



REGIONE AUTONOMA
DELLA SARDEGNA

PIANO REGIONALE DEI SERVIZI SOCIALI E SANITARI

PARTE I: PIANO DEI SERVIZI SOCIALI

Approvato con
Deliberazione della Giunta Regionale 4/21 del 10 febbraio 2005

PREMESSA

Il nuovo piano sociale della Regione Sardegna vuole divenire il frutto di una progettazione partecipata e condivisa. Incontri con i vari attori sociali, note inviate, indicazioni di semplici cittadini hanno contribuito a riempire di contenuti l'idea di sistema di servizi ed interventi che ha ispirato la prima stesura. Questa versione del piano, approvata dalla Giunta, quindi documento condiviso collegialmente nella forma e nella sostanza, si apre ora alla consultazione allargata: i grandi cambiamenti che l'attuazione del nuovo sistema di welfare comporta, di approccio ai problemi e di prassi operative, richiedono infatti un lungo e delicato lavoro di condivisione che si svolgerà nei diversi tavoli di concertazione, negli incontri aperti alla cittadinanza, attraverso le vie telematiche. Questo testo è parte integrante del documento di programmazione che comprende anche il Piano Sanitario: il Piano dei servizi sociali e sanitari.

I principi che ispirano il Piano - universalità, responsabilità e partecipazione - sono in linea con le più recenti leggi nazionali in materia, ma, prima ancora, interpretano caratteristiche e valori che sono tipici del popolo sardo quali l'ospitalità, l'accoglienza, la capacità di condividere e di prendersi cura.

Questo documento, pertanto, ridisegna e rinnova il sistema dei servizi e degli interventi alla persona; inoltre, lo rende più vicino al sentire profondo di un popolo che sa essere solidale e compartecipe, che conosce le sofferenze di chi emigra, che intende superare gli squilibri e i disagi determinati dalla crescente complessità sociale e che vuole una completa e attiva partecipazione alla vita della comunità, affinché siano promossi i diritti di cittadinanza di tutti i sardi, a partire da quelli che vivono situazioni di emarginazione.

Nerina Dirindin

Cagliari, 10 febbraio 2005

PARTE PRIMA: UN SISTEMA DI WELFARE IN EVOLUZIONE	4
1.1 IL QUADRO DI RIFERIMENTO	4
1.2 I BISOGNI	10
1.2.1 <i>Bisogni identificabili su base demografica</i>	10
1.2.2 <i>Bisogni descritti in termini di epidemiologia sociale e socio sanitaria</i>	17
1.3 LE RISPOSTE	19
1.4 LE RISORSE.....	23
 PARTE SECONDA: OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI	29
2.1 CON RIFERIMENTO AI BISOGNI... ..	29
2.2 CON RIFERIMENTO AL SISTEMA DI OFFERTA	48
2.2.1 <i>La nuova programmazione locale: il piano locale unitario dei servizi alla persona (Plus)</i>	49
2.2.2 <i>Nuove condizioni di gestione unitaria della rete dei servizi</i> 52	
2.2.3 <i>Qualificazione dell'accesso ai servizi e valutazione dei bisogni</i>	56
2.2.4 <i>Articolazione delle risposte sulla base di progetti personalizzati di assistenza</i>	59
2.2.5 <i>L'apporto del sistema informativo regionale al monitoraggio e alla valutazione dei servizi</i>	61
2.2.6 <i>Lo sviluppo di un sistema di verifica e valutazione in grado di evidenziare i risultati di efficacia</i>	62
2.2.7 <i>Lo sviluppo di strategie per promuovere l'integrazione istituzionale, gestionale, professionale e comunitaria</i>	63
2.2.8 <i>Linee guida e protocolli per facilitare l'integrazione, l'appropriatezza e la qualità delle risposte</i>	65
 PARTE TERZA: LE RISORSE.....	67
3.1 LE RISORSE FINANZIARIE E STRUTTURALI: CONDIZIONI PER UNA NUOVA POLITICA DELLA SPESA, BASATA SUL PASSAGGIO DA EROGAZIONI SETTORIALI A FONDI LOCALI DI CITTADINANZA	67
3.2 LE RISORSE UMANE, STRUTTURALI E COMUNITARIE	70
3.2.1 <i>La qualificazione delle risorse professionali e strutturali</i> .	70
3.2.2 <i>Le strategie di collaborazione tra professionisti e volontari </i>	75
3.2.3 <i>Garantire qualità e continuità di apporto della solidarietà organizzata, dei soggetti operanti nel terzo settore e dell'associazionismo di impegno sociale</i>	76
3.3 LE AZIONI REGIONALI PER QUALIFICARE IL SISTEMA DI WELFARE	78

PARTE PRIMA

UN SISTEMA DI WELFARE IN EVOLUZIONE

1.1 IL QUADRO DI RIFERIMENTO

La Regione Sardegna, con il presente *Piano dei servizi sanitari e sociali*, definisce e organizza un sistema di servizi ed interventi che mette al centro la persona e le famiglie, valorizza le risorse delle comunità locali, promuove l'esercizio dei diritti di cittadinanza. La programmazione e l'attuazione di servizi in tal modo orientati richiede la corresponsabilità e la partecipazione dei cittadini e delle loro associazioni, delle famiglie, degli operatori e dei loro organismi di rappresentanza, dei soggetti della cooperazione sociale, dell'associazionismo di promozione sociale e del volontariato, delle aziende pubbliche di servizi alla persona, delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, delle Fondazioni, degli Enti di patronato e degli altri soggetti di cui all'articolo 1, commi 4 e 5 della legge n. 328 del 2000.

Servizi alle
persone, alle
famiglie, alle
comunità locali

I principi ispiratori del *Piano dei servizi sanitari e sociali* - universalità, responsabilità e partecipazione - sono in linea con il processo di rinnovamento del welfare avviato dalla legge nazionale 328/2000 ed in parte già anticipato dalla legge regionale 4/1988. Il *Piano dei servizi sanitari e sociali* promuove e sostiene:

I principi
ispiratori

- il riconoscimento della dignità della persona quale prima destinataria degli interventi e dei servizi;
- la centralità delle comunità locali, intese come sistema di relazioni tra le persone, le istituzioni, le famiglie, le organizzazioni sociali - ognuno per le proprie competenze e responsabilità - per promuovere il miglioramento della qualità della vita e delle relazioni tra le persone;
- il valore ed il ruolo delle famiglie, quali ambiti di relazioni significative per la crescita, lo sviluppo e la cura della persona, anche attraverso il perseguimento della condivisione delle responsabilità tra donne e uomini;
- la partecipazione attiva dei cittadini, delle organizzazioni di rappresentanza sociale, delle associazioni sociali e di tutela degli utenti;

- la sussidiarietà verticale ed orizzontale, mirata a riconoscere ed agevolare il ruolo dei soggetti del terzo settore nella gestione dell'offerta dei servizi;
- la reciprocità come risorsa sociale nelle iniziative di auto aiuto delle persone e delle famiglie che svolgono compiti di cura;
- l'autonomia e la vita indipendente, con particolare riferimento al sostegno alle scelte di permanenza al proprio domicilio delle persone in condizioni di non autosufficienza o con limitata autonomia;
- il diritto all'educazione ed all'armonico sviluppo psico-fisico dei bambini e degli adolescenti, nel rispetto del diritto alla partecipazione alle scelte che li riguardano.

In particolare, la Regione tutela il diritto dei cittadini all'informazione ed il loro diritto di accesso (orientamento e accompagnamento) ai servizi e alle prestazioni.

La Regione, inoltre, garantisce l'equità degli interventi determinando le priorità di accesso ed i criteri di valutazione del bisogno; promuove un sistema di *welfare* che tutela in via prioritaria i più deboli, le estreme povertà, gli esclusi.

Equità

Il nostro sistema di welfare è la concreta espressione della cultura regionale del prendersi cura, dell'impegno solidale, del dare risposte ai bisogni primari. Grazie a tale cultura la partecipazione e la responsabilità hanno trovato e dato nel tempo soluzioni concrete ai bisogni umani fondamentali.

Sistema regionale di welfare

Il quadro generale in cui si colloca la strategia programmatica è rappresentato da un sistema istituzionale molto articolato: la Regione, 377 Comuni, le Province.

La particolare configurazione territoriale comporta una notevole distribuzione della popolazione nel territorio; la densità è di 68 persone per kmq, per un totale all'1.1.2003 di 1.637.639 residenti (2,8% della popolazione italiana) e 585.762 famiglie. Il 42% della popolazione risiede in soli 14 comuni di ampiezza demografica superiore ai 20 mila abitanti. Secondo i dati Istat al 31 dicembre dello stesso anno la popolazione ha registrato un incremento pari allo 0,3%.

Le aziende sanitarie locali sono 8, articolate in 23 distretti. Esse, insieme con i comuni, sono chiamate a garantire servizi equamente distribuiti nel territorio, tenendo conto dei bisogni, della domanda e delle risorse per governare l'offerta di servizi.

L'organizzazione dei servizi sanitari e sociali nel territorio si basa su un impegno considerevole di risorse economiche, umane e strutturali. Per quanto riguarda la spesa sociale, nel 2004 i valori sono rappresentati nella successiva tabella.

Risorse per servizi sanitari e sociali

Tab.1.1 Spesa sociale regionale (2003, euro)		
	<i>Importo impegnato</i>	<i>Spesa pro-capite</i>
Spesa sociale	168.453.039,07	102,86

Questi dati non comprendono la spesa sociale dei comuni destinata a interventi e servizi sociali.

Non è solo il valore economico, professionale e strutturale a rappresentare l'impegno regionale nell'area dei servizi alle persone. È anche l'incontro tra diritti e doveri degli interessati (persone, famiglie, volontariato organizzato, associazionismo di impegno sociale, imprese non profit) che rappresentano altrettanti centri di responsabilità essenziali per la vita sociale ed economica della nostra regione. Le persone portatrici di bisogni e di diritti devono essere considerate risorse attive indispensabili per la costruzione del benessere comune.

Risorse a servizio delle persone e per lo sviluppo

Questo avviene in un momento in cui le modifiche costituzionali configurano una maggiore valorizzazione delle autonomie regionali e locali, che sono chiamate ad offrire risposte efficaci ai bisogni espressi dalle persone e dalle loro comunità. In ciò trova particolare realizzazione l'autonomia della Regione Sardegna, che può così esprimere al meglio le proprie peculiarità storiche, culturali, umane e sociali presenti nel territorio.

La nuova programmazione regionale parte da un'analisi degli effetti delle precedenti scelte regionali, in particolare di quelle definite con il "Piano socio-assistenziale per il triennio 1998-2000". Le politiche sociali in Sardegna condividono principi e orientamenti innovativi e sono orientate da un quadro normativo che su molti aspetti ha anticipato la legge 328/2000. A tali aspetti positivi si affiancano alcune criticità riferibili, in particolare, a questioni strategico - gestionali:

Gli effetti della precedente programmazione

- l'integrazione tra le attività sanitarie e le attività sociali è molto debole e ben pochi passi in avanti sono stati fatti in questi anni. Gli effetti che determina un approccio non

Criticità emerse nelle azioni

integrato sono particolarmente evidenti nell'ambito della tutela degli anziani, delle persone con disabilità, delle persone con disturbo mentale;

- al complesso delle azioni promosse dalla legge regionale 4/1988 si affiancano molteplici leggi di settore, introdotte da leggi a tutela di specifiche categorie - i nefropatici, i talassemici, le persone con disturbo mentale, i malati oncologici - che hanno una differente logica. L'insieme di queste leggi richiede procedure amministrative complesse, frammenta e indebolisce un'organica strategia di mutamento;
- l'azione svolta dal singolo comune raramente s'inserisce in un disegno territoriale più ampio, mentre le esperienze di gestione associata dei servizi sono ancora limitate.

Altri limiti, di notevole rilevanza, sono emersi in alcune aree d'intervento.

In riferimento all'infanzia non è stata attuata una politica regionale per la riqualificazione dell'offerta dei nidi e per la promozione di servizi differenziati e flessibili. Sono mancati interventi volti a facilitare l'uso del tempo e degli spazi urbani e naturali anche attraverso un'attuazione più organica della legge 285/1997, così come azioni tese alla graduale riduzione degli inserimenti in istituto di minori e della loro durata, al miglioramento della qualità educativa dei servizi attivati; è risultato disorganico il coordinamento tra le istituzioni volto a prevenire fenomeni di maltrattamento e di violenza sui minori.

Criticità nelle azioni per l'infanzia

Gli adolescenti, malgrado le puntuali indicazioni contenute nel piano 1998/2000, raramente sono diventati soggetti compartecipi e corresponsabili della gestione degli interventi. I servizi a loro destinati non colgono la specificità dell'adolescenza, oppure la rappresentano in modo parziale, come età inevitabilmente del conflitto e della distanza rispetto agli adulti; spesso si rapportano ad adolescenti che manifestano atteggiamenti di violenza senza strategie di comunicazione e di accostamento adeguate. I rapporti con le istituzioni scolastiche sono per lo più episodici.

Criticità nelle azioni per gli adolescenti

Le criticità connesse agli interventi in area anziani si concentrano nelle persistenti difficoltà di attuazione dei servizi di assistenza domiciliare integrata. La localizzazione delle residenze sanitarie assistenziali non è stata programmata rilevando le esigenze espresse dal territorio. L'auspicata soluzione di affidamento di persone anziane ha avuto rari riscontri. Vanno meglio definite le condizioni

Criticità nelle azioni per gli anziani

professionali e organizzative per garantire una valutazione multiprofessionale del bisogno e strategie personalizzate di intervento. Permangono carenze strutturali di continuità assistenziale. Gli enti locali mancano di un adeguato sistema di conoscenza e presa in carico delle persone non autosufficienti nel territorio.

Le criticità delle azioni rivolte alle persone con disabilità sono sintetizzabili nella mancanza di integrazione tra servizi, nella insufficiente assunzione di responsabilità degli enti locali finalizzata alla progettazione e attuazione degli interventi e nel carente sostegno alle famiglie per la costruzione di piani personalizzati.

I servizi territoriali appaiono del tutto inadeguati ai bisogni, non collegati in modo sinergico con le altre agenzie educative e sociali, né capaci di valorizzare le risorse del territorio. Un'altra area di criticità è rappresentata da eccessi di offerta residenziale e, nel contempo, da perduranti problemi di carenza di requisiti strutturali e professionali di tale offerta.

Criticità nelle azioni per le persone con disabilità

Gli interventi a contrasto della povertà frequentemente non collegano le azioni di sostegno al reddito a programmi di formazione e di orientamento, di riqualificazione degli adulti per favorirne la permanenza o il reinserimento nel mercato del lavoro.

Criticità nel contrasto alla povertà

Le azioni di adeguamento degli assetti organizzativi dei servizi non hanno dato i risultati sperati. Non sempre c'è stata l'auspicata comunanza di interessi e di strategie nelle azioni degli enti locali. Essi hanno operato in modo autonomo, senza investire in forme gestionali integrate e unitarie, salvo quando è prevalsa l'esigenza di presentare progetti in forma associata per ottenere specifici finanziamenti. L'utilizzo di protocolli di collaborazione si è rivelato uno strumento inadeguato per meglio governare le politiche sociali e sociosanitarie locali.

Criticità negli assetti organizzativi

Per quanto riguarda l'integrazione sociosanitaria, la situazione attuale è caratterizzata da una sostanziale separatezza degli interventi svolti dalle aziende sanitarie e dai comuni in merito a bisogni che riguardano le medesime persone e le medesime famiglie. Questo è avvenuto anche a seguito di carenze nella gestione regionale di fondi finalizzati (per le dipendenze, per le persone con disturbo mentale, per le persone con disabilità) che potevano finanziare progetti presentati dai comuni, dalle aziende sanitarie, da privati senza vincolo di coordinamento e di

Criticità nell'integrazione sociosanitaria

integrazione degli interventi. Ciò è il contrario di quanto dovrebbero garantire politiche finalizzate all'integrazione sociosanitaria.

In tema di miglioramento delle conoscenze e, più in specifico, di osservatorio sulle politiche sociali è necessario razionalizzare le rilevazioni, rendendole sistematiche e affidabili, evitare le duplicazioni, potenziare l'utilizzo delle tecnologie informatiche. La banca dati regionale presenta notevoli carenze; va potenziata e sostenuta la capacità della Regione di conoscere e monitorare ed interpretare quanto avviene nei diversi territori.

Criticità nei
processi
conoscitivi

1.2 I BISOGNI

1.2.1 Bisogni identificabili su base demografica

Il Piano 2006-2008, malgrado le attuali insufficienze del sistema informativo regionale, intende impostare le proprie scelte tenendo conto non solo delle conoscenze sull'offerta e sulla spesa, ma anche e soprattutto sui bisogni. Le informazioni disponibili sono di seguito sintetizzate, a partire da dati demografici e di epidemiologia sanitaria e sociale. L'unità di osservazione è la provincia, il cui ambito territoriale coincide con quello delle aziende sanitarie e, come indicato dal presente Piano, con quello rilevante ai fini della programmazione dei servizi sociali. Il riferimento è alla popolazione del 2003, ultimo dato disponibile al momento della elaborazione delle informazioni di dettaglio.

Programmare
sulla base
dei bisogni

Nel contesto della programmazione, la configurazione demografica evidenzia i bisogni e il capitale umano disponibile per affrontare i problemi emergenti nel territorio. L'analisi della struttura per età della popolazione fornisce alcune prime indicazioni.

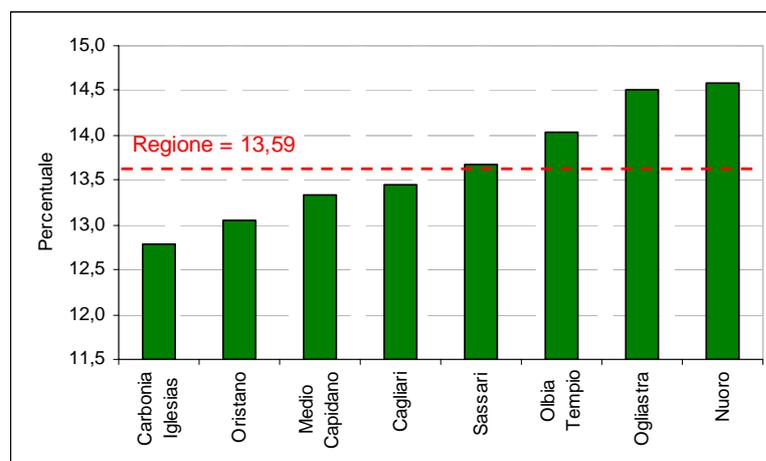
Bisogni e
demografia

La Sardegna è caratterizzata da un'incidenza della popolazione infantile, 0-14 anni, inferiore alla media nazionale. Il dato è strettamente connesso alla bassa fertilità (numero medio di figli per donna), il cui valore è inferiore di ben il 16% rispetto alla media nazionale (a sua volta fra le più basse a livello mondiale).

Una regione
giovane ...

La situazione delle diverse province appare piuttosto differenziata: Nuoro e Ogliastra hanno le percentuali più alte, Carbonia-Iglesias e Oristano quelle più basse.

Graf. 1.1 - Percentuale di popolazione 0-14 anni, valori assoluti, 2003



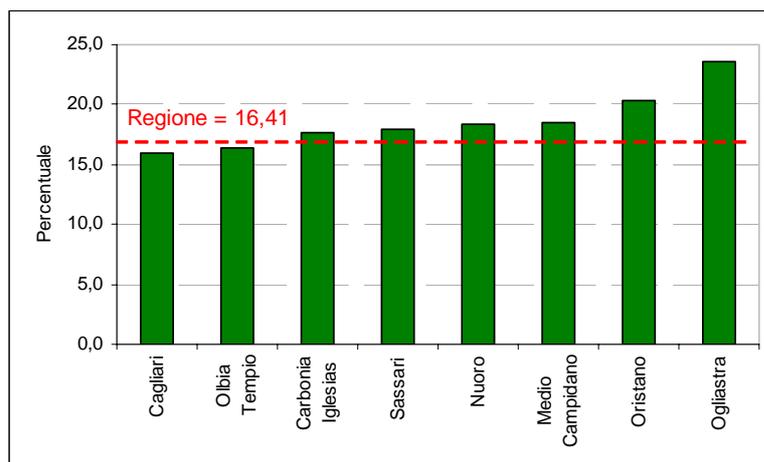
Media nazionale: 14,2

Con riguardo alla popolazione anziana, la regione presenta una incidenza degli ultra65enni nettamente inferiore alla media nazionale, anche se in rapida crescita.

... ma in rapido invecchiamento

L'Ogliastra è la provincia con la maggiore percentuale di ultra65enni, Cagliari è la provincia meno anziana.

Graf. 1.2 - Percentuale di popolazione ≥65 anni, valori assoluti, 2003



Media nazionale: 19,0

Per stimare la domanda di cura associata all'età della popolazione sarda, oltre alla incidenza della popolazione infantile e di quella anziana, è utile considerare alcuni indicatori demografici in grado di fornire ulteriori elementi circa i bisogni e le potenzialità di sostegno delle diverse fasce di età.

