



LINEE GUIDA PER LA PREDISPOSIZIONE DEI PIANI DI ZONA

INDICE

Parte 1 - Gli obiettivi	3
1.1. I piani di zona nella evoluzione del sistema regionale di welfare	3
1.2. I piani di zona nelle scelte della Regione Veneto	3
1.3. Le domande a cui le linee guida intendono dare risposta	5
Parte 2 - Titolarità e partecipazione	7
2.1. I soggetti responsabili della formulazione del piano di zona dei servizi alla persona	7
2.2. Altri apporti istituzionali.....	8
2.3. La gestione collaborativa delle responsabilità	8
2.4. Programmazione partecipata	8
Parte 3 - Le strategie per l'integrazione	10
3.1. L'integrazione come criterio ispiratore della programmazione locale	10
3.2. Piani di zona e integrazione sociosanitaria	10
Parte 4 - I contenuti	12
4.1. I contenuti del piano di zona.....	12
4.2. La struttura	12
4.3. Raccomandazioni e specificazioni tecniche	13
Parte 5 - Processo e procedure	16
Parte 6 - Livelli essenziali e risorse per garantirli.....	17
6.1. Livelli essenziali di offerta.....	17
6.2. Processi essenziali da garantire.....	17
6.3. Il finanziamento	18
6.4. Valutazione dei livelli essenziali	19
Parte 7 - Priorità regionali	20
Parte 8 - Nota finale.....	21

LINEE GUIDA PER LA PREDISPOSIZIONE DEI PIANI DI ZONA

Parte 1 - Gli obiettivi

1.1. I piani di zona nella evoluzione del sistema regionale di welfare

I piani di zona, previsti e resi obbligatori con il nome di “Piani di zona dei Servizi Sociali” dal legislatore regionale veneto con L.R. 14/9/1994 n. 56, hanno rappresentato una importante soluzione alla domanda regionale di miglioramento e sviluppo dei sistemi locali di welfare. Si sono infatti rivelati strumenti efficaci per promuovere il governo integrato delle risorse e delle responsabilità su scala territoriale omogenea.

In origine, nella metà degli anni '90, i piani di zona erano stati pensati come condizione e strategia per organizzare la crescita e il funzionamento dei servizi sociosanitari, in un contesto di integrazione delle politiche sanitarie e sociali, di garanzia di livelli uniformi di assistenza e di gestione unitaria degli interventi e dei servizi sociali e ad elevata integrazione sociosanitaria in ambiti territoriali omogenei, determinati in relazione alla dimensione territoriale ottimale per la gestione dei servizi sociali.

Tali ambiti, identificati nei territori coincidenti con quelli delle Aziende Ulss e nelle loro articolazioni distrettuali, si sono rivelati idonei a sviluppare una programmazione in grado di coniugare le esigenze locali con quelle del dimensionamento su un'area sufficientemente vasta e per questo idonea per ottimizzare l'integrazione delle strategie e delle risorse.

Successivamente sono diventati, con la L. 8/11/2000 n. 328, il principale strumento della programmazione sociale e sono stati chiamati a perseguire due obiettivi: facilitare il governo della integrazione sociosanitaria e, oltre a questo, promuovere una nuova programmazione sociale, in grado di coniugare le strategie di protezione con quelle di promozione, con riferimento alle aree di bisogno indicate dalla L. n. 328/00 e dalle altre norme che negli ultimi anni hanno definito in modo più ampio e organico le materie proprie degli interventi sociali.

1.2. I piani di zona nelle scelte della Regione Veneto

La legge regionale n. 56/1994 identifica il piano di zona come lo strumento privilegiato per conseguire l'integrazione istituzionale ed operativa tra attività sociali e sociosanitarie, che viene approvato dal Sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'Azienda Ulss coincida con quello del Comune o dalla Conferenza dei Sindaci, con le modalità previste dal Piano Socio-Sanitario Regionale.

La successiva legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5, con la quale è stato approvato il Piano Socio-Sanitario Regionale per il triennio 1996/1998, e la deliberazione n. 2865 del 5 agosto 1997, con la quale la Giunta Regionale del Veneto in applicazione della legge predetta ha approvato lo “Schema tipo di Piano di Zona (documento di linee guida per l'attività di pianificazione in materia sociale)” lo qualifica come strumento per:

- a) l'analisi dell'evoluzione qualitativa e quantitativa dei bisogni;
- b) lo sviluppo di forme di gestione dei servizi adeguate, flessibili e creative;
- c) l'integrazione delle risorse pubbliche e private;

- d) la creazione di nuove opportunità e la produzione di risorse aggiuntive;
- e) la definizione delle prestazioni da erogare, rapportate alle responsabilità dei diversi soggetti e al quadro delle risorse rilevate.

La legge regionale 13 aprile 2001 n. 11 (art. 128, comma V°) ha confermato, anche dopo l'entrata in vigore della L. 328/2000, le scelte regionali in materia di pianificazione sociale zonale definendo il Piano di zona come "... lo strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione sociosanitaria".

La legge tenuto conto anche delle norme dettate dal legislatore nazionale in materia di integrazione sociosanitaria con il decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229 di riforma del Servizio sanitario nazionale, non solo ha confermato il modello veneto di gestione dei servizi alla persona, ma – elemento che in questo contesto risulta come estremamente utile per definire in maniera inequivoca l'oggetto del Piano di zona – ha normato con l'art. 124 cosa si intende nella specificità della Regione Veneto per servizi sociali¹.

Nel modello veneto di welfare regionale al piano di zona viene attribuito un ruolo fondamentale per dare risposte ai problemi delle persone e delle comunità locali, in quanto strumento condiviso per individuare i bisogni prioritari, le strategie di prevenzione, le risorse disponibili, i soggetti istituzionali e comunitari interessati, i risultati attesi, gli standard di funzionamento e di efficacia, le responsabilità gestionali, le forme di controllo, le modalità di verifica, le condizioni di valutazione sociale dei risultati.

L'approvazione da parte della Conferenza dei sindaci e dell'Azienda Ulss del Piano di Zona e l'adozione del relativo accordo di programma, che rende esecutivo il Piano, è sotto questo profilo, un momento di sintesi giuridica e politica delle scelte condivise e le rende operanti su scala territoriale omogenea.

