amministrativi, proponendosi come garanti del benessere individuale e sociale.
La costruzione degli ambiti territoriali semplifica così, unificandolo, il livello di programmazione; gli ambiti territoriali coincidono con i sette Distretti Sanitari individuati dal nuovo Piano Sanitario Regionale, approvato dal Consiglio Regionale, con Legge n. 34/08.

Gli ambiti territoriali si configurano come la sede permanente di raccordo e concertazione tra Regione e Comuni per la programmazione degli interventi sociali.
La Regione, attraverso il "Nucleo di accompagnamento e assistenza tecnica alla progettazione e controllo delle attività sociali" del Servizio regionale competente, assiste gli Ambiti territoriali nel predisporre e realizzare la programmazione locale al fine di:

- dotare tutto il territorio di una rete di servizi essenziali che consente ad ogni persona uguali opportunità di accesso ai servizi e la stessa qualità delle prestazioni a prescindere dal luogo di residenza;
- creare le condizioni per l'integrazione dei servizi tenendo conto non solo del rapporto tra sanitario e sociale, ma anche del più ampio sistema di welfare: politiche attive del lavoro, formazione professionale e permanente, istruzione, integrazione sociale.

4.3 Il Piano di Zona

La programmazione dei Piani Sociali di zona deve essere improntata su due livelli di operatività relativi a:

- obiettivi riferiti alle diverse aree di intervento e le correlate azioni specifiche;
- obiettivi di tipo trasversale, comuni cioè alle suddette aree, nonché le opzioni relative agli assetti organizzativi e gestionali, da definire in coerenza alle scelte strategiche regionali.

Al fine di raggiungere questi obiettivi il PSZ stabilisce il ruolo e la competenza della componente politica e di quella tecnica, per la funzione di regia ed indirizzo; a tal fine articola e definisce un sistema di valutazione in itinere ed ex post, funzionale ad un riorientamento progressivo delle azioni previste o alla riprogettazione delle stesse.

Il Piano non si esaurisce nel documento che lo descrive, ma si configura in un processo programmatorio che si estende oltre la presentazione del documento stesso, che deve essere continuamente monitorato, implementato e, qualora se ne ravvisi l'opportunità, modificato.

I PSZ devono **individuare** almeno:

- gli obiettivi di sviluppo, tutela e inclusione sociale e i relativi indicatori di verifica;
- gli obiettivi di sistema dei servizi e le priorità di intervento;
- le modalità organizzative dei servizi;
- le risorse necessarie a realizzare il sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali locali nonché l'integrazione sociosanitaria,
- le modalità per realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle Amministrazioni Statali;
- le modalità per la collaborazione tra servizi e soggetti impegnati nelle diverse forme di solidarietà sociale;
- le forme di concertazione con l'ASREM, per garantire la cooperazione nell'ambito delle aree afferente all'integrazione socio sanitaria;
- le modalità per garantire l'informazione ai cittadini ed alle formazioni sociali, quale presupposto per la fruibilità dei servizi.

Infine, per raggiungere l'obiettivo di sviluppo relativo all'integrazione delle diverse politiche sociali, il PSZ definisce specifiche modalità di collaborazione con gli altri soggetti istituzionali che agiscono nella rete dei servizi per avviare forme di integrazione fra politiche sociali, sanitarie, educative, formative, del lavoro, culturali ed abitative.

4.3.1 Comitato dei Sindaci

Il Comitato dei Sindaci è l'organo politico che:

- elegge il Presidente ed adotta il regolamento necessario al proprio funzionamento;
- individua l'Ente Locale capofila: un Comune o una Comunità Montana;
- definisce le modalità istituzionali e le forme organizzative gestionali più idonee per la realizzazione della *"rete integrata degli interventi e dei servizi sociali"*;
- nomina il coordinatore di ambito e/o il responsabile gestionale-amministrativo, istituisce l'ufficio di piano e attiva la verifica e la valutazione dell'attività svolta dal coordinatore in aderenza agli atti di indirizzo della Regione;

- definisce le competenze e le professionalità necessarie e coerenti per le funzioni dell'Ufficio di Piano;
- definisce le forme di collaborazione fra i Comuni e l'Azienda Sanitaria Regionale, i contenuti degli accordi di programma, le possibili intese con la Comunità Montana, le eventuali forme di collaborazione tra ambiti diversi compresa la possibilità di elaborare un unico Piano di Zona e di nominare un unico Coordinatore e/o un responsabile gestionale amministrativo;
- individua le modalità per la realizzazione di coordinamenti con organi periferici delle Amministrazioni statali;
- dà indicazione per la predisposizione del Piano di Zona, istituendo a tal fine il "tavolo di concertazione" per garantire il coinvolgimento dei soggetti di cui all'art.1, comma 5°, della Legge 328/2000 nella progettazione e realizzazione degli interventi e per promuovere la partecipazione attiva dei cittadini, ai sensi dell'art.1, comma 6°, della legge medesima;
- approva il piano di zona;
- da indicazioni per la predisposizione del Bilancio sociale e lo approva;
- approva il programma della attività territoriali del Distretto per la parte relativa all'integrazione socio-sanitaria, che è parte integrante del Piano di Zona:
- promuove la predisposizione della carta dei servizi.

Il confronto istituzionale si esplica attraverso *"La Consulta regionale degli ambiti territoriali"*, con funzioni di coordinamento delle problematiche politico amministrative relative all'attuazione del Piano Sociale Regionale, composta dall'Assessore regionale alle Politiche Sociali, dagli Assessori competenti delle due Province, dai Presidenti dei Comitati dei Sindaci, dal Direttore Generale dell'ASREM.