Il primo è l'*indice di vecchiaia* il quale mette in rapporto la popolazione anziana con quella infantile. In Sardegna ci sono 1,2 anziani per ogni bambino di età 0-14 anni, un valore quindi inferiore a quello dell'Italia (1,3 anziani per ogni bambino), segno di una popolazione strutturalmente meno anziana. L'Ogliastra e Oristano registrano il più alto indice di vecchiaia, mentre le province di Olbia e Cagliari presentano i valori più bassi.

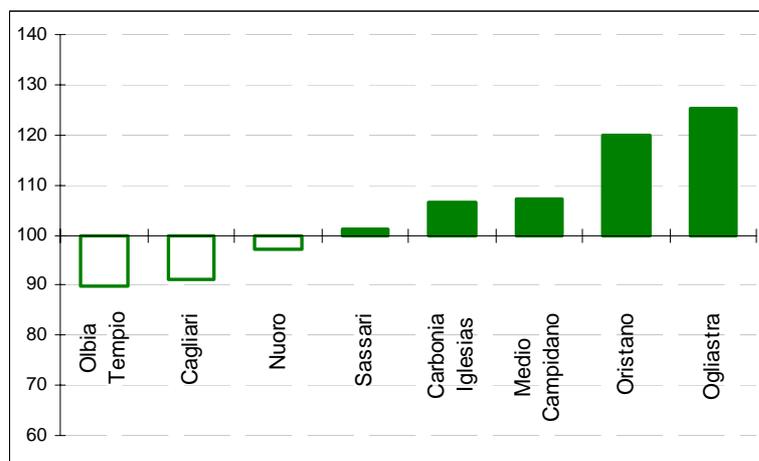
L'indice di vecchiaia

Indice di vecchiaia, valori assoluti, 2003

Rapporto: $pop. \geq 65 \times 100 / pop. (0-14)$

Sardegna	121	Italia	134
----------	-----	--------	-----

Graf. 1.3 - Indice di vecchiaia, valori relativi, 2003



Il secondo è l'*indice di dipendenza globale ridefinito* il quale mette in rapporto le classi di età più bisognose di cura (0-14 anni e ultra75enni) con la popolazione in età adulta (30-59 anni), normalmente chiamata a farsene carico. L'indice è comunque parziale perché non tiene conto che, oggi, la dipendenza dei figli dai genitori va ben oltre i 14 anni e che molte persone anziane contribuiscono con il proprio reddito alla integrazione economica dei bilanci familiari.

Complessivamente, la Sardegna registra un valore inferiore alla media nazionale.

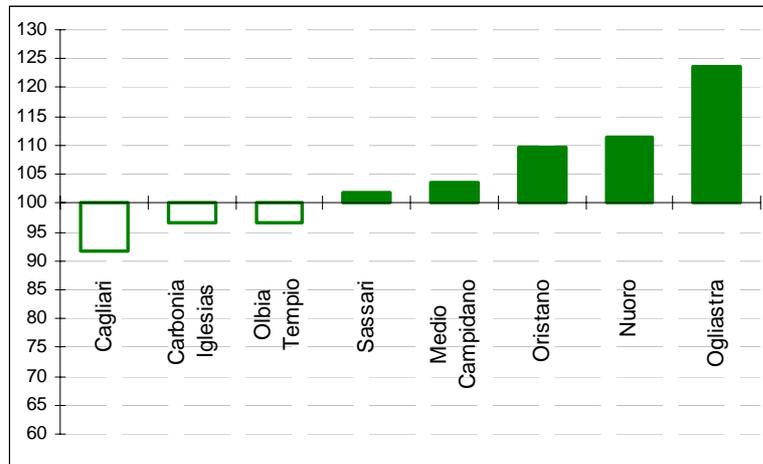
L'Ogliastra presenta il più elevato carico di cura, soprattutto per effetto dell'alta incidenza della popolazione ultra75enne. Sassari conferma la sua caratteristica di provincia con demografia del tutto prossima alla media regionale. Cagliari presenta il più basso indice di dipendenza (per effetto della minore presenza sia di bambini sia di anziani).

Il carico di cura sulla popolazione adulta

Indice di dipendenza globale ridefinito, valori assoluti, 2003
 Rapporto: $[pop.(0-14) + pop.(≥75)] \times 100 / pop.(30-59)$

Sardegna	47	Italia	53
----------	----	--------	----

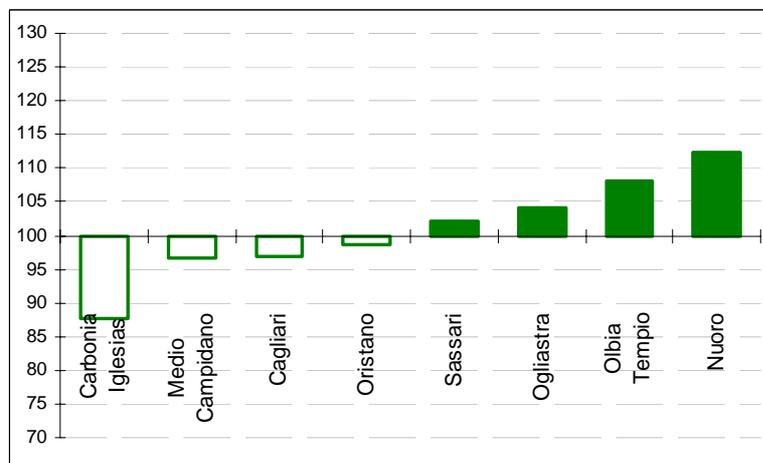
Graf. 1.4 - Indice di dipendenza globale ridefinito, valori relativi, 2003



L'Indice di carico di figli per donna in età feconda stima il rapporto tra il numero di bambini di età inferiore ai 5 anni (in età prescolare) e il numero di donne in età feconda (età in cui, fra l'altro, più elevata è la frequenza di donne lavoratrici). Il dato regionale conferma le modeste prospettive di crescita della popolazione sarda, con livelli particolarmente bassi a Carbonia-Iglesias.

Indice di figli per donna in età feconda, valori assoluti, 2003			
Rapporto: $(\text{popolazione } 0-4) \times 100 / (\text{donne } 15-49)$			
Sardegna	16	Italia	19

Graf. 1.5 - Indice carico di figli per donna in età feconda, valori relativi, 2003

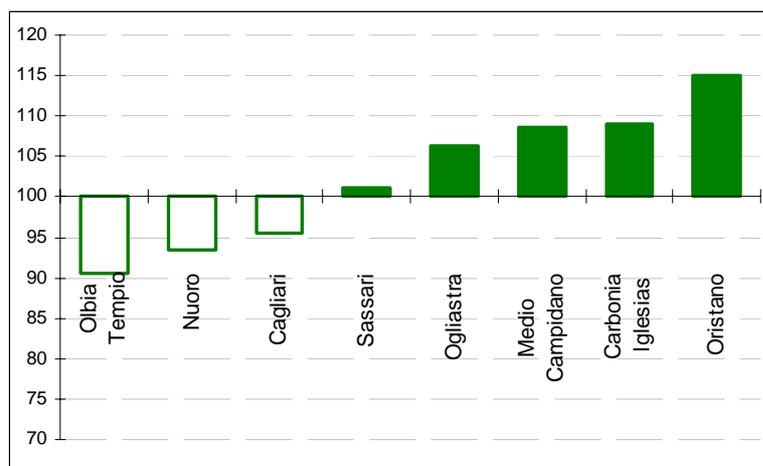


Il *Rapporto tra terza età e bambini* mette in relazione la popolazione anziana (60-74 anni) in grado di sostenere il lavoro di cura delle famiglie con bambini, e la popolazione in età 0-9 anni. Il dato regionale è prossimo alla media nazionale, ma la situazione delle diverse province è differenziata. Oristano, una delle province più anziane, presenta un valore piuttosto elevato, segno di una rilevante potenzialità di cura e sostegno da parte della terza età a favore delle famiglie con bambini piccoli. Al contrario, Olbia (provincia più dinamica dal punto di vista demografico) presenta un rapporto anziani/bambini nettamente inferiore alla media regionale.

La cura dei bambini da parte dei nonni

Rapporto tra terza età e bambini, valori assoluti, 2003			
Rapporto: $(pop. 60-74) \times 100 / (pop. 0-9)$			
Sardegna	177,2	Italia	176,9

Graf. 1.6 - Rapporto tra terza età e bambini, valori relativi, 2003

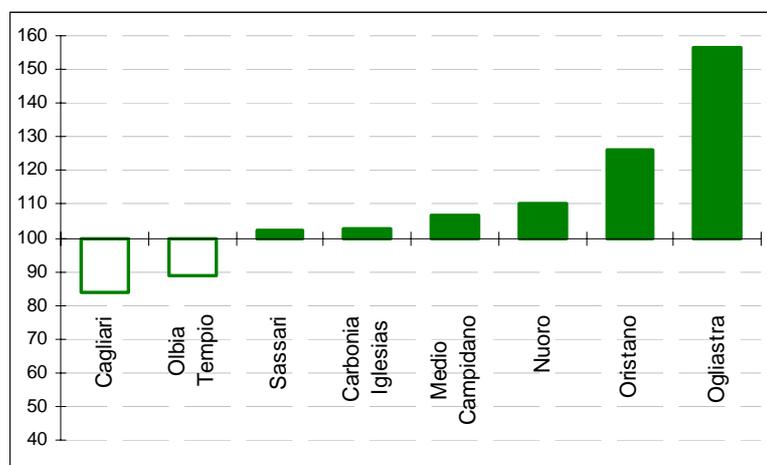


L'*Indice di dipendenza senile ridefinito* mette in rapporto le persone della quarta età (≥ 75), potenzialmente non pienamente autosufficienti, con le persone delle età adulte (30-59 anni), normalmente chiamate a prendersi cura di loro. Il dato regionale appare piuttosto contenuto rispetto alla media nazionale, ma l'Ogliastra e la provincia di Oristano confermano la loro situazione particolarmente difficile.

"grandi vecchi" e adulti

Indice di dipendenza senile ridefinito, valori assoluti, 2003			
Rapporto: $(pop. \geq 75) \times 100 / (pop. 30-59)$			
Sardegna	16	Italia	20

Graf. 1.7 - Indice di dipendenza *senile* ridefinito, valori relativi, 2003



Il *Rapporto tra quarta e terza età* mette in relazione la popolazione ultra75enne (con bisogni di cura più elevati) con la meno anziana (60-74 anni, potenzialmente in grado di contribuire alla cura). Nel complesso, la situazione regionale appare meno problematica di quella nazionale, ma il dato dell'Ogliastra è particolarmente anomalo: il peso dei "grandi vecchi" è di gran lunga maggiore che nel resto della regione.

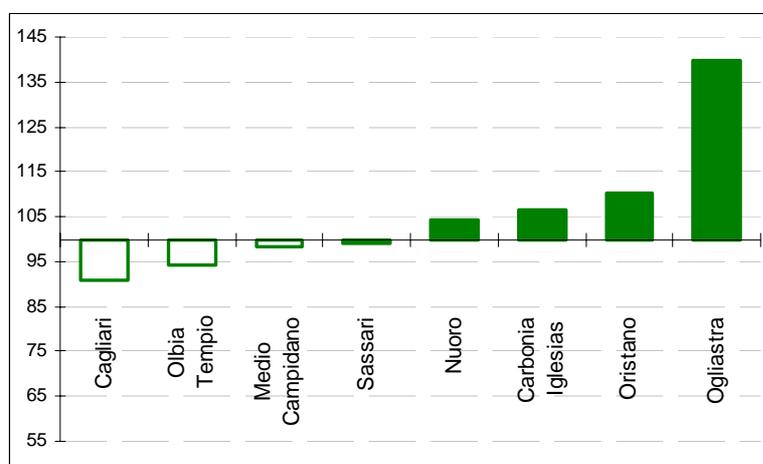
Quarta età e terza età

Rapporto tra quarta e terza età, valori assoluti, 2003

Rapporto: $(pop. \geq 75) \times 100 / (pop. 60-74)$

Sardegna	48	Italia	53
----------	----	--------	----

Graf. 1.8 - Rapporto tra quarta e terza età, valori relativi, 2003



Sintetizzando, la Sardegna è caratterizzata da un basso livello di natalità e da un rilevante carico di cura sulla popolazione attiva. Entrambi i fenomeni sono il sintomo di una situazione piuttosto difficile, rispetto alla quale le politiche sociali sono chiamate a riflettere e intervenire.

Mediamente, il rapporto fra persone bisognose di cura (bambini e grandi vecchi) e adulti in grado di farsene carico (30-59 anni) è inferiore alla media nazionale ma prossimo a 0,5. Il che significa che su ogni coppia adulta grava la responsabilità di cura di almeno una (altra) persona bisognosa di sostegno.

Il carico è differenziato nelle diverse realtà territoriali.

La situazione più difficile si riscontra nell'Ogliastra, per la forte presenza sia di "grandi vecchi" sia di bambini. Seguono la provincia di Nuoro (ove prevale il carico connesso alla popolazione infantile) e la provincia di Oristano (per effetto di una significativa presenza di persone anziane).

Cagliari è, al contrario, la provincia con il minor carico di cura, soprattutto grazie alla minore incidenza della popolazione anziana.

A Olbia-Tempio si osserva una situazione relativamente più dinamica e, quindi, meno problematica: ha un basso indice di vecchiaia e un numero di figli per donna fertile superiore alla media regionale.

Carbonia-Iglesias è una provincia destinata a invecchiare rapidamente (bassa fertilità e bassa incidenza della popolazione infantile). Sassari, infine, è la provincia con una struttura demografica regolarmente prossima alla media regionale.

1.2.2 Bisogni descritti in termini di epidemiologia sociale e sociosanitaria

Oltre che sulla base della demografia, i bisogni della popolazione possono essere descritti in termini di epidemiologia sociale e sociosanitaria.

Gli indicatori di epidemiologia sociale sono ancora carenti, e consentono solo in parte valutazioni comparative di tipo interregionale e intraregionale. Ciò nonostante, è possibile un primo quadro d'insieme sulla base dei dati Istat (e di altre fonti ufficiali) con riguardo ai fenomeni più rilevanti per la realtà sarda.

I bisogni considerati sono relativi a: minori in difficoltà e giovani a rischio, disabilità, anziani, dipendenze, salute mentale, povertà economica/indigenza, lavoro/disoccupazione, devianza e detenuti, immigrati extracomunitari.

Le conoscenze
a disposizione

Al fine di facilitare valutazioni comparative rispetto al resto della nazione, per ognuno di essi viene presentato il valore regionale e quello nazionale, in modo da facilitare un confronto tra la Sardegna e il resto del Paese.

A tal fine sono stati utilizzati dati ufficiali (Istat o altre fonti pubbliche) dell'ultimo anno utile.

Emerge una situazione con luci e ombre, in ragione sia della frammentarietà delle informazioni disponibili sia della complessità del contesto regionale. Particolare attenzione meritano i dati relativi alla disabilità, alla salute mentale, alla povertà economica e all'occupazione, i cui valori rivelano situazioni problematiche, da considerarsi prioritarie.

<i>Area / Indicatore</i>	<i>Sardegna</i>	<i>N. indice (Italia=100)</i>
<i>Minori in difficoltà e giovani a rischio</i>		
Percentuali 18-24enni privi di diploma su totale 18-24enni (2002)	51,3	127,6
Tasso di abortività volontaria per 1.000 donne 15-19enni (2000)	5,2	74,3
Minori affidati per separazione e divorzi sul totale minori per 1.000 (2001)	7,1	88,1
<i>Disabilità</i>		
Tasso di popolazione disabile oltre i 6 anni (1999-2000)	59,5	122,7
Incidenza dei disabili oltre i 15 anni senza titolo di studio (1999-2000)	50,1	151,4
Disabili confinati (1999-2000)	23,6	110,3

<i>Area / Indicatore</i>	<i>Sardegna</i>	<i>N. indice (Italia=100)</i>
<i>Anziani</i>		
Persone sole con 65 anni e più (tasso per 100 famiglie)	48,4	86,3
Percentuale di anziani 65 anni percettori di pensione sociale sul totale degli anziani	5,0	113,1
<i>Dipendenze</i>		
Persone ≥14 anni che consumano oltre ½ l di vino al giorno per 1.000 persone (2001)	5,1	96,2
Persone ≥15 anni che fumano oltre 20 sigarette al giorno (per 100 fumatori) (2000)	11,1	108,8
<i>Salute mentale</i>		
Persone affette da disturbi psichici per 1.000 persone (1999-2000)	5,3	156,2
Persone invalide per insufficienza intellettiva per 1.000 persone (1999-2000)	11,6	146,3
<i>Povert� economica / indigenza</i>		
Persone con consumi al di sotto della soglia di povert� su popolazione totale (2002)	19,3	155,6
Percentuale di famiglie che hanno avuto spesso o qualche volta difficolt� per comprare cibo necessario, pagare bollette, sostenere spese per cure mediche (2002)	14,8	134,5
<i>Lavoro/ disoccupazione</i>		
Tasso di disoccupazione giovanile (2002)	48,3	177,6
Percentuale di persone in cerca di occupazione da oltre 12 mesi sul totale delle persone in cerca di occupazione (2002)	62,3	101,1
Tasso di lavoratori atipici 15-64enni sul totale degli occupati (2002)	11,3	144,9
<i>Devianza, detenuti</i>		
Quoziente di criminalit� per 100.000 abitanti (2001)	3.419	91,5
Indice di comportamento malavitoso (incendi, estorsioni, rapimenti) su 1.000 delitti (2001)	15,4	194,9
Tasso di detenzione (2002)	1,3	115,4
Tasso di detenuti stranieri (2002)	26,8	84,5
<i>Immigrati extracomunitari in difficolt�</i>		
Percentuale di stranieri denunciati su stranieri residenti (2000)	5,3	115,2
Percentuale di stranieri disoccupati (15-64enni) su forza lavoro complessiva (2001)	11,6	156,8

1.3 LE RISPOSTE

Le risposte sono state classificate con riferimento alle diverse aree di bisogno e alle diverse tipologie di assistenza sociale e sociosanitaria.

I dati riportati fotografano solo una parte dei problemi e rivelano tutte le carenze del sistema informativo sociale.

L'analisi comparativa con il resto del Paese è resa possibile da una serie di informazioni, disponibili a livello nazionale e regionale, solo in parte utilizzabili anche a causa del loro mancato aggiornamento¹. Di seguito si riportano alcuni indicatori, utili per una prima analisi generale.

Tab. 1.3 - Indicatori di assistenza sociale e sociosanitaria

Area / Indice	Sardegna	N. indice (Italia=100)
<i>Minori</i>		
Assistiti negli Istituti per minori al 30.06.2003 per 1.000ab. (0-17)	0,18	50,3
Posti letto negli Istituti per minori al 30.06.2003 per 1.000ab. (0-17)	0,31	52,0
Posti autorizzati negli asilo nido al 31.10.2004 per 1.000ab. (0-2 anni)	52,6	n.d.
Soggetti trattati con riabilitazione neuropsichiatrica per 1.000ab. (0-17 anni) in:		
- strutture residenziali	0,01	9,1
- strutture semiresidenziali	0,05	8,7
<i>Disabili</i>		
Posti per disabili fisici per 1.000ab.:		
- nelle strutture residenziali	0,08	53,4
- nelle strutture semiresidenziali	0,02	14,0
Disabili fisici per 1.000ab.:		
- nelle strutture residenziali	0,08	39,6
- nelle strutture semiresidenziali	0,01	10,5
Posti per disabili psichici per 1.000ab.:		
- nelle strutture residenziali	0,19	118,0
- nelle strutture semiresidenziali	0,03	16,1
Disabili psichici per 1.000ab.:		
- nelle strutture residenziali	0,14	87,0
- nelle strutture semiresidenziali	0,03	13,6

¹ Le fonti sono:

- Ministero della salute (2003), *Attività gestionali ed economiche delle aziende Usl e Aziende Ospedaliere - anno 2002*.
- Istat (2000), *I presidi residenziali socio-assistenziali - Anno 1999 L'assistenza residenziale a bambini, ragazzi, adulti e anziani*.

<i>Tossicodipendenza</i>		
Soggetti in strutture semiresidenziali per 1.000ab. (14-44 anni)	0,48	99,6
Soggetti in carico ai SerT pubblici per 1.000ab. (14-44 anni)	6,86	108,0
<i>Salute mentale</i>		
Posti nelle strutture residenziali per 1.000ab.	0,07	31,8
Soggetti nelle strutture residenziali per 1.000ab.	0,08	29,2
Posti nelle strutture semiresidenziali per 1.000ab.	0,04	22,7
Soggetti nelle strutture semiresidenziali per 1.000ab.	0,14	30,7
<i>Anziani</i>		
Soggetti trattati in Adi per 1.000ab. (≥65)	6,0	25,3
<i>Malati terminali</i>		
Posti letto per malati terminali per 1.000ab.	0,02	72,8

Per quanto parziali e non sempre completamente affidabili, i dati disponibili mettono in evidenza una situazione dell'offerta che, quando valutata rispetto al resto del Paese, appare per molti aspetti non soddisfacente:

- le persone con disturbo mentale dispongono di servizi ed interventi complessivamente insufficienti;
- per le persone anziane e quelle con disabilità l'offerta è eccessivamente standardizzata su due tipologie, le prestazioni a carattere ambulatoriale o l'inserimento in strutture residenziali;
- gli interventi di carattere semiresidenziale e di assistenza domiciliare sono insufficienti e costantemente inferiori a quelli medi nazionali;
- le esigenze di cura più specialistiche sono frequentemente orientate verso strutture con livelli assistenziali medi, non adatte a fronteggiare esigenze complesse.

