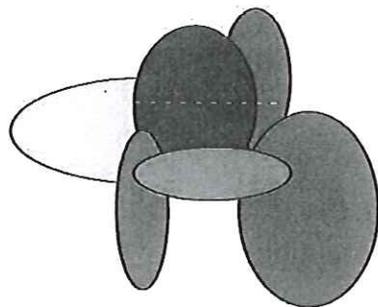


Piano di Zona



*AMBITO DISTRETTUALE n. 6
Monte Orfano*

COSTITUITO DAI COMUNI DI

- ADRO*
- CAPRIOLO*
- COLOGNE*
- ERBUSCO*
- PALAZZOLO SULL'OGGIO*
- PONTOGLIO*

TRIENNIO 2015/2017

(approvato nell'Assemblea Distrettuale dei Sindaci in data 28 aprile 2015)

**LE LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE A
LIVELLO LOCALE**
*(“UN WELFARE CHE CREA VALORE PER LE PERSONE, LE FAMIGLIE E LA
COMUNITA’”)*

Lo scorso mese di dicembre, come previsto e atteso, la Regione Lombardia ha dettato, attraverso la DGR X/2941, le linee di indirizzo per la definizione dei nuovi Piani di Zona, a valere per il triennio 2015/2017.

Il Piano di Zona è lo strumento di programmazione integrata e coordinata, tra più comuni limitrofi, delle politiche sociali, previsto dalla legge n. 328/2000 e dalla l.r. 3/2008, la cui approvazione – alla quale dovrà far seguito la sottoscrizione dell’Accordo di Programma con il quale il Piano viene adottato –, dovrà essere conclusa entro il prossimo 30 aprile 2015.

Quello in fase di stesura è il quinto Piano di Zona, a partire dall’entrata in vigore della Legge 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” che ha istituito e previsto il predetto strumento, che, in quanto strumento di programmazione locale, deve necessariamente essere fortemente collegato sia con la specificità dei singoli territori che con il momento storico particolare nel corso del quale viene redatto.

Le Linee Guida regionali rappresentano ovviamente il riferimento prioritario per la costruzione dello strumento. Oggi, specificamente, le attuali Linee Guida sono il risultato di un lungo lavoro di confronto con gli ambiti territoriali, che la Regione ha condotto negli ultimi anni, attraverso incontri, confronti, raccolta di dati.

Le Linee Guida qui richiamate sono ovviamente e fortemente caratterizzate dalla particolarità del periodo, economico e sociale nel quale il Piano di Zona si trova ad agire, che fa i conti con fenomeni noti (il perdurare della crisi, la mancanza di lavoro, l’incertezza rispetto al futuro, ecc.) e meno noti (la frammentazione delle titolarità, delle risorse, delle conoscenze, dei servizi, le difficoltà dell’integrazione tra sociale e socio sanitario, la necessità di un coinvolgimento di tutti gli attori in campo per favorire la ricerca di risposte più efficaci ed incisive, la forte complessità delle problematiche delle famiglie, la dinamicità e provvisorietà di alcuni processi, ecc.).

La programmazione sociale dovrà quindi orientarsi secondo le seguenti macro finalità:

1. fornire risposte appropriate ai bisogni che si manifestano in modo sempre più articolato;
2. assicurare maggiore integrazione tra azienda sanitaria locale e comuni/ambiti territoriali;
3. incrementare il livello di conoscenza di cui dispongono i soggetti responsabili della programmazione locale.

1. Rispetto alla prima macro finalità sopra evidenziata, le più recenti e aggiornate analisi sociologiche testimoniano che i target di utenti più tradizionali stanno ampliando le proprie esigenze nel senso di un incremento/ampliamento delle proprie aspettative verso la qualità dei servizi fruiti (vedasi per esempio la popolazione anziana e disabile), mentre nel contempo crescono, per effetto della crisi economica e sociale in atto da lungo tempo, i bisogni delle persone e delle famiglie (nuove povertà, fragilità, ecc.). Anche per questa ragione le reti familiari, che per molti anni hanno assicurato il lavoro di cura e di presa in carico dei soggetti fragili (anziani, minori, svantaggiati) sono oggi particolarmente sfilacciate e sempre meno in grado di provvedere autonomamente al soddisfacimento dei bisogni di cura più tradizionali. Nel contempo le difficoltà che molte famiglie vivono rispetto al mondo del lavoro determinano maggiore fragilità sociale e nuovi bisogni, con riferimento per esempio alla casa e ai figli minori. Tuttavia pur a fronte di questa situazione, la risposta o comunque il percorso possibile non è certamente quello di ritenere che si possa mettere in atto un incremento/sviluppo ulteriore della rete di servizi e interventi, pur risultando evidente che servono comunque, oltre a nuove risorse, anche nuove competenze professionali e ideative per fronteggiare i nuovi bisogni, ma va cercata

una strada nuova, attivando e connettendo le risorse e gli interventi, riducendo i confini tra politiche sociali e socio sanitarie, tra politiche del lavoro e abitative.

2. Vanno quindi ricercati modelli di intervento in grado di INTEGRARE maggiormente (seconda macro finalità) l'azione dei diversi soggetti che operano nei sistemi di welfare locale, lavorando per una ricomposizione tra singoli comuni, tra comuni e ASL, tra soggetti pubblici e soggetti privati, tra intervento pubblico e risposta autonoma organizzata delle famiglie. La necessità di fronteggiare la crescita dei bisogni noti e l'affacciarsi di nuove problematiche che richiedono risposte urgenti, rendono la strada dell'integrazione delle azioni dei diversi soggetti che operano nei sistemi di welfare locale ineluttabile.