4..3.2 Coordinatore d'Ambito

Il Coordinatore d'Ambito opera nella programmazione della rete dei servizi essenziali da garantire nell'Ambito Territoriale, dei servizi di rilievo intercomunale, delle nuove progettualità e sperimentazioni, nella definizione del Bilancio Sociale e risponde del suo operato al Comitato dei Sindaci.

In particolare:

- può essere anche responsabile dell'Ufficio di Piano e/o dell'Ambito territoriale, in ragione delle scelte organizzative e gestionali operate dal Comitato dei sindaci;

- attiva una concertazione territoriale per l'analisi dei problemi sociali e dei bisogni dei cittadini;
- elabora la programmazione complessiva delle politiche sociali territoriali sulla base delle indicazioni del Comitato dei Sindaci;
- predispone un piano di comunicazione sociale;
- supporta i processi di gestione delle risorse e collabora con il Comitato dei Sindaci nella organizzazione degli Uffici di Cittadinanza Sociale;
- coordina l'attività di raccolta dati per la costruzione di un sistema informativo locale in raccordo con l'Osservatorio regionale e provinciale sui fenomeni sociali;
- concorre all'attivazione del processo di integrazione sociale e sanitaria;
- facilita i rapporti con le altre amministrazioni pubbliche;
- collabora con i referenti pubblici individuati dai Comuni dell'Ambito per le diverse aree di intervento e con quelli del privato sociale in funzione dello sviluppo della rete.

In base alle configurazioni giuridiche dell'Ambito, che saranno scelte dai Comitati dei Sindaci secondo le indicazioni riportate nelle linee guida, la nomina a Coordinatore di Ambito potrà essere effettuata tra gli iscritti nell'elenco regionale degli aspiranti al ruolo di Coordinatore.

Nelle more di una puntuale definizione, ai sensi del vigente Testo Unico sugli Enti Locali, dello status giuridico dell'ambito territoriale, i Comitati dei sindaci possono nominare, in luogo o in aggiunta al Coordinatore d'Ambito, un responsabile gestionale amministrativo individuato tra il personale dipendente con qualifica dirigenziale o assimilabile, con comprovata esperienza nella programmazione e gestione dei servizi sociali, presente negli organici o in servizio presso uno dei Comuni appartenenti all'Ambito.

In seguito alla definizione dell'assetto giuridico dell'Ambito, le funzioni di responsabile gestionale/amministrativo e di Coordinatore saranno svolte da un unico soggetto.

Il collegamento a livello regionale si attua tramite *"La Conferenza permanente dei Coordinatori di Ambito Territoriale*", coordinata dal Servizio regionale competente, che ha funzioni di supporto e raccordo tra i coordinatori nel processo di costruzione e gestione dei Piani di Zona, del Bilancio Sociale e di tutto quanto previsto in ordine alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

4.3.3 Ufficio di Piano

L'Ufficio di Piano è l'organo tecnico che realizza le funzioni di cui al precedente punto al fine di garantire una programmazione condivisa ed una regolamentazione omogenea della rete integrata dei servizi sociali e socio-sanitari.

Le attività dell'Ufficio di Piano riguardano:

- investimenti in conto capitale dei servizi sociali da finanziare con i contributi europei nazionali e regionali;
- programmazione di settore delle diverse aree di intervento;
- procedura di avvio e formulazione del piano di zona 2009-11 e le modalità per la partecipazione attiva dei vari soggetti interessati alla pianificazione ed organizzazione della rete integrata dei servizi sociali e socio-sanitari;
- coordinamento degli *Uffici di Cittadinanza Sociale*, al fine di promuovere e supportare l'azione di rete coinvolgendo persone e famiglie, gruppi e associazioni, soggetti istituzionali e non attraverso:

- la lettura e l'osservazione dei bisogni, il monitoraggio e la promozione delle risorse del territorio;
- l'individuazione di punti unici di accesso al sistema dei servizi sociali e sanitari.

L'Ufficio di Piano si configura come un gruppo tecnico di lavoro, a carattere intercomunale, la cui attività di progettazione esecutiva, gestionale e di monitoraggio del sistema dei servizi socio-sanitari sul territorio di riferimento è finalizzata alla programmazione sociale e alla attuazione del Piano Sociale di Zona.

Esso ha le seguenti competenze:

- predisporre gli atti per l'organizzazione dei servizi e per il loro eventuale affidamento a soggetti terzi;
- predisporre l'articolato dei protocolli di intesa e degli altri atti volti a realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali;
- organizzare la raccolta delle informazioni e dei dati anche al fine della realizzazione del sistema di monitoraggio e valutazione;
- promuovere iniziative per il reperimento di altre risorse;
- predisporre tutti gli atti necessari all'assolvimento da parte del Comune capofila dell'obbligo di rendicontazione;
- formulare indicazioni e suggerimenti diretti al Comitato dei Sindaci in tema di iniziative di formazione e aggiornamento degli operatori, rimodulazione delle attività previste dal piano di zona, acquisizione di diverse competenze o nuove figure professionali per l'espletamento dei propri compiti.

L'Ufficio di Piano è costituito dal Coordinatore d'Ambito, da un esperto per l'integrazione socio sanitaria, messo a disposizione dall'ASREM tra il proprio personale dipendente e da non più di altri sei operatori con specifiche competenze nel campo della programmazione e gestione dei servizi sociali, amministrativa, legale, contabile.
Le suddette professionalità devono essere ricercate tra le unità di personale in organico ai Comuni dell'Ambito territoriale e, in assenza di personale con le caratteristiche sopra indicate, resta ferma la possibilità di utilizzare professionalità esterne con rapporti contrattuali conformi alla normativa vigente.
Un assetto flessibile può essere previsto sia nell'integrazione delle professionalità dei componenti sia nell'ubicazione stessa dell'Ufficio di Piano.
I costi dell'Ufficio di Piano, fatto salva la spesa per il Coordinatore d'Ambito, non potranno gravare sulle risorse trasferite agli Ambiti ed ai Comuni, ma saranno a carico della quota di cofinanziamento dovuta dai Comuni all'Ambito di appartenenza.