In generale le criticità non riguardano l'entità degli interventi posti in essere, ma la loro scarsa differenziazione in una pluralità di tipologie, di livelli di intensità assistenziale, di tempi di cura (brevi o di lungodegenza), per tener conto di esigenze di cura inevitabilmente differenziate.

Con riferimento all'offerta di strutture socio-assistenziali nelle province della Sardegna la tabella 1.4 consente un'analisi aggiornata al 31/10/2004. I dati indicano un incremento della dotazione di strutture, rispetto alla fine degli anni '90, verosimilmente piuttosto rilevante.

L'offerta è nel complesso elevata, anche se non distribuita uniformemente nel territorio. Le maggiori criticità riguardano la provincia dell'Ogliastra e quella di Olbia-Tempio che presentano

standard di offerta inferiori ai valori medi regionali per quasi tutte le tipologie.

Ogni ambito provinciale esprime un profilo assistenziale differente:

- nella provincia di Nuoro le strutture aperte e di carattere aggregativo risultano le soluzioni prevalenti in riferimento alle problematiche minorili;
- la provincia di Cagliari presenta una dotazione di offerta, rapportata alla popolazione, superiore alla media solo in riferimento alle comunità alloggio per gli anziani;
- il Medio Campidano ha valori vicini alla media regionale solo in riferimento alla dotazione di strutture per anziani;
- le strutture per l'infanzia, quali asili nido e ludoteche, sono maggiormente presenti nella Provincia di Sassari.

Sintetizzando, le politiche sociali sono rivolte ad un'utenza media e "dimensionate" sulle domande d'intervento più diffuse, stentano a produrre interventi personalizzati e prestano scarsa attenzione ad alcune fasce di popolazione. Gli interventi specialistici rivolti a problematiche sociali che presentano particolare complessità non sono sufficienti.

Tab. 1.4 - Strutture socio assistenziali pubbliche e private autorizzate al 31 ottobre 2004 (art.42 L.R. 4/88)

Provincia	Asilo nido - micro nido		Ludoteca		Comunità alloggio per minori		Comunità alloggio per anziani		Comunità alloggio per disabili		Casa protetta		Centro di aggregazione sociale		Centro di pronto intervento		Colonia marina - montana	
	n.	posti autorizzati	n.	posti autorizzati	n.	posti autorizzati	n.	posti autorizzati	n.	posti autorizzati	n.	posti autorizzati	n.	posti autorizzati	n.	posti autorizzati	n.	posti autorizzati
Cagliari	9	316	16	318	19	165	50	1.125	3	20	9	506	29	1.187	5	27	4	460
Carbonia Iglesias	1	56	3	42	6	41	6	138			4	337	8	448	2	18	1	24
Medio Campidano	2	73			1	22	11	209			4	93	9	301				
Nuoro	12	426	9	138	3	19	12	249			7	105	15	590	6	23	1	24
Ogliastra	1	39	2	64	7	55	3	38			5	105	5	270				
Olbia Tempio	6	214	4	93	4	32	15	239			4	139	16	541	7	29	1	150
Oristano	7	344	10	173	12	147	24	549	2	11	5	129	38	1.159	2	5	6	413
Sassari	13	625	8	294	15	125	28	854	1	6	9	627	18	845	6	29	7	438
Totale	51	2.093	52	1.122	67	606	149	3.401	6	37	47	2.041	138	5.341	28	131	20	1.509

1.4 LE RISORSE

Le risorse regionali complessive destinate alle attività sociali, nel 2003, sono state oltre 168 milioni di euro, pari a circa 103 euro per abitante. Di queste il 48,8% finanzia attività assistenziali e servizi sociali di varia natura (classificate come “indistinte”), erogate dall’assessorato Enti Locali della Regione. La restante quota (51,2%), finanzia provvedimenti specifici, che fanno capo all’assessorato dell’Igiene e Sanità e dell’Assistenza sociale della Regione.

Le risorse disponibili provengono da una pluralità di canali di finanziamento la cui ricostruzione è esposta nella tabella seguente.

Spesa regionale
per le politiche
sociali

Tab. 1.5 - Spesa complessiva e pro-capite regionale (2003, euro)

	<i>Totale</i>	<i>pro-capite</i>	<i>%</i>
Fondo per le spese correnti (art. 1, lett. c), L.R. 25/1993) - spesa storica 1996	61.748.757,98	37,71	36,7
Trasferimenti a titolo di riequilibrio	20.418.923,00	12,47	12,1
Misure di sostegno in favore di persone con handicap grave (art. 1, c. 1, L. 162/98)	13.441.150,99	8,21	8,0
Rette di ricovero per l'assistenza a soggetti handicappati (art. 56, L.R. 6/95)	2.879.347,16	1,76	1,7
Contributi per il trasporto delle persone dalle loro abitazioni ai centri di riabilitazione (art. 92, L.R. 12/85)	1.803.734,00	1,10	1,1
Provvidenze a favore degli infermi di mente e dei minorati psichici (art. 9, L.R. 20/97)	8.641.668,35	5,28	5,1
Rette di ricovero a favore delle persone affette da patologie psichiatriche (art. 14, L.R. 20/97)	3.416.600,53	2,09	2,0
Progetti Obiettivo Salute mentale (L.R. 20/97)	6.007.024,00	3,67	3,6
Provvidenze a favore dei nefropatici (L.R. 11/85)	7.515.298,00	4,59	4,5
Provvidenze a favore dei talassemici, degli emofilici e degli emolinfopatici maligni (L.R. 27/83)	7.335.200,00	4,48	4,4

Tab. 1.5 - Spesa complessiva e pro-capite regionale (2003, euro)

	<i>Totale</i>	<i>pro-capite</i>	<i>%</i>
Spese rientro emigrati (L.R. 7/91)	347.336,86	0,21	0,2
Disposizioni per la promozione dei diritti e delle opportunità per l'infanzia e l'adolescenza (L. 285/97)*	2.926.667	1,79	1,7
Finanziamenti alle strutture socio assistenziali pubbliche e private autorizzate (L.R. 4/88)*	4.976.831,66	3,04	3,0
Progetti Obiettivo - Piano Regionale (L.R. 4/88)	11.895.394,00	7,26	7,1
Finanziamenti per convenzioni con operatori sociali (L.R. 4/88)	8.403.004,66	5,13	5,0
Tutela dell'etnia e della cultura dei nomadi (L.R. 9/88)*	274.849,90	0,17	0,2
Interventi straordinari (art. 11, L.R. 8/99)	1.545.918,74	0,94	0,9
Altre risorse	4.875.332,24	2,98	2,9
<i>Totale</i>	<i>168.453.039,07</i>	<i>102,86</i>	<i>100%</i>

Le risorse di cui sopra rappresentano solo una parte dei finanziamenti destinati alle politiche sociali. Alle risorse stanziare dalla Regione si devono infatti aggiungere quelle provenienti dai bilanci delle altre amministrazioni pubbliche, in primo luogo degli enti locali, nonché da forme varie di solidarietà. Al fine di pervenire ad una prima ricognizione delle risorse pubbliche complessivamente mobilitate sul territorio, il Piano promuove una indagine pilota in una realtà sufficientemente ampia e articolata da consentire valutazioni puntuali utili per una migliore finalizzazione degli interventi regionali e per il coordinamento delle politiche.

L'allocazione delle risorse sul territorio risponde a criteri molto differenziati, definiti di volta in volta con riguardo ai singoli provvedimenti, senza alcun rigoroso riferimento a criteri di carattere generale in grado di garantire la coerenza complessiva del sistema. Di qui l'esigenza di ricostruire il quadro delle diverse allocazioni, anche al fine di valutarne la congruenza rispetto agli indicatori di bisogno e di domanda.

La necessità di una ricognizione complessiva

La distribuzione delle risorse tra le 8 province mette in evidenza una realtà piuttosto differenziata.

La spesa pro capite nelle province

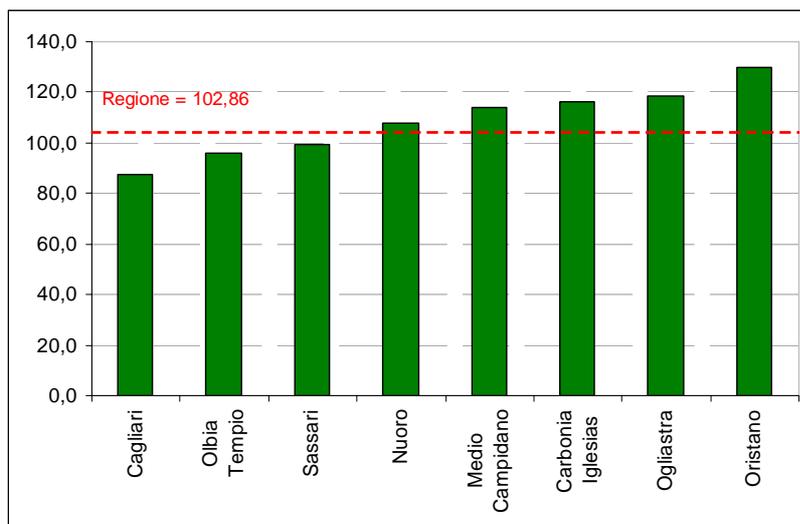
Cagliari, Sassari e Olbia-Tempio (oltre i due terzi della popolazione sarda) beneficiano di risorse pro capite inferiori alla media regionale. In particolare Cagliari ha valori pro capite inferiori del 13% rispetto alla media. Si ricorda che tutte e tre le province presentano una popolazione relativamente meno problematica quanto a struttura per classe di età.

Al contrario, Oristano e Ogliastra (due province particolarmente complesse dal punto di vista della demografia e dei conseguenti bisogni di cura) ricevono risorse pro capite più elevate della media regionale.

Nel complesso, i divari paiono (almeno in parte) non dissimili da quelli osservati nella demografia dei territori. Altre differenze possono essere spiegate facendo riferimento alla diversa capacità progettuale (dei singoli enti locali e delle loro associazioni) e alla differente capacità di spesa.

Differenze meritevoli di attenzione

Graf. 1.9 - Spesa pro-capite per provincia (2003, euro)



Al fine di una migliore comprensione della disponibilità di risorse nei diversi territori, appare utile procedere ad un'analisi più dettagliata, distinguendo fra risorse *indistinte* e risorse *finalizzate*. In analogia con quanto effettuato per i bisogni, i dati sono elaborati su base provinciale.

Le risorse indistinte assegnate agli enti locali a copertura della "spesa storica" (art. 1, lett. c, L.R. 25/1993) appaiono fortemente differenziate. Nuoro, Oristano e Carbonia-Iglesias beneficiano di

Le risorse indistinte

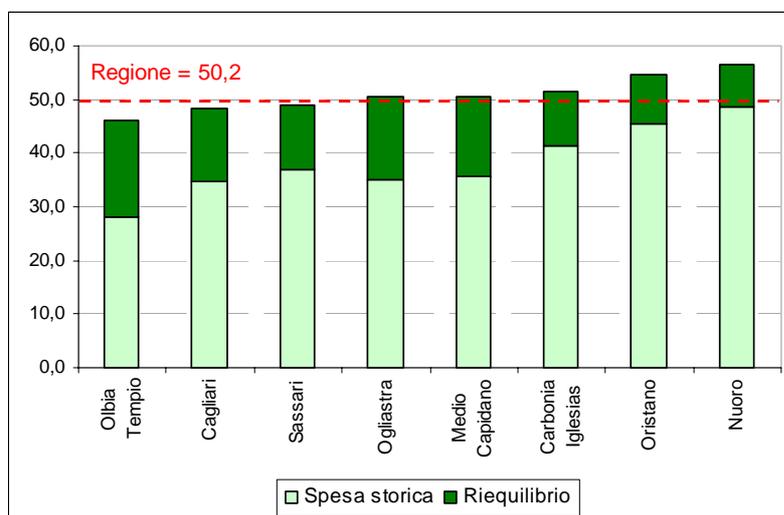
maggiori risorse pro capite, mentre Olbia-Tempio si posiziona sotto la media regionale.

Tab. 1.6 - Fondo per le spese correnti - spesa storica e trasferimenti a titolo di riequilibrio (2003, euro)

Provincia	Importo impegnato		Spesa pro-capite	
	Spesa storica	Riequilibrio	Spesa storica	Riequilibrio
Cagliari	18.972.250	7.358.417	34,76	13,48
Carbonia Iglesias	5.456.073	1.319.226	41,35	10,00
Medio Campidano	3.736.524	1.578.216	35,54	15,01
Nuoro	7.990.808	1.271.298	48,73	7,75
Ogliastra	2.041.082	896.096	35,02	15,38
Olbia Tempio	3.946.700	2.521.235	28,16	17,99
Oristano	7.611.893	1.582.594	45,32	9,42
Sassari	11.993.428	3.891.841	36,97	12,00
Regione	61.748.758	20.418.923	37,71	12,47

I divari osservati sulla ripartizione della “spesa storica” si riducono in maniera considerevole per effetto dei “trasferimenti a titolo di riequilibrio”; permangono tuttavia differenze degne di approfondimenti.

Graf. 1.10 - Spesa storica e complessiva pro-capite (2003, euro)



Oltre alle risorse indistinte, le politiche sociali si avvalgono di risorse finalizzate, destinate - in base alla legislazione vigente - a specifici interventi. Per una più chiara comprensione degli obiettivi prioritari ai quali tali risorse sono destinate, è utile procedere a una loro riclassificazione sulla base dei bisogni cui danno risposta (minori,

Le risorse finalizzate

persone con disabilità, salute mentale, anziani, ...) e delle modalità con le quali esse vengono utilizzate (indistinto, domiciliare, intermedio, residenziale).

Riclassificazione dei provvedimenti finalizzati				
	<i>Indistinto</i>	<i>Domiciliare</i>	<i>Intermedio</i>	<i>Residenziale</i>
<i>Minori /Famiglia</i>	L. 285/97	L.R. 7/91 <i>Rientro emigrati</i>	L.R. 4/88, art. 42 Asili nido, Ludoteche, Colonie marine- montane	L.R. 4/88, art. 42 Comunità alloggio, Case protette
<i>Persone con disabilità</i>		L. 162/98 handicappati gravi L.R. 12/85 Trasporto L.R. 11/85 e L.R. 27/83 <i>Disabili fisici (nefropatici, talassemici)</i>		L.R. 12/85 L.R. 4/88, art. 42 Case protette
<i>Salute mentale</i>	L.R. 20/97 PO	L.R. 20/97 <i>Disabili psichici (minorati e infermi di mente)</i>		L.R. 20/97 Rette
<i>Anziani</i>				L.R. 4/88, art. 42 Comunità alloggio, Case protette
<i>Nomadi</i>		L.R. 9/88 <i>Nomadi</i>		
<i>Generalità</i>	L.R. 4/88 PO L.R. 8/99 art. 11 L.R. 4/88, art. 55		L.R. 4/88, art. 42 Centro di aggregazione sociale, Centro di pronto intervento	

Una parte considerevole dei provvedimenti citati in tabella consiste in trasferimenti economici (indicati in corsivo).

Riclassificazione dei provvedimenti finalizzati - Spesa pro capite (2003, euro)					
	<i>Indistinto</i>	<i>Domiciliare</i>	<i>Intermedio</i>	<i>Residenziale</i>	<i>Totale</i>
<i>Minori/Famiglia</i>	1,79	0,21	0,41	0,37	2,77
<i>Disabili</i>		18,80		1,76	20,57
<i>Salute mentale</i>	3,67	5,36		2,09	11,11
<i>Anziani</i>				1,73	1,73
<i>Nomadi</i>		0,17			0,17
<i>Generalità</i>	13,34		1,55		14,89
<i>Totale</i>	18,80	24,54	1,96	5,95	51,23

Il quadro della spesa presenta problemi di equità distributiva e di riqualificazione.

Sintetizzando, le risorse complessivamente messe a disposizione dalla Regione Sardegna per le politiche sociali appaiono:

- non inferiori, in termini pro capite, a quelle osservate in molte regioni del resto del Paese e, pertanto, potenzialmente in grado di offrire risposte comparativamente più adeguate;
- allocate senza riguardo alle indicazioni contenute nella normativa nazionale sui cosiddetti “livelli essenziali di assistenza sociale”, in ragione del mancato adeguamento/aggiornamento della legge regionale 4/88;
- distribuite (sostanzialmente in parte uguali) fra risorse *indistinte* e risorse *finalizzate*, con rischi di sovrapposizione fra aree di intervento e problemi di coordinamento e armonizzazione delle azioni;
- destinate, per la parte erogata in modo indistinto, a finalità non monitorate a livello regionale, da cui una rilevante difficoltà di analisi degli interventi;
- disciplinate, per la parte erogata in modo finalizzato, da una pluralità di norme riconducibili innanzi tutto alla legge regionale 4/88 e secondariamente a un insieme di provvedimenti, anche anteriori a tale legge, rispetto ai quali è opportuno un complessivo riordino;
- finalizzate per una parte significativa agli interventi previsti dalla legge 162/98, anche con ruolo di supplenza rispetto all’insieme di servizi altrimenti erogabili all’interno di un sistema integrato di azioni:
- destinate - per una quota rilevante - a trasferimenti monetari (alle persone e alle famiglie) da riqualificare attraverso il progressivo sostegno al potenziamento della rete dei servizi.

Le esigenze di riordino dei criteri di finanziamento

PARTE SECONDA OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

2.1 CON RIFERIMENTO AI BISOGNI...

Partendo dall'analisi dei bisogni, il Piano sceglie alcune priorità sulle quali appare strategico intervenire. Gli obiettivi delineati coinvolgono trasversalmente le politiche sociali, le politiche sociosanitarie e quelle sanitarie.

Le priorità sono individuate in relazione ad aspetti problematici e a preoccupazioni sociali diffuse.

10 priorità di intervento

Ciascuna priorità è di importanza strategica. Le questioni a cui il piano dedica attenzione primaria sono dieci, esse sono elencate di seguito (la sequenza non ha alcun valore gerarchico).

1. La bassa natalità, che vede la Sardegna al di sotto della media nazionale;
2. il rapido invecchiamento della popolazione;
3. il capitale umano della Regione ed le sue potenzialità di sviluppo;
4. le condizioni di vita familiare, le forme di sostegno delle responsabilità genitoriali, i carichi di cura;
5. i rapporti tra generazioni e le condizioni per incrementare il sostegno reciproco;
6. la povertà e l'esclusione sociale;
7. le persone più deboli e fragili, in particolare per limitazioni psicofisiche e non autosufficienza;
8. il disturbo mentale e le sue conseguenze sulla vita personale e familiare;
9. i comportamenti potenzialmente autolesivi e il loro impatto sociale;
10. la promozione della cultura della partecipazione, della legalità e della sussidiarietà.

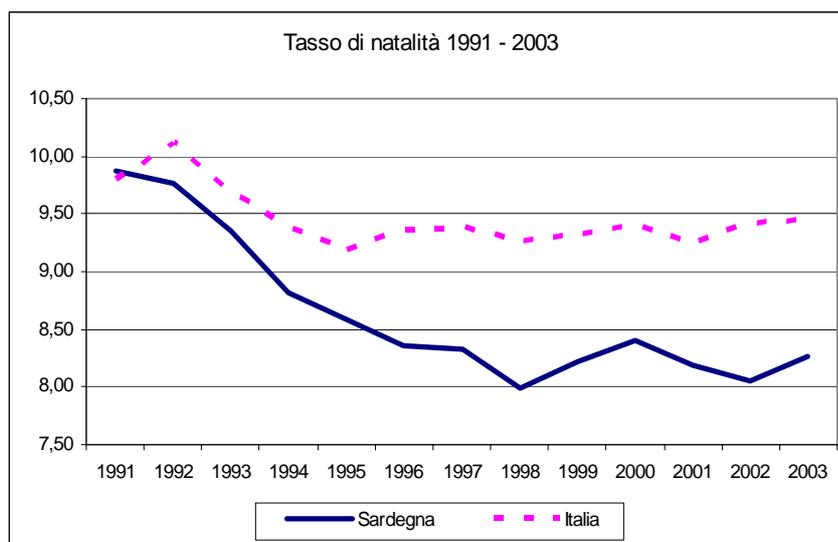
Problema	La bassa natalità, che vede la Sardegna in grande difficoltà a generare il proprio futuro.
Strategia	Sostenere le capacità genitoriali e le responsabilità familiari, in una prospettiva di inversione di tendenza della natalità.

1. Bassa natalità

La scelta di avere uno o più figli è condizionata da molteplici fattori: la presenza e l'accessibilità di servizi per l'infanzia, le condizioni lavorative e la possibilità di conciliarne il carico con gli impegni di cura nell'ambito della famiglia, l'entità del reddito di cui dispone la famiglia stessa.