Le comunità locali del Veneto, pur tenendo conto delle diverse modalità con le quali ogni conferenza dei sindaci e ogni corrispondente azienda sociosanitaria hanno provveduto all'elaborazione del piano di zona e della notevole variabilità nei contenuti di ogni singolo piano, hanno fatto del piano di zona una comune base di sviluppo della strategia dell'integrazione sociosanitaria e dello sviluppo del sistema integrato di interventi dei servizi alle persone e alla comunità.

Su queste premesse i diversi soggetti istituzionali (Regione, Enti locali, Aziende Ulss, Amministrazioni periferiche dello stato, Ipab) e i soggetti sociali (Istituzioni, Fondazioni, Associazioni di volontariato, Cooperative sociali, Libere Associazioni, Enti con finalità religiose e altre Organizzazioni private), pur nel rispetto delle specificità, dei ruoli e delle competenze, sono stati e sono chiamati a condividere un modello partecipato di programmazione delle attività e degli interventi, di realizzazione e di valutazione degli stessi, di messa in rete delle risorse, di responsabilità in ordine ai risultati.

Considerate le caratteristiche come sopra descritte che il Piano di zona ha assunto nella nostra regione, esso si configura nella Regione Veneto come piano dei servizi alla persona, e assume pertanto la denominazione di "Piano di Zona dei servizi alla persona".

¹ L'art. 124 – commi I° e II° - recitano:

"1. Per servizi sociali si intendono tutte le attività aventi contenuto sociale, socio-assistenziale e socio-educativo, di cui all'articolo 128 del decreto legislativo n. 112/1998, di cui all'articolo 22 della legge n. 328/2000, nonché le prestazioni sociosanitarie di cui all'articolo 3 septies del decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni.

2. I servizi sociali sono rivolti alla promozione, alla valorizzazione e alla formazione ed educazione alla socialità di tutti i cittadini, sia come singoli sia nelle diverse aggregazioni sociali, alla prevenzione dei fattori del disagio sociale nonché al reinserimento nel nucleo familiare e nel normale ambiente di vita di quelle persone che, per qualsiasi causa, fossero state escluse od emarginate, nonché a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni della salute della persona."

1.3. Le domande a cui le linee guida intendono dare risposta

I problemi considerati dalle linee guida sono relativi alle principali questioni da affrontare in sede di predisposizione del piano di zona:

- quali sono i soggetti titolari
- quali percorsi i predetti soggetti possono seguire per pervenire alla condivisione politica e tecnica delle scelte
- come il processo di programmazione zonale può diventare una occasione di verifica sociale del rapporto tra bisogni e risposte per scelte condivise
- le condizioni per promuovere verso nuovi traguardi l'integrazione sociosanitaria
- i contenuti, cioè i problemi da affrontare nel piano di zona sulla base di criteri unitari regionali, idonei a favorire omogeneità nelle scelte fondamentali (priorità regionali) e personalizzazione delle scelte locali
- le procedure da attivare e gli strumenti di amministrazione e gestione delle scelte, in una logica di sussidiarietà
- le condizioni per definire e sviluppare i livelli essenziali di assistenza nel territorio

Una ulteriore domanda riguarda la estensione della materia oggetto di programmazione zonale. In passato essa si è maggiormente concentrata sui bisogni che richiedono integrazione sociosanitaria, così da sviluppare una rete di risposte che oggi costituiscono un patrimonio da consolidare e ulteriormente qualificare.

Ancorché le linee guida regionali, di cui alla citata D.G.R.V. n. 2865/97, delineassero con sufficiente chiarezza le condizioni per una nuova programmazione sociale, capace cioè di interpretare le diverse domande di tutela e promozione sociale che ogni comunità locale veneta era tenuta ad attuare e sviluppare, essa si è però maggiormente concentrata sulle aree proprie dell'integrazione sociosanitaria.

La legge n. 328/00 e il piano sociale nazionale 2001-2003 hanno meglio caratterizzato questa prospettiva programmatica unitaria e globale e possono costituire quindi utili riferimenti per la sua realizzazione .

Entrambi gli strumenti delineano i contenuti della nuova programmazione sociale: impegnata a contrastare l'emarginazione sociale, la povertà, i processi di esclusione e, nel contempo impegnata nella promozione sociale delle famiglie, della convivenza solidale, della qualità di vita sociale, valorizzando gli apporti dei diversi soggetti della comunità locale. Su questa base si sono aperte nuove possibilità per promuovere l'integrazione tra sussidiarietà e solidarietà, investendo sull'incontro tra diritti e doveri di cittadinanza sociale. Per questo i nuovi piani di zona, ma anche le presenti linee guida che ne costituiscono il presupposto, devono conseguire ulteriori traguardi rispetto alle precedenti direttive regionali – saper indicare le soluzioni per qualificare in senso più ampio le scelte della programmazione sociale, aprendole ai diversi fattori che incidono, positivamente o negativamente, negli spazi di vita, di lavoro, di socializzazione delle persone nel loro ciclo vitale.

I molti investimenti in bisogni di area specifica, sviluppati nel corso degli ultimi 10 anni, in materia di interventi per le famiglie, per le politiche abitative, per gli anziani, per l'infanzia e l'adolescenza, per i disabili, per la riduzione delle barriere che penalizzano i soggetti deboli, per l'impiego..., costituiscono altrettante risorse e capitali sociali da valorizzare nella prospettiva di una programmazione in grado di interpretare unitariamente i diversi problemi dello sviluppo sociale, sulla base delle effettive capacità del territorio di governare in modo concertato le diverse aree di azione di politica sociale, sociosanitaria, ambientale per promuovere vivibilità e socializzazione positiva nelle comunità locali.

Questa prospettiva di programmazione più aperta ai diversi determinanti della vita sociale deve quindi aprirsi e misurarsi con lo scenario più ampio delle “politiche per la persona e la comunità”, evitando che questo maggiore impegno vada a ridurre quello già in essere di qualificazione delle risposte assistenziali e di contrasto al disagio e all’esclusione.

Sotto questa luce il piano di zona va visto e realizzato come strumento dinamico, da gestire sulla base delle effettive capacità del territorio di interpretare e governare il proprio sviluppo economico, ecoambientale e sociale.

Parte 2 - Titolarità e partecipazione

2.1. I soggetti responsabili della formulazione del piano di zona dei servizi alla persona

La titolarità per la formulazione dei piani di zona è definita considerando le responsabilità che i diversi attori istituzionali hanno sulle materie oggetto di programmazione locale.