4.3.4 Procedure da attivare per la predisposizione del Piano di Zona

Per favorire l'integrazione fra soggetti diversi che operano sullo stesso bisogno, si individueranno le aree tematiche (organizzative) al fine di predisporre il piano di zona mediante le seguenti fasi:

- analisi dei bisogni della popolazione;
- rilevazione dell'offerta presente nell'ambito e della domanda espressa nei servizi sociali e socio-sanitari;
- individuazione delle risorse pubbliche e private disponibili e attivabili sul territorio;
- definizione di criticità, obiettivi, priorità e destinatari degli interventi;
- realizzazione di modalità organizzative e gestionali dei servizi che siano flessibili e adeguate;
- scelta di forme gestionali unitarie dei servizi attraverso l'accordo di programma o l'eventuale delega.

Le aree individuate, secondo il criterio della priorità, sono quelle indicate nel terzo capitolo del presente Piano, al paragrafo 3.2 "I settori di intervento e le priorità".

4.3.5 Strategie per la elaborazione del Piano di Zona

Nella elaborazione del Piano è necessario:

- attivare azioni "responsabilizzanti", nelle quali coinvolgere i soggetti sociali rappresentativi della comunità locale e riconoscerli come parte attiva nella realizzazione della rete degli interventi e dei servizi sociali. In tale ottica, nel processo di elaborazione del Piano di zona, una particolare attenzione deve essere rivolta al coinvolgimento attivo di tutti i soggetti dell'art. 1 della Legge 328/00;
- focalizzare l'attenzione sui bisogni dei cittadini e della comunità locale e sulle condizioni per rendere esigibili i diritti sociali.

Vanno altresì fissate, nella fase di programmazione e di pianificazione, le condizioni metodologiche che consentano di effettuare valutazioni di processo e di esito e una definizione chiara ed esplicita del sistema delle responsabilità e delle modalità di gestione delle risorse.

4.3.6 Modalità di presentazione

Il Piano di Zona è trasmesso alla Giunta Regionale del Molise **entro sessanta giorni dalla pubblicazione del presente Piano Sociale Regionale sul BURM**

La Giunta Regionale esamina i Piani di Zona, li approva e provvede al riparto delle risorse disponibili.

Il Piano di Zona ha validità triennale: gli ambiti territoriali **potranno presentare al termine di ogni annualità eventuali rimodulazioni della programmazione territoriale.**

5. L'integrazione socio-sanitaria

5.1 Le finalità e gli obiettivi

La Regione, con il presente Piano Sociale, intende definire l'approccio integrato degli interventi socio-sanitari relativamente alle problematiche che non possono essere ricondotte unicamente alla sfera della "sanità", ma affrontate in una prospettiva "integrata", con riferimento al benessere e alla protezione sociale.

L'integrazione sociale e sanitaria, in questa prospettiva, rappresenta la concreta integrazione e sinergia tra i servizi sociali, gestiti da Comuni e i servizi sanitari, di competenza dell'ASREM e si attua attraverso l'implementazione delle politiche sociali mediante la piena realizzazione delle indicazioni della L. n. 328/00 e le politiche sanitarie orientate alla graduale riconversione della spesa a favore della sanità territoriale, in particolare nelle aree socio-sanitarie.

Tale scelta si è resa necessaria anche a causa di numerosi fattori, quali il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento della cronicità, la maggiore diffusione del disagio, la crescita delle disuguaglianze sociali ed economiche che hanno determinato un notevole incremento della domanda di prestazioni socio-sanitarie.

L'integrazione socio-sanitaria, sia da un'ottica istituzionale che gestionale e professionale, garantisce risposte unitarie ai bisogni complessi del cittadino, che, diversamente, non possono essere adeguatamente assicurate..

Le prestazioni socio-sanitarie comprendono:

- le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria: sono tutte le attività del sistema sociale finalizzate a sostenere la persona in condizione di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Dette attività, di competenza dei Comuni, sono inserite in progetti personalizzati di durata non limitata, sono erogati nelle fasi estensive e di lunga assistenza e sono prestata con partecipazione alla spesa da parte dei cittadini;
- le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale: sono tutte le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite; sono previste in progetti personalizzati di durata medio-lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o in strutture residenziali o semi residenziali e sono di competenza dell'ASREM;

- le prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria : rientrano nei livelli essenziali di assistenza e gravano sul fondo sanitario nazionale. Sono caratterizzate "dalla inscindibilità del concorso di più apporti professionali, sanitari e sociali, nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e della preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza" (DPCM 14.02.2001, art. 3, comma 3). Possono essere erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nelle strutture residenziali e semi residenziali.

Attengono prevalentemente alle aree:

- Materno infantile
- Anziani;
- Handicap;
- Patologie psichiatriche;
- Dipendenza da alcool, droga e farmaci;
- Patologie per infezioni da HIV;
- Patologie in fase terminale;
- Inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico degenerative.

L'integrazione socio-sanitaria deve essere compresa nella programmazione regionale e nella pianificazione zonale.

Il Piano Sociale di Zona è lo strumento attraverso cui i Comuni associati, con il concorso dell'ASREM, disegnano il sistema integrato di interventi e servizi sociali con la definizione degli obiettivi strategici, dell'assetto organizzativo, delle risorse e del personale da utilizzare, delle modalità di monitoraggio e valutazione.

L'accesso ai servizi socio-sanitari deve essere garantito e facilitato; l'utente dovrà fruire di un' attenta valutazione del suo effettivo stato di bisogno per la predisposizione di un programma personalizzato di assistenza secondo le opportunità che sono presenti nell'ambito territoriale.