Il numero medio di figli per donna è attualmente uguale a 1. Se si pone il valore dell'Italia pari a 100, il valore della Sardegna è 83,7, quindi significativamente inferiore al livello italiano che a sua volta ha valori minimi su scala mondiale (1,2 rispetto alle media UE di 1,5 nel 2002).

Graf. 2.1 - Confronto del tasso di natalità Italia - Sardegna



Il Piano si propone di invertire la tendenza dell'indicatore relativo alla natalità, portando nel triennio il dato regionale al livello medio italiano.

Risultati attesi e azioni

Il maggiore impegno di politica sociale dovrà essere assunto dalle zone che sono al di sotto del valore regionale, in particolare Carbonia - Iglesias, Medio Campidano, Cagliari e Oristano. In termini di valori assoluti, il tasso di natalità della Regione Sardegna è pari a 8,0 nati per mille abitanti, mentre quello nazionale è di 9,3.

Per raggiungere tale obiettivo occorrono azioni di tipo intersettoriale volte a sostenere lo sviluppo socio-economico della

regione. In sinergia con ciò le sottoelencate azioni e misure dovranno essere promosse in ciascuno degli ambiti in numero adeguato e territorialmente equilibrato rispetto alle domande della popolazione di riferimento.

- Riqualificazione dell'offerta di nidi, anche attraverso la promozione di asili aziendali (anche nella Pubblica Amministrazione), l'avvio di micronidi, e lo sviluppo di servizi differenziati e flessibili;
- interventi di conciliazione delle responsabilità familiari e della partecipazione delle donne al mercato del lavoro, in particolare riferite alla cura di minori e di persone non autosufficienti in determinate ore della giornata;
- sostegno economico per la realizzazione di servizi autogestiti;
- agevolazioni e forme di affiancamento e sostegno alle famiglie con figli minori;
- azioni di supporto alle donne straniere nei loro percorsi di integrazione sociale.

La Regione promuove l'affitto a canone agevolato per famiglie con bambini piccoli.

Le famiglie sono risorse per sé e per altre famiglie: insieme possono sviluppare azioni di mutuo aiuto, collaborazione, solidarietà reciproca. Tali forme aggregative spesso non richiedono l'intervento diretto dei servizi, ma possono beneficiare notevolmente di azioni facilitanti - quali informazione, segretariato, banche del tempo - che prefigurano soluzioni e potenzialità che le famiglie possono cogliere e sviluppare in modo autonomo.

Le famiglie
come risorse

Le esperienze nascenti nella regione di associazionismo familiare, accoglienza per affido di bambini, adolescenti e altri soggetti deboli, volontariato, partecipazione attiva alla vita sociale, denotano che le famiglie, se sostenute, possono esprimere il proprio potenziale ed essere risorse attive nella costruzione della comunità locale.

In particolare, l'apporto che le famiglie possono dare si realizza nei modi talora nuovi di affrontare i bisogni emergenti, di esprimere i diritti e i doveri di cittadinanza, di qualificare la partecipazione alla vita della comunità, dando voce e dignità anche alle persone più deboli. Il Piano regionale dedica a questo obiettivo grande attenzione e lo indica come priorità per i Piani locali unitari dei servizi alla persona (Plus).

Le famiglie
soggetti di politica
sociale

<i>Problema</i>	Il rapido invecchiamento della popolazione.
<i>Strategia</i>	Promuovere la permanenza delle persone anziane non autosufficienti nel proprio ambiente di vita.

2. Invecchiamento rapido della popolazione

La velocità di invecchiamento della popolazione sarda è in sensibile aumento, così come la domanda di assistenza correlata all'età. Il problema può essere descritto in questi termini: mentre per l'Italia la popolazione degli ultra65enni raddoppierà nei prossimi 25 anni (Istat 2003), in Sardegna lo stesso dato si verificherà nei prossimi 10-15 anni.

Il fenomeno è particolarmente preoccupante nelle aree interne della regione, a rischio di spopolamento.

La non autosufficienza negli anziani si presenta in termini particolarmente ampi. L'indagine Istat sulle condizioni di salute e sul ricorso ai servizi sanitari stima in Italia che il 18,9% degli uomini con più di 75 anni e il 22% delle donne della stessa classe d'età siano costretti a letto. Le stime a livello regionale presentano minore affidabilità, ma si attestano su valori simili.

Il sostegno alle famiglie in cui siano presenti anziani non autosufficienti si sviluppa attraverso una pluralità di servizi ed interventi di carattere sociale e sanitario volti primariamente a favorirne la permanenza nella propria abitazione.

Obiettivo è lo sviluppo di azioni incentivanti l'auto organizzazione delle famiglie, incrementando l'area degli interventi di auto - mutuo - aiuto e delle risposte realizzate con l'integrazione dell'apporto professionale e quello personale, familiare e di volontariato, finalizzato a dare vita e co-gestire risposte personalizzate, flessibili e solidali.

Le esigenze assistenziali della persona anziana non autosufficiente devono essere valutate e prese in carico dall'Unità territoriale di valutazione, i cui compiti e composizione saranno definiti da specifiche deliberazioni della Giunta regionale.

La condizione di non autosufficienza deve essere valutata in relazione a fattori personali, sociali, relazionali e sanitari considerati nella loro globalità, promuovendo il protagonismo dell'anziano e della sua famiglia e utilizzando strumenti di valutazione multidimensionale validati.

La valutazione dovrà configurarsi:

- come metodo di analisi del bisogno per la definizione del progetto personalizzato più rispondente alle esigenze di cura;

La presa in carico e la valutazione multidimensionale

- come una operazione dinamica e continua che segue la persona anziana nel suo percorso lungo la rete dei servizi per verificare l'esito degli interventi e riformulare il progetto.

Entro 180 giorni dall'entrata in vigore del presente Piano la Regione:

- definisce le procedure per la riclassificazione dell'attuale offerta assistenziale per i soggetti non autosufficienti, stabilendo standard strutturali e di funzionamento, modalità di valutazione e di monitoraggio della qualità assistenziale e dei risultati raggiunti;
- prevede la riconversione di posti letto - relativi a Centri ex art. 26, Case protette - ad una tipologia di offerta differente;
- individua, sulla base di riscontri empirici di carattere demografico ed epidemiologico, i fabbisogni residenziali di ciascuna zona.

Entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente Piano, la Regione promuove la realizzazione di un'indagine conoscitiva sui servizi offerti dalle case di riposo presenti sul territorio regionale, anche coinvolgendo le organizzazioni sociali più rappresentative. L'obiettivo è verificare la qualità delle risposte assistenziali, con riferimento alle risorse impiegate (strutturali, professionali e economiche) e ai bisogni osservati.

Sono risultati attesi del Piano:

- l'incremento della attuale dotazione di Centri diurni che erogano prestazioni integrate di carattere sanitario e assistenziale;
- il raggiungimento nel corso del triennio del valore medio nazionale nel numero di persone anziane trattati in assistenza domiciliare integrata;
- la costituzione di strutture di sollievo e di ospitalità temporanea, anche come modulo di una struttura residenziale esistente, per ogni ambito territoriale;
- il miglioramento della qualità dell'offerta assistenziale e la diversificazione dell'offerta.

La Regione sostiene attraverso adeguate politiche la riqualificazione delle case di civile abitazione, soprattutto nelle zone a rischio di spopolamento, anche al fine di favorire la permanenza degli anziani al proprio domicilio; favorisce inoltre, nelle aree urbane, la mobilità volontaria degli assegnatari anziani di case popolari finalizzata ad evitare o limitare l'isolamento.

In ogni ambito territoriale dovranno essere predisposti programmi di educazione al buon invecchiamento e di prevenzione della perdita dell'autonomia e dell'autosufficienza. Particolare cura verrà prestata alle aree rurali all'interno della Sardegna a rischio di spopolamento, dove l'invecchiamento si accompagna spesso a situazioni di isolamento sociale.

Il servizio di assistenza domiciliare dovrà essere equamente garantito in tutto il territorio regionale, erogato in forma integrata e comprendere, obbligatoriamente, prestazioni di carattere sociale e prestazioni sanitarie, con intensità assistenziale sanitaria differenziata in relazione alle condizioni di bisogno della persona non autosufficiente.

L'assistenza
domiciliare
integrata

<i>Problema</i>	La bassa scolarizzazione e qualificazione dei giovani e le loro crescenti insicurezze sociali.
<i>Strategia</i>	Accrescere il capitale sociale di ogni cittadino, in particolare dei più giovani, inteso come acquisizione di conoscenze e abilità spendibili nel mercato del lavoro e come costruzione di reti di aiuto reciproco e di impegno civico.

3. Nuove
generazioni: un
capitale umano
da qualificare

Le nuove generazioni sono il futuro della nostra Regione. Ad esse va dedicata maggiore attenzione e devono essere incrementate le opportunità per l'inserimento lavorativo e sociale attraverso azioni intersettoriali coordinate e sinergiche. La percentuale di giovani 18-24enni privi di diploma sul totale dei giovani di pari età è 51%, cioè circa 1 un giovane su 2 è senza diploma. Rispetto alla media nazionale il valore regionale è più alto del 27%. Questo significa che altre regioni e altre comunità locali investono di più sui propri giovani cioè sul proprio futuro.

Pertanto il risultato atteso da conseguire nel triennio è quello di invertire questa tendenza e di recuperare almeno parte del divario sopra indicato. Le azioni per ottenere questo risultato sono di:

Le azioni
prioritarie

- contrasto all'abbandono e alla dispersione scolastica;
- incremento delle funzioni di informazione, orientamento e accompagnamento nella scelta dei percorsi di studio;
- intensificazione delle collaborazioni tra scuola, università e mondo del lavoro;
- verifica della capacità dell'offerta formativa di rispondere alle domande del mercato.

Le condizioni per accrescere il capitale sociale della Sardegna risiedono non solo nell'apprendimento, nell'acquisizione di abilità e di conoscenze, ma anche:

- nella costruzione di sistemi d'intervento che compensino una crescente precarietà lavorativa;
- nel consolidamento di legami, di un tessuto di relazioni sociali che sostengano l'individuo nelle situazioni che presentano maggiore criticità.

Ogni ambito territoriale dovrà definire specifiche misure di sostegno rivolte alle fasce di popolazione più esposte a condizioni di precarietà lavorativa, di instabilità, prestando attenzione prioritaria alle persone prive di supporto familiare adeguato.

In tali programmi, le azioni di carattere sociale si ricongiungono alle politiche dell'istruzione e del lavoro nel promuovere un sistema locale di protezione della persona. Vanno avviati interventi volti a costruire ambienti di vita che offrano sostegno. Devono essere valorizzate le risorse di partecipazione e di aiuto costituite dall'associazionismo di volontariato e di promozione sociale e dalla cooperazione sociale.

<i>Problema</i>	Il disagio familiare riduce la capacità di far fronte alle necessità di cura dei soggetti deboli nella famiglia.
<i>Strategia</i>	Promuovere misure di sostegno per le famiglie che presentano maggiori problematiche e carichi di cura.

4. La famiglia destinataria di interventi di cura

La maggioranza delle persone può contare sulle risorse di cura assicurabili dalla famiglia classica o da quella allargata. In questi anni si sono diffusi nuclei differenti, costituiti da una sola persona, famiglie con un solo genitore, che presentano risorse di cura più limitate. Famiglie, in generale, più dipendenti dai servizi, meno autosufficienti nell'affrontare eventi patologici, e che, pertanto, richiedono maggiore attenzione dal sistema di welfare nel suo complesso.

La salute della famiglia in Sardegna è messa in discussione da difficoltà che portano alla separazione: nel 2001 il fenomeno interessava meno del 20% delle coppie dopo 13 anni di matrimonio. Il dato nazionale in quel momento era di oltre il 23%.

Criticità da affrontare

Il problema, come noto, non interessa solo i coniugi ma direttamente anche i figli, che devono affrontare con i loro genitori l'esperienza della separazione e di nuove condizioni vita.

Per affrontare il problema, tenendo conto dei diritti e dei doveri delle diverse parti, dovranno essere previste per ogni ambito specifiche azioni di sostegno e accompagnamento:

- messa in opera di almeno un servizio di mediazione familiare e di consulenza per famiglie e minori al fine del superamento delle difficoltà relazionali;
- modalità di affido differenziate, anche per brevi periodi o di carattere diurno o notturno;
- attivazione di almeno una struttura di accoglienza per donne in difficoltà.

Le sofferenze familiari nascono anche da problemi causati da carichi di cura difficilmente sostenibili oltre il breve periodo. Interessano famiglie con:

Carichi di cura

- bambini piccoli, quando entrambi i genitori lavorano e mancano di supporti parentali e di vicinato;
- persone con disabilità temporanee o permanenti;
- persone anziane con problemi di non autosufficienza fisica e/o psichica;
- persone affette da malattie croniche bisognose di cure e supporto sociale permanente.

Interessano, inoltre, famiglie con problemi di povertà, disoccupazione, esclusione sociale.

Gli interventi in presenza di questi problemi non possono ridursi ad erogazioni economiche, spesso non finalizzate e, anche per questo, generatrici di passività e dipendenza, ma devono esprimere soluzioni professionalmente qualificate nel dare sostegno, accompagnamento e aiuto per uscire dal bisogno.

L'attività di segretariato e di informazione per le famiglie relativamente alle norme sui congedi parentali, sulla concessione di indennità e contributi economici, sulla presenza dei familiari nelle strutture di cura, possono costituire un'importante forma di sostegno all'attività di cura svolta autonomamente dalle famiglie. Gli operatori professionali e le famiglie consolidano ed accrescono le reciproche abilità e competenze attraverso lo scambio e la cooperazione. La Regione promuove la progettazione partecipata delle famiglie agli interventi di sostegno come strumento sia per erogare servizi più efficaci sia per estendere ed accrescere la capacità di fruizione dei diritti di cittadinanza.

<i>Problema</i>	L'isolamento delle persone anziane e la attenuazione dei rapporti tra le generazioni.
<i>Strategia</i>	Incrementare i rapporti e il sostegno reciproco tra le generazioni, valorizzando le conoscenze e le capacità di cura delle persone anziane e il protagonismo dei giovani.

5. Il sostegno tra generazioni: apporto positivo alla vita della comunità

Nelle comunità dell'Isola i rapporti tra le generazioni si sono notevolmente attenuati. Le persone anziane costituiscono un gruppo isolato, spesso con un atteggiamento di distacco rispetto alle trasformazioni; il loro coinvolgimento nella vita collettiva è spesso marginale soprattutto nei centri minori dell'interno della regione. La loro capacità di cura si sviluppa nell'ambito della rete familiare - i figli, i nipoti - e raramente è valorizzata in relazioni più ampie, nella risoluzione dei problemi che ogni comunità deve affrontare.

Le persone anziane sono una preziosa risorsa di esperienza, memoria e competenza. Sono un capitale umano che garantisce alle famiglie e alle comunità il senso di continuità tra presente e futuro, alimentando le radici che identificano e danno senso originale alla vita delle comunità locali. Sono risorsa per le nuove generazioni, sia per i bambini, sia per i loro genitori che possono contare su un valido aiuto e sostegno.

Molte persone anziane godono di buona salute e possono esprimere al meglio le proprie capacità e competenze. Ad esse il Piano propone un forte investimento in partecipazione solidale, che può avere espressioni diversificate: funzioni socialmente utili, aiuto reciproco tra persone anziane, integrazione delle responsabilità genitoriali nell'accudimento dei nipoti, altre azioni finalizzate all'invecchiamento in buona salute e al loro apporto positivo alla vita delle comunità locali.

Da questo punto di vista, l'elevato rapporto tra terza età (60/74enni) e bambini in età 0 - 9, pari a 177,8 in Sardegna rispetto ai 176,9 del valore in Italia, può rappresentare una importante risorsa per le famiglie. Analogamente, il rapporto tra la quarta età con la terza età in Sardegna è più basso che nel resto d'Italia (49,1% nella nostra regione rispetto a 53,0% in Italia). Tale informazione può essere utile nella programmazione sociale di alcuni ambiti, in particolare nelle zone di Oristano, Carbonia-Iglesias, Medio Campidano, Ogliastra, nelle quali è possibile intervenire con azioni di promozione della partecipazione solidale tra le persone anziane.

Adolescenti e giovani hanno luoghi d'incontro e di socializzazione spesso esterni alla stessa comunità di residenza; le reti di amicizia che costruiscono autonomamente non sono rappresentate come risorse di cura che possono essere mobilitate per aiutare coetanei in difficoltà, per affrontare i problemi pratici delle persone anziane che vivono sole.

Il Piano rappresenta gli adolescenti ed i giovani come risorse delle piccole comunità, crea condizioni che ne favoriscano la permanenza e promuove per ogni ambito territoriale:

Le potenzialità offerte dalla presenza delle persone anziane

I giovani risorse delle piccole comunità

- opportunità di aggregazione e di partecipazione alla vita della comunità, soprattutto nei centri minori;
- finanziamento di progetti di recupero, di valorizzazione di risorse, formulati da giovani;
- interventi di sostegno all'associazionismo e all'aggregazione spontanea;
- costituzione di "Tavoli locali per i giovani" di partecipazione e di confronto, di definizione di programmi di azione;
- finanziamento di scambi tra giovani di città diverse;
- valorizzazione delle azioni a valenza culturale e sociale;
- azioni volte all'acquisizione di una cultura imprenditoriale;
- promozione di iniziative di sostegno quali il "prestito d'onore".

Il Piano valuta le esigenze di cura delle differenti aree territoriali con un approccio intergenerazionale, utilizzando gli indicatori più appropriati. Il rapporto tra coloro che normalmente hanno necessità di cura e accudimento (i ragazzi al di sotto dei 14 anni e le persone anziane con più di 75 anni) con la popolazione da cui usualmente dipendono (persone tra i 30 e i 59 anni), presenta elementi di preoccupazione. Il dato relativo agli ambiti della regione è evidenziato nel grafico 1.4.

Si tratta di un indicatore di valutazione del bisogno utile anche per politiche di riequilibrio delle risorse messe a disposizione alle zone, nonché per politiche di sostegno alla famiglia con doppio carico di cura (minori e anziani).

È prevedibile un incremento di questo indice, nell'ipotesi auspicata di una crescita della natalità, e tenuto conto che comunque il tasso di invecchiamento è destinato ad aumentare. Per questo un primo risultato atteso è quello di sviluppare un sistema di monitoraggio delle famiglie con doppio carico assistenziale per garantire ad esse adeguato supporto domiciliare, diurno e di sollievo, in ragione dei bisogni evidenziati. Nella programmazione locale viene quantificato il dato di base (mappa del bisogno) su cui sviluppare azioni di aiuto e sostegno dimensionate sulla domanda della famiglie.

Famiglie con doppio carico assistenziale

<i>Problema</i>	La povertà e l'esclusione sociale.
<i>Strategia</i>	Sostenere e accompagnare le persone e le famiglie più povere per favorirne l'inclusione sociale.

6. Povertà ed esclusione sociale

L'indagine dei consumi delle famiglie rileva che in Sardegna sono povere il 13% delle famiglie, valore superiore a quello medio nazionale, pari al 10,6%, ma inferiore a quello del Mezzogiorno (pari

al 21,3%). Analogamente, sono più alti nella nostra regione i tassi di disoccupazione giovanile (valore relativo 178 rapportando l'Italia = 100), il tasso di lavoratori atipici 15 - 64enni sul totale degli occupati (valore relativo 144,9 rapportando l'Italia = 100) e la percentuale di persone anziane con più di 65 anni percettori di pensione sociale sul totale della popolazione anziana (valore relativo 113,1 rapportando l'Italia = 100)

Il Piano sollecita una pluralità di azioni volte a fronteggiare condizioni di povertà e di esclusione sociale.

Le priorità regionali

Ogni ambito territoriale predispone un organico programma che prevede specifici interventi e servizi volti a contrastare tre condizioni di povertà:

- fenomeni di povertà estrema;
- situazioni di povertà che coinvolgono bambini ed adolescenti;
- condizioni occasionali di grave insufficienza di reddito: ciò al fine di evitare che possano stabilizzarsi e avviare processi di deriva sociale.

Gli interventi di lotta alla povertà e di riduzione del disagio, devono associarsi a percorsi di accompagnamento e sostegno. L'obiettivo irrinunciabile da assumere nei progetti di contrasto delle povertà più gravi è "né di freddo, né di fame", in quanto l'impegno prioritario dei servizi a favore delle povertà più intense deve essere volto ad assicurare che i diritti vitali della persona non siano lesi in alcun caso.

Né di freddo né di fame

Per questa fascia di povertà il programma territoriale di contrasto prevede interventi e servizi finalizzati:

- ad affrontare le gravi emergenze abitative con centri di accoglienza e dimore temporanee anche presso associazioni di volontariato;
- alla distribuzione di generi alimentari e coperte;
- alla costituzione di servizi mensa presso associazioni di impegno sociale che collaborano con le pubbliche amministrazioni;
- a creare servizi a bassa soglia, unità itineranti di informazione e di orientamento;
- ad avviare servizi di segretariato sociale che consentano l'effettivo esercizio dei diritti di cittadinanza.

Nascere e condurre la propria infanzia in una famiglia povera limita fortemente le opportunità di mobilità sociale e di crescita individuale. I bambini poveri vivono condizioni di svantaggio, spesso difficilmente colmabili negli anni successivi.

