

D.P.Reg. 4-11-2002

Linee-guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione siciliana.

Pubblicato sulla Gazz. Uff. Reg. sia 22 novembre 2002, n. 53, S.O. n. 1.

Capitolo 5

Gli obiettivi prioritari

Sancito il principio di universalità del diritto sociale, rivolto a tutti i cittadini, al di là di ogni differenza di sesso, di età, di razza e di religione, un sistema razionale e moderno di organizzazione dei servizi e di amministrazione delle risorse deve proporre indirizzi e regolamenti atti a determinare i criteri di scelta, riducendone i rischi di errore e di omissione.

Operare delle scelte significa prendere delle decisioni circa le priorità nelle quali investire una quota maggiore di risorse e di energie, in corrispondenza di bisogni primari che, spesso, costituiscono la base irrinunciabile sulla quale costruire e sorreggere l'intera «architettura» dei programmi e dei progetti operativi, garantendo agli interventi continuità, permanenza, stabilità ed efficacia.

In questo capitolo la Regione individua le «politiche essenziali e primarie» sulle quali dovrà essere realizzato il «Sistema regionale dei servizi socio-sanitari», trovando una giusta sintesi tra le priorità identificate all'interno del Piano sociale nazionale e quelle emerse attraverso le analisi delle esperienze censite e monitorate sul territorio.

Resta uno degli obiettivi del progetto «Verso il Piano socio-sanitario regionale» determinare nel più breve tempo possibile attraverso la certificazione del metodo e l'implementazione degli strumenti opportuni, un accertamento progressivo dei dati e degli studi che consenta interventi sempre più mirati e funzionali.

5.1. La famiglia e i cicli della vita

La Regione, nel riconoscere e sostenere le funzioni svolte dalla famiglia quale unità primaria, luogo di sintesi dei bisogni e riferimento essenziale per i servizi pubblici e privati:

- a) predisporre una politica organica e integrata volta a promuovere e a sostenere la famiglia nello svolgimento delle sue funzioni sociali, anche attraverso la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- b) programma i servizi, valorizzando le risorse di solidarietà della famiglia, della rete parentale e delle solidarietà sociali;
- c) sostiene le libere e consapevoli scelte di procreazione e valorizza il principio di corresponsabilità dei genitori nei confronti della prole;
- d) promuove la formazione di nuovi nuclei familiari con adeguate politiche occupazionali e abitative, utilizzando anche il fondo sociale affitti;
- e) promuove e sostiene l'armonioso sviluppo delle relazioni familiari, delle funzioni educative, dei rapporti di solidarietà e generazionali;
- f) promuove, sia a livello regionale che locale, il ruolo di interlocutore riconosciuto alle associazioni delle famiglie.

5.2. Sostegni alla maternità e alla paternità

La Regione promuove azioni ed interventi finalizzati a tutelare la vita dal momento del concepimento.

A tal fine sostiene la maternità attraverso la programmazione e realizzazione di azioni tese a rimuovere gli ostacoli economici.

I comuni e le Aziende unità sanitarie locali organizzano i servizi di assistenza domiciliare e di puericultura, finalizzati al sostegno e alla formazione della coppia o del genitore unico.

5.3. Interventi in materia di abitazione

La Regione, al fine di promuovere la costituzione di nuove famiglie e di agevolare le famiglie numerose, anche per quanto concerne l'esigenza di disporre di un alloggio adeguato, prevede la concessione di finanziamenti a tasso e condizioni agevolati e prestiti sull'onore.

5.4. La conferenza regionale sulla famiglia (Co.R.F.)

La Regione con proprio provvedimento, istituisce la conferenza regionale sulle famiglie presieduta dall'Assessore regionale degli enti locali ed individua i soggetti, pubblici e privati chiamati a parteciparvi.

La conferenza di cui al comma 1 elabora proposte sulle politiche regionali per le famiglie e sui servizi, tenuto conto delle trasformazioni e delle problematiche emergenti che interessano i contesti familiari.

5.5. I diritti dei minori: infanzia e adolescenza

Per quanto riguarda la competenza e l'indirizzo regionale nel settore dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, si rinvia al piano triennale predisposto in ottemperanza alle disposizioni della legge n. 285/1997 e ai relativi piani di zona.

Costituirà impegno primario della Regione avviare un processo di integrazione tra le pratiche attuative della legge n. 285/1997 sul territorio e la fase sperimentale di avviamento del sistema integrato delle attività e dei servizi sociali della legge n. 328/2000, rendendo compatibili gli strumenti di Governo, di analisi, valutazione e monitoraggio. In particolare si avrà cura di:

- 1) accompagnare gli enti locali e gli organismi attuatori nella fase di trasferimento degli ambiti territoriali relativi ai piani ex legge n. 285/1997, in deroga, verso l'omologazione con i distretti socio-sanitari;
- 2) estendere ai piani di zona della legge n. 285/1997, i benefici della rete di assistenza tecnica promossa dalla Regione, con il concorso di tutti i soggetti sociali, istituzionali e non;
- 3) comprendere tutti gli attori occupati nella realizzazione dei piani d'intervento per i settori dell'infanzia e dell'adolescenza nei benefici prodotti dall'utilizzo degli strumenti di governo integrato del territorio, in attuazione della fase di avviamento del percorso «Verso il piano socio-sanitario».

Ritenendo la predisposizione del piano socio-sanitario un laboratorio di idee e di azioni da offrire all'analisi e alla valutazione della vasta platea dei soggetti sociali regionali, intendiamo fornire alcune sollecitazioni su argomenti di estrema attualità e sui quali vale la pena di riflettere:

appunti programmatici per la redazione di un piano di zona:

- misure di sostegno alle responsabilità genitoriali (consulenza e sostegno alle famiglie attraverso mediazione familiare in collaborazione con le attività consultoriali e promozione di gruppi di auto e mutuo aiuto);
- forme di sostegno per la conciliazione tra responsabilità familiari e lavoro, particolarmente per le madri (promozione di servizi scolastici integrati, incentivi e cooperazione con le imprese per l'adozione di «orari funzionali»), anche in collegamento con la legge n. 53/2000;
- agevolazioni e misure di sostegno economico a favore delle famiglie con figli e disagio economico (politiche tariffarie e abitative);
- forme di agevolazione e sostegno delle famiglie con figli minori che presentano particolari carichi di cura (famiglie con un solo genitore e con minori con handicap grave);
- realizzazione di servizi per la prima infanzia, attraverso lo sviluppo e la qualificazione di nidi d'infanzia e di servizi ad essi integrativi che consentano una risposta qualificata e flessibile a bisogni sociali ed educativi diversificati;
- offerta di spazi di gioco di libero accesso per i bambini da 0 a 3 anni, con genitori, nonni, ecc., anche con la presenza di operatori di supporto alle funzioni genitoriali;
- luoghi di gioco «guidato», accessibili anche ai bambini residenti in zone ad alta dispersione, mirato a favorire la socializzazione, la tolleranza, il rispetto e un rapporto positivo con se stessi e con il mondo circostante;
- misure di incentivazione dell'affido familiare nei confronti di minori in situazione di forte disagio familiare e per i quali è impossibile, anche solo temporaneamente, rimanere presso la propria famiglia;
- servizi di tipo prescolastico, a completamento della rete di scuole per l'infanzia, gestiti con la partecipazione dei genitori;
- servizi di sostegno, cura e recupero psico-sociale di minori adolescenti e donne vittime di abusi, maltrattamenti e violenze, anche sessuali, attraverso interventi integrati tra i settori sociale, sanitario, giudiziario e scolastico;
- servizi di sostegno psicologico e sociale per nuclei familiari a rischio di comportamenti violenti e maltrattamenti, attraverso interventi di prevenzione primaria a forte integrazione socio-sanitaria;
- realizzazione di strutture di accoglienza a carattere familiare per minori e donne.

Per gli interventi a favore degli adolescenti è da considerarsi prioritario:

- consolidare e dare più organicità agli interventi preesistenti rivolti a bambini e ragazzi, valutando costantemente la loro appropriatezza e adeguatezza;

- promuovere idee ed iniziative sperimentali per conoscere nuovi bisogni della fascia giovanile attivando anche interventi innovativi che rispondano alle esigenze delle nuove generazioni;
- predisporre servizi di supporto per gli studenti con difficoltà di apprendimento, anche come aiuto alla famiglia nel seguire il percorso scolastico del figlio;
- l'offerta di spazi e stimoli ad attività di particolare interesse da parte degli adolescenti, con la presenza di operatori qualificati, per assicurare l'inclusione sociale;
- promuovere percorsi sperimentali di formazione ed inserimento lavorativo per assecondare capacità, creatività e positive aspirazioni dei giovani, soprattutto di quelli a rischio di devianza;
- realizzare luoghi di ascolto immediatamente accessibili, anche interni o attigui ai luoghi abitualmente frequentati dai giovani (discoteche, spazi collettivi giovanili) con operatori «esperti» sul piano psicologico-relazionale;
- programmare campagne informative e di consulenza sulle dipendenze e sulle possibilità di affrancamento dalle stesse, utilizzando anche gruppi di auto-mutuo aiuto ed «educatori di strada»;
- incentivare soluzioni abitative comunitarie, di tipo familiare per adolescenti, privi di validi supporti familiari, con educatori che possano accompagnare i giovani nel percorso di autonomizzazione.