La gestione dei servizi socio-sanitari sarà attuata attraverso l'integrazione delle figure professionali coinvolte, predisponendo dei percorsi formativi comuni agli operatori di area sanitaria e a quelli di area sociale, nonché l'attivazione di strumenti per una valutazione interdisciplinare del bisogno e per la valutazione comune di efficacia dell'intervento.

La fase di programmazione costituisce il momento privilegiato per articolare e sistematizzare tutte le indicazioni relative alla presa in carico del soggetto da parte dell'ambito

territoriale/distrettuale, al fine di garantire l'integrazione degli interventi e delle risorse e per meglio rispondere alle richieste dell'utente.
L'integrazione socio-sanitaria si realizza attraverso diverse forme di intesa:

- a livello istituzionale, tramite accordo di programma tra l'ente che gestisce i servizi assistenziali e l'azienda sanitaria locale;
- a livello programmatorio, con riferimento alla predisposizione del Piano di Zona;
- a livello finanziario, con una definizione delle quote di competenza di ciascun ente, in relazione alle attività da garantire e con una puntuale erogazione dei fondi, sia per quanto riguarda il settore sanitario che quello sociale.

5. 2 Le modalità dell'integrazione

L'integrazione socio sanitaria si attua negli Ambiti Territoriali Sociali e nei Distretti Sanitari che hanno come riferimento i Coordinatori di Ambito e i Direttori di Distretto.
Gli elementi di regolazione dei sistema di erogazione sono:

- definizione dei criteri di accesso ai servizi;
- strumenti di valutazione integrati;
- modalità di erogazione dei servizi.

5.2.1 La definizione e la implementazione dell'assetto organizzativo operativo

L'unitarietà della integrazione di interventi e servizi dell'area socio-sanitaria sarà garantita attraverso la definizione di processi, percorsi e procedure per le principali funzioni comuni ai diversi settori di intervento, che così potranno trovare le necessarie specificità e contestualizzazioni solo all'interno di un quadro coerente ed organico.
Le funzioni comuni ai settori su cui si indicano l'impostazione e gli indirizzi sono:

- accettazione territoriale integrata tra sociale e sanitario (PUA);
- area logica della valutazione integrata (UVI);
- area logica della presa in carico e della continuità dell'assistenza integrata.

Su questa linea gli Assessorati regionali competenti predispongono un atto di regolamentazione di:

- accesso;
- valutazione;
- continuità assistenziale integrata tra i servizi sanitari e i servizi sociali".

5.2.2 Standard di intervento e di prodotto

Il miglioramento della adeguatezza della struttura di offerta per le prestazioni socio-sanitarie gestite, in maniera integrata, dai servizi sociali e dai servizi sanitari la si garantirà con la progressiva definizione di standard di intervento e di prodotto.
Presupposti per questo processo sono:

- il recepimento e l'integrazione della normativa nazionale sull'integrazione socio-sanitaria;
- la rideterminazione dell'offerta dei servizi sociali e sanitari ;
- il coinvolgimento dei professionisti dei settori sanitario e sociale in una logica multiprofessionale e interdisciplinare.

Con il presente Piano Sociale la Regione avvia sperimentazioni sulla definizione di standard di intervento e di prodotto per quelle tipologie di azioni nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria ritenute più importanti, urgenti o esemplificative.

5.2.3 Integrazione tecnico professionale

Il necessario sviluppo del "lavoro di rete" degli operatori sociali e sanitari e dei tanti soggetti gestionali, istituzionali e non, che compongono la rete regionale di strutture e servizi sociali e sanitari, rappresenta un impegno prioritario che sarà perseguito promovendo molteplici e articolate occasioni di incontro, scambio, approfondimento comune caratterizzate da multiprofessionalità, interdisciplinarietà, multiterritorialità.
Particolare attenzione viene garantita alla formazione professionale di base e alla formazione specialistica integrata degli operatori sociali e sanitari. L'Assessorato è impegnato a coinvolgere tutti i soggetti istituzionali e non, con responsabilità nella formazione, particolarmente l'Università degli Studi del Molise, per la definizione di una progettualità unitaria e coerente a livello regionale.
Al fine di consolidare e sviluppare la rete degli interventi e dei servizi sanitari e dei servizi sociali integrati sul territorio della Regione si ritiene indispensabile che a livello centrale e decentrato si affronti insieme la questione della localizzazione delle strutture per garantire l'adeguatezza e l'appropriatezza delle risposte ai diversi bisogni presenti sul territorio.

6. Le risorse finanziarie

6.1 Le fonti di finanziamento

Il fondo sociale regionale per le Politiche Sociali finalizzato alla realizzazione degli interventi di cui al presente Piano, si compone di risorse rinvenienti da trasferimenti statali, da stanziamenti propri sul bilancio regionale annuale, dal Fondo Sociale Europeo.

Alle risorse finanziarie di cui innanzi andranno ad aggiungersi quelle derivanti dal cofinanziamento degli enti locali, pari ad almeno il 20% del fondo annuale assegnato (ovvero, Fondo regionale più Fondo nazionale, escluso il 10% che l'Assessorato si riserva per la gestione del sistema e gli interventi sovrambito) e dalla compartecipazione al costo dei servizi da parte degli utenti.
Nel Fondo Sociale Regionale non sono compresi gli stanziamenti previsti da specifiche norme regionali in materia sociale (volontariato, associazionismo, cooperazione sociale, fondo famiglia, ecc.)

Le leggi finanziarie dello Stato negli ultimi anni hanno introdotto, in aggiunta al Fondo Nazionale Politiche Sociali, ulteriori risorse finalizzate al finanziamento di specifiche interventi per la famiglia, la non autosufficienza, gli immigrati, i servizi alla prima infanzia.