Sono identificati, in ordine di rilevanza, due soggetti istituzionali responsabili del piano di zona: i Comuni ricompresi negli ambiti territoriali corrispondenti alle Aziende Ulss, associati nella Conferenza dei Sindaci, e la Regione, che a questo fine si avvale delle Ulss.

- *I Comuni* ricompresi negli ambiti territoriali di cui all'art. 128, IV comma, Legge regionale n. 11/2001 sono titolari del piano di zona in quanto enti rappresentativi della comunità locale.

Si ricorda inoltre come grazie all'impulso del D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616 e della successive riforme in materia di autonomie locali, il comune è progressivamente diventato effettivo promotore delle politiche sociali e del loro sviluppo².

In questo quadro i comuni sono anche chiamati ad affrontare e risolvere i problemi inerenti l'esercizio unitario delle funzioni proprie in materia di assistenza e di promozione sociale, così da garantire livelli essenziali di assistenza nel territorio, avvalendosi di soluzioni gestionali a ciò finalizzate.

- *La Regione*, oltre alle responsabilità generali di programmazione, coordinamento, vigilanza e controllo sulle materie sanitarie e sociali, è titolare, ai sensi dell'art. 2 – 1° comma - del dlgs. 30/12/1992 n. 502/92 e successive modificazioni, delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera e condivide con gli enti locali la responsabilità in ordine alla programmazione e attuazione della assistenza integrata sociosanitaria. A questo fine la regione si avvale delle aziende Ulss per dare senso operativo alle istanze di contestualizzazione locale e di migliore finalizzazione delle scelte programmatiche.

Ne rileva quindi una responsabilità regionale, da esercitare tramite le Ulss, nella predisposizione dei piani di zona. Essa si caratterizza in primo luogo per la parte di assistenza sanitaria integrata con quella sociale, ai sensi dell'art. 3 septies del dlgs n. 502/92 e successive modificazioni, nonché per quanto attiene agli interventi sui determinanti di salute di pertinenza del fondo sanitario strettamente correlati con le azioni di promozione e sviluppo sociale volte a qualificare la condizione di vita delle persone e delle famiglie, nonché la fruibilità delle risorse presenti nel contesto sociale.

A questo fine l'azienda Ulss organizza le proprie risorse per promuovere una conoscenza sistematica del territorio, del rapporto tra bisogni e risposte, delle misure di efficacia degli interventi. Nel fare questo valorizza tutte le occasioni di collaborazione con i comuni e con gli altri soggetti interessati alla predisposizione e realizzazione del piano di zona.

Il programma delle attività territoriali, analogamente a quanto avviene per il Piano di zona, viene recepito dal Direttore Generale dell'Azienda nel Piano Attuativo Locale (D.G.R.V. n. 3242 del 30 novembre 2001). È necessario pertanto garantire unitarietà al processo programmatico rendendo compatibili le due programmazioni.

² In particolare l'art. 6 della citata legge n. 328/2000 a questo proposito precisa: "I comuni sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale e concorrono alla programmazione regionale. Ai comuni..... spetta, nell'ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19 e secondo la disciplina adottata dalle regioni, l'esercizio delle attività di programmazione, progettazione, realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, indicazione delle priorità e dei settori di innovazione attraverso la concertazione delle risorse umane e finanziarie locali, con il coinvolgimento dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 5;"

2.2. Altri apporti istituzionali

Le *province* concorrono all'attuazione dei piani di zona nelle materie di propria competenza e con risorse proprie, nonché in quanto facenti esse stesse parte organica dei fattori determinanti per il buon esito delle politiche di promozione e sviluppo sociale, entro ambiti territoriali estesi tali da richiedere lo sviluppo di strategie di area vasta. Fra le materie di interesse provinciale possono ad esempio essere richiamate quelle inerenti la formazione professionale, l'integrazione lavorativa, la mobilità in rapporto con i tempi di vita delle famiglie, i determinanti ambientali di salute, la gestione delle emergenze. A questo si aggiungono le funzioni indicate dalla L. n. 328/00, di concorso alla conoscenza dei bisogni e delle risorse presenti nel territorio.

Anche *altri soggetti pubblici* (Amministrazioni periferiche dello Stato: scolastiche, della giustizia, del lavoro, ..., IPAB, Comunità Montane) possono partecipare al processo di programmazione zonale, con proprie risorse, per il conseguimento di traguardi comuni di interesse generale.

2.3. La gestione collaborativa delle responsabilità

L'iniziativa per l'elaborazione del Piano di Zona viene assunta dal Presidente della Conferenza dei sindaci, che – di concerto con il Direttore Generale dell'Azienda ULSS che a questo fine, ai sensi dell'art. 5 della L.R. 5/96, si avvale del Direttore dei Servizi Sociali - promuove le procedure e le azioni necessarie per lo sviluppo del processo programmatico, in modo tale che esso risulti distribuito e governabile su tre livelli:

- politico, cioè in termini di concertazione e collaborazione istituzionale;
- tecnico, cioè come percorso di definizione delle scelte, di valutazione di fattibilità, di identificazione delle condizioni organizzative facilitanti;
- sociale, cioè come percorso di programmazione partecipata che valorizza le specificità dei diversi attori e l'apporto che essi possono dare al raggiungimento di risultati di rilevante interesse sociale.

Ad ogni livello i diversi soggetti sono chiamati a condividere l'analisi dei bisogni e delle risorse, i processi di valutazione, le scelte, le conseguenti responsabilità realizzative, le condizioni di valutazione di efficacia. Questo significa attivare linee di azione inerenti:

- la collaborazione e la concertazione istituzionale tra comuni, azienda Ulss e, in quanto coinvolte nell'azione di piano, le altre istituzioni interessate;
- la costituzione del gruppo tecnico per la gestione dei processi di analisi dei bisogni e dell'offerta, per la selezione delle soluzioni gestionali e tecniche per la definizione operativa del processo programmatico (azioni, responsabilità, risorse, verifica);
- la realizzazione di percorsi di programmazione partecipata e di valutazione sociale dei risultati della precedente programmazione, nonché di condivisione delle nuove scelte, al fine di condividere, anche su scala sociale, le responsabilità necessarie per la loro attuazione.