5.5.1. Legge n. 149 del 2001

In previsione della prossima chiusura degli istituti per i minori abbandonati, sancita dalla legge n. 149/2001, è necessario avviare una complessiva strategia, che investa in primo luogo il livello legislativo mirata allo stanziamento di apposite risorse finanziarie per la realizzazione, anche ad opera del privato sociale, di interventi di:

- promozione e sensibilizzazione della cultura dell'accoglienza familiare (nelle scuole, nella famiglia);
- formazione degli operatori sociali e delle famiglie sullo specifico tema dell'accoglienza del minore;
- sostegno economico alle famiglie affidatarie e alle comunità familiari;
- realizzazione di strutture di accoglienza familiare alternative agli istituti.

Occorre, inoltre, avviare al più presto una precisa verifica sulla situazione di tutti i minori attualmente ricoverati presso le strutture di accoglienza, utilizzando équipe psico-sociali altamente specializzate.

5.5.2. Proposta delle regioni in merito agli asili nido

Disegno di legge: «Piano nazionale degli asili nido»

Premessa

Il profilo istituzionale degli asili nido è formativo-educativo-sociale e pertanto anche la sua dizione deve essere superata e sostituita con «servizi socio educativi per la prima infanzia».

I servizi sul territorio nazionale sono molteplici e pur rivolgendosi tutti a bambini da 3 a 36 mesi si differenziano dagli asili nido e si innestano in una pluralità di risposte calzanti ai bisogni del bambino e della sua famiglia e soprattutto si innestano nella realtà dei servizi sociali ed educativi.

Sempre per testimoniare la volontà di qualificare «Verso il piano socio-sanitario» alla stregua di un laboratorio di idee e di considerazioni da condividere, nella ricerca operativa di stimoli continui all'integrazione fra le parti sociali, riteniamo opportuno arricchire il dibattito sui servizi per la prima infanzia e la famiglia, ponendo in allegato (tabella B) il testo di un disegno di legge specifico.

5.5.3. Servizi residenziali

La Regione si impegna a razionalizzare i servizi residenziali per i minori, in particolare le case famiglia per l'accoglienza residenziale temporanea, per i minori da 0 a 5 anni e le comunità alloggio, sia sotto il profilo della continuità del servizio che per quanto attiene il rapporto qualità/costo dello stesso.

5.5.4. Servizio civile

La legge 6 marzo 2001, n. 64 istituisce il servizio civile nazionale, rafforzandone gli indirizzi attuativi attraverso il D.P.C.M. 10 agosto 2001.

In particolare la Regione siciliana ritiene importante valorizzare la scelta del servizio civile come occasione che «favorisce la realizzazione dei principi costituzionali di solidarietà sociale» e «contribuisce alla formazione civica, sociale, culturale e professionale dei giovani», vista anche in un'ottica di decentramento solidale.

5.6. La tutela delle persone anziane

La Regione promuove la qualificazione e l'articolazione della rete dei servizi sociali per l'età adulta e anziana, privilegiando i criteri di domiciliarità e di sostegno alla vita di relazione nella comunità locale, e valorizzando le risorse positive delle persone anziane e il loro apporto solidaristico alla vita familiare e sociale.

Il sistema locale dei servizi è destinato prioritariamente alle persone adulte e anziane che si trovano in condizioni di emarginazione e di isolamento sociale per povertà o per limitazioni all'autonomia personale.

L'aumento della durata della vita, il fatto cioè che un numero crescente di anziani viva più a lungo, rappresenta indubbiamente una grande conquista di civiltà, la realizzazione di un traguardo a lungo coltivato dall'umanità. E tuttavia, di questa profonda rivoluzione delle possibilità di vita della popolazione si colgono e si enfatizzano di regola soltanto i lati negativi; in termini di maggiori costi e maggiori oneri a carico della collettività. L'altra faccia della medaglia, che l'allungamento della vita libera risorse umane preziose, crea nuove opportunità, apre nuove possibilità, un tempo precluse dagli elevati livelli di mortalità, passa spesso inosservata o non viene sottolineata con altrettanta evidenza.

Rimarcare i risvolti positivi dell'invecchiamento non significa affatto negare che esso ponga problemi del tutto nuovi alla società e alle politiche, sia dal punto di vista dell'organizzazione delle

realtà locali che della quantità e qualità dei programmi necessari ad affrontarli. L'aumento della popolazione anziana comporta indubbiamente maggiori interventi di protezione e cura delle persone. In termini di trasferimenti monetari, consumo di farmaci, accertamenti diagnostici, ricoveri ospedalieri, e prestazioni relativamente più onerose e complesse rispetto alle altre categorie della popolazione; e ancora, una crescente domanda di medicina specialistica, servizi integrati socio-sanitari, strutture di lungodegenza, case di riposo, interventi per non-autosufficienti, assistenza domiciliare.

L'aumento della popolazione anziana impone, soprattutto, un ripensamento profondo delle politiche di protezione sociale ed un allargamento dell'orizzonte degli interventi. Una parte consistente di anziani non è più soltanto portatrice di una domanda di servizi sanitari ed assistenziali; chiede interventi di natura integrativa, di tempo libero, di informazione e di formazione, di sicurezza, che non sempre è agevole conciliare con l'attuale organizzazione della società e la vita convulsa delle città. Per giunta, stando alle proiezioni, è lecito ipotizzare un aumento della quantità e della qualità di quelle richieste nel corso dei prossimi decenni.

Le esigenze più pressanti e onerose provengono da quanti hanno oltrepassato la soglia degli ottant'anni. Per una quota rilevante di costoro in effetti, è assai elevato il rischio di percorrere l'ultimo tratto della esistenza in non buone o precarie condizioni di salute e di perdere almeno in parte la propria autonomia, il che accresce il fabbisogno di assistenza e cure specifiche preferibilmente presso il domicilio dell'assistito e, talvolta, in istituti specializzati di tipo residenziale o semi-residenziale. Attualmente, ai soggetti non-autosufficienti provvedono nella stragrande maggioranza dei casi le famiglie autonomamente, da sole o con l'aiuto di personale retribuito (quasi sempre immigrati privi di regolare permesso di soggiorno); solo in misura più limitata le responsabilità delle cure ricadono interamente sui servizi.

Già solo computando i numeri, dunque, non v'è ombra di dubbio che gli oneri connessi all'invecchiamento siano enormi, crescenti e verosimilmente alla lunga incompatibili con le risorse disponibili. Le soluzioni possibili con questo scenario transitano necessariamente per il superamento della rigidità che contraddistingue attualmente il rapporto tra la domanda e l'offerta; l'una in costante crescita, l'altra in continua, affannosa, rincorsa. Un serio limite delle passate politiche di welfare è stato quello di ragionare entro un sistema di compatibilità bloccato; di ritenere, cioè, che all'accrescimento delle esigenze prodotto dall'invecchiamento demografico si dovesse rispondere con un ammontare di risorse dato e imm modificabile nel breve-medio termine. In questa logica, non è stata evidentemente prestata sufficiente attenzione al fatto che l'invecchiamento non è un processo isolato; non ha luogo nel vuoto, né in condizioni immutabili, bensì nel quadro di un cambiamento generalizzato dei principali parametri dell'economia e della organizzazione sociale.

A parità di età, l'anziano di oggi è una figura incommensurabile con quella di ieri. Intanto, è cambiato il quadro demografico che lo circonda. Le fasi del ciclo di vita si sono proporzionalmente estese, a monte e a valle; sono cambiate le possibilità di cura, le terapie. Sono soprattutto mutate le possibilità di mantenimento e reinserimento degli anziani all'interno della vita economica e sociale. L'anziano che giunge oggi alla soglia della pensione dispone di capacità, risorse economiche, salute fisica e mentale, che ben poco hanno a che vedere con quelle con cui arrivava in passato al termine della propria attività lavorativa.

Il processo di invecchiamento non è quindi necessariamente un fenomeno a somma negativa. In condizioni favorevoli, può dar luogo alla produzione di un valore sociale aggiunto, di un profitto sociale utilizzabile in funzione dello sviluppo della socialità collettiva; a patto che si governi il cambiamento delle età, reinventando la terza età, progettando una strategia di sviluppo per una società che invecchia

D.P.Reg. 4-11-2002

Linee-guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione siciliana.

Pubblicato sulla Gazz. Uff. Reg. sia 22 novembre 2002, n. 53, S.O. n. 1.

Capitolo 8

Piani di zona

8.1. Il sistema dei servizi sociali

Il piano di zona, di norma adottato attraverso accordo di programma, ai sensi dell'art. 34 del D.Lgs. n. 267/2000, è volto a:

- favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando in particolare le risorse locali di solidarietà e di auto-aiuto, nonché a responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi;
- qualificare la spesa, attivando risorse, anche finanziarie derivate da forme di concertazione;
- definire criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun comune, delle aziende sanitarie e degli altri soggetti firmatari dell'accordo, prevedendo anche risorse vincolate al raggiungimento di particolari obiettivi;
- prevedere iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi.

La predisposizione del piano di zona, ai sensi dell'art. 19 della legge n. 328/2000, assume un significato strategico ai fini della precisazione delle condizioni da garantire su tutto il territorio. In tale contesto vanno valorizzate le esperienze realizzate sia in occasione dell'attuazione della legge n. 285/1997, sia nei casi di predisposizione di documenti analoghi, laddove previsti dalle normative regionali.