L'utilizzo di tali risorse, dovrà tener conto della programmazione complessiva e dovrà integrarla, attraverso la realizzazione di specifici interventi in ragione dei bisogni espressi dagli Ambiti territoriali.
L'Ambito, in tale ottica, rafforza il proprio ruolo svolgendo appieno la funzione programmatoria degli interventi nel settore sociale sulla base di specifiche **"Linee guida",** adottate dalla Giunta Regionale, che definiranno, tra l'altro, il percorso di concertazione e di progettazione partecipata, gli assetti gestionali ed organizzativi nonché l'indicazione dei contenuti e degli strumenti per la costruzione del Piano Sociale di zona e le procedure di presentazione.

6.2 Il riparto delle risorse

La nuova programmazione prevede l'assegnazione del 90% del fondo sociale regionale nella percentuale del 50% ai comuni e del 50% agli ambiti territoriali.

Il restante 10% rimane nella disponibilità dell'Assessorato alle Politiche sociali per il finanziamento del sistema informativo regionale (Osservatori regionale e provinciali) e per progetti a valenza regionale, provinciale e sovrambito.
Le modalità ed i criteri per la ripartizione delle risorse saranno differenti tra il fondo unico e quelli dedicati ad interventi specifici.
Per il fondo da assegnare ai Comuni sarà considerato il numero degli abitanti integrato, per gli enti con popolazione fino a 1.000 abitanti, da una quota del 5%.

E' stabilita a carico dei Comuni una quota di cofinanziamento non inferiore al 20% delle risorse assegnate dal fondo sociale regionale all'Ambito territoriale ed ai singoli Comuni che dovrà essere utilizzata, prioritariamente, per il funzionamento degli Uffici di Cittadinanza, del Servizio Sociale Professionale e degli Uffici di Piano.

Tale finanziamento potrà essere integrato dalla quota di compartecipazione degli utenti al costo dei servizi.
I Comuni aderenti all'Ambito possono contribuire alla copertura della quota di cofinanziamento per le attività di cui sopra anche attraverso la messa a disposizione di risorse professionali inserite nell'organico dell'Ente locale.
Il Fondo sociale regionale annuale viene trasferito in favore dei Comuni, per la prosecuzione dei servizi assistenziali, in unica soluzione. I Comuni sono tenuti a fornire all'Ambito territoriale di riferimento una relazione sui servizi attuati e sull'utilizzo delle risorse assegnate entro il 31 dicembre di ogni anno.
In relazione alle risorse assegnate agli Ambiti territoriali il trasferimento del fondo avverrà con le seguenti modalità:

- anticipazione del 20% entro il mese di febbraio di ogni anno;
- ulteriore corresponsione da effettuarsi entro 60 gg. dalla richiesta, sulla base di formale rendicontazione relativa alle spese sostenute entro il 30 giugno di ogni anno;
- ulteriore corresponsione da effettuarsi entro 60 gg. dalla richiesta, sulla base di formale rendicontazione relativa alle spese sostenute entro il 31 di dicembre di ogni anno.

La Regione riconosce, nell'anno successivo a quello di avvio del presente Piano Sociale, una premialità pari al 6% delle spese sostenute e rendicontate da ogni Ambito territoriale per la realizzazione di servizi in forma associata.

6.3 Ulteriori interventi regionali

Le risorse trasferite dallo Stato (famiglie, giovani, non autosufficienza, servizi alla prima infanzia, sostegno alle famiglie numerose) nonché quelle regionali rinvenienti da provvedimenti normativi in corso (legge famiglia), verranno utilizzate per interventi specifici mediante appositi avvisi pubblici che definiranno i criteri e le modalità per l'accesso ai benefici.

La Giunta Regionale con deliberazione n. 851 del 29 luglio 2008, ha già provveduto all'approvazione del "Programma regionale di azioni e iniziative a favore della famiglia – Anno 2008" con l'obiettivo di fornire immediate risposte alle famiglie, soprattutto a quelle che vivono situazioni di grave disagio sociale ed economico. A tal fine sono stati individuati alcuni obiettivi di particolare significato:

- favorire la formazione e lo sviluppo delle famiglie mediante la rimozione degli ostacoli di ordine economico e sociale che si presentano nelle diverse fasi della vita familiare, con particolare riguardo a quelli di carattere abitativo, lavorativo ed economico;
- favorire l'attuazione del diritto allo studio, anche universitario, per i minori e i giovani appartenenti a famiglie in situazione di difficoltà economiche e sociali;
- promuovere interventi anche di carattere economico a favore delle famiglie che adottano uno o più bambini ;
- promuovere politiche positive per l'affido familiare;
- promuovere politiche di conciliazione tra il tempo di lavoro e il tempo di cura;
- promuovere e sostenere le iniziative finalizzate alla creazione di reti primarie di solidarietà, l'associazionismo e la cooperazione, al fine di favorire forme di auto-organizzazione;
- promuovere e sostenere la realizzazione di interventi di sostegno a favore di famiglie in grave disagio socio-economico;
- prevedere la formazione di assistenti familiari;
- potenziare la rete territoriale dei consultori familiari pubblici e privati attraverso l'istituzione di "sportelli famiglia";
- sostenere i Comuni nel pagamento delle rette per i minori accolti in comunità a seguito di provvedimenti della Magistratura minorile.

Il Programma svilupperà , al fine di raggiungere gli obiettivi citati , interventi nelle seguenti aree:

1. AREA: FAMIGLIE DI NUOVA COSTITUZIONE

Azioni

1. Misure di sostegno economico per l'acquisto della prima casa;
2. Misure di sostegno economico per la locazione dell'alloggio di residenza;
3. Contributo relativo all'attivazione dei servizi di fornitura di acqua, energia elettrica e gas nell'abitazione di residenza della famiglia

2. AREA: FAMIGLIE IN DIFFICOLTA'

Azioni

1. Sostegno economico alle famiglie in situazione di difficoltà derivante da: stato di disoccupazione, decesso, nascita di un figlio, detenzione, esistente o sopravvenuta disabilità di uno dei componenti il nucleo familiare, separazione o divorzio, malattia grave di uno dei componenti il nucleo familiare e altro. Il sostegno è finalizzato anche ad interventi per la realizzazione del diritto allo studio, compreso quello universitario, di minori e giovani;
2. Sostegno economico alle famiglie con 4 o più figli per l'abbattimento dei costi dei servizi.