2.4. Programmazione partecipata

Gli obiettivi di politica sociale zonale possono essere efficacemente perseguiti con il positivo coinvolgimento di tutti i soggetti della comunità locale, il volontariato, l'associazionismo di impegno sociale, le imprese sociali, le fondazioni, gli enti religiosi, gli altri soggetti solidaristici che operano nel sistema locale di welfare, le imprese.

La valorizzazione delle diverse responsabilità è un principio che la L. n. 328/2000 pone a fondamento delle politiche sociali partecipate, non solo per garantire maggiore legittimazione alle scelte e maggiore

condivisione delle risorse necessarie per la loro attuazione, ma come sostanziale applicazione del principio che l'intera comunità locale è chiamata a rendersi responsabile del proprio sviluppo, in una logica di sussidiarietà e di condivisione delle responsabilità ai diversi livelli.

La L. n. 328/00 affronta questi problemi non solo all'art. 5 – quando parla del ruolo del terzo settore – ma ancora prima nel primo articolo, ponendo tra i fondamenti delle politiche sociali l'impegno degli enti locali e delle regioni volto a riconoscere e agevolare (comma 4) *il ruolo degli organismi non lucrativi di utilità sociale, degli organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, degli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese operanti nel settore nella programmazione, nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.*

La stessa legge prevede che la formulazione degli obiettivi strategici di benessere sociale e la verifica del loro raggiungimento deve vedere anche il contributo delle organizzazioni sindacali, delle associazioni sociali e di tutela degli utenti (art. 1, comma 6°, art. 3, comma 2°, lettera b), art. 6, comma 3°, lett. d) della Legge 328/2000, nonché Piano sociale nazionale).

Questo non significa confondere e assimilare nel processo programmatico la funzione di partecipazione sociale con le scelte di gestione, che spettano ai soggetti titolari.

Per questo essi valorizzano quanti hanno svolto ruoli attivi nella valutazione dei bisogni e dell'offerta e valutano la loro eventuale idoneità a collaborare (comma 5 della L. n. 328/00) alla gestione ed all'offerta dei servizi, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, in particolare le iniziative delle famiglie, le azioni di aiuto reciproco e i diversi apporti della solidarietà organizzata.

Per questo la concertazione è vista non solo come strategia di valorizzazione dei diversi soggetti attivi nelle politiche sociali, ma anche e soprattutto come condizione strutturale e strategica per facilitare l'incontro delle responsabilità e delle risorse disponibili nel territorio, da investire nei traguardi definiti dalla programmazione. I comuni in questa prospettiva diventano promotori e garanti della concertazione e quindi primi responsabili dei processi partecipativi da distribuire nel ciclo attuativo delle politiche sociali: dall'analisi dei bisogni e delle risorse, alla scelta delle priorità, alla attuazione dei programmi, alla valutazione partecipata dei risultati.

Il piano di zona dei servizi sociali in molte realtà del Veneto è stato e deve sempre di più diventare nella nuova stagione programmatica, sotto questo profilo, espressione di un nuovo modo partecipato di fare politica sociale, garantendo risposte sociosanitarie globali, unitarie e concertate ai bisogni dei singoli, delle famiglie, dei gruppi e delle comunità locali.

Parte 3 - Le strategie per l'integrazione

3.1. L'integrazione come criterio ispiratore della programmazione locale

L'integrazione sociosanitaria ha rappresentato la strategia prioritaria per lo sviluppo del sistema veneto dei servizi alle persone. Grazie ad essa è stato possibile collegare la conoscenza dei bisogni allo sviluppo di risposte organiche e flessibili, basate sulla capacità di governo dei sistemi locali di welfare, cioè di esprimere scelte gestionali e organizzative di natura integrata e globale.

L'attuale rete di offerta è il risultato, differenziato per aree territoriali, di quanto l'integrazione sia stata criterio ispiratore delle scelte istituzionali e gestionali, che nel tempo hanno messo radici nel territorio, diventando struttura consolidata da migliorare e da meglio articolare sia in termini di livelli essenziali di assistenza sia in termini di strategie di promozione di cittadinanza solidale.

Non si è trattato quindi di scelte di settore, ma di un modo per leggere globalmente l'evoluzione dei bisogni e il corrispondente sviluppo del sistema regionale di offerta e, su scala locale, il modo elettivo di interpretare l'esercizio delle responsabilità istituzionali, gestionali, professionali e comunitarie nelle aree di bisogno dove l'apporto sanitario e sociale deve operare tramite offerte unitarie.

Questo ha consentito di scegliere le soluzioni gestionali più idonee per dare risposte integrate e unitarie ai bisogni che richiedono integrazione sociosanitaria ma anche ad altri bisogni, che, in quanto affrontati in modo globale, possono avere risposte più efficaci e stabili, perché sintesi operative dei flussi di finanziamento e delle decisioni professionali necessarie.

In questo senso le indicazioni dei piani sanitari 1998-2000 e 2003-2005, nonché del piano sociale nazionale 2001-2003 propongono chiavi di interpretazione delle scelte di programmazione locale coerenti con gli investimenti fatti fino ad ora dal Veneto. Tali investimenti vanno meglio qualificati con ulteriori soluzioni.

3.2. Piani di zona e integrazione sociosanitaria

I piani di zona sono stati pensati dalla Regione Veneto come strategia per organizzare la crescita e il funzionamento integrato dei servizi alle persone, valorizzando il livello territoriale di programmazione.

L'obiettivo è stato ed è quello di favorire la formazione di sistemi locali di servizi fra loro integrati nei settori dell'assistenza sanitaria e sociale, dell'integrazione lavorativa, della lotta all'esclusione ..., stimolando la solidarietà e l'aiuto reciproco delle persone e delle famiglie.

Il Piano di zona dei servizi alla persona è chiamato ad ulteriori traguardi. Innanzitutto deve garantire maggiore integrazione e unitarietà al processo programmatico, rendendo tra loro compatibili le scelte previste dal Programma delle attività territoriali (articolo 3 quater del dlgs n. 229/99) e dal Piano di zona (articolo 19 della legge n. 328/2000).

Il raccordo tra la programmazione dei comuni negli ambiti territoriali più sopra delineati e la programmazione aziendale è garantito dal recepimento dei documenti programmatici nel piano attuativo locale della Ulss.