Le azioni di contrasto alla povertà dell'infanzia

La presenza di più figli minori è oramai diventata uno dei maggiori rischi di povertà. Per l'infanzia il programma territoriale di contrasto della povertà dovrà prevedere azioni rivolte sia ai bambini sia alle loro famiglie promuovendo:

- adeguata integrazione scolastica, attraverso il consolidamento della collaborazione tra scuola e comune e una migliore programmazione dell'assistenza educativa;
- piena partecipazione alla vita di relazione con i coetanei, creando opportunità di crescita, di acquisizione di abilità;
- progetti intersettoriali integrati, nei quartieri e nelle aree abitative che presentano una più elevata presenza di famiglie povere con figli minori.

Gli interventi di contrasto della povertà sono normalmente focalizzati sulle povertà più persistenti, quelle che coinvolgono le famiglie per lunghi periodi di tempo. In realtà molte famiglie, mediamente il 60%, soffrono condizioni di povertà per periodi più limitati (pochi mesi, un anno).

Contrastare la povertà sin dal suo nascere

Gli interventi di contrasto delle povertà brevi si configurano, per lo più, come interventi di carattere economico, si differenziano dai restanti interventi in quanto sono volti a fronteggiare una condizione passeggera di assenza di reddito che non si accompagna, normalmente, a fenomeni di conflittualità e di disgregazione del nucleo familiare. Devono esser assicurati in tempi brevi per evitare ogni fenomeno di stabilizzazione della condizione di disagio, individuando soluzioni organizzative che assicurino riservatezza nel fornire aiuto e accompagnamento.

In alcuni gruppi sociali alla povertà si aggiungono l'esclusione da ambiti di relazione, di lavoro, l'assenza di un sostegno familiare adeguato, il cumularsi di più disagi estremi.

Partire dagli "ultimi"

Dimessi da istituti penitenziari, persone con misure alternative alla detenzione, immigrati, donne che vivono condizioni di sfruttamento e di prostituzione, frequentemente hanno un accesso ai servizi e alle prestazioni molto basso, vivono spesso condizioni di degrado abitativo, e comunque non sono sostenute da reti minime di solidarietà.

Per il contrasto di condizioni di esclusione sociale, in ogni ambito territoriale devono essere promossi:

- interventi di accoglienza e di integrazione per immigrati in condizione di disagio; supporto e mediazione linguistica-culturale per migranti e operatori;
- azioni di riqualificazione professionale e di inserimento lavorativo per le persone che hanno terminato la detenzione;

- azioni di collegamento tra i servizi sociali del territorio e i servizi sociali dell'Istituto Penale Minorile, anche al fine della definizione di più efficaci programmi di reinserimento;
- percorsi di uscita e di protezione sociale - in termini di supporto psicopedagogico, legale, sanitario, abitativo - per persone in condizioni di prostituzione e di sfruttamento;
- servizi di pronta accoglienza protetta in caso di violenza, abuso o per necessità temporanee.

<i>Problema</i>	La rilevante presenza di persone non autosufficienti, la bassa scolarità e l'insufficiente coordinamento delle politiche e degli interventi determinano la mancata integrazione e promozione delle risorse delle persone con disabilità.
<i>Strategia</i>	Tutelare i soggetti più deboli, promuovendo l'integrazione sociale e lavorativa e l'autonomia delle persone con disabilità attraverso politiche di non discriminazione, partecipazione e pari opportunità.

7. La tutela delle persone con disabilità

“Niente per noi senza di noi e le nostre famiglie”: è da questa conquista frutto dell'Anno Europeo delle persone con disabilità che si disegnano gli interventi del Piano. La nostra regione si caratterizza per un elevato tasso di popolazione con disabilità oltre i 6 anni (60%) mentre quelli con più di 15 anni sono per il 50% senza titolo di studio. Rapportando l'Italia a 100 tali indici raggiungono rispettivamente i valori relativi di 123 e 151, collocandosi ben al di sopra della media nazionale. A livello sociale ciò significa che sono elevati i rischi di mancata integrazione e promozione delle risorse di un elevato numero di persone con disabilità.

Il Piano promuove azioni volte alla valorizzazione delle abilità, delle competenze e delle capacità delle persone con disabilità. L'obiettivo è accrescerne l'autonomia attraverso percorsi personalizzati e favorirne la permanenza nel proprio nucleo familiare, l'integrazione nella scuola, nel lavoro, nel tempo libero e nella comunità di appartenenza, contro ogni forma di istituzionalizzazione.

La programmazione locale deve prevedere in ciascun ambito territoriale interventi di:

- valorizzazione delle potenzialità e delle abilità della persona con disabilità e della sua famiglia;
- miglioramento della qualità dei processi educativi e scolastici e dell'integrazione tra questi e i servizi sociosanitari;

Valorizzare abilità e competenze

- rimozione degli ostacoli - nelle abitazioni, nei mezzi di trasporto, negli accessi ai servizi e ai luoghi di tempo libero - che accrescono la situazione di handicap sia delle persone con disabilità che della comunità nel suo complesso;
- valorizzazione di buone prassi per il sostegno alle organizzazioni di auto-aiuto, di famiglie-comunità per l'“adesso con noi” e il “dopo di noi”;
- promozione della vita indipendente e/o l'avvio di piccoli gruppi appartamento per persone con disabilità che, attraverso un adeguato percorso condiviso con le famiglie, possano vivere in totale o parziale autonomia.

In una prospettiva di integrazione e di coordinamento tra interventi sanitari e interventi sociali, i comuni, d'intesa con le aziende Usl, operano, di norma, nell'ambito di progetti personalizzati integrati. I progetti, in attuazione dell'art. 14 della legge 328/2000, comprendono:

- la valutazione del soggetto interessato e le prestazioni di cura e riabilitazione da erogare;
- la descrizione dei servizi con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure, anche di carattere economico, necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale.

Sarà inoltre promossa la Consulta delle organizzazioni delle persone con disabilità.

Il numero dei piani personalizzati, di cui alla legge n. 162/1998, ha rivoluzionato l'offerta di servizi da parte dell'ente pubblico, mettendo al centro la persona, la coprogettazione e la qualità del piano di intervento. Gli interventi finanziati da questa legge, diretta alle persone in stato di gravità, hanno avuto un progressivo e costante incremento dal 2000 al 2003, incremento che ha determinato una riduzione dell'ammontare medio dei contributi erogati.

I piani personalizzati dovranno eventualmente prevedere l'integrazione degli interventi di carattere sociale con gli interventi sanitari in vista della deistituzionalizzazione delle persone, sulla base della valutazione multidimensionale del bisogno.

Essi dovranno, altresì, definire:

- modalità d'integrazione con la rete complessiva dei servizi;
- una maggiore collaborazione tra le persone con disabilità, le loro famiglie e l'ente locale nell'attuazione del piano;
- una maggiore qualificazione del personale utilizzato.

La
personalizzazione
dei progetti e
degli interventi

<i>Problema</i>	L'elevata presenza di persone con disturbi mentali, il perdurare di fenomeni di stigmatizzazione e la mancata integrazione dei servizi determinano una scarsa integrazione e rischi di neoistituzionalizzazione.
<i>Strategia</i>	Garantire la presa in carico personalizzata delle persone con disturbo mentale ed il sostegno alle loro famiglie.

8. Il disturbo mentale: un problema personale, familiare e della comunità

La Sardegna si caratterizza per un'elevata presenza di persone con disturbo mentale: nel 1999 5.3 persone ogni 1.000 abitanti, oltre il 56% in più della media nazionale.

Le persone con disturbo mentale, per intraprendere un percorso di ripresa, richiedono consistenti e diversificati interventi sanitari e sociali e una forte rete di sostegno. La responsabilità della presa in cura è del Dipartimento di Salute Mentale; il comune di residenza interviene attivamente - nella realizzazione del progetto riabilitativo personalizzato - per la parte sociale in stretta collaborazione con le altre agenzie territoriali.

Il quadro dell'integrazione sociosanitaria, sia con l'area distrettuale che con i Servizi sociali dei Comuni, le cooperative sociali e le associazioni, non risulta ancora sufficientemente definito: l'attuale debolezza o assenza del Distretto non crea le condizioni per promuovere l'integrazione; l'attenzione verso i problemi di salute mentale dei bambini, degli adolescenti e nelle età "di confine", è ancora troppo debole; i percorsi di formazione e di inserimento lavorativo sono carenti.

In ciascun ambito territoriale la programmazione locale deve prevedere:

- assistenza domiciliare e sostegno alle famiglie per la riduzione del carico assistenziale;
- accompagnamento in percorsi individuali riabilitativi, con particolare riferimento alla promozione dell'inserimento lavorativo ed alle azioni di sostegno al primo impiego;
- assegnazione di alloggi popolari per la quota che deve essere riservata alle persone con disturbo mentale;
- sostegno alle iniziative di auto-mutuo-aiuto di familiari e utenti;
- sostegno alla attività delle Associazioni dei familiari e degli utenti;
- promozione dell'affido familiare delle persone con disturbo mentale;
- promozione di piccole residenze autogestite e/o eterogestite orientate verso il mantenimento di un buon livello di vita e il raggiungimento della maggior autonomia possibile;

- reinserimento sociale attraverso l'accompagnamento e il sostegno nei luoghi di incontro e di socializzazione.

Per la realizzazione degli interventi i Comuni dovranno collaborare prioritariamente con le cooperative sociali, le Associazioni dei familiari e degli utenti impegnate nel territorio, le ONLUS, sostenendo le esperienze di buone pratiche già esistenti.

La responsabilità delle cure sanitarie delle persone che abitano in piccole residenze (massimo cinque persone) rimane di competenza dei Centri di salute mentale. Tali tipologie residenziali, in base all'art.3 del D.M. 21/5/2001 n.308, devono possedere i requisiti strutturali previsti per gli alloggi destinati a civile abitazione. Alle persone con disturbo mentale deve essere garantito il diritto di scelta del luogo di vita. Gli utenti concorrono alla spesa con una partecipazione che consenta adeguata autonomia economica

Piccole
residenze

<i>Problema</i>	Il crescente utilizzo, anche da parte dei giovani, di sostanze che inducono dipendenza, spesso associato con difficoltà sociali, psicologiche e mediche, determinano gravi problemi di salute e fenomeni di criminalità e violenza interpersonale.
<i>Strategia</i>	Sviluppare modalità di presa in carico personalizzata a partire da una valutazione multidimensionale dei bisogni, integrando responsabilità e risorse e investendo in programmi di prevenzione.

9. Comportamenti
autolesivi

Il suicidio è un problema di forte rilievo in Sardegna: a fronte di un tasso nazionale intorno agli 8 per 100.000 ab., la Sardegna nel 2003 ha presentato un tasso di 10,3. Se si confronta questo dato con il tasso dell'Italia meridionale, che si tiene costantemente intorno a 4-5 suicidi per 100.000 abitanti, la dimensione preoccupante del fenomeno appare evidente. Il tasso della provincia di Sassari, ad esempio, che nel 2003 si è portato a 14 su 100.000 ab., mette questa provincia alla pari di aree italiane "storicamente" a più alto tasso di suicidio.

L'uso problematico, l'abuso e la dipendenza da sostanze psicoattive costituisce ad oggi una priorità nell'intervento sociale e sanitario. Gli effetti direttamente indotti dall'uso delle diverse sostanze e/o le conseguenze del loro uso esercitano un impatto sociale e sanitario fortemente negativo in termini di mortalità, morbosità, criminalità e segregazione sociale.

In Italia un quarto della popolazione, in età superiore ai 13 anni, fuma sigarette; in Sardegna 11,1% dei fumatori con più di 15 anni fuma oltre 20 sigarette al giorno, dato superiore alla media nazionale. La dipendenza da alcol riguarda il 10% della popolazione, una percentuale superiore di persone pur senza arrivare all'alcolismo assume eccessive - e pertanto dannose - quantità di alcol.

In Sardegna, nel 2001, si stima che tra 6.300 e 15.800 soggetti tra i 15 e i 54 anni abbiano regolarmente utilizzato eroina.

La risposta sociale e sanitaria ad un fenomeno di tali proporzioni deve tenere conto della sua frequente associazione con problematiche di ordine medico, psicologico e sociale. In particolare, esiste una stretta associazione tra uso di sostanze psicoattive e tutte le principali situazioni di degrado sociale.

Gli interventi per le conseguenze dell'uso problematico, dell'abuso e della dipendenza da sostanze psicoattive rientrano pienamente nel sistema di riordino dell'assistenza sociale e sanitaria e devono prevedere una sempre maggiore integrazione con le azioni e le risorse di altri settori quali l'istruzione, la formazione lavoro, le politiche per i giovani, per l'immigrazione e per i detenuti. Fondamentale è dunque l'integrazione nei programmi di prevenzione, cura e riabilitazione di tutti i soggetti e istituzioni pubblici, del volontariato e dell'associazionismo.

La presa in carico personalizzata va garantita attraverso la completezza diagnostica dal punto di vista biologico/medico, psicologico e sociale, sulla base delle specificità della patologia e del suo grado evolutivo, delle caratteristiche della persona dal punto di vista biologico, psichico e relazionale. Nella definizione degli interventi occorre seguire le linee guida consolidate nella letteratura scientifica e attuarne sistematicamente la valutazione dell'efficacia.

Gli interventi di cura nel campo delle tossicodipendenze si sono sviluppati a partire dai primi anni '60 ed hanno trovato applicazione anche in Sardegna attraverso la costruzione della rete dei servizi e delle sinergie previste dal DPR 309/90.

Attualmente, in Sardegna, la rete dei servizi impegnati nella risposta al bisogno di salute nel settore include Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.), Comunità terapeutiche, Unità di algologia, Gruppi di autoaiuto (CAT; AA), Unità operative tabagismo, Centri di ascolto, Centri di pronta accoglienza, Centri di Informazione e Consulenza (CIC).

La pianificazione degli interventi sociosanitari nel settore delle tossicodipendenze richiede il coinvolgimento delle diverse unità di

Implementazione
e utilizzo di linee
guida e
valutazione di
efficacia

questa rete in una attività di coprogettazione che tenga conto delle complesse necessità della popolazione generale.

Obiettivi prioritari del Piano sono:

- garantire la presa in carico personalizzata delle persone dipendenti da sostanze, integrando la valutazione e gli interventi di ordine farmacologico, psicologico, riabilitativo nei contesti ambulatoriali, semiresidenziali o residenziali più indicati nel singolo caso;
- coordinare e raccordare le risorse e l'operatività dei diversi punti della rete dei servizi (sanitari, sociosanitari, sociali, educativi) impegnati nell'attività di prevenzione, cura e riabilitazione;
- riorientare l'operatività dei servizi, in modo da incontrare le diversificate necessità e richieste di salute e intergrarla nel Distretto con gli altri servizi;
- garantire in particolare l'integrazione con i servizi per la tutela della salute mentale per assicurare la presa in carico integrata dei pazienti in situazione multiproblematica;
- adottare strumenti di analisi epidemiologica a livello regionale per sostenere la pianificazione degli interventi, il loro monitoraggio e la valutazione dei risultati ottenuti.
- attuare programmi di prevenzione, definiti in base alle evidenze scientifiche della loro efficacia, rivolti prevalentemente ai giovani nell'intento di scoraggiare l'uso delle varie sostanze d'abuso (legali ed illegali).

Gli obiettivi prioritari

<i>Problema</i>	Le comunità locali hanno bisogno di diventare/tornare ad essere più solidali, investendo nella cultura della legalità e delle responsabilità reciproche, promuovendo la sussidiarietà.
<i>Strategia</i>	Promuovere comunità locali più accoglienti, promuovere una cultura della partecipazione solidale e della tolleranza.

10. Partecipazione, legalità e sussidiarietà

Il numero di incendi ed estorsioni su 1.000 delitti - considerato un indice di comportamento malavitoso - in Sardegna nel 2001 è quasi il doppio della media nazionale. Di fronte a tali fenomeni, gli interventi sociali risultano spesso focalizzati sul caso singolo, sulla problematica manifestata dalla persona. Raramente sono posti in essere interventi su collettività, su quartieri, per ricostruire un tessuto di relazioni, rafforzare reti di aiuto, promuovere un sistema valoriale fondato sulla solidarietà e sulla condivisione.

Valorizzare e ricostruire le comunità locali e il vicinato diventa un compito primario dei servizi sociali, attraverso una più efficace connessione dell'intervento sul singolo caso agli equilibri, alle dinamiche di una comunità, alle sue capacità di accogliere comportamenti differenti, di non escludere, rispetto ai valori più diffusi.

Il Piano promuove la costruzione di comunità locali più coese e mira a costruire relazioni significative tra persone che soffrono condizioni di isolamento ed esclusione - quali dimessi dagli istituti penitenziari, senza fissa dimora, giovani in condizioni di dipendenza patologica - e gruppi di persone che condividono situazioni di vita più soddisfacenti.

A livello locale, la programmazione deve prevedere modalità di partecipazione delle comunità locali e delle famiglie alla gestione dei servizi, alla progettazione, alla valutazione sociale dei risultati raggiunti. L'obiettivo generale è creare una comunità che si prende cura di se stessa.

Ogni ambito locale promuove ed incentiva:

- programmi d'intervento su comunità circoscritte, piccoli comuni, aree a rischio di spopolamento, che valorizzino le risorse di cura in esse presenti;
- "spazi aperti" nell'ambito delle strutture pubbliche che favoriscano l'incontro di cittadini, il dialogo tra gruppi diversamente connotati in termini di valori, di età, di tradizioni;
- interventi intersettoriali promossi su aggregazioni giovanili caratterizzate da gravi livelli di esclusione o da forme di violenza;
- occasioni di confronto tra le famiglie, tra i vari gruppi sociali, al fine di definire risposte condivise ai problemi che emergono nella comunità;
- iniziative volte ad incoraggiare e sostenere rapporti di vicinato improntati al reciproco supporto ed al mutuo-aiuto.

2.2 CON RIFERIMENTO AL SISTEMA DI OFFERTA

Le scelte di Piano, tenendo conto delle indicazioni di priorità emerse dall'analisi dei bisogni, sono chiamate ad affrontare le criticità presenti nel sistema di offerta. Esse coesistono con aspetti positivi, come la disponibilità di risorse superiori alla media nazionale, una cultura dei servizi e delle politiche storicamente avanzata e ben rappresentata nella legge regionale 4/1988, una diffusa solidarietà che in certi casi ha svolto un ruolo di supplenza rispetto all'inadeguatezza delle risposte.

Le difficoltà da superare nascono da un sistema di offerta non in grado di rispondere adeguatamente ai bisogni perché:

- esaurisce una parte delle proprie potenzialità in erogazioni economiche non collegate a percorsi di aiuto e di servizio;
- non soddisfa criteri di equità e giustizia distributiva nei diversi territori;
- non interpreta adeguatamente i bisogni, la loro epidemiologia e deve nel tempo meglio orientare e personalizzare le proprie strategie di servizio;
- non ha ancora saputo esprimere soluzioni organizzative e gestionali capaci di coniugare efficacia ed efficiente utilizzo delle risorse disponibili;
- non documenta adeguatamente quanto erogato e realizzato, rendendo difficile una valutazione sistematica su scala regionale e locale dei risultati.

Sistema di offerta e priorità da affrontare

È necessario un grande investimento, che veda i diversi centri di responsabilità impegnati e cointeressati in una profonda trasformazione.

L'*obiettivo* è di rendere trasparenti e verificabili i processi di servizio (a livello tecnico e a livello sociale) e di meglio integrare le responsabilità istituzionali, gestionali, professionali e comunitarie. A tal fine, il Piano dedica specifica attenzione a 8 aspetti giudicati prioritari:

8 priorità per qualificare il sistema di offerta

1. il passaggio da programmazioni settoriali a una più matura capacità di *programmare unitariamente* a livello locale il sistema di interventi e servizi, così da integrare i percorsi decisionali in modo partecipato nel territorio;
2. la condivisione di nuove condizioni di *gestione unitaria* della rete di interventi e servizi;
3. la *qualificazione dell'accesso* ai servizi e *valutazione* dei bisogni;

4. l'articolazione delle risposte sulla base di *progetti personalizzati di assistenza*, coerenti con i bisogni delle persone e delle comunità di appartenenza;
5. il superamento delle attuali difficoltà di monitoraggio, attraverso lo sviluppo di soluzioni idonee a *qualificare il sistema informativo regionale* in modo integrato con i sistemi informativi locali e attraverso la documentazione sistematica dei bisogni, dell'offerta e della spesa di ogni territorio;
6. lo sviluppo di un *sistema di verifica e valutazione* in grado di evidenziare i risultati di efficacia e i risultati di gestione, rendendo identificabili e meglio governabili i diversi centri di responsabilità.

In particolare per i servizi sociosanitari, oltre a quanto sopra, ulteriori priorità sono:

7. lo sviluppo di strategie per *promuovere l'integrazione* istituzionale, gestionale, professionale e comunitaria;
8. la predisposizione di linee guida e protocolli per facilitare l'integrazione, l'appropriatezza e la qualità delle risposte.