In particolare, pare utile richiamare alcuni aspetti generali in grado di qualificare il processo di pianificazione:

- il processo non deve essere visto in termini meramente amministrativi (e di adempimento formale), ma deve prevedere l'attivazione di azioni responsabilizzanti, concertative, comunicative che coinvolgano tutti i soggetti in grado di dare apporti nelle diverse fasi progettuali;
- l'attenzione va concentrata, in primo luogo, sui bisogni e sulle opportunità da garantire e, solo in secondo luogo, sul sistema di interventi e servizi da porre in essere;
- devono essere valorizzati le risorse e i fattori propri e specifici di ogni comunità locale e di ogni ambito territoriale, al fine non solo di aumentare l'efficacia degli interventi, ma anche di favorire la crescita delle risorse presenti nelle singole realtà locali;
- particolare attenzione deve essere riservata, sin dalle prime fasi della programmazione, alle condizioni tecniche e metodologiche che consentano di effettuare (successivamente) valutazioni di processo e di esito;

- vanno puntualmente definite le responsabilità, individuando, negli «accordi di programma» gli organi e le modalità di gestione ed esplicitando le azioni da porre in essere nei confronti dei soggetti eventualmente inadempienti.

La predisposizione del piano di zona, che viene formulato tenendo conto dell'articolazione in distretti socio-sanitari, può essere strutturata nelle seguenti fasi metodologiche:

- la Regione approva il piano regionale degli interventi e dei servizi alla persona;

- il piano regionale degli interventi e dei servizi alla persona viene attuato, nell'ambito delle risorse disponibili, attraverso forme di intesa con i comuni interessati, con la partecipazione attiva delle Aziende di servizi alla persona, dei soggetti del terzo settore che partecipano anche con proprie risorse alla realizzazione dei servizi, nonché con la collaborazione dei soggetti di cui all'art. 1, comma 6, della legge n. 328/2000;

- il piano regionale degli interventi e dei servizi alla persona indica altresì le aree e le azioni prioritarie d'intervento, i criteri di verifica e di valutazione, al fine di assicurare la qualità e la realizzabilità degli obiettivi definiti, nonché la costituzione di una rete integrata di interventi sociali.

Azioni da considerare:

a) conoscenza, analisi e valutazione dei bisogni della popolazione;

b) individuazione, qualificazione e quantificazione delle risorse (istituzionali, organizzative umane e finanziarie) pubbliche, private, del terzo settore, disponibili e attivabili;

c) definizioni degli obiettivi e delle priorità cui finalizzare le risorse disponibili;

d) regolamentazione dei servizi e delle iniziative all'interno del territorio di competenza;

e) regolamentazione dei rapporti organizzativi ed economico-finanziari fra i diversi soggetti, quali accordi, deleghe, convenzioni e protocolli d'intesa.

Il piano di zona dei servizi alla persona viene adottato dal sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'Azienda unità sanitaria locale coincida con quello del comune, nel caso delle città metropolitane, o dal sindaco del comune capo-fila del comitato dei sindaci del distretto socio-sanitario, sentiti, nei termini indicati dalla legge, dal piano sociale regionale e dalle linee di indirizzo, gli enti pubblici interessati e i soggetti di cui ai commi 4 e 5, art. 1, legge n. 328/2000.

Nel piano di zona dei servizi alla persona sono contenuti gli indirizzi programmatici relativi agli aspetti di rilevanza sociale per la formulazione del piano attuativo locale dell'Azienda unità sanitaria locale.

Il sindaco o il comitato dei sindaci approva il piano di zona dei servizi alla persona attraverso la forma dell'accordo di programma di cui all'art. 34 del decreto legislativo n. 267/2000.

Vigilanza e controllo sull'adozione dei piani di zona dei servizi alla persona

L'Assessorato degli enti locali, in caso di mancata definizione e presentazione, nei termini stabiliti dalla programmazione regionale, del piano di zona dei servizi alla persona agli uffici regionali, nomina in via sostitutiva un commissario ad acta.

L'Assessorato degli enti locali, attraverso la valutazione dei piani di zona dei servizi alla persona da parte dell'ufficio piano, esprime parere di congruità in ordine alla loro corrispondenza con la programmazione regionale.

8.2. Le regole: la qualità, livelli essenziali, l'accreditamento e livelli assistenziali

8.2.1. La qualità degli interventi e dei servizi socio-sanitari

La Regione siciliana ha da tempo regolamentato in varie forme la qualità dei servizi socio-assistenziali e socio-educativi.

In particolare, la verifica della sussistenza dei requisiti per l'erogazione dei servizi sociali è stata affidata, dall'art. 26 della legge 9 maggio 1986, n. 22, all'associazione ad apposito albo.

Nell'ambito sociale, lo sviluppo dal basso dell'iniziativa dei cittadini, delle associazioni, del volontariato e delle imprese sociali si fonda da un lato sull'autonoma capacità dei soggetti di «fare qualità» e dall'altro su una visione condivisa degli elementi qualificanti dei servizi sociali. La concertazione, già ampiamente sperimentata per la programmazione dei servizi, è altrettanto importante per la valutazione e lo sviluppo di un sistema di qualità, che si basa su valori comuni, regole condivise e controlli imparziali.

Infine, le regole per la qualità che si vanno determinando in ambito pubblico riguardano per lo più i servizi sociali essenziali di cui l'ente locale è titolare e che sono definiti nei piani regionali.

Viceversa, finora, la Regione e gli enti locali non sono ancora intervenuti per regolare la qualità dei servizi che i cittadini e le famiglie acquistano direttamente e/o organizzano in proprio avvalendosi di personale non sempre inquadrato con contratti appropriati. In particolare, quando a questo personale viene affidata l'assistenza a domicilio di anziani con ridotta autonomia (diurna o continuativa) e l'assistenza educativa dei bambini (singoli o in gruppi), il servizio assume un carattere sociale che deve sottostare a principi di qualità, a tutela delle persone che ne usufruiscono. In tale contesto devono essere avviate politiche che utilizzino incentivi mirati alle famiglie che acquistano servizi alla persona accreditati dal pubblico. Tale scelta, da un lato favorisce l'emersione del lavoro sommerso e, dall'altro, consente di affermare nel concreto che la qualità dei servizi è strettamente legata alla qualità del lavoro impiegato. Ciò implica una progettualità integrata fra i servizi per l'impiego, i servizi per la formazione professionale e i servizi alla persona.

Si tratta allora di costruire un «sistema di qualità sociale», inteso come insieme di regole, procedure, incentivi e controlli atti ad assicurare che gli interventi e i servizi sociali siano orientati alla qualità, in termini di adeguatezza ai bisogni, efficacia dei metodi e degli interventi, uso ottimale delle risorse impiegate, sinergie con servizi e risorse del territorio, valutazione dei risultati, apprendimento e miglioramento continuo.

A tal fine, la Regione si impegna a:

- individuare la tipologia dei servizi da includere nel sistema per la qualità sociale;
- promuovere sedi di concertazione sui principi generali ispiratori della qualità dei diversi interventi e servizi sociali, invitando tutti i soggetti interessati al sistema, enti pubblici, produttori privati, professionisti del sociale e rappresentanti dei cittadini fruitori dei servizi;

- definire le norme per l'autorizzazione al funzionamento e le norme per l'accreditamento, operando, ove possibile, l'accorpamento in un testo unico delle molteplici normative, procedure e adempimenti richiesti ai produttori di servizi;
- individuare i soggetti istituzionali, le metodologie e gli strumenti, atti a controllare l'applicazione delle norme in modo omogeneo sul territorio regionale, trasparente e imparziale;
- programmare e attuare piani di formazione e di incentivazione, ai fini di favorire e sostenere l'applicazione delle norme e diffondere una cultura della qualità sociale;
- adottare propri strumenti di valutazione della qualità dei servizi, del funzionamento e dell'impatto del sistema qualità.

8.2.2. Livelli essenziali

I livelli essenziali delle prestazioni sociali sono recepiti nel piano regionale dei servizi alla persona, che li caratterizza in termini di sistema di prestazioni e servizi sociali, idonei a garantire cittadinanza sociale e qualità di vita alle persone e alle famiglie, nonché pari opportunità e tutela ai soggetti più deboli.

Le misure, gli interventi e le prestazioni per l'erogazione dei livelli essenziali, che costituiscono le indicazioni prevalenti in ambito di piani di zona, sono in via prioritaria:

- a) le misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito familiare;
- b) 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;
- c) le misure di sostegno alle responsabilità familiari;
- d) le misure per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;
- e) le misure di tutela dei diritti del minore;
- f) le misure di sostegno alla donna in difficoltà;
- g) gli interventi per la piena integrazione delle persone disabili;
- h) le misure a favore del reinserimento lavorativo di persone con disagio sociale;
- i) gli interventi per le persone anziane e disabili per favorirne la permanenza a domicilio;
- j) le prestazioni integrate per contrastare le dipendenze patologiche;
- k) l'informazione e la consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione di servizi e per promuovere iniziative di auto-mutuo aiuto.

I livelli delle prestazioni sociali sono definiti con riferimento ai seguenti criteri:

- a) le risorse finanziarie definite nei piani di zona dei servizi alla persona;

b) gli standard di erogazione dei servizi sociali con riferimento ai bisogni della popolazione interessata;

c) gli indicatori di esito e di benessere sociale individuati nel piano regionale degli interventi e dei servizi alla persona.