Il Piano di Zona dei servizi alla persona deve inoltre garantire applicazione operativa a quanto previsto dall'art. 3 septies del dlgs n. 502/92 e successive modificazioni dove vengono disciplinate le soluzioni per garantire risposte integrate ai bisogni (comma 4) che attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

Lo stesso articolo infatti indica la necessità di precisare "*i criteri di finanziamento*" delle prestazioni sociosanitarie "*per quanto compete alle unità sanitarie locali e ai comuni*". Questo ci consente di rendere cioè trasparente l'apporto dei due titolari del piano di zona, responsabili del finanziamento dei livelli

essenziali di assistenza integrati sociosanitari. A questo fine le Ulss, sulla base delle determinazioni regionali in materia di finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, ed i comuni - devono definire di comune intesa, le misure di finanziamento dei livelli di assistenza (comma 3), da finanziare sulla base di *quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza* (comma 6).

Nel contempo i comuni, definiti "*i livelli uniformi di assistenza per le prestazioni sociali a rilievo sanitario*" (comma 3), "*provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale ai sensi dell'articolo 3, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112*" (comma 6).

Questo traguardo è realizzabile tenendo conto delle indicazioni della precedente sezione cioè i diversi bisogni della persona, della famiglia e della comunità vanno considerati entro un quadro unitario di politiche per la salute e la qualità della vita sociale.

A questo scopo, i soggetti titolari potranno sperimentare soluzioni favorevoli la programmazione unitaria dello sviluppo sociale zonale, quali ad esempio:

- il *piano di sviluppo sociale*, quale strumento unitario idoneo a sintetizzare gli attuali strumenti di programmazione sociale, sanitaria, ambientale, produttiva e di altra natura di interesse zonale;
- soluzioni idonee a garantire la *gestione unitaria delle risorse per l'integrazione* sociosanitaria, come previsto dall'articolo 3 septies del dlgs n. 502/92 e successive modificazioni³.

A questo fine la sperimentazione, volta ad attuare la gestione di un fondo unitario per finanziare tutte le risposte in materia di integrazione sociosanitaria, può rappresentare un ulteriore traguardo qualificante le scelte zonali per l'integrazione.

³ Sotto questo profilo vds. deliberazione n.12/DDL del 10 giugno 2003 di approvazione del disegno di legge contenente il Piano Regionale dei Servizi alla Persona e alla Comunità - Politiche sanitarie, sociosanitarie e sociali della Regione Veneto per il triennio 2003-2005.

Parte 4 - I contenuti

4.1. I contenuti del piano di zona

I contenuti del piano di zona vanno affrontati con riferimento ai bisogni indicati dall'art. 22, comma 2, della L. n. 328/00, dell'art. 3 septies, dlgs n. 502/92 e successive modificazioni, nonché ai contenuti di offerta dell'articolo 22, comma 4, della L. n. 328/00. In sintesi:

- le aree di bisogno indicate dalla L. n. 328/00 (art. 22, comma 2) sono le misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito familiare, le misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana, gli interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, le misure di sostegno alle responsabilità familiari, le misure per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare, le misure di sostegno alla donna in difficoltà; gli interventi per la piena integrazione delle persone disabili, gli interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, le prestazioni integrate di tipo socio educativo per l'infanzia e l'adolescenza, gli interventi per contrastare le dipendenze, l'informazione e la consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione di servizi e per promuovere iniziative di auto-mutuo aiuto, nonché - come ulteriormente specificato dal Piano sociale nazionale 2001/2003 (D.P.R. 3-5-2001) – le misure volte a contrastare la povertà e l'esclusione sociale, a favorire l'inclusione della popolazione immigrata.
- I bisogni identificati dall'art 3 septies del Dlgs n. 502/92 e successive modificazioni, sono quelli riguardanti l'esperienza quotidiana di molte persone e famiglie con gravi bisogni, che richiedono integrazione sociosanitaria di diversa intensità nelle aree: materno infantile, anziani non autosufficienti, malati mentali, persone disabili, persone con problemi di dipendenza, persone con patologie a forte impatto sociale quali ad esempio l'hiv, persone nella fase terminale della vita, e persone con inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.
- L'articolo 22, comma 4, della L. n. 328/00 descrive le principali modalità di risposta sociale da garantire su scala zonale, e cioè il servizio sociale professionale e il segretariato sociale, il servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personale e familiare, l'assistenza domiciliare, le risposte residenziali e semi residenziali per soggetti con fragilità sociali, i centri di accoglienza residenziali diurni e residenziali a carattere comunitario.

Vanno in ogni caso evitate le scelte settoriali, in quanto i diversi problemi devono essere affrontati con una visione di ampio respiro, considerando globalmente i determinanti delle politiche di welfare idonee a favorire la socializzazione, l'inserimento lavorativo, l'integrazione sociale delle persone e famiglie, l'inclusione sociale delle persone immigrate, la partecipazione, i processi di aggregazione e di promozione della cittadinanza solidale, la qualità ambientale, il suo impatto positivo negli ambienti di vita, di lavoro e, più in generale, nei tempi di vita delle persone e delle famiglie.

4.2. La struttura

La struttura del piano di zona, tenendo conto delle aree di contenuto sopra delineate, è configurabile sulla base del seguente schema:

L'AMBITO TERRITORIALE

Il Piano di zona dei servizi alla persona è unico e coincide con l'ambito territoriale dell'Unità Locale Socio Sanitaria; può eventualmente essere articolato a livello distrettuale.

LA BASE CONOSCITIVA

I bisogni della comunità

L'offerta di servizi e le risorse impiegate

Il rapporto tra bisogni rilevati e offerta di servizi

I contenuti e la natura dei livelli essenziali garantiti nonché le misure di mancata risposta

LE SCELTE

Le priorità:

- di intervento sui bisogni
- di riequilibrio/riorientamento/miglioramento del sistema di offerta
- ...

I risultati attesi, descrivibili in termini di:

- livelli essenziali di assistenza da garantire
- indici di bisogno da soddisfare (misure di miglioramento, mantenimento, riduzione... su basi di epidemiologia sociale e sociosanitaria, di parametri di qualità sociale...).
- interventi sul sistema di offerta dei servizi sociali e sociosanitari (contenuti, quantità e qualità di erogazione delle risposte)
- strategie di sviluppo del sistema di welfare e soluzioni da sperimentare
- ...

OBIETTIVI E AZIONI PRIORITARIE di rilevante interesse regionale da implementare su scala locale (i contenuti per i prossimi anni sono delineati nella parte 7)

LE STRATEGIE

Azioni strategiche (ad esempio inerenti):

- L'integrazione sociosanitaria
- I percorsi della domanda e la riduzione delle disuguaglianze nell'accesso
- La tutela dei soggetti deboli
- La politica della spesa
- ...