Qualificare
l'integrazione
sociosanitaria

2.2.1 La nuova programmazione locale: il piano locale unitario dei servizi alla persona (Plus)

Il Piano di zona è uno dei mezzi individuati dalla legge 8 novembre 2000, n. 328, «per favorire il riordino del sistema integrato di interventi e servizi sociali». Si tratta di uno «strumento fondamentale attraverso il quale i Comuni, con il concorso di tutti i soggetti attivi nella progettazione, possono disegnare il sistema integrato di interventi e servizi sociali con riferimento agli obiettivi strategici, agli strumenti realizzativi e alle risorse da attivare» (D.P.R. 3 maggio 2001, Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001/2003).

Nella programmazione locale possono essere meglio affrontati problemi quali:

- la costruzione e lo sviluppo del sistema integrato dei servizi alle persone a livello locale;
- la conoscenza dei bisogni, dell'offerta e della spesa;
- la selezione delle priorità;
- le modalità di organizzazione dei servizi e dei livelli di offerta;
- la qualificazione della spesa e la sua gestione unitaria;
- la promozione di risorse comunitarie;
- il coinvolgimento e la partecipazione dei diversi soggetti: volontariato, non profit, associazionismo di impegno sociale, altri soggetti operanti con fini di solidarietà sociale;

1. La nuova
programmazione
locale: il piano
locale unitario
dei servizi alla
persona (Plus)

- le risorse umane e la loro qualificazione.

I problemi da affrontare riguardano anche il *processo metodologico e strategico di costruzione e di approvazione della programmazione locale*: la selezione dei soggetti del processo partecipativo, la gestione di gruppi di lavoro, le modalità di valutazione, le interazioni tra livelli (politico, tecnico, comunitario), la selezione delle priorità.

A questo proposito il *Piano sociale nazionale 2001-2003* precisa i caratteri fondamentali della nuova programmazione locale (fig. 2.1) affermando:

«Per qualificare le scelte finalizzate all'integrazione sociosanitaria è necessario garantire unitarietà al processo programmatico rendendo tra loro compatibili le scelte previste dal *Programma delle attività territoriali* (di cui all'articolo 3 quater del D.Lgs n. 229/1999) e dal *Piano di zona* (di cui all'articolo 19 della legge n. 328/2000). Il Programma delle attività territoriali è il piano di salute distrettuale in cui sono definiti i bisogni prioritari e gli interventi di natura sanitaria e sociosanitaria necessari per affrontarli. Allo stesso tempo il Piano di zona è lo strumento per definire le strategie di risposta ai bisogni sociali e sociosanitari. È pertanto necessario che i due strumenti siano gestiti all'interno di un'unica strategia programmatica, attuata in modo collaborativo tra azienda sanitaria ed enti locali, finalizzata alla promozione e alla tutela della salute delle persone e delle famiglie».

Fig. 2.1 - La nuova programmazione locale



Ai fini programmatori, la Sardegna si caratterizza per la presenza di due peculiarità:

- la piccola dimensione di molti comuni, che rende difficile realizzare servizi alle persone adeguati alle diverse

Ambito
territoriale di
programmazione

- caratteristiche dei bisogni e omogenei in termini di garanzia dei livelli essenziali di assistenza;
- la difficoltà negli spostamenti e la dispersione demografica, che in molti territori rendono necessari un forte impegno per garantire equità di offerta, per assicurare interventi a domicilio e consentire ai cittadini di permanere nei propri ambiti di vita.

Per affrontare tali peculiarità la Regione Sardegna attua la strategia della programmazione integrata sviluppando negli otto ambiti di riferimento (ovvero nelle otto province) un'unica azione programmatica, che vede cointeressati l'ambito sociale e l'azienda sanitaria. In questo modo la nuova programmazione locale potrà soddisfare al contempo i requisiti propri del programma delle attività territoriali (art. 3 quater, D.Lgs n. 229/1999) e del piano di zona (art. 19, legge n. 328/2000).

Attraverso il Piano locale unitario dei servizi (Plus), i Comuni e le aziende Usl danno concreta attuazione alle strategie di pianificazione regionale e individuano le risposte appropriate ai bisogni locali. In particolare, in sede di prima realizzazione, il Piano locale unitario dei servizi dovrà fungere da percorso portante del cambiamento a livello locale, catalizzando l'attenzione di tutti i soggetti, istituzionali e sociali, e affrontando globalmente l'area degli interventi sociali e sociosanitari, fino ad interessare le politiche educative, del lavoro e abitative.

La programmazione unitaria a livello provinciale costituisce obiettivo strategico del presente Piano, da conseguire con gradualità, a partire dall'adozione di forme di programmazione unitaria su scala distrettuale, che nell'arco del triennio dovranno essere adottate su tutto il territorio regionale.

Nel rispetto dell'autonomia e della peculiarità di ciascuna area territoriale, la Regione adotta entro 120 giorni dalla entrata in vigore del presente Piano, le Linee guida regionali per la predisposizione dei Piani locali unitari dei servizi alla persona.

Contestualmente la Regione adotta, anche avvalendosi delle risorse del Quadro Comunitario di Sostegno, un programma regionale di formazione e supporto agli ambiti territoriali. A tal fine costituisce un gruppo tecnico regionale con il compito di promuovere e sostenere l'avvio e la realizzazione dei percorsi di programmazione locale, garantendo altresì il monitoraggio e la valutazione.

Nella predisposizione delle Linee guida, la Regione farà riferimento ai criteri specificati nel seguente riquadro.

IL PIANO LOCALE UNITARIO DEI SERVIZI ALLA PERSONA

LA STRUTTURA DEL PLUS

Il Plus può essere articolato con riferimento ai seguenti aspetti generali:

- il contesto sociale, la situazione socio-demografica, la situazione dei servizi alla persona, compresi i servizi a rilevante impatto sociale.
- le aree di approfondimento:
 - analisi dei bisogni, dell'offerta, delle risorse disponibili;
 - le scelte prioritarie, con riferimento ai bisogni e al sistema di offerta, agli strumenti e alle azioni di Piano, ai risultati attesi;
- il sistema di responsabilità e di valutazione, con riguardo ai soggetti istituzionali e sociali non istituzionali, alle loro rispettive responsabilità, alle modalità d'integrazione e collaborazione, agli strumenti di valutazione politica e tecnica dei risultati.

LA PREDISPOSIZIONE DEL PLUS

Il processo di costruzione del Piano locale unitario dei servizi sarà analiticamente descritto nelle Linee guida che saranno adottate dalla Regione con delibera di Giunta entro 120 giorni dall'approvazione del presente Piano. Le Linee guida saranno definite nel rispetto dell'autonomia e delle peculiarità di ciascuna area territoriale.

APPROVAZIONE DEL PLUS

Il Plus è approvato con l'accordo di programma al quale partecipano i Comuni dell'ambito, l'azienda Usl, eventuali altre istituzioni pubbliche locali e con il contratto di programma con i soggetti privati che concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali previsto nel Piano.

Nell'accordo di programma si specificano le condizioni per l'immediata operatività del Piano, il suo costante monitoraggio e la soluzione di eventuali difficoltà che possano insorgere nel corso della sua implementazione.

I soggetti promotori inoltrano alla Regione il Piano locale unitario dei servizi per la sua valutazione, anche in termini di coerenza con le scelte programmatiche regionali.

Per gli ambiti territoriali che non si attivano nei termini e con le modalità che saranno stabiliti dalle Linee guida regionali, la Regione costituisce un tavolo di concertazione-sostegno, il quale elabora entro tre mesi il piano straordinario sostitutivo per garantire risposte ai cittadini.

Criteria per la predisposizione delle linee guida regionali

2.2.2 Nuove condizioni di gestione unitaria della rete dei servizi

La necessità di condividere nuove condizioni di gestione unitaria della rete di interventi e servizi sociali e sociosanitari, grazie a forme strutturate di collaborazione tra istituzioni è già indicata

2. Gestione unitaria del sistema di interventi e servizi

dalla legge regionale 4/1988 e adottata a livello nazionale dalla legge n. 328/2000, art. 8, comma 3 lettera a, tra le competenze strategiche regionali. Essa infatti prevede:

“Alle Regioni, nel rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, spetta in particolare l’esercizio delle seguenti funzioni: a) determinazione, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, 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. Nella determinazione degli ambiti territoriali, le Regioni prevedono incentivi a favore dell’esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti territoriali di norma coincidenti con i distretti sanitari già operanti per le prestazioni sanitarie, destinando allo scopo una quota delle complessive risorse regionali destinate agli interventi previsti dalla presente legge...”

Tali disposizioni sono rimaste inattuata in gran parte del territorio nazionale, malgrado rappresentino una condizione cardine per qualificare la capacità di governo dei sistemi locali di welfare.

La Regione Sardegna ha sperimentato invece alcune iniziative che testimoniano la presenza di capacità e potenzialità che prefigurano la possibilità di ulteriori sviluppi e motivano la fattibilità delle scelte del presente Piano.

Nell’ambito di una strategia complessiva per la gestione unitaria dei sistemi locali di welfare, il presente Piano avvia un percorso regionale di scelte finalizzate attraverso l’individuazione:

- degli ambiti territoriali,
- degli interventi e dei servizi sociali e sociosanitari da garantire a livello unitario,
- delle soluzioni istituzionali,
- delle sperimentazioni,
- del piano di qualificazione della dirigenza e degli operatori,
- delle soluzioni incentivanti le scelte di gestione unitaria.

La strategia regionale

Per quanto riguarda il primo punto, il Piano promuove l’associazionismo dei Comuni come strategia che valorizza l’esercizio collaborativo delle titolarità e delle responsabilità istituzionali, superando la frammentarietà degli interventi e delle risposte.

Ambiti di gestione unitaria dei servizi

Tale risultato potrà essere conseguito con gradualità, a partire dall’individuazione di forme di gestione unitaria su scala distrettuale, che nell’arco del triennio dovranno essere adottate su tutto il territorio regionale.

L'obiettivo finale è la realizzazione della gestione unitaria dei servizi a livello provinciale, in quanto ambito sovrapponibile con le aziende sanitarie. In questo potrà essere anche garantita in modo ottimale l'integrazione sociosanitaria.

Contemporaneamente saranno realizzate uno o più sperimentazioni di gestione unitaria a livello provinciale, con idoneo supporto regionale, tecnico e finanziario. Tali sperimentazioni sono, fra l'altro, volte a evidenziare le condizioni ottimali per il trasferimento delle soluzioni su tutto il territorio regionale. La Regione valuterà i risultati con i soggetti interessati, e in particolare con l'ANCI.

Entro 180 giorni dall'entrata in vigore del presente Piano, la Regione individua le tipologie di servizi per le quali dovrà essere prevista la gestione unitaria, almeno a livello distrettuale, alle quali saranno riservati finanziamenti incentivanti. Le tipologie di servizi comprendono:

- i livelli essenziali, di cui al comma 4 dell'art. 22 legge n. 328/2000;
- i livelli essenziali sociosanitari, di cui al DPCM 26.11.2001;
- i livelli aggiuntivi sulla base del Plus.

I contenuti
della gestione
associata

Al fine di garantire un efficace rapporto tra le responsabilità di governo politico (proprie degli enti locali) e le responsabilità di gestione (da posizionare a livello di governo operativo dei diversi centri di responsabilità in gestione diretta e in gestione contrattuale), il Piano promuove e avvia l'attuazione della gestione unitaria dei servizi.

Soluzioni
gestionali-
istituzionali

Per realizzare la gestione unitaria dei servizi, i Comuni adottano la forma gestionale che consente il più efficace perseguimento degli obiettivi di Piano, scegliendo tra uno dei seguenti strumenti:

1. il Consorzio tra Comuni ex art. 31 D.Lgs 267/2000,
2. l'Azienda speciale consortile;
3. l'Unione di comuni ex art. 32 D.Lgs 267/2000;
4. la delega ad un Comune capofila;

o altri strumenti previsti dalla normativa regionale.

A tal fine potranno essere valorizzate le soluzioni e le competenze già presenti in numerose esperienze della Sardegna, realizzate sulla base dalla legge regionale 4/1988 e dei precedenti Piani socio-assistenziali.

Per meglio orientare le scelte degli enti locali e delle altre amministrazioni interessate, la Regione intende favorire la

Sperimentazioni
gestionali

sperimentazione di nuovi modelli gestionali, volti a dare risposta ai seguenti aspetti:

- a. le soluzioni giuridiche ottimali per la gestione unitaria e le modalità di adozione degli atti costitutivi e di gestione corrente;
- b. i profili gestionali e organizzativi, con riferimento alle diverse aree di bisogno e di offerta;
- c. le strategie formative per riorientare le competenze professionali e renderle capaci di affrontare in modo strategico e collaborativo i nuovi problemi organizzativi e professionali;
- d. le soluzioni più idonee per gestire l'integrazione sociosanitaria, con particolare riferimento al governo unitario delle risorse sanitarie e sociali, unificando la gestione delle risorse a ciò finalizzate;
- e. le forme di monitoraggio e di valutazione partecipata dei risultati di gestione, insieme con le forme di verifica tecnica e sociale dei risultati di salute.

Entro 180 giorni la Regione, anche in collaborazione con i soggetti interessati, definisce le modalità e i criteri attraverso i quali possono essere avviate le sperimentazioni e valutati i risultati.

Le scelte adottate dal presente Piano richiedono un investimento straordinario di qualificazione della dirigenza e degli operatori.

Le scelte complessive per la formazione sono delineate nella sezione "La qualificazione delle risorse professionali e strutturali" (parte terza) e nella sezione "Azioni regionali per qualificare il sistema di welfare" (parte quarta).

Con riferimento alla dirigenza dei servizi sociali e sociosanitari, il Piano riconosce che nel territorio regionale sono presenti competenze professionali e gestionali, che rappresentano un patrimonio da valorizzare. Nel contempo, l'efficace attuazione delle scelte di Piano richiede nuove professionalità. Per questo è necessario verificare la competenza e la qualità delle risorse oggi disponibili e promuoverne lo sviluppo. Questo riguarda sia la dirigenza presente nei servizi, sia la domanda di nuova dirigenza da qualificare per la gestione unitaria dei servizi sociali e sociosanitari. Le aree di crescita professionale su cui investire riguardano le competenze *giuridico-istituzionali, gestionali ed economiche, strategiche, strutturali e comunicazionali, valutative*.

A tal fine la Regione attiva percorsi di formazione e qualificazione dirigenziale, con particolare riferimento ai percorsi "misti" che promuovano l'armonizzazione dei linguaggi e delle filosofie di intervento grazie alla partecipazione attiva degli altri portatori di

La qualificazione
della dirigenza e
degli operatori

interessi co-protagonisti dei processi decisionali di formazione del Plus.

Le scelte strategiche di politica sociale della Regione Sardegna, storicamente innovative ma solo in parte attuate, motivano la scelta della gestione unitaria come opzione irrinunciabile seppur complessa da realizzare. Gli sforzi che gli enti locali e le istituzioni dovranno affrontare sono particolarmente rilevanti sotto il profilo culturale e tecnico. Per questo la Regione accompagna e sostiene il processo di cambiamento attraverso interventi di supporto tecnico-progettuale e finanziario.

Soluzioni
incentivanti la
gestione
unitaria

In particolare, una quota del fondo regionale da erogare agli ambiti di gestione unitaria è vincolata all'adozione di uno dei modelli gestionali sopra indicati, come meglio specificato nella sezione dedicata alla politica della spesa.

2.2.3 Qualificazione dell'accesso ai servizi e valutazione dei bisogni

Il problema dell'accesso ai servizi è centrale nella riqualificazione delle politiche sociali della Regione Sardegna. Esso è affrontato sotto due profili: l'equità nell'accesso ai servizi, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti più deboli, e l'unitarietà della risposta, compresa la valutazione dei bisogni.

A questo proposito è necessario superare la carenza di un punto unitario di accesso ai servizi sociali, con conseguente disorientamento e iniquità nella fruizione dei servizi, e prevedere una profonda revisione dei regolamenti di accesso che garantisca omogeneità di risposte a parità di bisogno.

La Regione condivide, e quindi promuove, le scelte strategiche contenute nella legge n. 328/2000, di riforma dei servizi sociali, e nel D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni, di riforma sanitaria. In particolare la legge n. 328/2000 con riferimento all'art. 2 e all'art. 22. All'art. 2, comma 3, si precisa che:

“I soggetti in condizioni di povertà o con limitato reddito o con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico e psichico, con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, nonché i soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali, accedono prioritariamente ai servizi e alle prestazioni erogati dal sistema integrato di interventi e servizi sociali”.

All'art. 22, comma 4, si evidenzia la priorità di garantire tra i livelli essenziali di assistenza interventi e servizi di “*servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari*”.

Tra le funzioni dei Comuni (art. 6, comma 2) è indicata, alla lettera e), la “*definizione dei parametri di valutazione delle condizioni di cui all'articolo 2, comma 3, ai fini della determinazione dell'accesso prioritario alle prestazioni e ai servizi*”.

La stessa attenzione è presente nel D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni, di riforma sanitaria, con particolare riguardo alla rimozione degli ostacoli che penalizzano i soggetti deboli nel diritto di fruizione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie incluse nei livelli essenziali di assistenza.

Al fine di garantire la fruizione dei servizi e di contrastare le disuguaglianze nell'accesso, in ogni ambito territoriale deve essere assicurata accoglienza e ascolto della domanda, informazione efficace sull'offerta, sui costi, su eventuali esenzioni, sulle modalità di fruizione. Va inoltre garantito orientamento e accompagnamento alle persone non autosufficienti e con scarsa capacità di orientarsi autonomamente nella rete dei servizi.

Per realizzare l'obiettivo di qualificazione dell'accesso al sistema dei servizi, il Piano prevede la realizzazione in ogni ambito territoriale del *servizio di segretariato sociale*, tenendo conto delle specificità locali. A tal fine, la Regione definisce i contenuti organizzativi e professionali del servizio, ne precisa le condizioni di operatività a livello di funzioni professionali e a livello di funzioni organizzative e di conseguenti dotazioni strutturali.

Ulteriore obiettivo della Regione è rivedere i diversi *regolamenti di accesso ai servizi*, insieme con tutte le amministrazioni pubbliche competenti in materia, in particolare gli enti locali. La revisione è finalizzata a semplificare profondamente tale regolamentazione, a renderla omogenea a livello di ambito e a qualificare i rapporti fra cittadini e pubblica amministrazione, nelle fasi di accesso e di erogazione dei servizi.

Per raggiungere tale obiettivo, oltre a garantire assistenza tecnica alle amministrazioni coinvolte, la Regione entro 180 giorni dalla entrata in vigore del presente Piano, adotta linee guida sulla regolamentazione dell'accesso ai servizi alla persona.

Il secondo aspetto da considerare riguarda l'accesso *unitario* alle risposte.

La necessità di garantire soluzioni favorevoli all'accesso unitario richiede l'integrazione di soluzioni professionali e organizzative in

Accesso ai servizi in condizioni di equità

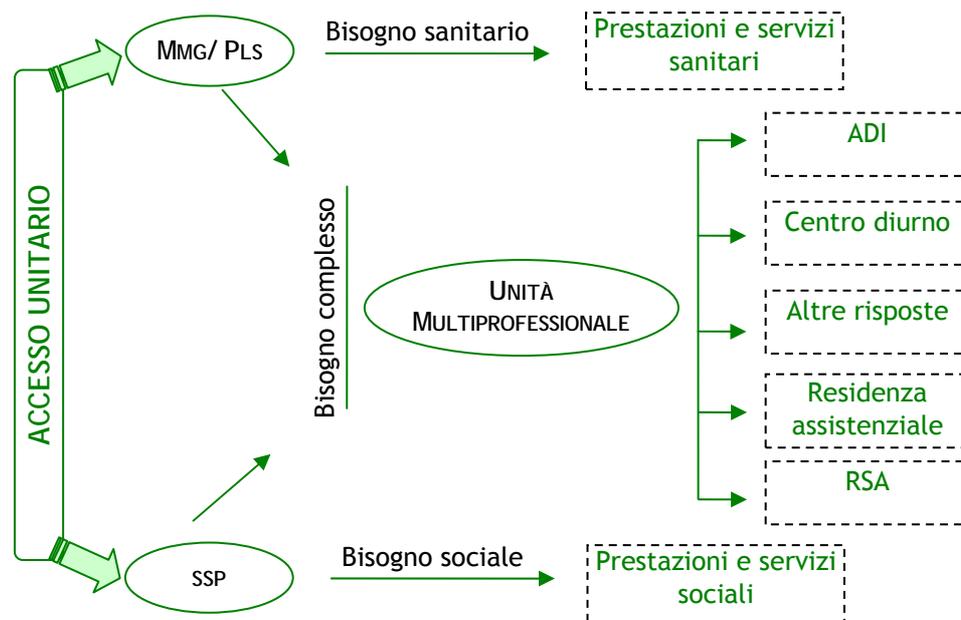
Realizzazione del servizio di segretariato sociale

Accesso unitario alle risposte

grado di collegare la fase di domanda, di valutazione del bisogno e di erogazione del servizio.