3. AREA: MINORI

Azioni

1. Concessione di contributi per la realizzazione di nidi, micronidi e nidi aziendali e di altri servizi integrativi per la prima infanzia;
2. cessione di contributi alle famiglie che adottano uno o più minori (L.R. n.9/2004 – Regolamento regionale n.4/2007);
3. Rimborso fino ad un massimo del 50% delle spese sostenute dai Comuni per il pagamento delle rette per i minori collocati in comunità a seguito di disposizioni della Magistratura minorile;
4. Sostegno economico alle famiglie che hanno in affidamento minori;
5. Finanziamento di una campagna di sensibilizzazione per l'Affido familiare.

4. AREA: ASSOCIAZIONISMO FAMILIARE

Azioni

Concessione di contributi alle Associazioni di famiglie o a gruppi di famiglie composti da almeno 4 nuclei per la realizzazione di progetti sperimentali in risposta a bisogni emergenti e relativi a servizi di natura assistenziale e/o educativa.

5. AREA:FORMAZIONE

Azioni

1. Finanziamento di corsi per la qualificazione del lavoro di cura delle assistenti familiari, anche

immigrate;
2. Finanziamento di un corso di formazione per "Mediatore penale"in ambito minorile.

6. AREA:SERVIZI

Azioni

1. Concessione di contributi per il potenziamento delle attività di carattere sociale nei Consultori familiari pubblici e privati ed in particolare per l'istituzione al loro interno di "Sportelli famiglia".

7. AREA: COMUNICAZIONE

1. **Azioni**
2. Finanziamento di attività di promozione e di informazione.

8. AREA: SUPPORTO TECNICO

1. Finanziamento di interventi di assistenza tecnica.

Le risorse complessivamente disponibili per l'attuazione del programma ammontano a complessivi € 7.732.206,65.

7. La compartecipazione dell'utenza al costo delle prestazioni

L'accesso ai servizi sociali dovrà essere garantito sulla base del principio della differenza di compartecipazione alla spesa, o la gratuità, in considerazione della situazione economica delle persone.

Con deliberazione n. 203/07 la Giunta Regionale ha stabilito i criteri per la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni del sistema integrato, sulla base del principio di progressività ed in ragione della capacità economica dei soggetti e nel rispetto dei principi di cui al D.Lgs. 109 del 31 Marzo 1998, come modificato dal D.Lgs. 130/2000 ovvero mediante l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE).

8. Il sistema unico di valutazione

8.1 Finalità

La Regione intende elaborare e condividere con gli Enti Locali e tutti i soggetti coinvolti nella programmazione un sistema di valutazione in merito alla rete dei servizi degli Ambiti sociali per mezzo di specifici strumenti che, in maniera continuativa, descrivano le principali azioni, i progetti ed i servizi presenti sul territorio ed un sistema di valutazione che misuri l'efficacia delle scelte programmatorie e degli interventi realizzati.

La programmazione e la valutazione si realizzano a diversi livelli di governo regionale, provinciale e di ambito sociale, con il comune intento di analizzare le azioni e i processi programmatori, riorientarli e riprogettare gli interventi.
Ciascun livello di governo ha la necessità di realizzare azioni di monitoraggio e di valutazione per analizzare i processi e i risultati delle proprie politiche sociali e socio sanitarie.
Il sistema regionale di valutazione si pone come obiettivo l'individuazione e la condivisione di strumenti per la raccolta dei dati, di indicatori che consentano comparazioni e raffronti temporali e richiede l'impegno da parte di tutti gli attori coinvolti nel fornire le informazioni e nel rielaborarle, anche al fine di costruire uno strumento utile sia agli amministratori, per riorientare la loro azione, sia ai cittadini per conoscere i servizi attivati, le scelte organizzative e gli effetti prodotti.

Si tratta di un percorso di ricerca che intende evidenziare, confermare, correggere o abbandonare le strade scelte ed intraprese, fino a diventare parte integrante e qualificante di una politica sociale e va inteso come un'occasione di crescita e di miglioramento continuo a più livelli, pur configurandosi come una attività di controllo sulla efficacia delle politiche e sulla correttezza dei processi.

La complessità insita in tale modalità di valutazione dipende dal fatto che ad ogni passo si determinano effetti sul sistema complessivo, per cui si tratta di continuare a riproporre un confronto su senso e finalità del lavoro svolto, affinché intorno ad esso si sviluppi quella necessaria attenzione di tutti i soggetti coinvolti, al fine di garantirne la realizzazione, l'accoglimento e la considerazione.
Per una tale lavoro di valutazione del sistema diventa fondamentale evidenziare:

- ragioni e mandati;
- ruoli ed interessi diversificati;
- possibili utilizzi dei risultati,

che necessariamente condizionano e influenzano l'impostazione e la conduzione dell'intero processo di valutazione.
Gli aspetti oggetto di valutazione possono essere molteplici e si riferiscono alle politiche, ai programmi, ai progetti, alle azioni, ai processi, perseguiti e gestiti dalla molteplicità di Enti, organizzazioni e gruppi professionali.