IL SISTEMA DI RESPONSABILITÀ E DI VALUTAZIONE

Soggetti responsabili degli obiettivi di piano (gestione efficace e appropriata delle risposte)

I soggetti sociali e la loro partecipazione ...

Il sistema informativo

Il sistema di valutazione dei processi di accesso e di erogazione

Il sistema di valutazione dei risultati di efficacia e di efficienza

Le forme di valutazione partecipata dei risultati

...

4.3. Raccomandazioni e specificazioni tecniche

Le successive raccomandazioni sintetizzano – sotto diversi punti di vista – approcci possibili allo sviluppo della base conoscitiva e alla impostazione delle scelte, tenendo conto che i contenuti del piano di zona devono considerare, in modo interdipendente, quattro aree di interesse programmatico: bisogni, offerta, integrazione, sviluppo sociale.

A partire da una visione strategica...

Per l'elaborazione del piano è anzitutto necessario:

- coinvolgere le comunità locali nell'analisi dei bisogni e nella definizione delle priorità, incentivando soluzioni condivise per realizzarle;
- collegare l'analisi dei bisogni alla definizione e realizzazione dei livelli essenziali di assistenza (sociali, sanitari e sociosanitari);
- definire (eventuali) sperimentazioni finalizzate a migliorare e, quando necessario, innovare i servizi esistenti.

A questo fine i contenuti del piano di zona evidenziano:

- gli strumenti e i mezzi per realizzare gli obiettivi strategici,
- le modalità organizzative dei servizi, le risorse finanziarie, strutturali e professionali,
- le strategie di implementazione del sistema informativo e dei livelli di qualità da garantire,
- le modalità per promuovere e qualificare l'integrazione sociosanitaria,
- le forme di collaborazione tra soggetti istituzionali, sociali e produttivi.

... e da una programmazione partecipata

L'attività di predisposizione del piano di zona è un processo di programmazione partecipata articolato per aree di decisione, viste come parti di un tutto, da rendere governabile; a questo fine:

- a) ***l'analisi dei bisogni*** considera le diverse funzioni operative, connesse agli interventi di prevenzione e promozione sociale, agli interventi di aiuto e sostegno alla persona, al nucleo familiare e ai gruppi, agli interventi integrativi o sostitutivi di funzioni proprie del nucleo familiare, agli interventi di integrazione sociale (abitativa, lavorativa...) delle fasce deboli di popolazione;
- b) ***l'analisi del sistema di offerta***, produce la mappa delle risposte, descritte per contenuti, organizzazione, volumi di erogazione, risorse professionali implicate, centri di responsabilità, flussi di spesa, soggetti erogatori...;
- c) ***il confronto tra bisogni e risposte*** è finalizzato a facilitare il riconoscimento delle aree prioritarie di intervento, distinte per obiettivi di sviluppo, consolidamento, riconversione. Talora infatti le resistenze sociali al cambiamento sono favorite dalla mancanza di informazione sulle risposte a cui non corrispondono bisogni reali, sulle condizioni di maggiore efficacia degli interventi, sulle ragioni tecniche ma anche sociali superare le contraddizioni e i privilegi, sui benefici che modifiche strutturali dell'offerta potrebbero rendere disponibili per l'intera comunità locale);
- d) ***la definizione delle priorità*** rappresenta un momento cruciale di scelte idonee a promuovere lo sviluppo e la qualificazione del sistema locale di welfare. Per questo la selezione delle strategie per il raggiungimento dei risultati attesi è anche sintesi di come una comunità locale sa interpretare ed esprimere le proprie scelte fondamentali di promozione dell'incontro tra diritti e doveri, su cui fondare il proprio sviluppo sociale.

Le scelte sui bisogni tengono conto delle specificità territoriali, considerando:

- a) *variabili e indicatori di bisogno* quali: la composizione della popolazione e le proiezioni demografiche; i bisogni età correlati, cioè riconducibili al ciclo di vita della persona e della famiglia (bambini, adolescenti, adulti, anziani); i bisogni derivanti da disabilità, non autosufficienza o altri svantaggi ...; i bisogni connessi a situazioni di povertà, disoccupazione, esclusione sociale, disagio abitativo; i bisogni connessi a problemi familiari derivanti dai compiti educativi, da gravi carichi assistenziali, emergenze, solitudine, emarginazione, devianza sociale, immigrazione, integrazione sociale; ...
- b) *variabili e indicatori di offerta* quali: le tipologie di prestazioni, i centri di offerta, gli ostacoli nell'accesso ai servizi, l'informazione alle persone e alle famiglie sui servizi, i centri di spesa, l'integrazione delle risposte, i centri di responsabilità professionali e gestionali, i volumi di prestazioni in rapporto ai bisogni, le dotazioni professionali, le modalità di erogazione delle risposte su scala residenziale, intermedia e domiciliare.

Le scelte sull'offerta sono volte in primo luogo a qualificare l'accesso, considerando che:

le disuguaglianze nell'accesso penalizzano soprattutto le persone (i soggetti deboli) e i territori (le aree svantaggiate) che hanno maggiori difficoltà di fruizione delle risposte disponibili. A questo scopo vanno verificate le condizioni di equità dell'offerta (livelli essenziali di processo) monitorando ad esempio:

- i percorsi di rilievo istituzionale, gestionale e professionale, nonché la loro capacità di favorire l'incontro tra bisogni e risposte;
- le condizioni di accesso agli interventi e ai servizi, ad esempio regolamentando in modo omogeneo su scala zonale le modalità di compartecipazione economica al costo dei servizi;
- le modalità di tutela dei soggetti deboli e di riduzione delle disuguaglianze che li penalizzano in sede di accesso ai servizi.

Il governo delle risorse si basa:

- sulla politica della spesa e sul finanziamento condiviso del welfare locale, facendo in modo che il riparto delle risorse sia tale da garantire la equa distribuzione dei livelli essenziali di assistenza nel territorio;
- sulla qualità dei rapporti tra soggetti pubblici e privati al fine di qualificare la rete territoriale di risposte e di responsabilità;
- sulle modalità di integrazione sociosanitaria e di governo della spesa e dell'offerta a ciò destinata;
- sulla qualificazione continua e finalizzata delle risorse umane.