8.2.3. Accreditemento

Nel corso degli ultimi anni, si è verificata una progressiva espansione dei servizi alla persona; comincia a crescere la spesa pubblica dedicata al sociale e cresce, in modo ancora poco visibile ma rilevante, la spesa privata delle famiglie sul fronte dei servizi educativi per i bambini, dell'assistenza per gli anziani non autosufficienti ed altri servizi alla persona.

La normativa di riferimento per le politiche sociali e per il terzo settore in Italia ha, di recente, registrato provvedimenti di portata storica come il decentramento amministrativo verso comuni e regioni ed il riconoscimento dei soggetti del terzo settore come protagonisti delle politiche sociali, della progettazione e della erogazione dei servizi. Le organizzazioni del terzo settore manifestano un elevato potenziale di sviluppo occupazionale soprattutto a causa della forte crescita dei bisogni di assistenza per alcune fasce di popolazione come gli anziani, i bambini, gli adolescenti, i disabili e così via. In molte circostanze, questi bisogni non rappresentano una vera e propria domanda di servizi, sia perché i potenziali consumatori di servizi non dispongono di redditi sufficienti e di una organizzazione capace di amplificare tali esigenze, sia perché l'offerta esistente è scarsa in termini quantitativi e insoddisfacente in termini qualitativi.

Il tema della riforma del welfare e del modo di concepire i servizi di natura socio-assistenziale erogati alle persone, alle famiglie ed in particolare agli indigenti è, inoltre, di centrale importanza anche con riferimento alle opportunità di sviluppo delle economie deboli e delle zone più svantaggiate del paese. In una realtà caratterizzata da elevati tassi di disoccupazione, più intensamente in alcune aree del Mezzogiorno, si avverte la debolezza sociale del «popolo» del terzo settore, spesso costituito da volontari, da lavoratori non tutelati dalle istituzioni e da precari, che trovano difficoltà ad entrare nel mercato del lavoro ed a trovare una dimensione ed un ruolo. Il volontario viene impiegato anche in maniera non appropriata, come possibile protagonista di lavoro precario, sottopagato o in nero e senza alcuna possibilità di tutela.

Negli ultimi anni si è, infatti, assistito ad una crescita di attività informali e irregolari (svolte spesso anche da immigrati) anche nel settore dei servizi alla persona (assistenza ad anziani, bambini, disabili). In questo caso, non si tratta tanto di fare emergere imprese, ma piuttosto di indirizzare verso le imprese del terzo settore la domanda oggi soddisfatta da prestatori irregolari, agendo soprattutto sulla convenienza delle famiglie (es: deducibilità fiscale) ad orientare la domanda verso organizzazioni regolari. Da qui l'esigenza di ripensare in termini organizzativi e gestionali ad un Nuovo ruolo del settore sociale per l'erogazione di nuove tipologie di servizi. Si punta a promuovere la realizzazione di un sistema orientato all'efficacia ed all'efficienza dei servizi erogati ed al soddisfacimento dei bisogni attesi dagli utenti.

Appare opportuno sottolineare come lo sviluppo del settore non profit comporti l'espansione e la diffusione dei valori che lo sostanziano, quali la solidarietà, la crescita sociale, la responsabilità civile. Si può affermare che un intervento in questo settore ha un raggio di azione tale da incidere oltre che sui profili occupazionali, sulla qualità della vita, sulla lotta contro la povertà e tale da concorrere a ridisegnare nuove condizioni di crescita e di partecipazione sociale.

Queste considerazioni, insieme alla consapevolezza del ruolo centrale del volontariato per le azioni positive nei confronti della collettività, con particolare riferimento ai bisogni delle fasce più deboli della popolazione conducono a ripensare l'organizzazione stessa dell'impresa sociale ed i percorsi formativi dei protagonisti dell'impresa stessa per consentire, da un lato, il miglioramento delle condizioni di lavoro delle imprese attive sul «sociale» e, dall'altro, di assicurare un'offerta sempre più qualificata. Si evidenzia, infatti, un elevato fabbisogno in termini di addetti determinato, per quanto riguarda le figure professionali tradizionali, dall'intenso turnover del personale operativo, e, con riguardo invece alle nuove figure professionali, indotto dal cambiamento in atto nel sistema del welfare e dalla necessità di garantirsi migliori compiti manageriali.

Per di più, un recente censimento Istat (Ricerche PIC Adapt - Istat; Servizio statistiche sulle istituzioni pubbliche e private, Roma 4 maggio 2001) sulle imprese no-profit, evidenzia come le unità iscritte ai registri regionali hanno segnato un incremento dell'80% dal 1995 al 1999 e la Sicilia, in particolare, è la Regione che ha mostrato il più alto tasso di crescita.

Si avverte, pertanto, la necessità di promuovere una maggiore qualità, flessibilizzazione e personalizzazione degli interventi formativi in grado di rimuovere gli ostacoli che incontrano; soggetti più deboli sia nella fruizione dei servizi sociali sia riguardo alle opportunità di lavoro.

Diventa necessario, allora, sperimentare delle innovazioni nei percorsi formativi, a livello di management e a livello relazionale: una politica di promozione volta, da un lato, ad ampliare sia l'offerta sia la domanda di servizi dei cittadini, delle famiglie e delle comunità locali, e, dall'altro, ad incentivare correttamente l'impegno a favore della sicurezza dei lavoratori ed a valorizzare tutte le esperienze dell'associazionismo, della cooperazione sociale del volontariato, del precariato e della cittadinanza attiva in cui si articola il terzo settore. Quest'ultimo, caratterizzato dalla compresenza di elementi imprenditoriali e sociali, può dunque essere essenzialmente considerato come uno dei modi di produrre servizi sociali pensati e creati secondo le necessità degli utenti, e come migliore maniera di dare una risposta a bisogni sociali insoddisfatti.

In particolare, bisogna puntare l'attenzione sulla necessità di istituzionalizzare un sistema di prestazioni flessibili e diversificate, basate su progetti quanto più possibile personalizzati che puntino all'affermazione del diritto di inserimento sociale e siano capaci di promuovere l'inclusione a discapito dell'esclusione.

In questo contesto socio economico, si inserisce il programma di standardizzazione dei servizi, operazione con la quale si cerca di formare, qualificare e riqualificare le categorie di persone sopra descritte attraverso un «sistema di accreditamento» volto a garantire un livello di professionalità adeguato al raggiungimento di elevati standard (manageriali, tecnici e relazionali) di qualità.

Sembra dimostrato dall'esperienza di questi anni, che un sistema di qualità debba servire ad aumentare l'interesse e la stima sociale del grande pubblico nei confronti dei servizi alla persona, incentivare la capacità di scelta e di spesa delle famiglie. Tale sistema deve, inoltre, orientare la concorrenza verso livelli di eccellenza e non soltanto verso la contrazione dei costi; e infine, sostenere la convenienza delle imprese a migliorare e diversificare l'offerta, coltivando un atteggiamento di ascolto costante delle esigenze dei clienti finali, incentivando, quindi, il miglioramento continuo.

La situazione attuale del privato-sociale è caratterizzata da rilevanti diversità influenzate da numerosi fattori: dimensioni, modalità organizzative, tipologie delle prestazioni, fonti dei dati, consapevolezza dei diritti-doveri degli operatori, aspettative dei cittadini, livelli culturali, carenze operative, ecc.

Le disomogeneità esistenti sono dovute a carenti criteri di pianificazione, di allocazione delle risorse, di gestione, di organizzazione, di formazione e aggiornamento.

Per correggere e migliorare questa situazione è necessario adottare una strategia di implementazione della qualità dei servizi che coinvolga con gradualità i responsabili, gli operatori, i cittadini-utenti, le organizzazioni del privato-sociale, sia negli aspetti manageriali sia in quelli tecnico-professionali e percettivi-relazionali.

L'implementazione di processi di miglioramento continuo della qualità dei servizi e delle prestazioni fornite è, infatti, divenuta oggi un'esigenza anche per il privato-sociale. L'avvio di azioni di miglioramento nel privato-sociale conduce ad un utilizzo più efficace ed efficiente delle risorse, che possono quindi essere reinvestite nell'aumento della quantità e della qualità delle prestazioni o dei servizi erogati.

È, infatti, necessario che si implementi un sistema di accreditamento del privato-sociale capace di mantenere viva una pluralità di fornitori di servizi qualificati, che competano sulla qualità piuttosto che sui costi. La procedura di accreditamento prevede la valutazione non solo dei pre-requisiti formali ma della qualità dei processi di lavoro che il fornitore mette in atto al proprio interno. Così, l'utente scegliendo autonomamente il servizio a cui rivolgersi sarà assistito e tutelato nel rapporto con il servizio.

Nel definire un sistema di accreditamento anche per il privato-sociale si investe sulle tre fondamentali dimensioni della qualità: organizzativo-manageriale, tecnico-professionale e percepita-relazionale, includendo la gestione delle risorse umane, dei progetti e la gestione economico-finanziaria. Queste fondamentali dimensioni della qualità devono essere tra loro strettamente interdipendenti, saldamente collegate ed operativamente integrate in una visione d'insieme.