Mentre per i servizi sanitari e per i servizi sociali, l'accesso unitario è garantito rispettivamente: a) dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta (MMG - PLS) per la sanità, e b) dal servizio sociale professionale (SSP) per il sociale, l'organizzazione dell'accesso alle prestazioni sociosanitarie - in quanto rispondenti a un bisogno complesso - richiede la previsione di una unità multiprofessionale. Essa deve essere in grado di garantire unitarietà nella fase di analisi della domanda e di presa in carico del bisogno, in una logica di personalizzazione degli interventi, continuità assistenziale, responsabilità sul conseguimento dei risultati di efficacia.

A tal fine il Piano individua nel successivo modello le condizioni necessarie per soddisfare questa esigenza e la conseguente strategia professionale e operativa.



Obiettivo della Regione è l'attuazione sperimentale di questo modello in alcuni territori, per valutarne le condizioni di maggiore efficacia e funzionalità, l'impatto organizzativo ed i benefici conseguibili in termini di efficienza e appropriatezza delle risposte. Alla fase sperimentale farà seguito una fase di attuazione generalizzata delle soluzioni in modo coerente con le specificità territoriali. La garanzia di accesso unitario è uno dei contenuti dei livelli essenziali di assistenza in quanto requisito di processo organizzativo da garantire in ogni territorio nell'arco del triennio.

La valutazione del bisogno sociale è garantita dal servizio sociale professionale (comma 4, lettera a, art. 22, L. 328/2000), in modo integrato - ove necessario - con altre figure professionali, sociali e sanitarie, in ragione della complessità del problema. La valutazione del bisogno sanitario è garantita dal medico di medicina generale, dal pediatra di libera scelta o da altro servizio deputato ad accogliere la domanda di aiuto.

Servizio sociale
professionale per
il bisogno sociale

Per i bisogni complessi, la valutazione è garantita dall'unità multiprofessionale, composta da assistente sociale, medico di medicina generale e altri professionisti in ragione della natura del bisogno e in modo da rendere compatibili le diverse espressioni del bisogno con la necessità organizzativa e strategica di gestire unitariamente il rapporto tra domanda e offerta di servizi.

Unità multi-
professionale
per i bisogni
socio-sanitari

Per i bisogni complessi, che richiedono una presa in carico integrata dei problemi, vanno garantite, in sede di valutazione del bisogno, le modalità indicate dall'art. 2, comma 2, dell'atto di indirizzo sull'integrazione socio-sanitaria (DPCM 14 febbraio 2001). In sede di valutazione del bisogno viene anche verificata la capacità di concorso alla spesa, da parte dell'utente, per la quota sociale delle prestazioni garantite nei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria.

La Regione emana entro 180 giorni dall'entrata in vigore del presente Piano:

- linee guida per la valutazione integrata del bisogno (coerenti con il DPCM 14 febbraio 2001 e l'ICF 2001) con strumenti di valutazione validati e in grado di soddisfare le aree organica, funzionale, cognitiva, relazionale e socio-ambientale;
- criteri e strumenti per la progettazione personalizzata, precisando i contenuti professionali, i percorsi organizzativi, definendone il rapporto con il segretariato sociale, la valutazione professionale della domanda, la presa in carico, la documentazione da garantire.

2.2.4 Articolazione delle risposte sulla base di progetti personalizzati di assistenza

A partire dai risultati della valutazione del bisogno viene predisposto il piano personalizzato di assistenza, dove è indicata la natura del bisogno, la complessità e l'intensità dell'intervento, la sua durata, i costi dei fattori produttivi impiegati, le responsabilità attuative.

Progetti
personalizzati
di assistenza

Elementi costitutivi del piano personalizzato di assistenza sono:

- il problema, che sintetizza i fattori di bisogno considerati;
- la definizione degli obiettivi e dei risultati attesi;
- le azioni professionali e gli interventi necessari per raggiungere i risultati in forma di piano operativo, progettate in modo partecipato con l'utente e la sua famiglia;
- le modalità di valutazione.

Il *problema* è un'interpretazione unitaria delle informazioni raccolte nel corso della valutazione del bisogno dove si evidenziano le difficoltà, ma anche le risorse della persona e della famiglia. Sulla base della definizione del problema, cioè della diagnosi professionale, è possibile selezionare obiettivi praticabili e descrivibili in termini di risultati attesi, individuando le responsabilità e le risorse necessarie.

Il *progetto personalizzato* definisce unitariamente gli interventi utili al perseguimento dei risultati attesi, i tempi di attuazione, i soggetti responsabili e le forme di documentazione.

È importante approfondire la relazione tra bisogno e risorse investite per la realizzazione del progetto personalizzato, mettendo a confronto misure di bisogno con misure di risorse.

In sintesi, le fasi da garantire in termini di processo essenziale di natura professionale e organizzativa sono rappresentate nella scheda di cui alla pagina seguente.

L'intero processo va documentato in modo da renderlo riconoscibile e accessibile nel sistema informativo locale. Gli enti gestori realizzano verifiche periodiche sulla effettiva rispondenza della documentazione ai requisiti sopra delineati.

<i>Fase</i>	<i>Descrizione</i>
<i>Raccolta della domanda</i>	Raccolta e registrazione della domanda espressa dalla persona nel momento di accesso al servizio
<i>Analisi della domanda</i>	Acquisizione delle informazioni necessarie di rilievo professionale e amministrativo, per l'analisi della domanda e per favorire una presa in carico personalizzata
<i>Definizione del problema</i>	Approfondimento e valutazione del problema, coinvolgendo la persona e la famiglia, relativamente ai determinanti di natura funzionale organica, cognitiva, comportamentale, socio-ambientale e relazionale
<i>Definizione degli obiettivi</i>	Definizione degli obiettivi del processo di aiuto, individuazione dei soggetti che si assumono responsabilità e del sistema di valutazione
<i>Programmazione condivisa degli interventi</i>	Predisposizione e attuazione del piano operativo (chi fa, che cosa, in quanto tempo, con quali modalità, con quali risorse). Il piano operativo va coprogettato con la persona e la sua famiglia.
<i>Valutazione</i>	Verifica dell'attuazione del progetto e dei risultati conseguenti con i soggetti interessati

2.2.5 L'apporto del sistema informativo regionale al monitoraggio e alla valutazione dei servizi

Il monitoraggio e la valutazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali richiedono la definizione di un sistema informativo in grado di consentire l'analisi complessiva del sistema nonché l'analisi delle diverse realtà territoriali.

Obiettivo del presente Piano è la realizzazione di un sistema informativo strutturato sulla base di scelte regionali definite con la partecipazione dei soggetti istituzionali interessati e articolato in tre aree (i bisogni, l'offerta e la spesa).

Nel caso dei bisogni, il criterio di osservazione è il ciclo di vita (bisogni età correlati) in modo integrato con l'epidemiologia del disagio. Nel caso dell'offerta, l'osservazione soddisfa tre criteri: a) le macro tipologie di offerta (accesso e segretariato, emergenza, interventi domiciliari, diurni e residenziali); b) l'orientamento (persona-famiglia, comunità locale); c) le modalità di accesso (con valutazione professionale, amministrativa o con accesso diretto).

A tal fine:

- la Regione verifica l'attuale sistema informativo e, sulla base delle criticità, in parte già evidenziate nel presente Piano, ne ridefinisce la struttura; predispone inoltre linee guida per la raccolta delle informazioni e la loro condivisione;
- ogni ambito territoriale organizza la raccolta e la gestione delle informazioni di uso proprio e di alimentazione dei flussi

5. Sistema informativo: monitoraggio e valutazione dei servizi

informativi regionali. Una quota specifica dei trasferimenti regionali alle zone è condizionata alla affidabilità e sistematicità delle informazioni locali, all'adozione degli indirizzi regionali, alla predisposizione di rapporti locali annuali sulla funzionalità del sistema informativo locale;

- la Regione predispone un rapporto annuale sullo stato dei servizi, sull'attuazione dei livelli di assistenza, sull'analisi comparativa dei dati di bisogno, offerta e spesa.

Tali rapporti, oltre che una funzione restitutiva nei confronti delle zone, sono finalizzati a facilitare la valutazione politica, tecnica e sociale dei risultati del nostro sistema di welfare.

2.2.6 Lo sviluppo di un sistema di verifica e valutazione in grado di evidenziare i risultati di efficacia

Per superare le molte criticità in tema di monitoraggio, la Regione promuove, insieme con i diversi soggetti interessati, la verifica e la valutazione sistematica delle azioni e dei programmi dei sistemi locali e del sistema regionale di welfare.

A tal fine il Piano regionale individua soluzioni per superare le carenze della valutazione degli interventi che, tradizionalmente, si limita alla fase *ex-post*, trascurando la valutazione *in itinere* ed *ex-ante*.

Compito della valutazione è mettere a confronto la situazione-problema prima dell'intervento con quella dopo lo stesso, sulla base di parametri di natura quantitativa e qualitativa, definiti preventivamente. Per questo motivo, la documentazione professionale e quella di servizio vanno migliorate e rese disponibili con la massima trasparenza.

Le azioni di verifica e valutazione devono considerare e soddisfare la domanda di conoscenza con riguardo a:

- i *processi*, cioè i percorsi decisionali e operativi che collegano le attività necessarie per realizzare interventi e servizi equamente distribuiti nel territorio,
- l'*efficacia*, ovvero i risultati ottenuti in termini di cambiamento, miglioramento, stabilizzazione, contrasto dei problemi; per questo le misure di efficacia devono essere ricondotte allo stato di salute e di benessere delle persone e, più in generale, delle comunità di riferimento;
- l'*efficienza*, ovvero il rapporto tra risorse utilizzate (input) e risultati ottenuti (output);
- la *soddisfazione*, per comprendere come le persone e le famiglie valutano le risposte ottenute.

Criticità da superare per qualificare i processi di valutazione

Aree di interesse della valutazione

Al fine di qualificare la capacità dell'intero sistema regionale di riconoscere, valutare e socializzare i propri risultati, è necessario che:

Valutazione
professionale e
di servizio

- i *criteri di valutazione* e gli *indicatori* da utilizzare per la valutazione siano definiti contestualmente alla messa a punto dei programmi e delle strategie connesse;
- i programmi ai diversi livelli di intervento prevedano un proprio piano di verifica e valutazione, comprensivo dell'analisi del problema *prima* dell'intervento, dei *risultati attesi*, della stima dei *costi*, dei *tempi*, delle *modalità di verifica e valutazione*. La presenza/assenza di questo requisito è criterio di valutazione di accreditamento e di qualità dei servizi considerati.

L'impegno di valutazione non riguarda solo il livello della risposta professionale, ma considera anche i processi complessivi di servizio promuovendo una più affidabile restituzione sociale dei risultati e la trasparenza dei processi decisionali. A tal fine, è promossa la valutazione sociale dei servizi e la verifica della sostenibilità del sistema regionale di welfare.

La valutazione sociale è realizzata fuori dai contesti operativi gestiti dai soli tecnici e si misura con le domande di tutti gli attori implicati in un percorso di investimento sociale (cittadini, persone utenti, soggetti politici, soggetti associativi, di volontariato, imprenditoriali e di altra natura).

2.2.7 Lo sviluppo di strategie per promuovere l'integrazione istituzionale, gestionale, professionale e comunitaria

I livelli di integrazione sociosanitaria pur chiaramente delineati dal Piano sanitario nazionale 1998-2000 non hanno ancora trovato attuazioni convincenti nel territorio regionale. Anzi, i risultati di verifiche effettuate su questo argomento evidenziano le perduranti criticità e carenze di integrazione ai diversi livelli.

Urgenza di
risposte
integrate
socosanitarie

Obiettivo prioritario del Piano è avviare un percorso sistematico di superamento delle contraddizioni e delle carenze di risposta a fronte di bisogni estesi, che interessano l'intero corso di vita delle persone e delle famiglie, che comportano flussi di spesa considerevoli e crescenti.

Per livelli di integrazione si intendono gradi diversi di collaborazione e condizione di responsabilità a seconda che essi siano di natura istituzionale, gestionale, professionale, comunitaria.

Nel primo caso (integrazione istituzionale) i soggetti interessati a integrare responsabilità e risorse sono enti pubblici titolari di risorse

Integrazione
istituzionale,
gestionale,
professionale e
comunitaria

finalizzate alla presa in carico integrata dei bisogni della popolazione, in particolare enti locali, aziende sanitarie, province, comunità montane, amministrazioni decentrate dello Stato, ecc..

Nel secondo caso (integrazione gestionale) i soggetti interessati sono i centri di erogazione dei servizi (pubblici e privati).

Nel terzo caso (integrazione professionale) sono coinvolte tutte le professioni operanti nel sistema sanitario, sociale, educativo, che quotidianamente affrontano i bisogni delle persone e delle famiglie. A questo livello vanno qualificate le capacità di lavoro interprofessionale, a partire dalla valutazione multiprofessionale del bisogno.

Per “integrazione comunitaria” si intendono le forme di collaborazione che interessano l’attività congiunta di professionisti e volontari, il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei familiari nei processi di cura, la partecipazione del volontariato organizzato nei processi di servizio, ... cioè tutte le situazioni in cui la presa in carico dei problemi, oltre che professionale, è, a tutti gli effetti, anche, comunitaria e solidaristica, per una più efficace risposta ai problemi.

Nel D.Lgs. n. 229/1999 e nell’atto di indirizzo sull’integrazione sociosanitaria (DPCM 14 febbraio 2001) le prestazioni sociosanitarie vengono caratterizzate come processo assistenziale unitario. Il loro finanziamento è a carico delle aziende Usl e dei comuni, con riferimento agli ambiti di collaborazione intercomunale previsti dall’art. 3, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998 n. 112, e della citata legge n. 328/2000, art. 8, comma 3, lettera a.

A tal fine la Regione emana entro 180 giorni dall’entrata in vigore del presente Piano, i criteri per la costituzione e gestione unitaria della quota di fondo sanitario e della quota di fondo sociale finalizzate all’integrazione sociosanitaria, da gestire su scala territoriale omogenea. Nello stesso atto sono definite le modalità di organizzazione dei livelli essenziali di assistenza sociosanitaria.

Lo strumento di programmazione per il governo strategico dell’integrazione sociosanitaria è il Piano locale unitario dei servizi alla persona.

Il citato atto di indirizzo e coordinamento sull’integrazione sociosanitaria indica i necessari elementi tecnico-professionali per qualificare l’integrazione (in particolare, art. 2 del DPCM 14 febbraio 2001).

Ai fini del presente Piano, i criteri qualificanti per l’integrazione dei processi professionali dei bisogni sociosanitari sono sintetizzati nella successiva scheda.

Il finanziamento
delle risposte
socosanitarie

Criteri
qualificanti
l’integrazione
professionale

PROCESSO INTEGRATO DI PRESA IN CARICO PROFESSIONALE DEI BISOGNI SOCIO SANITARI

Ai fini della determinazione della natura del bisogno si tiene conto degli aspetti inerenti a:

- funzioni psicofisiche,
- capacità, potenzialità e relative limitazioni della persona,
- modalità di partecipazione alla vita sociale (ostacoli e possibilità),
- fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e nel suo superamento.

L'intensità assistenziale è articolata per fasi temporali che caratterizzano il progetto personalizzato, così definite:

- la fase intensiva, caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico e terapeutico, di elevata complessità e di durata definita, con modalità operative residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari;
- la fase estensiva, caratterizzata da una minore intensità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica, a fronte di un programma assistenziale personalizzato;
- la fase di lungoassistenza, finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile a rallentare il suo deterioramento, a valorizzare le risorse presenti nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale, della persona e della famiglia che si prende cura.

La complessità dell'intervento è determinata con riferimento alla composizione dei fattori produttivi impiegati e alla loro articolazione nel progetto personalizzato.

2.2.8 Linee guida e protocolli per facilitare l'integrazione, l'appropriatezza e la qualità delle risposte

Il Piano regionale rappresenta una preziosa occasione per avviare lo sviluppo di linee guida a contenuto misto, clinico e organizzativo, in grado di dare effettiva risposta ai bisogni che richiedono una qualificata capacità di integrazione di diverse responsabilità professionali e di servizio.

A tal fine la Regione promuove, anche attraverso l'adozione di linee guida e protocolli:

- lo sviluppo a livello regionale di prassi omogenee di accoglienza, valutazione del bisogno, predisposizione dei progetti personalizzati, gestione degli interventi, valutazione di efficacia e di efficienza, documentazione delle decisioni, delle azioni e dei risultati;
- l'introduzione di linee guida, per tipologie di bisogno, in grado di considerare in modo integrato i problemi che richiedono interventi socio sanitari;
- la diffusione delle linee guida, con azioni di ricerca intervento, supporto e tutoraggio, verifica e valutazione finalizzate a trasferire competenze, metodologie e soluzioni appropriate;

Linee guida e protocolli

- il superamento delle criticità proprie della continuità assistenziale, con protocolli specifici in grado di garantire il collegamento tra i diversi centri di offerta.

A tal fine, vengono realizzate azioni a partire dai bisogni più rilevanti, quali ad esempio le fratture di femore in persone anziane o le demenze, garantendo la centralità della persona, la continuità di cura e l'accompagnamento tra i diversi centri di offerta.

3.1 LE RISORSE FINANZIARIE E STRUTTURALI: CONDIZIONI PER UNA NUOVA POLITICA DELLA SPESA, BASATA SUL PASSAGGIO DA EROGAZIONI SETTORIALI A FONDI LOCALI DI CITTADINANZA

Attualmente le risorse finanziarie destinate ai servizi sociali (circa 103 euro pro capite) possono essere classificate in due categorie: quelle destinate a finanziare i servizi sociali sulla base della spesa storica (50 €) e quelle destinate a un insieme di leggi finalizzate. Per entrambe le categorie (spesa storica e leggi finalizzate), le risorse sono distribuite sostanzialmente in relazione alla popolazione delle nuove province.

La struttura
attuale della
spesa

Le analisi effettuate evidenziano che la distribuzione delle risorse rispetto al solo criterio della popolazione residente non tiene conto del bisogno collegato al ciclo di vita (per esempio, una popolazione con tanti minori e/o tante persone anziane, è più bisognosa di assistenza rispetto ad altre a parità di altre condizioni), delle variabili di contesto (per es. delle difficoltà proprie delle aree interne a rischio di spopolamento, a bassa densità demografica) e della epidemiologia sociale (per es. l'incidenza della povertà o un numero elevato di persone con disabilità rispetto alla popolazione residente).

Inoltre la parcellizzazione delle risorse per interventi specifici, induce i diversi soggetti istituzionali e sociali a operare per singoli interventi (spesso di tipo economico) piuttosto che per progetti assistenziali globali di accompagnamento delle persone in difficoltà, sulla base di scelte strategiche basate sulla organizzazione territoriale e sull'equità distributiva.

Tenendo conto di questi problemi, la Regione Sardegna intende fondare la nuova politica della spesa in materia sociale sui seguenti principi:

I principi di
riordino

- trasparenza nella allocazione delle risorse;
- certezza ai fini della programmazione, determinando l'ammontare delle risorse in tempo utile per facilitare le scelte locali;
- sostenibilità nel complesso delle risorse regionali;
- unitarietà in contrapposizione alla attuale frammentarietà delle

- scelte di finanziamento;
- corresponsabilità finanziaria, tra Regione e enti locali in una logica di sussidiarietà;
- equità, con criteri di ripartizione che tengano conto del bisogno assistenziale della comunità locale e della difficoltà di organizzare la risposta in territori morfologicamente diversi.

A questi fini, il presente Piano riconduce il complesso delle risorse finanziarie, regionali e statali, destinate ai servizi sociali, a un'unica strategia di gestione dei fondi regionali. Tale strategia si articola in tre macro linee di finanziamento: la prima per i livelli essenziali di assistenza sociale (di cui al comma 4 dell'art. 22, della legge n. 328/2000), la seconda per i livelli essenziali di assistenza sociosanitaria (e in particolare per gli interventi sociali a rilevanza sanitaria), la terza, di competenza regionale, per realizzare i programmi regionali di supporto alle azioni di Piano. All'interno delle prime due linee di finanziamento va prevista una quota di risorse da destinare agli interventi strutturali.

La ripartizione delle risorse tra le tre macro linee di finanziamento può essere tendenzialmente articolata come segue:

L'allocazione delle risorse regionali		
	Percentuale allocazione	Destinatari
Lea sociali	55%	Comuni
Lea sociosanitari	35%	Comuni
Azioni regionali	10%	Regione

Alle risorse regionali vanno aggiunte le risorse proprie dei Comuni. Queste possono essere allocate, a discrezione degli enti locali, per i livelli essenziali di assistenza o per gli interventi aggiuntivi di risposta ai bisogni della comunità di riferimento.

Considerata l'importanza che il Piano attribuisce alla scelta della gestione unitaria, una quota di risorse trasferite ai Comuni, definita dalla Regione tenendo conto della necessaria gradualità del processo di riordino, è subordinata:

- all'adozione del Plus, almeno a livello di ambito-distretto;
- all'attuazione delle forme di gestione unitaria locale tra Comuni.