3. certamente un livello di RICOMPOSIZIONE necessario è quello delle informazioni e delle conoscenze di cui dispongono i soggetti deputati alla programmazione (terza macrofinalità). In particolare in ambito sociale e socio sanitario si rende necessaria una modalità di lavoro in grado di vedere nella programmazione sociale una possibile leva per avviare/consolidare la messa in comune delle informazioni, al fine di sviluppare una lettura integrata degli interventi in atto a livello locale. La frammentazione del sistema rischia infatti di focalizzare l'attenzione dei diversi soggetti sui propri utenti e sulla domanda che si riceve, rendendo difficile avere delle rappresentazioni del sistema di welfare più integrate e ritenendo che la propria specifica visione esaurisca l'universo dei bisogni e delle necessità/opportunità. Normalmente l'azione dei comuni/ambiti si rivolge agli utenti in carico, mentre un'ottica più promozionale dovrebbe spostare l'attenzione sulle persone e sulle famiglie, così come anziché porsi l'obiettivo di rispondere alle domande espresse l'attenzione dovrebbe essere posta sui bisogni e sui problemi, che si riferiscono anche a potenziali richiedenti. In generale tuttavia la ricomposizione deve avvenire da più punti di vista: rispetto alle titolarità (troppo spesso frammentate tra sociale e sanitario), rispetto alle risorse (che sono distribuite tra più soggetti, con una quota di risorse destinate al welfare in capo a soggetti pubblici pari a circa il 25/30% di tali risorse, mentre la parte più consistente delle stesse sono a disposizione delle famiglie), ma anche rispetto ai servizi (per accedere ai quali esistono sistemi tortuosi e complicati che di fatto compromettono la possibilità di accesso per i meno informati e competenti, amplificando il rischio che si creino sovrapposizioni e/o duplicazioni). A tale proposito una questione fondamentale è rappresentata dai diversi criteri di accesso e di compartecipazione alla spesa previsti dai comuni afferenti ad uno stesso ambito territoriale, spesso dovuti a scelte di "posizionamento" non sempre consapevoli (non è sempre certa la conoscenza di tutte le variabili che influiscono sul costo dei servizi).

In un'ottica così complessa come quella rappresentata, Regione Lombardia riconosce negli Uffici di Piano un soggetto strategico per rafforzare e qualificare le forme di integrazione tra i soggetti del welfare locale, promotori di connessioni e opportunità per gli altri soggetti della rete.

La programmazione del Piano quindi può rappresentare un'opportunità di confronto, analisi e individuazione di priorità rispetto alle linee di possibile sviluppo da perseguire per pervenire a modelli integrati e condivisi tra tutti gli attori del territorio, sia relativamente alla conoscenza dei bisogni che per quanto riguarda la gestione delle risorse e lo sviluppo di servizi integrati, avendo cura di rappresentare lo stato attuale e lo stato atteso entro uno specifico orizzonte temporale.

Dal punto di vista delle Linee Guida regionali la governance dei Piani di Zona, tradizionalmente caratterizzata dal ruolo fondamentale riconosciuto all'Assemblea Distrettuale dei Sindaci deve necessariamente essere integrata da un nuovo soggetto, previsto a specifico supporto del processo di integrazione sociosanitaria e sociale, quale la Cabina di Regia, istituita presso l'ASL, ai sensi della D.G.R. 326/2013.

Dal 2013, in tutti gli atti regionali che hanno coinvolto l'ambito di programmazione sociale e socio sanitario è stato attribuito a questo soggetto il ruolo di garantire processi di integrazione, essenzialmente tra azienda sanitaria locale e comuni, con l'obiettivo di costruire prassi di lavoro che vedano nell'integrazione operativa, funzionale, di programmazione, di pensiero una modalità di approccio costante ai problemi.

Nel territorio bresciano la Cabina di regia è costituita essenzialmente da figure tecniche (responsabili dei dodici Uffici di Piano e referenti dei diversi servizi ASL (area anziani, disabili, minori e famiglia), presieduta dal Direttore Sociale dell'ASL.

In realtà le linee guida regionali identificano come elemento di qualificazione dell'attività delle Cabine di Regia la compresenza al tavolo di discussione di soggetti politici e tecnici (rappresentanti delle Assemblee Distrettuali dei sindaci e/o del Consiglio di Rappresentanza dei sindaci e coordinatori degli Uffici di Piano), riconoscendo che un tale assetto, dove sperimentato, ha consentito una maggiore fluidità del lavoro, una maggiore connessione con le assemblee distrettuali, una ricaduta più diretta a livello istituzionale delle decisioni assunte e una maggiore efficacia dei collegamenti e delle connessioni interne ai diversi apparati organizzativi.

Attualmente il raccordo tra la parte tecnica e la parte politica è garantito dallo stretto collegamento e dal confronto costante con il Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci a cui partecipano i Presidenti delle Assemblee distrettuali dei sindaci; eventuali modifiche dell'attuale assetto della Cabina di Regia potranno essere valutate nel corso del triennio.

Relativamente agli altri soggetti che costituiscono la governance tradizionale dei Piani di Zona, le Linee Guida ribadiscono l'impostazione ormai consolidata; il nuovo Piano di Zona dovrà essere adottato con **Accordo di Programma**, sottoscritto dai Sindaci dei sei comuni che compongono l'Ambito Distrettuale e dall'ASL.

L'Assemblea Distrettuale dei Sindaci designerà un ente capofila, individuato tra i comuni dell'ambito, al quale verrà affidato il compito di dare attuazione ai contenuti dell'Accordo di Programma (e conseguentemente al Piano di Zona adottato attraverso l'Accordo). I soggetti del Terzo Settore, che hanno partecipato all'elaborazione del Piano di Zona, aderiranno, su loro richiesta, all'Accordo di Programma.