Il sistema di valutazione è il frutto della costruzione di una programmazione che mira ad essere *congruente, progressiva, rispondente alle esigenze di contesto, attenta ai segnali inattesi, orientata agli obiettivi.*

Perché la valutazione sia efficace è necessario adottare una prospettiva di *costruzione progressiva* dell'indagine e dell'esplorazione che può rendersi necessario riformulare in itinere. Si tratta di procedere costruendo un vero e proprio processo, tenendo come riferimento alcune coordinate di metodo. In avvio del lavoro vero e proprio di valutazione diventa indispensabile *un'esplorazione preliminare* per dar forma ad una ipotesi di valutazione

E' necessaria un'iniziale condivisione, con i soggetti coinvolti, delle finalità e degli obiettivi del progetto di ricerca valutativa nel suo complesso.

Vanno considerate le caratteristiche e le responsabilità dei soggetti presenti nel contesto, le aspettative, le motivazioni e le precondizioni che possono favorire una concertazione relativa ad aspetti e questioni che possono essere, concretamente, considerati dal lavoro valutativo

8.2 La valutazione dei Piani Sociali di Zona e del loro processo di programmazione

L'attenzione al progetto valutativo applicato al Piano di Zona e al suo processo di costruzione, in vista della realizzazione e gestione del sistema di interventi e servizi è focalizzata sui seguenti elementi:

- le azioni e le attenzioni preliminari;
- oggetti di valutazione;
- fasi del progetto di ricerca valutativa;
- metodi e strumenti per la valutazione.

a) Le Azioni e le attenzioni preliminari:

- tutta quella serie di motivazioni specifiche, che danno valore ed indirizzano significati, oggetti, modalità e tempi della valutazione.

b) Oggetti di valutazione:

- prendere in esame una serie di questioni che coinvolgono:
- i diversi livelli di governance del percorso di programmazione e gestione;
- gli obiettivi strategici nella programmazione locale;
- numero e consistenza degli interventi sui singoli ambiti;
- gli obiettivi riferiti alla costruzione del sistema e al suo assetto organizzativo gestionale;

- le dimensioni di salute e benessere;
- le ricadute e gli impatti degli interventi sulle persone e sulla comunità.

c) Le fasi del progetto di ricerca valutativa:

- ideazione e costruzione del progetto di ricerca valutativa
- esplorazione preliminare;
- costituzione del gruppo di lavoro e costruzione del progetto di massima;
- definizione del progetto esecutivo;
- validazione complessiva del progetto;
- realizzazione del progetto e pianificazione operativa;
- ricerca/raccolta di dati ed informazioni;
- riflessioni, commenti su analisi dei dati e delle informazioni;
- stesura del rapporto della ricerca valutativa;
- socializzazione ed uso del rapporto di ricerca valutativa;
- restituzione del rapporto di ricerca e diffusione dei risultati.

d) Metodi e strumenti per la valutazione

L'impianto metodologico riguarda l'approccio che il progetto di valutazione seguirà per realizzare il lavoro, tenendo conto dei principi a cui la Regione si è ispirata nel decidere l'azione e dalle indicazioni presenti in questo Piano.

Gli strumenti utilizzabili sono molteplici, permettono una raccolta differenziata e complementare di elementi conoscitivi e, alcuni, si configurano come idonei e adeguati per raccogliere dati, informazioni, pareri, percezioni non reperibili attraverso atti documentali o presso banche dati.

8.3 Modalità di valutazione

Ogni sistema di valutazione, sia che si riferisca all'efficienza che all'efficacia, si realizza nella definizione di un insieme di *standards* di valutazione. Lo standard è una misura di riferimento convenzionale utile al confronto delle prestazioni effettivamente erogate.

In base a tutto ciò i requisiti/standards sono riferiti a 3 macrovoci (risorse, processi e esiti) ciascuna delle quali articolata in un numero limitato di voci di dettaglio: ciascuna voce, poi, sarà declinata in termini di requisiti/standard (di tipo numerico o descrittivo) e, quindi, di corrispondenti indicatori.

La valutazione di questa componente, pertanto, avrà luogo attraverso il confronto tra i dati relativi ai singoli progetti (o servizi messi in atto), operativamente identificati attraverso indicatori specifici, e i requisiti/standard progettuali di riferimento. Sotto il profilo temporale è infine possibile ipotizzare che questa valutazione, alimentata da un apposito dispositivo di monitoraggio, abbia luogo certamente con scadenze temporali semestrali.

La qualità percepita è definibile come l'apprezzamento che i diversi attori, coinvolti nelle diverse azioni, esprimono in relazione ad una serie di aspetti qualificanti delle azioni stesse (i contenuti, i metodi, le risorse umane coinvolte, le acquisizioni raggiunte).

Questa dimensione della qualità, pertanto, è definita dalle valutazioni che esprimono almeno tre categorie di soggetti coinvolti a vario titolo nella realizzazione del welfare regionale:

- gli utenti;
- gli operatori;
- i referenti istituzionali coinvolti.

Gli obiettivi generali dell'azione valutativa sono:

- monitorare, lungo il percorso, il funzionamento delle attività;
- valutare correttamente ogni fase (ex ante, ex post);
- validare il dispositivo generale del sistema dei servizi ad ogni annualità, avendo come riferimento il Piano Sociale di Zona di ciascun Ambito.

8.3.1 La valutazione e il controllo

Il sistema proposto consiste in diverse fasi e in una serie di strumenti che alla fine di ogni anno permetteranno una puntuale verifica in merito alla qualità ed efficacia degli interventi sistemici in tutto il territorio regionale.
Tale sistema di controllo sarà così articolato:

Monitoraggio	Il monitoraggio si riferisce alla corretta esecuzione delle indicazioni presenti nel progetto operativo, ma prevede anche l'attenzione alle situazioni impreviste, che debbono essere rilevate, comprese (se fattori critici o opportunità) ed affrontate adeguatamente ovvero riportate agli obiettivi del progetto.
Valutazione	La valutazione si distingue in: valutazione ex ante (esistenza di risorse adeguate ed in particolare dei prerequisiti relativi alle persone ed azioni); valutazione ex post (esiti del progetto sia in termini di consenso degli organismi, di apprendimento delle persone, di funzionamento dei dispositivi, ecc...).
Validazione	La validazione consiste nella acquisizione di un "giudizio di validità" nei confronti del dispositivo e/o azione nel suo insieme, da chi ne ha la responsabilità tecnica e/o scientifica sia in forma diretta sia indiretta.