È infatti, importante mettere a punto una struttura di management adeguata al settore del privato-sociale e, partendo dall'individuazione dei soggetti responsabili dei compiti individuati definire percorsi di accompagnamento per le imprese sociali che intendano aderire al sistema di accreditamento e certificazione. Ciò avverrà tramite attività di informazione, formazione e consulenza.

Si vogliono, pertanto, delineare nuovi modelli formativi rivolti alle figure dirigenziali, agli imprenditori sociali e ai soci delle cooperative sociali, secondo un nuovo modo di concepire management sociale e il valore che l'economia sociale immette sul mercato, trasferendo dal sistema delle imprese economiche competenze in materia di management gestionale.

In tal modo, si intendono promuovere le capacità di cogliere ed interpretare i mutamenti in atto all'interno del settore sociale, consentendo l'individuazione di risposte progettuali funzionali ai bisogni sociali dei cittadini nei servizi. A questo livello sarà così possibile accrescere le competenze tecniche e procedurali degli operatori preposti allo svolgimento di attività di erogazione dei servizi sociali e di informazione, formazione, orientamento, consulenza, mediazione, a diretto contatto con l'utenza finale (front-soffice).

La strategia di intervento, oltre a raccogliere i dati riferiti alle situazioni di partenza, basilari per individuare i punti di debolezza (ma anche i punti di forza) da correggere, è finalizzata a:

1) sviluppare un'efficace attività di monitoraggio continuo per stabilire i livelli organizzativi, di performance, di percezione e di soddisfazione dei «clienti interni ed esterni» rispetto alle prestazioni erogate;

2) motivare e coinvolgere, in progress, un numero sempre maggiore di operatori sociali nella comprensione, nell'utilizzo e nella valutazione degli strumenti e metodi attraverso attività di formazione (in aula, nel posto di lavoro, ecc.) e di sperimentazione di attività di miglioramento;

3) implementare le più appropriate azioni correttive e di miglioramento che consentano l'acquisizione di una maggiore attenzione da parte degli operatori nelle loro prestazioni e una maggiore soddisfazione dei «clienti esterni ed interni» nei confronti della funzionalità e delle performance dei servizi.

Occorre prevedere, quindi, attività di monitoraggio e valutazione di aspetti connessi a:

1) soddisfazione dell'utenza e degli operatori;

2) aspetti organizzativo-gestionali, integrati da aspetti connessi alla qualità del servizio offerto.

Queste azioni saranno precedute da una ricerca di carattere quantitativo e qualitativo-previsionale, per approfondire la conoscenza circa il contesto su cui intervenire e da una attività relativa al bilancio delle competenze degli operatori interni al settore. La ricerca ed il bilancio delle competenze daranno seguito alla individuazione di standard (strutturali, di servizio, di management) che le imprese del privato-sociale dovranno possedere per l'accreditamento. Detti standard saranno inseriti in un manuale che definisce le linee guida per l'accreditamento.

8.2.4. Livelli assistenziali

Segretariato

Informazione sulle opportunità

Legge n. 328/2000 (art.

Le prestazioni riguardano attività con

Osservatori (es.

sociale per

offerte dalla rete dei servizi e

22); Piano sociale D.P.R.

valenza generale e trasversale a quelle

legge n. 451/1998,

informazione e

dalla comunità, consulenza sui

3 maggio 2001

declinate nelle voci successive, essendo

legge n. 40, legge

consulenza al

problemi familiari e sociali;

finalizzate ad una prima valutazione ed

n. 45/1999 ecc.);

singolo e ai

Lettura del bisogno, definizione

orientamento della domanda/bisogno nonché

Segretariato

nuclei familiari

del problema e accompagnamento

dell'organizzazione della risposta al bisogno

sociale;

nell'attivazione nei successivi

stesso;

Banche del tempo

percorsi di assistenza;

Sono ricomprese le attività collegate ad

Raccolta sistematica dei dati e

osservatori, Servizi sociali di accoglienza

delle informazioni;

e segretariato, attività informative di ordine

Promozione di reti solidali, anche

distrettuale

ai fini della prevenzione dei rischi

del disagio sociale

Servizio sociale

Sostegno accompagnamento al

Legge n. 328/2000 (art.

Le prestazioni riguardano attività con

Affido/Adozioni;

professionale

singolo e alla famiglia alla

22);

valenza generale e settoriale (minori, anziani

Consultori privati e

definizione dei Piani di

Piano sociale D.P.R.3

disabili ecc.) e sono finalizzate alla presa in

attività sociali nei

assistenza;

maggio 2001;

carico e accompagnamento alla fruizione

Consultori

Sostegno alle responsabilità

D.P.C.M. 14 febbraio

delle prestazioni offerte dalla rete di servizi;

pubblici;

genitoriali;

2001;

Le prestazioni riguardano attività con

Mediazione

Mediazione familiare e sociale;

Adozione/affido legge n.

valenza generale e settoriale (minori, anziani

culturale;

Consulenza e sostegno ai

149/2001;

disabili ecc.) e sono finalizzate alla presa in

Interventi

procedimenti di Affidamento/Adozione

Convenzione sui diritti

carico e accompagnamento alla fruizione

di sostegno per i

nazionale ed internazionale;

dei minori;

delle prestazioni offerte dalla rete di servizi;

minori e la

Rapporti con autorità giudiziaria;

Norme contro la

Le prestazioni si coordinano ed integrano

famiglia;

Sostegno socio-educativo

violenza sessuale;

con prestazioni educative, mediche,

Interventi per

collegato al disagio sociale e alle

Processo penale a carico

psicologiche, nonché con le attività dei

gestanti e minori

fasce di popolazione a rischio;

dei minori

settori per le politiche formative e del lavoro

ex ONMI;

Rapporti con le istituzioni

e prevedendo il reinserimento sociale e

formative e occupazionali;

lavorativo;

Interventi di

Promozione di reti solidali, anche

Sono ricomprese tutte le attività di carattere

sostegno

ai fini della prevenzione dei rischi

consultoriale di sostegno alla famiglia e ai

economico;

del disagio sociale;

minori, ai soggetti con disagio sociale

Assistenza minori

Definizione di Piani socio

comunque espletate

illegittimi;

riabilitativi per soggetti con

Prevenzione,

disabilità, dipendenza, patologia

inserimento sociale

psichiatrica

per soggetti

dipendenti

Servizio di

Accoglienza assistenza e cura alla

Legge n. 328/2000

Le prestazioni sono finalizzate a rimuovere e

Reinserimento

pronto

persona (se necessario

(art.22);

prendere in carico situazioni di emergenza

lavorativo x

intervento

collegamento con prestazioni

Piano sociale

per le fragilità sociali e ad accompagnare la

detenuti;

sociale per le

sanitarie e socio-sanitarie di

D.P.R.3 maggio 2001;

persona o la famiglia a prestazioni offerte

Interventi di

situazioni di

base);

D.P.C.M.14 febbraio

dalla rete di servizi appropriate al bisogno;

informazione e

emergenza

Prestazioni economiche;

2001

Sono ricomprese tutte le azioni espletate a

accompagnamento

personale e

Ripristino delle possibili relazioni

carico dei servizi sociali per contenere e

al lavoro e

familiare

familiari e sociali;

rimuovere forme di disagio e di esclusione

formazione

Sistemi di teleassistenza

sociale: dall'accoglienza alla promozione di

detenuti;

prestazioni diverse, comprese le opportunità

Interventi di

per favorire l'inserimento al lavoro

informazione e

accompagnamento

al lavoro e

formazione

immigrati;

Inserimento

lavorativo;

Servizi di

formazione lavoro

(SFA);

Acquisto strumenti

tecnologicamente

avanzati;

Reddito minimo di

inserimento;

Contributi per la

vita indipendente

Assistenza

Assistenza e cura alla persona;

Legge n. 328/2000 (art.

Le prestazioni definite di carattere tutelare

Assistenza

domiciliare

Governo della casa e

22);

sono finalizzate a mantenere presso il

domiciliare minori;

miglioramento delle condizioni

D.P.R. 3 maggio 2001

domicilio persone e famiglie con fragilità

Servizio assistenza

abitative per il mantenimento

«Piano sociale»;

sociale, con particolare riferimento ad

domiciliare -

della persona a domicilio;

D.P.C.M. 14 febbraio

anziani, disabili e minori e si integrano, nel

anziani e disabili;

Aiuto per il soddisfacimento di

2001

caso di patologia in atto o di non

Servizio assistenza

esigenze individuali e per favorire

autosufficienza, con prestazioni mediche,

domiciliare -

l'autosufficienza nelle attività

psicologiche, infermieristiche e riabilitative;

disabili gravi;

quotidiane (aiuto igiene

Sono ricomprese tutte le attività espletate per

Servizio assistenza

personale; preparazione e

promuovere e sostenere la domiciliarità alle

domiciliare

somministrazione di pasti ecc.);

fasce fragili

dipendenze

Promozione e mantenimento dei

legami sociali e familiari;

Sostegno socio-educativo a

minori e disabili;

Sostegno e consulenza al care

giver

Strutture

Accoglienza assistenza e cura alla

Legge n. 328/2000 (art.