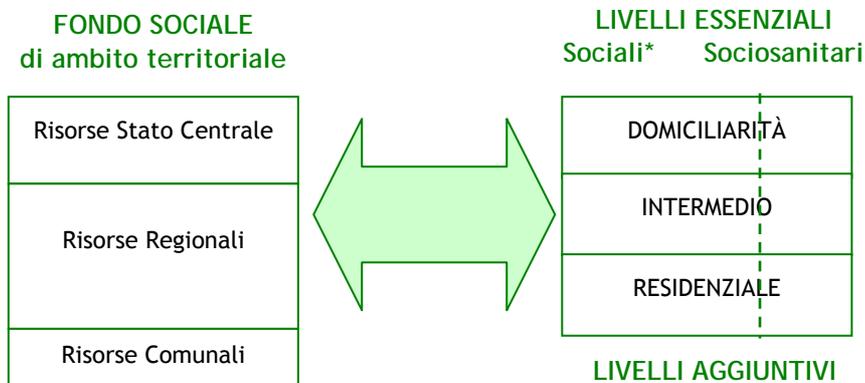
La Regione disciplina, per il triennio di validità del Piano, l'applicazione dei criteri per il finanziamento dei piani locali, assicurando la necessaria gradualità a garanzia dell'efficacia dei cambiamenti.

A conclusione del triennio, e nelle successive annualità, il fondo regionale sarà erogato solo agli ambiti con gestione unitaria, con riserva regionale di avvalersi dei poteri sostitutivi nel caso in cui le

Gestione unitaria delle risorse regionali

mancate scelte di gestione unitaria pregiudichino l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Fig. 3.1 - Le risorse a livello di ambito



* segretariato sociale e pronto intervento sono considerati livelli trasversali

Per ragioni di equità, per l'allocazione delle risorse regionali, si adottano criteri che tengono conto dei bisogni di assistenza collegati al ciclo di vita, della densità demografica e di altre variabili di contesto. La densità demografica sottintende una maggiore o minore possibilità di organizzare le risposte a seconda del contesto territoriale nel quale ci si trova ad agire: in un'area con bassa densità di popolazione è più difficile organizzare le risposte in modo capillare. Le variabili di contesto tengono conto della esigenza di garantire sostegno finanziario ai territori a rischio di spopolamento, con condizioni socio economiche più fragili e con maggiori esigenze di riqualificazione del sistema.

Criteri equi di allocazione

La ripartizione delle risorse regionali ne terrà conto, valorizzando:

- il peso della popolazione 0-18 sul totale della popolazione;
- il peso della popolazione ultra 65 sul totale della popolazione;
- l'incidenza della popolazione complessiva;
- la densità demografica;
- le variabili di contesto, legate alla situazione del territorio.

Entro 180 giorni dall'entrata in vigore del Piano, la Regione determina l'ammontare delle risorse che vanno a costituire il Fondo Sociale Regionale, i criteri di riparto e l'ammontare delle risorse destinate agli enti locali.

3.2 LE RISORSE UMANE, STRUTTURALI E COMUNITARIE

La strategia di valorizzazione delle risorse umane, strutturali e comunitarie si articola su tre livelli:

1. la qualificazione delle risorse professionali e strutturali;
2. le strategie di collaborazione tra professionisti e volontari;
3. le soluzioni per garantire qualità e continuità di apporto della solidarietà organizzata, dei soggetti operanti nel terzo settore e dell'associazionismo di impegno sociale.

3.2.1 La qualificazione delle risorse professionali e strutturali

La qualificazione delle risorse professionali e strutturali

Gli obiettivi strategici che il Piano si propone di raggiungere richiedono una profonda trasformazione dell'intero sistema di servizi alla persona. Tale processo esige da un lato la valorizzazione ed il potenziamento delle risorse professionali e strutturali già presenti, ma dall'altro rende necessario un intervento straordinario di ri-orientamento delle competenze, nonché di supporto e accompagnamento degli operatori alla costruzione di soluzioni professionali in linea con le nuove scelte regionali.

I processi formativi che agevolano il cambiamento devono sia aggiungere competenze sia favorire l'individuazione degli strumenti tecnici più idonei per il supporto degli operatori nell'erogazione dei servizi.

Destinatari della formazione sono operatori di tutti i livelli e di tutti i soggetti istituzionali coinvolti, pubblici e privati, amministratori locali e volontari: la programmazione partecipata richiede infatti che venga sviluppata la capacità di lavorare in modo integrato ed unitario su progetti.

Destinatari
della
formazione

Lo sforzo teso verso l'acquisizione di nuove prassi operative va accompagnato da un rigoroso sistema di verifica dell'efficacia degli interventi formativi, nella valutazione dei risultati della formazione si tiene conto:

- dell'arricchimento tecnico e metodologico delle dotazioni professionali;
- dei cambiamenti riconoscibili nei mutamenti delle prassi professionali;
- della qualità nell'erogazione dei servizi;
- del miglioramento degli indici di efficacia.

A tale scopo la Regione predispone adeguati supporti per collegare la formazione sui problemi propri dell'operatività dei servizi a

diretto contatto con le persone, anche al fine di riqualificare il rapporto di fiducia tra persone e professionisti chiamati a dare risposte ai loro bisogni.

A tal fine gli obiettivi della formazione sono declinabili a due livelli: azioni finalizzate a promuovere innovazione di sistema e azioni trasversali di supporto ai cambiamenti auspicati.

Nel caso delle azioni finalizzate l'obiettivo è quello di prefigurare sul campo i cambiamenti attesi investendo nella formazione a supporto dei processi di cambiamento.

Nel caso delle azioni trasversali l'obiettivo è sviluppare una cultura diffusa in ordine alle nuove competenze necessarie per realizzare gli obiettivi di Piano, alle soluzioni per migliorare la capacità di collaborare, condividere responsabilità, integrare i saperi professionali e le risorse.

Obiettivi della
formazione

Le azioni finalizzate a promuovere innovazione di sistema, anche grazie all'apporto proveniente dai fondi del QCS, riguardano:

- sviluppo della formazione continua negli ambiti di gestione dei servizi, in particolare sui temi dell'integrazione professionale, gestionale e della personalizzazione degli interventi;
- promozione a livello regionale di progetti formativi di interesse comune per i sistemi di offerta sanitario e sociale, anche coinvolgendo altri enti ed istituzioni operanti al loro interno, in particolare i soggetti non profit;
- realizzazione di progetti formativi per valutatori, a supporto dei percorsi di accreditamento;
- formazione dei formatori in modo tale che gli operatori di aree territoriali in cui vengono condotte sperimentazioni diventino capaci di svolgere funzioni di tutoraggio e assistenza metodologica a beneficio di altri territori, attraverso la condivisione fra pari delle soluzioni.

Azioni
finalizzate

Le azioni specifiche trasversali, anche grazie all'apporto proveniente dai fondi del QCS, riguardano:

- percorsi di formazione (Master, Scuole di alto perfezionamento) e/o di mobilità (borse di studio) che consentano l'acquisizione di competenze manageriali e di gestione applicata, rivolte a dirigenti e funzionari della pubblica amministrazione e delle strutture del settore;
- interventi volti al supporto, all'accompagnamento ed alla supervisione degli attori sociali, compresi gli operatori del volontariato, impegnati nella programmazione partecipata;

Azioni
trasversali

- tirocini formativi e stages a livello nazionale e internazionale.

Il sistema di autorizzazione e accreditamento

Tre sono i livelli autorizzativi previsti dalla normativa nazionale (D.Lgs. 502/1992 e 229/1999 e legge n. 328/2000) per l'esercizio di attività sociali, sanitarie e sociosanitarie che dovranno essere regolamentati con specifico atto della Giunta Regionale:

- autorizzazione alla realizzazione;
- autorizzazione all'esercizio;
- accreditamento.

Risorse
strutturali

Il riconoscimento dell'accreditamento è condizione necessaria ma non sufficiente per operare in rapporto contrattuale con l'Ente pubblico. Tale regime è infatti regolamentato dall'accordo contrattuale da stipularsi tra soggetto accreditato e Ente pubblico sulla base degli indirizzi della programmazione regionale e locale.

Per quel che concerne l'autorizzazione alla realizzazione, sono soggetti a essa tutti gli interventi di adattamento, ampliamento, trasferimento e/o trasformazione di strutture destinate ad attività sociali, sanitarie e sociosanitarie o la realizzazione di nuove strutture. Per quel che riguarda le sole attività sanitarie e sociosanitarie, l'autorizzazione alla realizzazione è subordinata alla verifica di compatibilità da parte della Regione.

L'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie è subordinato all'autorizzazione all'esercizio, previa verifica del possesso dei requisiti minimi di cui al D.P.R. del 14 gennaio 1997, mentre relativamente alle strutture sociali il riferimento ai requisiti minimi è dettato dal decreto del Ministro per la Solidarietà sociale 21 maggio 2001, n. 308. La validità dell'autorizzazione è soggetta alla permanenza dei requisiti riconosciuti, accertata attraverso verifiche periodiche.

I soggetti autorizzati che vogliono operare in rapporto contrattuale con i servizi pubblici possono presentare istanza di accreditamento.

L'accreditamento rappresenta il perno centrale del sistema di verifica e promozione della qualità dei servizi regionali alla persona, con il duplice obiettivo di:

1. regolare il sistema dell'offerta, per individuare e selezionare i soggetti che la compongono;
2. migliorare il sistema dell'offerta, a garanzia di maggior qualità ed efficacia delle risposte.

Obiettivi e
caratteristiche
dell'accredita-
mento

Per quel che riguarda il primo obiettivo, centrato sulla qualità delle funzioni di produzione, devono essere messe a fuoco le responsabilità del produttore: organizzative, manageriali, professionali, strumentali, di gestione delle informazioni, di monitoraggio della qualità. Relativamente al secondo aspetto, centrato sul miglioramento della qualità del sistema, devono essere messi a fuoco gli interessi e i diritti delle persone, tenendo conto delle esigenze di rispetto dei principi etici, di condivisione di responsabilità in ordine alla produzione dei risultati, di verificabilità dei risultati e di valutazione partecipata.

Caratteristiche peculiari dell'accREDITAMENTO istituzionale sono:

- il carattere obbligatorio dell'istituto per chiunque voglia essere in rapporto contrattuale con soggetti pubblici;
- il possesso di ulteriori requisiti qualitativi rispetto a quelli richiesti per l'autorizzazione all'esercizio;
- la corrispondenza con i principi della programmazione regionale e locale;
- la verifica positiva dei risultati raggiunti e delle attività svolte.

I criteri per l'accREDITAMENTO previsti dal D.Lgs. 229/1999 sono:

- le dotazioni strutturali e tecnologiche;
- le condizioni organizzative interne;
- la qualificazione del personale;
- l'investimento in programmi di accREDITAMENTO tra pari;
- l'investimento in programmi di valutazione di appropriatezza e qualità delle prestazioni;
- le forme di partecipazione dei cittadini e degli utilizzatori dei servizi alla verifica dell'attività svolta e alla formulazione di proposte rispetto all'accessibilità dei servizi offerti;
- l'adozione e utilizzazione sistematica della carte dei servizi;
- la diffusione dei programmi di valutazione.

Dall'articolo 2 dell'Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria (DPCM 14 febbraio 2001) sono ricavabili ulteriori criteri per definire i protocolli di accREDITAMENTO: la presenza di percorsi assistenziali integrati, le modalità di analisi dei bisogni, la personalizzazione degli interventi, la presenza della metodologia di lavoro per progetti, la continuità assistenziale, le misure di efficacia conseguite.

Entro 180 giorni dall'entrata in vigore del Piano, la Giunta Regionale emana un indirizzo attuativo in materia di autorizzazione e accREDITAMENTO che definisce le responsabilità istituzionali, le modalità applicative, i percorsi attuativi degli istituti

dell'autorizzazione alla realizzazione, all'esercizio e dell'accreditamento, demandando a successivo regolamento l'approvazione delle tipologie di servizi/strutture, i criteri e gli indicatori di autorizzazione e accreditamento, gli schemi tipo di richiesta e rilascio dei decreti, i tempi e le forme di verifica e concessione dei diversi istituti.

Nella individuazione dei servizi e delle strutture, nella definizione dei relativi standard, nella formazione dei valutatori, la Regione promuove percorsi partecipati con gli operatori pubblici e privati dei servizi alla persona, al fine di garantire - sin dalle prime fasi - la realizzazione di un processo condiviso che porti al miglioramento complessivo dell'intero sistema dei servizi.

Per rendere l'istituto dell'accreditamento realmente in grado di produrre effetti positivi in termini di miglioramento della qualità, è necessario che i requisiti siano definiti tenendo conto dell'attuale livello delle strutture operanti nel territorio regionale e che i requisiti, una volta definiti, siano costantemente aggiornati in relazione all'evoluzione delle conoscenze, delle tecnologie e delle pratiche, basate sulle evidenze scientifiche.

Accreditamento
dinamico

Tale dinamicità dell'istituto dell'accreditamento richiede un sistema articolato che consenta di differenziare il livello raggiunto dai servizi del territorio.

Dal punto di vista degli effetti sul sistema di regolazione del mercato, il sistema di accreditamento articolato su diversi livelli potrà consentire, anche nel settore sociale e sociosanitario, la garanzia di continuità di presenza a quei soggetti che sapranno rispondere positivamente a requisiti di eccellenza - previa verifica del mantenimento degli stessi - senza replicare a procedure concorsuali per l'affidamento dei servizi. A tali soggetti sarà, infatti, riconosciuta la facoltà di partecipare a istruttorie pubbliche di coprogettazione, ai sensi dell'art. 7 del DPCM 30 marzo 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell'art. 5 della legge 8 novembre 2000, n. 328".

Garanzia di
continuità di
servizio

In questo modo si potranno fornire garanzie di continuità e stabilità di servizio indispensabili per una programmazione di medio termine che consenta miglioramenti strutturali e tecnologici e investimenti proficui nella qualificazione del personale.

3.2.2 Le strategie di collaborazione tra professionisti e volontari

Il volontariato sardo è nato e ha consolidato la sua azione in aree nelle quali l'intervento pubblico non appariva adeguato rispetto alle esigenze della popolazione, quali l'assistenza a famiglie in condizioni di povertà, l'emergenza sanitaria, le comunità per tossicodipendenti. Fino ad anni recenti ha operato come autonoma espressione di impegno civile dei cittadini attorno ad un bisogno, facendosi carico di problemi che non risultavano sufficientemente affrontati dalle strutture pubbliche. In questi ambiti il volontariato ha svolto una funzione anticipatoria, promuovendo modalità d'intervento e di servizio che molto più tardi le istituzioni pubbliche hanno riconosciuto efficaci.

Il volontariato sardo

In questi ultimi anni, il quadro è cambiato, in quanto il volontariato si trova ad operare insieme ai servizi pubblici in molteplici ambiti, a collaborare con essi, a costruire sistemi d'intervento condivisi. Tutto ciò ha avuto evidenti effetti positivi, ma determina l'esigenza di individuare modalità concrete di collaborazione, luoghi di partecipazione alla formulazione delle decisioni, di formazione di operatori e di volontari.

Il Piano locale unitario dei servizi alla persona è volto a consolidare le relazioni collaborative e a valorizzare lo specifico contributo del volontariato al sistema delle cure, attraverso le seguenti azioni:

Azioni per promuovere la collaborazione tra professionisti e volontari

- il coinvolgimento del volontariato nella progettazione e nella realizzazione della rete locale dei servizi, attraverso la costituzione, in ogni ambito locale, di un Tavolo di concertazione che coinvolga gli attori locali e ne definisca i rispettivi compiti;
- la partecipazione del volontariato al monitoraggio e alla valutazione sociale degli interventi realizzati;
- la presentazione di progetti operativi da parte delle associazioni, gruppi di quartiere, ecc.;
- la promozione di iniziative di formazione che coinvolgano, di norma, volontari ed operatori;
- l'individuazione di forme di sostegno alle associazioni esistenti, alla nascita di nuove forme associative, all'incentivazione di associazioni di mutuo aiuto e di tutela degli utenti e dei loro familiari.

Il Piano locale unitario dei servizi si fonda primariamente su quanto le comunità costruiscono autonomamente, sulla loro capacità d'iniziativa.

Gli ambiti, nei rispettivi Piani locali unitari dei servizi alla persona, promuovono e realizzano iniziative di formazione e supporto a soggetti solidaristici della comunità locale per lo sviluppo, il potenziamento, il sostegno di forme di solidarietà tra famiglie e tra cittadini, in particolare per quel che riguarda l'affidamento familiare di soggetti deboli, la mutualità e il reciproco aiuto, l'assistenza in favore di cittadini in situazione di difficoltà.

A questo fine vanno sviluppate azioni finalizzate a :

- mettere a punto dispositivi istituzionali e processuali che rendano praticabili la conoscenza reciproca tra soggetti diversi, la elaborazione di obiettivi comuni, l'assunzione di responsabilità compartecipate, la sperimentazione di prassi operative concordate e frutto del concorso di più attori;
- stimolare risposte alle problematiche sociali non soltanto in termini di servizi e strutture stabili nel tempo e organizzati in maniera formale, ma anche in termini di processi sociali che a diverso titolo concorrono ad arricchire e diversificare le energie comunitarie;
- assumere il tema delle risorse in termini strategici, non limitandole solo a dimensioni di tipo finanziario, ma anche prendendo in considerazione risorse altrettanto vitali, presenti nei contesti di vita delle persone, di tipo culturale, formativo e solidaristico.

Sistemi plurali
di solidarietà

3.2.3 Garantire qualità e continuità di apporto della solidarietà organizzata, dei soggetti operanti nel terzo settore e dell'associazionismo di impegno sociale

I soggetti del terzo settore in Sardegna sono costituiti da cooperative sociali, associazioni e fondazioni di diritto privato, società di mutuo soccorso, organizzazioni di volontariato.

Ciascuno di questi soggetti è disciplinato da una propria normativa statale che trova attuazione in leggi regionali (legge regionale 39/1993 per le organizzazioni di volontariato; legge regionale 16/1997 per le cooperative sociali).

Occorre coniugare le forme di "consultazione" e "concertazione" con la necessità di garantire una reale rappresentanza e rappresentatività dei mondi del terzo settore.

Sarà compito degli enti locali e della Regione garantire il coinvolgimento più ampio possibile delle realtà impiegate a fini di solidarietà sociale.

I soggetti del terzo
settore

Le imprese sociali non possono peraltro qualificare la loro presenza se le modalità di erogazione dei servizi sono affidate a formule contrattuali che sostanzialmente ostacolano investimenti di lungo periodo, rendendo poco praticabili garanzie quali la continuità assistenziale e le modalità di presa in carico previste dai livelli essenziali di assistenza.

Qualificare la presenza delle imprese non profit nel territorio

A questo fine vanno approfondite soluzioni per stabilizzare e qualificare la presenza delle imprese sociali con effettivo radicamento nel territorio locale nelle reti dei servizi, comprese forme di accreditamento, in ragione della maggiore o minore continuità e qualità di presenza dei soggetti interessati.

Per i soggetti maggiormente qualificati si potranno prevedere idonee formule contrattuali che possano garantirne l'attività ricorrendo a forme di negoziazione dei livelli di offerta e dei relativi costi.

Analogamente, saranno promosse iniziative di formazione congiunta rivolte ad operatori pubblici e del terzo settore, al fine di promuovere l'integrazione e la condivisione di strumenti e metodologie. Tali iniziative dovranno essere previste a supporto dei principali processi di trasformazione previsti dai Piani locali unitari dei servizi.

Formazione congiunta

3.3 LE AZIONI REGIONALI PER QUALIFICARE IL SISTEMA DI WELFARE

Oltre alle azioni delineate in precedenza, il Piano propone lo sviluppo di azioni di livello regionale, e di competenza della Regione, volte a sostenere lo sviluppo qualitativo del sistema di welfare della Sardegna, in particolare nella impegnativa fase di transizione verso il nuovo sistema integrato di servizi alla persona.

Esse riguardano sia aspetti problematici sui quali l'intero sistema nazionale di welfare è impegnato (e rispetto ai quali la Sardegna intende essere propositiva), sia azioni specifiche volte a superare difficoltà proprie della realtà isolana.

Le azioni regionali sulle quali si ritiene opportuno concentrare l'attenzione sono, in particolare, le seguenti:

1. strategie per la progressiva messa punto dei livelli essenziali di assistenza e cittadinanza sociale, con riferimento alle aree di bisogno indicate nell'art. 22 della legge 328/2000, attraverso azioni finalizzate alla definizione dei contenuti dei livelli essenziali di assistenza, all'avvio di sperimentazione, alla realizzazione di percorsi formativi e di accompagnamento e alla valutazione partecipata dei risultati;
2. riduzione delle disuguaglianze ed equità nella garanzia del sistema di tutela, attraverso azioni finalizzate alla conoscenza dei problemi, al riequilibrio dell'offerta e della spesa, all'impegno esplicito della programmazione locale e alla valutazione di efficacia;
3. formazione delle risorse umane e professionali in tutte le aree di servizio alle persone, attraverso azioni finalizzate a
 - conoscenza e valutazione dei bisogni formativi;
 - attuazione di azioni formative finalizzate a garantire il necessario supporto alla realizzazione delle priorità;
 - preparazione dei formatori;
 - produzione di sussidi, supporti metodologici, didattici e di soluzioni facilitanti l'apprendimento dall'esperienza;
 - valutazione dei risultati conseguiti dalle azioni formative.