Parte 5 - Processo e procedure

Il piano di zona comporta la successione delle seguenti fasi di lavoro:

1) *L'avvio del procedimento* a cura del presidente della conferenza sindaci di concerto con il Direttore Generale dell'Azienda Ulss che a questo fine - ai sensi dell'art. 5 della L.R. 5/96 - si avvale del Direttore dei Servizi Sociali.

2) *Gli indirizzi strategici* predisposti:

- dai comuni, tramite l'esecutivo della Conferenza dei sindaci (Art. 5 L.R. n. 56/94, come modificato ed integrato dall'art. 119 della L.R. 13 aprile 2001 n. 11),

- dalla Ulss, tramite la direzione generale, che a questo fine - ai sensi dell'art. 5 della L.R. 5/96 - si avvale del Direttore dei Servizi Sociali.

3) Costituzione del *gruppo guida*, che si avvale dell'ufficio di piano o di equivalenti strutture di supporto tecnico. Il gruppo presiede al governo delle diverse azioni per la predisposizione del piano, promuovendo il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati.

4) Il gruppo guida elabora la *base conoscitiva* riguardante i bisogni della comunità, l'offerta di servizi e il rapporto tra i bisogni e offerta.

Il risultato di questa fase è un primo documento sulla cui base i soggetti istituzionali titolari del piano definiscono le priorità.

5) *Stesura del piano di zona* sulla base degli obiettivi e delle priorità assegnate (vedi capitolo contenuti).

Nella definizione degli obiettivi dei risultati attesi vanno prioritariamente caratterizzate le condizioni per garantire i livelli essenziali di assistenza sociali e sociosanitari.

6) *Approvazione* del piano di zona da parte della conferenza dei sindaci e del direttore generale (artt. 3-8 della Lr. n. 56/94 , 4-5 della L.R. n. 5/1996, 128 della L.R. n. 11/2001, 19 della L. n. 328/2000).

7) Adozione da parte della Conferenza dei Sindaci e del Direttore Generale dell'Azienda dell'*Accordo di programma*, che da attuazione al Piano di zona (art. 19 L. 328/2000 e 34 del D.L.vo 18/8/2000, n. 267); accordo sottoscritto, per espresso mandato della Conferenza dei Sindaci, dal Presidente della Conferenza e dal Direttore Generale dell'Azienda Ulss e da eventuali altre istituzioni pubbliche interessate.

8) Stipulazione di eventuali contratti di programma, protocolli d'intesa, accordi di collaborazione o convenzioni con i soggetti che partecipano, con proprie risorse finanziarie, alla attuazione delle azioni previste nel piano di zona.

Parte 6 - Livelli essenziali e risorse per garantirli

6.1. Livelli essenziali di offerta

La definizione e attuazione dei **livelli essenziali delle prestazioni** e servizi sociali e socio-sanitari è realizzata sulla base di quattro criteri: il loro finanziamento, gli indici di bisogno, le modalità di erogazione, gli indicatori di esito (se rilevabili sulla base della precedente programmazione o sulla base di analisi di epidemiologia sociale). Pertanto la definizione dei livelli essenziali richiede che siano precisati:

- gli standard di erogazione dei servizi sociali e socio-sanitari con riferimento alla popolazione assistita, alle peculiarità territoriali, ai bisogni della popolazione, tenendo conto che in ogni ambito territoriale vanno garantite funzioni di segretariato sociale, interventi di natura professionale, quali il servizio sociale professionale, funzioni educative, di accudimento e di cura della persona, funzioni di promozione e prevenzione, funzioni di pronto intervento sociale per accogliere le persone e dare risposte tempestive a persone e famiglie in condizioni di emergenza sociale, funzioni di intervento domiciliare, intermedio e residenziale con riferimento ai diversi bisogni;
- le soglie minime, di risposta necessaria ed efficace ai bisogni, verificabili con indicatori di epidemiologia sociale e socio-sanitaria, tenendo conto che la mappa degli indicatori deve garantire una rappresentazione complessiva delle condizioni di vita e di qualità sociale, tale da documentare l'efficacia delle azioni di promozione sociale, contrasto dell'emarginazione e di tutela dei soggetti deboli.

L'attuazione dei livelli è definita contestualmente alla predisposizione del piano di zona, sulla base di misure di finanziamento, di erogazione e di esito. I risultati attesi di efficacia del piano di zona vengono definiti tenendo conto dei risultati della verifica dei livelli preesistenti.

A questo fine, i contenuti del sistema informativo vanno strutturati in modo da non rendere episodica la valutazione dei livelli di assistenza (essi devono essere costantemente monitorabili e verificabili in termini di contenuti, volumi, corrispondenza ai bisogni, appropriatezza, indici di efficacia) ma anzi operando per farne una priorità di valutazione tecnica e sociale dei risultati.

6.2. Processi essenziali da garantire

I livelli essenziali vanno inoltre definiti in termini di **processi essenziali di erogazione** da garantire nel territorio. In particolare per quanto riguarda l'accesso ai servizi vanno precisate le condizioni per rendere possibile:

- unitarietà ed equità dell'accesso nell'ambito territoriale del piano di zona;
- equità nella compartecipazione alla spesa, basata su regolamenti unitari di accesso, introducendo e condividendo basi omogenee di concorso alla spesa (equità di accesso);
- informazione sistematica ed efficace sull'offerta dei servizi e sui relativi costi, nonché sulle possibili scelte tra le opzioni disponibili;
- orientamento e supporto, particolarmente in favore di persone e famiglie in condizioni di fragilità e di non autosufficienza;
- trasparenza nella gestione dei tempi di attesa;

- processi di valutazione del bisogno e di presa in carico coerenti con quanto previsto dal dpcm 11 febbraio 2001 (atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria) e da altre norme finalizzate a promuovere nei servizi la metodologia di lavoro per progetti personalizzati di intervento.

Nel predisporre il piano di zona, i comuni, le Ulss e gli altri soggetti titolari coinvolti tengono conto delle priorità di bisogno locale e degli obiettivi definiti dalla programmazione regionale. Su queste basi determinano i risultati attesi, in modo coerente con i parametri sopra indicati.