Le prestazioni sono finalizzate a fornire

Centri di

residenziali e

persona;

22);

assistenza diurna e residenziale alle fasce di

accoglienza per

semiresidenziali

Attività di ristorazione;

D.P.R. 3 maggio 2001

popolazione fragili, con particolare

donne immigrate

per soggetti con

Attività di socializzazione;

«Piano sociale»;

riferimento ad anziani, disabili, persone

sole e/o con

fragilità sociali

Attività di stimolo dei rapporti

D.P.C.M. 14 febbraio

dipendenti e persone minacciate o vittime di

bambino;

interrelazionali;

2001

violenza (minori e donne) e si integrano con

Centri di

Attività di integrazione con il

prestazioni mediche, psicologiche

accoglienza per

contesto sociale;

infermieristiche e riabilitative

donne vittime della

Attività di stimolo per lo sviluppo

tratta;

e mantenimento dei livelli

Strutture e Centri

cognitivi;

di Pronto

Sostegno e consulenza ai

intervento per

familiari;

minori;

Sostegno socioeducativo

Strutture e Centri

collegato al disagio sociale e alle

di Pronto

fasce di popolazione a rischio;

intervento ex

Sostegno psicologico ai minori e

ONMI;

alle donne minacciate o vittime di

Centri di

violenza

accoglienza per

immigrati;

Strutture per

disabili;

Strutture e centri di

pronto intervento

per H;

Strutture per

soggetti dipendenti

Centri diurni

integrati;

Centri socio

educativi;

Interventi di

riabilitazione psico

ergoterapica;

Strutture per

anziani ad

esclusione di

quelle finanziate

con il Fondo

sanitario

Centri di

Accoglienza assistenza e cura alla

Legge n. 328/2000 (art.

Le prestazioni sono finalizzate a fornire

Asili nido e Servizi

accoglienza

persona;

22);

supporti a persone e famiglie, assistenza

integrativi per la

residenziali o

Attività di ristorazione;

D.P.R. 3 maggio 2001

diurna e residenziale volte a contrastare a

prima infanzia;

diurni a

Attività di socializzazione;

«Piano sociale»;

rischio di emarginazione sociale;

Centri di

carattere

Attività di stimolo dei rapporti

D.P.C.M. 14 febbraio

Sono ricomprese tutte le attività espletate per

aggregazione

comunitario

interrelazionali;

2001

rimuovere situazioni di emarginazione e

giovanile;

Attività di integrazione con il

D.M. Ministro

isolamento sociale a favore di soggetti

Centri ricreativi

contesto sociale;

solidarietà sociale n.

esclusi dal circuito sociale

diurni;

Sostegno psicosociale collegato al

308/2001

Centri diurni per

disagio personale e sociale;

anziani;

Mediazione interculturale per le

Soggiorni di

popolazioni immigrate;

vacanza per

Attività formative socio-educative

anziani, disabili,

minori;

Attività di

promozione per i

giovani

Per rendere al meglio l'indirizzo integrativo tra politiche sociali e sanità; si ritiene opportuno presentare la tabella prevista dal D.P.C.M. 14 febbraio 2001, relativa alle prestazioni e ai criteri di finanziamento in ambito socio-sanitario:

Tabella A

PRESTAZIONI E CRITERI DI FINANZIAMENTO

(Tabella prevista dall'art.4, comma 1, del D.P.C.M. 14 febbraio 2001)

«Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie»)

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 6 giugno 2001, n. 129

Area

Prestazioni - funzioni

Fonte legislativa

Criteri di finanziamento

Materno

1. Assistenza di tipo consultoriale alla famiglia, alla

Legge 29 luglio 1975, n. 405

100% a carico del servizio sanitario

infantile

maternità, ai minori attraverso prestazioni mediche,

nazionale (SSN)

sociali, psicologiche, riabilitative

2. Attività assistenziali inerenti l'interruzione

Legge 22 maggio 1978, n. 194

100% SSN

volontaria di gravidanza attraverso prestazioni

mediche, sociali, psicologiche

3. Protezione del minore in stato di abbandono e tutela

Norme nazionali in materia di

100% SSN le prestazioni medico

della sua crescita anche attraverso affidi e adozioni

diritto di famiglia, affidi e

specialistiche, psicoterapeutiche, di

adozioni nazionali ed

indagine diagnostica sui minori e sulle

internazionali

famiglie adottive e affidatarie

Interventi di sostegno per le famiglie di minori in

Legge 28 agosto 1997, n. 285

100% a carico dei comuni le

situazione di disagio; di disadattamento o di devianza

Leggi regionali

prestazioni di supporto sociale ed

economico alle famiglie, di supporto

educativo domiciliare e territoriale sui

minori, compresa l'indagine sociale

sulla famiglia

Interventi per minori soggetti a provvedimenti penali,

100% a carico dei comuni

civili, amministrativi

l'accoglienza in comunità educative o

familiari

4. Interventi di prevenzione, assistenza e recupero

Legge 15 febbraio 1996, n. 66;

100% SSN

psicoterapeutico dei minori vittime di abusi

Legge 3 agosto 1998, n. 269;

D.M. 24 aprile 2000;

Presidio ospedaliero materno

infantile

Disabili

1. Assistenza ai disabili attraverso interventi diretti al

Legge 23 dicembre 1978, n.

100% SSN l'assistenza in fase

recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da

833, art. 26

intensiva e le prestazioni ad elevata

minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e tramite

Provvedimento 7 maggio 1998:

integrazione nella fase estensiva e nei

prestazioni domiciliari, ambulatoriali,

linee guida del Ministero della

casi di responsività minimale;

semiresidenziali e residenziali e assistenza protesica

sanità per l'attività di

100% SSN l'accoglienza in strutture

riabilitazione

terapeutiche di minori affetti da

disturbi comportamentali o patologie

di interesse neuropsichiatrico

2. Tutela del disabile attraverso prestazioni di

Legge 5 febbraio 1992, n. 104;

100% SSN le prestazioni diagnostiche,

riabilitazione, educative e di socializzazione; di

Legge 21 maggio 1998, n. 162;

riabilitative e di consulenza

facilitazione dell'inserimento scolastico e lavorativo,

Leggi regionali

specialistica;

in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale,

70% SSN e 30% a carico dei comuni;

nella fase di lunga assistenza, compresi gli interventi e

(fatta salva la compartecipazione da

servizi di sollievo alla famiglia

parte dell'utente prevista dalla

disciplina regionale e comunale)

l'assistenza in strutture

semiresidenziali e residenziali per

disabili gravi, in strutture accreditate

sulla base di standard regionali;

40% SSN - 60% comuni; (fatta salva la

compartecipazione da parte dell'utente

prevista dalla disciplina regionale e

comunale);

l'assistenza ai disabili gravi privi di

sostegno familiare, nei servizi di

residenza permanente;

100% a carico dei comuni l'assistenza

sociale, scolastica ed educativa e i

programmi di inserimento sociale e

lavorativo

Anziani e

1.Cura e recupero funzionale di soggetti non

Linee guida emanate dal

100% SSN l'assistenza in fase

persone non

autosufficienti non curabili a domicilio, tramite

Ministero della sanità del 31

intensiva e le prestazioni ad elevata

auto-sufficienti

servizi residenziali a ciclo continuativo e diurno,

marzo 1994;

integrazione nella fase estensiva;

con patologie

compresi interventi e servizi di sollievo alla famiglia

Legge 11 marzo 1988, n. 67;

Nelle forme di lungoassistenza

cronico-

Legge n. 451/1998;

semiresidenziali e residenziali il 50%

degenerative

Decreto legislativo n. 229/1999;

del costo complessivo a carico del

D.P.R. 23 luglio 1998: Piano

SSN, con riferimento ai costi

sanitario 1998/2000;

riconducibili al valore medio della

Leggi e piani regionali

retta relativa ai servizi in possesso di

standard regionali, o in alternativa il

costo del personale sanitario e il 30%

dei costi per l'assistenza tutelare e

alberghiera;

Il restante 540% del costo complessivo

a carico del comune (fatta salva la

compartecipazione da parte dell'utente

prevista dalla disciplina regionale e

comunale)

Presidio ospedaliero anziani

100% SSN le prestazioni a domicilio

di medicina generale e specialistica, di

assistenza infermieristica e di

riabilitazione 50% SSN e 50%

comuni; (fatta salva la

compartecipazione da parte dell'utente

prevista dalla disciplina regionale e

comunale) l'assistenza tutelare;

2. Assistenza domiciliare integrata

100% a carico dei comuni l'aiuto

domestico e familiare

Dipendenze da

1. Tutela delle persone dipendenti da alcool e da

D.P.R.9 ottobre 1990, n. 309;

100%SSN le prestazioni terapeutico-
droga; alcool e

droga tramite prestazioni di tipo ambulatoriale,

Legge 18 febbraio 1999, n. 45;

riabilitative ed i trattamenti

farmaci

domiciliare, semiresidenziale e residenziale, di

Accordo Stato-Regioni 21

specialistici, compreso il periodo della

riabilitazione e reinserimento sociale

gennaio 1999

disassuefazione in comunità

terapeutica;

100% a carico dei comuni i programmi

di reinserimento sociale e lavorativo,

allorché sia superata la fase di

dipendenza

Patologie

1. Tutela delle persone affette da disturbi mentali

D.P.R. 10 novembre 1999:

100%SSN

psichiatriche

tramite prestazioni terapeutiche e riabilitative di tipo

Presidio ospedaliero tutela della

ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e

salute mentale 1998/2000

residenziale

2. Accoglienza in strutture a bassa intensità

Nella fase di lungoassistenza,

assistenziale e programmi di reinserimento sociale e

ripartizione della spesa tra Asl e

lavorativo

comuni secondo quote fissate a livello

regionale prevedendo, nei parametri di

ripartizione, una quota minima di

concorso alla spesa tra il 30% ed il

70% (fatta salva la compartecipazione

da parte dell'utente prevista dalla

disciplina regionale e comunale)

Patologie per

1. Cura e trattamenti farmacologici particolare per la

Legge n. 135/1990;

100% SSN nella fase intensiva ed

infezioni da

fase di lungoassistenza ed accoglienza in strutture

D.P.R. 8 marzo 2000;

estensiva;

HIV

residenziali

Presidio ospedaliero Aids

Ripartizione della spesa tra Asl e

comuni in misura non inferiore al 30%

per ognuno nella fase di

lungoassistenza (fatta salva la

compartecipazione da parte dell'utente

prevista dalla disciplina regionale e

comunale)

2. Eventuali programmi di reinserimento sociale e

100% a carico dei comuni (fatta salva

lavorativo

la compartecipazione da parte

dell'utente prevista dalla disciplina

regionale e comunale)

Pazienti

1. Prestazioni e trattamenti palliativi in regime

Legge 28 febbraio 1999, n. 39

100% SSN

terminali

ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale,

residenziale

Il metodo

Obiettivi di processo:

a) Fotografia dell'esistente e individuazione del problema

Sostenere l'analisi della domanda attraverso:

- dati statistici e anagrafici;
- liste dei soggetti da tutelare;
- analisi della normativa nazionale e regionale;
- documentazione e relazione dei servizi;
- altre fonti.

b) Definizione degli obiettivi e risultati attesi

Obiettivi di sistema: riguardano l'organizzazione dell'offerta, quali servizi e quali prestazioni vengono erogati, i volumi, i destinatari, i processi di erogazione, il sistema di documentazione e l'analisi dei costi:

- quantitativi (l'aumento delle risposte, dei servizi, la loro diversificazione, il mantenimento, la trasformazione, la riduzione);
- qualitativi (l'esplicazione dei vantaggi per i destinatari, la creazione di una rete interconnessa, un sistema informativo in rete, diffusione di un'adeguata informazione che raggiunga target specifici o interlocutori privilegiati);

- miglioramento dell'accesso (ubicazione vicina ai fruitori, eliminazione barriere architettoniche);
- migliorare l'efficienza (verificare l'esistenza di una contabilità analitica corretta, analisi dei costi unitari per intervento, analisi dei costi di servizio - tenendo conto dei costi fissi e variabili - il tutto sempre correlato ai benefici che i servizi apportano all'utenza);
- l'esistenza di risorse aggiuntive (fondi europei, fondi per lo sviluppo economico, sponsor);
- diminuzione delle liste di attesa;
- rilevazione dell'assenteismo degli operatori;
- strumenti per la rilevazione e l'analisi della soddisfazione dell'utenza (conoscenza del servizio, accesso, disponibilità, educazione, accoglienza competente, locali idonei, servizi relazionali efficienti);
- aggiornamento e riqualificazione professionale continua, integrata tra soggetti pubblici e privati;
- verifica dell'adeguamento del rispetto degli standard strutturali e operativi rispetto alla norma e alla domanda;
- rispetto della 626 (sicurezza sui luoghi di lavoro) e haccp (sicurezza alimentare);
- rispetto dei contratti di lavoro per il personale pubblico e privato retribuito;
- rispetto per i volontari delle norme assicurative.

c) Obiettivi di integrazione, secondo quattro differenti livelli

Istituzionale - I diversi soggetti istituzionali si danno regole condivise e formalmente recepite con protocolli d'intesa, accordi di programma, convenzioni. Occorre prevedere un sistema di offerta, una rete comune di servizi condivisa e co-finanziata con l'individuazione di un sistema di responsabilità precise, individuando percorsi amministrativi facilitanti l'attuazione dei programmi: approvazione di un regolamento interno. Approvazione di forme di verifica e valutazione periodica. Specificazione delle fonti di risorse messe in campo da ciascun attore.

Gestionale - Funzionamento dei diversi centri di responsabilità. Previsione di un ufficio di piano. Modalità di organizzazione dei fattori produttivi interni ed esterni, in gestione diretta o delegata. Modalità di integrazione su base negoziale e contrattuale. Verifica del fatto che i diversi soggetti trovino risposte gestionali unitarie con un percorso unitario e un unico punto di accesso ai servizi, verificando anche se l'utenza percepisce la globalità e l'unitarietà di quanto proposto o subisce la frammentazione delle risposte.

Professionale - Presenza e condivisione della metodologia di lavoro per progetti. Presenza di unità valutative multidisciplinari con la partecipazione di professionalità e di competenze diverse (in negativo il turn over eccessivo). Momenti formativi comuni. Certezza delle procedure (ostacolo dato dalla presenza di diverse culture professionali).

Comunitario - Percorsi di coinvolgimento formale, dall'inizio, del privato sociale e dei soggetti della comunità nelle diverse fasi (progettuale, operativo, valutativo). Messa in comune delle risorse professionali.

d) Indicatori

Per ogni obiettivo di processo occorre individuare gli indicatori specifici, essenziali per procedere alla valutazione.

Variabili da sviluppare:

- integrazione. Realizzazione di progetti con utilizzo sinergico delle risorse, norme e finanziamenti;
- partecipazione degli operatori coinvolti in prima persona nell'intero processo, alla programmazione e alla valutazione dei servizi;
- informazione, comunicazione, relazione, verticale ed orizzontale non solo nel servizio pubblico ma nella relazione tra pubblico e privato;
- personale. Flessibilità del lavoro (meccanismi di selezione del personale e della dirigenza, meccanismi di valutazione del personale e della dirigenza e meccanismi incentivanti e strumenti premianti).

e) La normativa per l'affidamento

Gli enti locali promuovono ed assicurano la partecipazione degli organismi di terzo settore e delle IPAB sia nella fase della progettazione che in quella successiva dell'attuazione, ricorrendo a forme di aggiudicazione dei servizi che coinvolgano gli stessi soggetti nelle procedure di definizione dei bisogni e nella ricerca di metodologie di intervento, secondo criteri che privilegino la qualità, l'esperienza, la territorialità, la professionalità.

In particolare all'affidamento in convenzione dei servizi, gli enti locali dovranno procedere ai sensi delle disposizioni regionali a trattativa privata, compreso l'affidamento diretto, in favore di enti ed organismi senza scopo di lucro, sulla base dell'offerta economicamente più vantaggiosa sotto l'aspetto qualitativo ed economico, con prevalenza per il primo, tenendo conto della legge 1° marzo 2002, n. 39, art. 53, in sostituzione del comma 6 dell'art. 23 del D.L. n. 157/1995 e in abrogazione del D.P.C.M. 27 febbraio 1997, n. 116. Fa ulteriore riferimento la direttiva comunitaria n. 97/52/CEE, recepita dal D.L. 25 febbraio 2000, n. 65.

Non si esclude il ricorso all'appalto concorso (gara ristretta) alla co-progettazione (art. 26 del decreto legislativo n. 157/1995), soprattutto in relazione ad interventi innovativi e sperimentali.

Riguardo ai rapporti tra ente locale e terzo settore, fanno fede la legge n. 328/2000, in particolare l'art. 5, il collegato D.P.C.M. 30 marzo 2001 contenente «atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona, artt. 5 e 6 (privilegiare ove possibile e nel rispetto dei principi di pubblicità e trasparenza dell'azione della pubblica amministrazione di libera concorrenza, procedure di aggiudicazione ristrette negoziate). In ossequio al disposto dell'art. 7 del D.P.C.M. 30 marzo 2001, i comuni possono indire, in maniera motivata, istruttorie pubbliche per la co-progettazione di interventi innovativi e sperimentali, su cui chiedono agli organismi del terzo settore di esprimere disponibilità a collaborare e che escludono - una volta scelto il progetto migliore, mediante apposite commissioni di valutazione - ulteriori forme di gara.

Tenendo conto dell'approvazione della legge regionale 2 agosto 2002, n. 7 «Norme in materia di opere pubbliche. Disciplina degli appalti di lavori pubblici, di fornitura, di servizi e nei settori

esclusi» la Regione siciliana, in raccordo con la VI commissione legislativa dell'Assemblea regionale siciliana, si impegna a presentare un disegno di legge in materia.

8.3. Gli strumenti (monitoraggio, qualità, valutazione, analisi dati)

La Regione siciliana ha l'obiettivo di qualificare il processo di definizione del sistema integrato delle politiche e dei servizi socio-sanitari, organizzato all'interno del piano socio-sanitario. Intende, dunque, attivare tutti gli strumenti tesi a completare e rafforzare il programma di assistenza e di supporto coordinato mediante la «cabina di regia», predisposta presso l'Assessorato degli enti locali. Con questo fine, la Regione si fa promotrice di sottoscrivere protocolli d'intesa e/o convenzioni con l'ISTAT regionale, le università siciliane, associazioni, consorzi, enti, raggruppamenti che assicurino le opportune qualifiche professionali e capacità progettuali nella predisposizione di iniziative e sistemi di monitoraggio, certificazione della qualità, valutazione e analisi dei dati, percorsi formativi e informativi, funzionali al miglioramento dei piani regionali e di zona.