La valutazione in merito ai servizi programmati e corrisposti, specie quelli in forma associata, seguiranno i seguenti criteri e metodi:

A.	*Efficacia*	effettiva realizzazione degli esiti perseguiti
B.	*Efficienza*	utilizzo ottimale delle risorse disponibili
C.	*Innovativita'*	presenza di caratteri in grado di apportare un effettivo valore aggiunto agli utenti ed al sistema
D.	*Trasferibilita'*	capacità di diffondere le metodiche, le tecniche e l'intero dispositivo presso altri contesti
E.	*Coerenza*	finalizzazione di tutte le parti del progetto agli obiettivi dello stesso.

8.3.3 Dettaglio di criteri, indicatori e strumenti per un sistema di controllo, in relazione alle singole azioni

AZIONI	CRITERI/PARAMETRI	STRUMENTI	INDICATORI
1.Progettazione esecutiva ed attivazione	• Rilevanza • Adeguatezza • Congruenza • Coerenza sforzo • Legittimazione istituzionale	• Formulario • Questionario coordinatore d'ambito, referente politico e amministrativo • Scheda rilevazione personale interno / collaboratori esterni • Schema di progettazione • Schema rapporto progettazione operativa/attività svolte/risultati ottenuti	• Grado di adeguatezza • Rilevanza relativamente al problema e al contesto di riferimento • Congruenza metodologica, tecnica e logica dell'impianto progettuale • Numero ore/servizio complessive • Partenariati (protocolli con enti locali, scuole, sindacati, III settore, ecc)
2.Servizi realizzati	• Rilevanza del progetto rispetto ai diversi contesti • Attese utenti • Soddisfazione relativa ai servizi erogati • Coerenza inter/intra fase • Impatto organizzativo • Adeguatezza metodologie proposte per la produzione di servizi sociali	• Scheda contatto destinatari o questionari conoscitivi / informativi • Questionario referente servizio erogato • Questionario utenti • Questionario operatori • Scheda di rilevazione utenza • Scheda di rilevazione personale collaboratori esterni • Mappa rete • Scheda di rilevazione disponibilità strutture	• Grado di condivisione del progetto e del ruolo atteso • % di accesso dell'utenza • % aumento del target • caratteristiche utenti contattati (informazioni socio-demografiche, abitudini, valori, interessi, bisogni, ecc.) • Grado di soddisfazione utenti • Caratteristiche operatori (socio-demografiche, conoscenze, competenze, motivazione, ecc.) • N ° di ore dedicate dagli operatori alle singole attività, tipo di ostacoli incontrati nelle diverse attività, ecc.) • Metodologie di contatto • Grado di soddisfazione degli operatori • Tipo e frequenza scambi interorganizzativi tra Sociale e Sanitario
3.Diffusione risultati	• Congruenza strumenti - media / target / contenuti • Coerenza con progetto complessivo e con strategie in merito ai singoli servizi • Completezza e correttezza delle informazioni	• Questionario coordinatore d'ambito • Questionario utenti • Questionario operatori • Questionario altri soggetti	• Numero e grado di soddisfazione degli utenti raggiunti • N. meeting, seminari, tavole rotonde inter/intrafase

		eventualmente coinvolti • Impatto esterno, seminari, meeting • Documentazione	• Ricadute in termini promozionali
4. Amministrazione	• Sforzo in termini di risorse impegnate • Adeguatezza rispetto alla necessità quantificate (costi/benefici) • Valorizzazione e soddisfazione della più parte delle indicazioni progettuali e riorganizzazione dei dati consuntivi • Stati di avanzamento • Congruenza a preventivo e a consuntivo tra risorse e capacità di spesa • Produzione di un sistema di premialità in merito a capacità di spesa ed efficacia degli interventi	• Questionario coordinatore d'ambito e presidente comitato dei sindaci • Questionario operatori / docenti • Scheda guida impatto interno • Scheda di rilevamento impatto interno • Colloqui / interviste personale amministrativo • Sistema di raccolta dati a consuntivo a fini contabili della rendicontazione amministrativa e della valutazione	• Dati contabilità e controllo di gestione: tempi e costi per le diverse attività/servizi, numero incarichi (ore e tariffe), ore servizi erogate e costo orario, costo diversi, pubblicizzazione, ecc. • Evoluzione e composizione preventivi, • Produzione ed erogazione bandi, • sistemi raccolta dati, • sistemi valutativi interni

9. Disposizioni finali

- Il presente Piano si intende operativo fino all'approvazione del Piano regionale relativo al periodo successivo a quello considerato.

- Le previsioni di spesa relative al Piano sociale regionale triennale, vanno iscritte, a cura del dirigente responsabile competente, nei rispettivi capitoli di spesa dei bilanci di previsione di riferimento.

- Le risorse regionali trasferite agli Ambiti Territoriali con la programmazione precedente, saranno computate ai fini delle assegnazioni previste dal presente Piano.

- Gli Ambiti territoriali di nuova costituzione provvedono prioritariamente alla ricognizione delle risorse finanziarie, strumentali ed umane impiegate nella precedente programmazione ed alla costituzione di un unico Ufficio di Piano.

- La Giunta Regionale è autorizzata ad assumere, d'intesa con la Commissione Consiliare competente, ogni ulteriore provvedimento necessario all' attuazione del presente Piano.