6.3. Il finanziamento

I livelli di assistenza e le altre azioni di piano sono definiti, facendo riferimento alle risorse finanziarie, sociali e sanitarie, definite su base pro-capite ponderata, così da garantire standard di erogazione dei servizi sociali e sociosanitari con riferimento ai diversi bisogni della popolazione interessata. Tenuto conto delle determinazioni individuate dal provvedimento DGR 12/DDL del 10 giugno 2003 e dei vincoli posti dalle risorse disponibili, il Piano di Zona dovrà assicurare preliminarmente i livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, nonché i livelli essenziali delle prestazioni sociali definiti dalla programmazione socio-sanitaria regionale, previa le consultazioni con le autonomie locali previste dalla normativa vigente e con priorità per le prestazioni individuate dall'art. 22, comma 4, legge n. 328/2000, come specificate al precedente punto 4.1. Eventuali livelli aggiuntivi regionali saranno finanziati dal fondo di competenza regionale, mentre eventuali livelli assistenziali aggiuntivi locali saranno a carico delle autonomie locali, fermo restando la loro coerenza con la programmazione socio-sanitaria regionale.

Per quanto riguarda la quota di finanziamento di natura sociale, il fondo zonale si compone dei proventi descritti nella successiva tabella.

Tab. 1 - Componenti del finanziamento del piano di zona

IL FINANZIAMENTO DEL PIANO DI ZONA SI COMPONE DI:

- Quota locale del fondo sociale nazionale
- Fondo sanitario regionale per la parte dell'integrazione sociosanitaria
- Fondo sociale dei comuni (o quota % di esso)
- Fondo sociale regionale (o quota % di esso)
- Concorso alla spesa degli utenti
- Eventuali contributi finalizzati
- Fondi di altre istituzioni coinvolte

TOT. BUDGET LOCALE PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO DI ZONA

La parte di finanziamento sanitario è definita ai sensi di quanto previsto dall'art. 3 septies del dlgs n. 502/92 e successive modificazioni, nonché delle determinazioni regionali sulla materia.

In sede di approvazione del Piano di Zona e per il periodo di validità dello stesso la Conferenza dei sindaci e il Direttore Generale dell'Azienda Ulss determinano la misura dei finanziamenti di propria competenza per l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza; i predetti finanziamenti sono aggiornati di anno in anno in relazione alla verifica dello stato di attuazione della programmazione e dei bisogni emergenti nel territorio.

6.4. Valutazione dei livelli essenziali

La valutazione della attuazione dei livelli essenziali va in quadrata in una più generale strategia di valutazione della efficacia delle politiche sociali e sociosanitarie a livello locale.

A questo scopo vanno promosse e attuate azioni per la valutazione di impatto sociale dei piani di zona e delle corrispondenti azioni, basato su indici tripolari di investimento-finanziamento (input), di organizzazione delle risposte (output) e di efficacia delle azioni (outcome), così da poter rappresentare, con indicatori affidabili, i livelli di cittadinanza sociale conseguiti su scala zonale. Su questa base saranno possibili successivi confronti regionali.

I soggetti titolari dei piani di zona verificano l'impatto dei piani nella promozione di sistemi locali di welfare idonei a promuovere soluzioni facilitanti la cittadinanza solidale e lo sviluppo di soluzioni idonee a facilitare la efficace attuazione non solo dei livelli essenziali di assistenza ma degli altri obiettivi individuati dalla programmazione zonale.

Nel fare questo va tenuto conto che i livelli essenziali riguardano non solo i diritti e doveri connessi al radicamento e all'appartenenza a un territorio, ma riguardano anche la "portabilità" dei diritti e doveri negli spazi di vita e di lavoro – oggi sempre più estesi e distribuiti - nel territorio regionale.

Parte 7 - Priorità regionali

1. *Politiche per la famiglia*: la famiglia è destinataria e soggetto di politiche sociali; tenendo conto di questa doppia valenza, vanno previste nei piani di zona azioni finalizzate per sostenere le responsabilità educative e i carichi di cura delle famiglie, il sostegno alle situazioni di crisi e conflittualità, il contrasto alla povertà familiare, la promozione delle funzioni educative, l'aiuto reciproco tra famiglie, lo sviluppo di soluzioni e servizi promossi e gestiti dalle famiglie in collaborazione con risorse professionali.

2. *Livelli essenziali*: nella costruzione dei Piani di zona va sviluppata una esplorazione dei livelli di finanziamento, di erogazione e di efficacia, rispetto a diverse tipologie di bisogno di offerta, stimate nella consistenza territoriale. Nel fare questo va tenuto conto anche delle sollecitazioni formulate dal Comitato economico e sociale europeo (CESE), che in sede di valutazione intermedia della Agenda sociale europea 2000-2005 ha raccomandato di: «incentivare lo sviluppo di un “modello europeo di valutazione di impatto sociale” delle norme e delle corrispondenti politiche, basato su indici tripolari di investimento-finanziamento (input), di organizzazione delle risposte (output) e di efficacia delle azioni (outcome), così da poter rappresentare, con indicatori affidabili, i livelli di cittadinanza sociale europea conseguiti nei diversi paesi»⁴, cioè nella logica dei livelli essenziali di assistenza.

3. *Valutazione integrata dei bisogni ed accesso unitario ai servizi*: l'accesso alle prestazioni va reso unitario, senza costringere le persone e le famiglie a percorsi per prove ed errori. Per questo vanno realizzati in tutto il territorio regionale punti unici di accesso ai servizi sociali, sociosanitari e sanitari, con scelte zonali idonee a ottimizzare le risorse disponibili a questo fine.

La valutazione del bisogno sociale e sociosanitario va garantita in modo unitario dal Comune e dall'Azienda Ulss, a livello distrettuale, tramite l'Unità valutativa multidimensionale distrettuale.

4. *Pronto intervento sociale*: l'attuazione del pronto intervento sociale previsto dalla L. 328/00 chiede di individuare le risposte da garantire in ambito Ulss e su scala più vasta, in modo da sviluppare una sistematica e tempestiva capacità di fronteggiare le emergenze personali e familiari (bambini maltrattati e abusati, comportamenti autodistruttivi nelle diverse età della vita, conflitti familiari con esiti violenti, interventi di urgenza a seguito di provvedimenti dell'autorità giudiziaria, eventi e traumatici).

⁴ Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni: Revisione intermedia dell'agenda per la politica sociale, COM (2003) 312 def., 12 dicembre 2003.

Parte 8 – Nota finale

Per quanto non contemplato nel presente documento di linee guida, si fa rinvio alle disposizioni regionali e nazionali in materia.