8.4. Gli organismi per il governo dell'integrazione

Non si attua una riforma senza la ricerca sistematica dei punti d'incontro che permettano alle parti una proficua condivisione delle fasi e degli obiettivi programmatici. La scommessa si gioca soprattutto a livello distrettuale perché è lì che si determinano le scelte dei cittadini e che si sintetizzano le analisi di sviluppo delle comunità. Il completamento di questo processo facilita la definizione di un sistema regionale integrato, quello che nella sua evoluzione definitiva abbiamo indicato come il piano socio-sanitario della Regione, perché lo stesso viene sostenuto dall'accertamento di una cultura territoriale effettiva.

Pertanto, il programma delle attività territoriali deve indicare organicamente le attività del distretto, prevedendo la localizzazione dei servizi e determinando le risorse per l'integrazione socio-sanitaria. Non bisogna correre l'errore di creare due percorsi paralleli di governo locale, l'uno per le politiche sanitarie, l'altro per quelle socio-assistenziali, pur se collegandoli fra loro attraverso strumenti di concertazione e di verifica; in primo luogo perché lo strumento politico di coordinamento esiste già, definito a livello regionale (protocollo d'intesa enti locali - Sanità e conferenza regionale socio-sanitaria) e provinciale (Comitato provinciale di garanzia Conferenza dei sindaci), che insieme rappresentano il sistema di riferimento per l'indirizzo socio-sanitario. Ma soprattutto perché è a livello territoriale che occorre superare, con la dovuta gradualità, la logica dei «compartimenti stagni» o degli «accordi di facciata», per comunicare nel migliore dei modi i vantaggi, in termini di sviluppo e di risorse, raggiungibili attraverso una serie politica di integrazione e di cooperazione e che non possono affermarsi se non con il concorso, il più ampio e funzionale possibile, di tutti i livelli d'incontro. A livello distrettuale il punto di coincidenza tra sanità e politiche sociali dovrà sostanzializzarsi attraverso il Comitato dei sindaci del distretto socio-sanitario, dove convergeranno le competenze degli enti locali associati a livello distrettuale e le Aziende unità sanitarie locali.

8.5. La cabina di regia regionale

La Regione intende affrontare l'impegno triennale per giungere alla redazione del piano socio-sanitario valorizzando il proprio ruolo di coordinatore centrale delle azioni e di ente di indirizzo, garantendo lo sviluppo di un welfare delle responsabilità ma anche proponendo un modello innovativo di Governance.

Reputa che il dialogo sociale e la concertazione siano strumenti imprescindibili di democrazia e che gli stessi, nell'ottica del raggiungimento di obiettivi che coinvolgono l'intera comunità, vadano

rafforzati attraverso strategie di rete e modalità di accesso e di governo che non possono lasciare nulla al caso.

Pertanto ritiene opportuno promuovere la costituzione di una «cabina di regia» a livello regionale per garantire al processo di avviamento e di consolidamento dell'impianto progettuale, nel corso del triennio definito «sperimentale», un indirizzo operativo e una costante verifica degli stati di avanzamento che permetta di valorizzare tutte le risorse disponibili.

La cabina di regia ha sede presso l'Assessorato regionale degli enti locali ed è presieduta dall'Assessore; ne fanno parte funzionari e/o consulenti indicati dall'Assessore per gli enti locali, funzionari indicati dall'Assessore per la sanità e dalla Presidenza della Regione, nonché rappresentanti dell'ANCI, ANCI Federsanità e URPS.

La cabina di regia organizza il tavolo di concertazione regionale, che rappresenta il luogo di confronto e decisione sul piano politico-istituzionale con i diversi livelli istituzionali e i vari soggetti sociali e si avvale del supporto dell'ufficio di piano, che rappresenta la commissione tecnica per le attività di accompagnamento e assistenza.

Essa potrà essere integrata:

- allorché si tratteranno temi di carattere ordinatorio e valutativo (oppure riguardanti le politiche e le competenze sindacali), da un rappresentante per ciascuna delle organizzazioni sindacali regionali maggiormente rappresentative, di rilievo nazionale;
- allorché si tratteranno temi riguardanti le politiche del territorio e di decentramento amministrativo, da un rappresentante dell'ASAEL, dell'ASACEL e della lega delle autonomie locali.

Tali rappresentanze potranno esprimere, in seno alla cabina di regia, un parere consultivo.

La cabina di regia e la struttura tecnica di sostegno hanno durata triennale e, comunque, sono strettamente connessi alle fasi di avviamento che precedono la definizione del piano regolatore regionale.

8.6. Il supporto all'avviamento

La struttura operativa di supporto alla fase di avviamento del piano socio-sanitario della Regione siciliana e di sostegno alla redazione dei piani di zona, è coordinata dalla cabina di regia regionale e si avvale del seguente sistema organizzativo territoriale:

Ufficio piano

- competenza: commissione tecnica per l'accompagnamento e l'assistenza;
- livello: regionale;
- sede: 1;

Segreteria tecnica

- competenza: tavolo di coordinamento provinciale;

- livello: provinciale e città metropolitane;
- sedi: 9 + 3 (le 9 province + le 3 città metropolitane, Palermo, Catania e Messina);

Gruppo piano

- competenza: tavolo di coordinamento distrettuale;
- livello: ambiti territoriali/distretti socio-sanitari;
- sedi: 52 [1].

L'orientamento operativo.

L'attività di supporto si avvale dei seguenti strumenti:

- laboratori distrettuali di co-progettazione;
- focus group con gruppi di operatori pubblici e soggetti del terzo settore.

La fase di orientamento al sistema integrato viene diretta in particolare verso i seguenti ambiti:

- l'integrazione socio sanitaria dei servizi e degli interventi;
- piani e budget di distretto: la logica operativa sovra-comunale;
- l'informazione sociale;
- monitoraggio del sistema sociale territoriale;
- modalità del sistema di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini (ISE) e degli enti locali;
- la revisione dei profili professionali impegnati nel sociale;
- la ridefinizione del sistema organizzativo dei servizi sociali.

La Regione promuove progetti-obiettivo a carattere sperimentale e per il trasferimento delle buone pratiche secondo la logica dell'integrazione e della valorizzazione del sistema.

8.7. Schema piani di zona

Questo schema rappresenta una sintesi delle procedure di indirizzo strategico. Ad integrazione delle stesse, verrà prodotto, a cura della «cabina di regia», in particolare «dell'ufficio piano», un «indice ragionato dei piani», con indirizzo tecnico-operativo, entro 30 giorni dall'emanazione delle linee guida.

Ambiti territoriali

- comuni e Azienda unità sanitaria locale di riferimento del distretto socio-sanitario (elenco/tabelle nel capitolo ambiti territoriali);

- città metropolitane e Azienda unità sanitaria locale di riferimento (Palermo, Catania e Messina).

Tavoli di concertazione per i piani di zona

- enti locali;
- Azienda unità sanitaria locale;
- organismi pubblici e privati qualificati a livello locale e distrettuale;
- struttura di supporto regionale;
- gruppo piano (distrettuale);
- segreteria tecnica (provinciale e città metropolitane).

N.

Obiettivi

Strumenti

1

Analisi e valutazioni dei bisogni

Indici ISTAT demografici;

locali, livello dei servizi socio-

Indicatori delle situazioni economiche (il D.P.C.M. 7 maggio 1999, n. 221, che definisce l'ambito di

sanitari e delle risorse

applicazione del decreto legislativo n. 109/1998, precisa che l'applicazione dello stesso, introdotto in via

professionali e finanziarie

sperimentale, ha effetti fino al luglio 2002. Il decreto legislativo n. 109/1998, come integrato dal decreto

legislativo n. 130/2000, prevede l'emanazione di un D.P.C.M. che definisca l'ambito di applicazione delle

agevolazioni rivolte a disabili e ultrasessantacinquenni (art. 3, comma 2-ter);

Concorso e partecipazione alla spesa (legge 8 novembre 2000, n. 328, art. 8, comma 3, lettera l) e art. 24,

comma 1, lettera g); D.P.C.M. 29 novembre 2001, che definisce i livelli essenziali di assistenza)

2

Analisi comparata tra le priorità

Indicazione delle priorità nazionali e regionali rilevabili dal piano sociale nazionale e dalle «linee guida di

nazionali e regionali e la scala

indirizzo»

dei bisogni locali, integrata a

livello distrettuale

3

Livelli dell'integrazione socio-

Comitato provinciale di garanzia

sanitaria

4

Livelli di partecipazione degli

Comitato dei sindaci del distretto;

organismi (cittadinanza attiva;

Registri delle associazioni di volontariato e di promozione sociale; albi delle cooperative sociali e delle

presenza attiva e consapevole

comunità terapeutiche;

dei comuni)

Tavolo permanente del terzo settore

5

Attività di formazione,

ISTAT (definizione indicatori sociali);

monitoraggio, definizione della

Agenzia sociale provinciale;

qualità sociale e degli indicatori

Strumenti di rilevazione e di formazione a livello distrettuale

esito e benessere

6

Accordo di programma (art.34,

Convenzioni con le organizzazioni del terzo settore;

decreto legislativo n. 267/2000

Regolamentazione degli accordi e delle competenze tra gli enti locali e le Aziende unità sanitarie locali;

e art. 19, legge n. 328/2000)

Definizione del bilancio distrettuale