

# INTRODUZIONE

## Premessa metodologica

Il lavoro di realizzazione del Piano di zona si è rivelato assai complesso ed ha richiesto all'ambito distrettuale Urbano 6.5, un notevole impegno in termini di impostazione del lavoro, coordinamento dei vari attori e delle varie fasi di lavoro e di sincronizzazione dello staff durante tutto il processo. La connotazione metodologica che ha assunto l'impostazione operativa condivisa con gli amministratori e con i tecnici coinvolti è stata fortemente orientata a sviluppare:

- un lavoro ispirato al massimo della partecipazione dei soggetti che a diverso titolo nel territorio di competenza erano interessati al processo. In tal senso si è inteso fare dell'occasione una buona opportunità di democrazia territoriale;
- una costruzione modulare e implementabile del piano regolatore del sociale, lasciando aperte le continue opportunità di integrazione ed ampliamento secondo i bisogni espressi dal territorio di competenza e le risorse organizzabili;
- la comunicazione degli esiti nei vari step del lavoro
- la trasparenza sostanziata nell'interesse di prevedere anche in fase preventiva processi di monitoraggio e valutazione
- il coordinamento riservando grande attenzione alle connessioni sia tra politiche diverse, ricadenti nello stesso territorio (abitazione, lavoro, assistenza, salute, istruzione, ecc. ecc.), sia tra livelli istituzionali e gestionali intervenenti in modo concomitante (livello dell'ambito-distretto, livello della provincia) con la regione e i suoi uffici.

## Riferimenti legislativi e linee guida

La modifica del Titolo V della Costituzione (Legge n°3/2001) ha stabilito che la materia dei servizi sociali non è più attribuita alla competenza legislativa concorrente di Stato e Regioni, bensì a quello esclusivo di queste ultime.

La legge 8 novembre 2000 n°328, denominata: "legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" definisce il piano di zona quale strumento di programmazione delle politiche sociali territoriali e ne sviluppa contenuti e finalità nell'art.19.

La Regione FVG non ha ancora predisposto un piano regionale degli interventi e dei servizi sociali (come richiesto dall'articolo 18 della 328/2000), ed è altresì assente una legge regionale di attuazione della normativa nazionale. Al momento esistono solo delle proposte legislative.

E' stata invece emanata la L.R. 17 agosto 2004 n.23 (Disposizioni sulla partecipazione degli enti locali ai processi programmatici e di verifica in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria e disciplina dei relativi strumenti di programmazione, nonché altre disposizioni urgenti in materia sanitaria e sociale), che all'articolo 12 della legge recita:

1. Il Piano di zona (PDZ) è lo strumento fondamentale per la definizione, in coerenza con la programmazione regionale, del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali del territorio di competenza dei Comuni associati negli ambiti territoriali di cui all'articolo 41 bis della legge regionale 49/1996, come inserito dall'articolo 12, comma 1, della legge regionale 32/1997, e modificato dall'articolo 13, comma 7, della legge regionale 13/2002. Il PDZ ha validità triennale e viene aggiornato annualmente.
2. Il PDZ è coordinato con la programmazione locale in materia sanitaria, educativa, formativa, del lavoro, culturale, abitativa e dei trasporti.
3. Il PDZ è costruito secondo i principi di responsabilità, solidarietà e sussidiarietà e, anche attraverso il coinvolgimento delle risorse locali di solidarietà e di auto-aiuto, deve garantire un sistema efficace, efficiente, capace di produrre promozione, prevenzione, cura, tutela e inclusione sociale.
4. Il PDZ definisce almeno:
  - a. l'analisi del bisogno;
  - b. gli obiettivi di sviluppo, tutela e inclusione sociale e i relativi indicatori di verifica;
  - c. gli obiettivi di sistema dei servizi e le priorità d'intervento;

- d. le modalità organizzative dei servizi;
  - e. le attività di tipo integrato previste al capo IV cui dare attuazione;
  - f. le risorse necessarie a realizzare il sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali locali, nonché l'integrazione sociosanitaria, per la quale vengono altresì determinate le quote rispettivamente a carico dell'Azienda per i Servizi Sanitari e dei Comuni;
  - g. le modalità per realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle Amministrazioni statali;
  - h. le modalità di collaborazione tra i servizi e i soggetti impegnati nelle diverse forme di solidarietà sociale,
  - i. le forme di concertazione con l'Azienda per i servizi sanitari, per garantire la cooperazione nell'ambito delle aree ad alta integrazione sociosanitaria.
5. Il PDZ può inoltre prevedere progetti di comunità riguardanti azioni e attività di prevenzione sociosanitaria e di promozione di adeguati stili di vita e relazionali, diretti a gruppi a rischio sociale e/o sanitario, nonché a fasce di popolazione interessate da problematiche connesse ai cicli vitali dell' individuo e della famiglia.
  6. Il PDZ, promosso su iniziativa del Presidente dell'Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale, è definito dai Comuni associati di cui al comma 1, con il concorso delle Aziende per i servizi sanitari, delle Aziende pubbliche di servizi alla persona, delle Province e di tutti i soggetti attivi nella programmazione di cui all'articolo 1, comma 4, della legge 328/2000 e sentito il parere delle associazioni di categoria di cui all'articolo 7, comma 2, lettera d), della legge regionale 19 maggio 1998, n°10 (Norme in materia di tutela della salute e di promozione sociale delle persone anziane nonché modifiche all'articolo 15 della legge regionale 3 7/1995 in materia di procedure per interventi sanitari e socio-assistenziali), come modificato dalla legge regionale 8/2001, e della Consulta regionale delle associazioni dei disabili, di cui all'articolo 8 della legge regionale 10 aprile 2001 n°12 (Disposizioni in materia di diritto al lavoro dei disabili, di telelavoro e in materia previdenziale). I pareri sono resi entro trenta giorni dalla formale richiesta; decorso tale termine si procede comunque all'approvazione del PDZ
  7. Il PDZ rappresenta anche uno strumento di partecipazione degli attori sociali al sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali e la sua definizione vede l'ampio concorso delle organizzazioni dei cittadini e delle loro associazioni.
  8. Il PDZ è approvato con accordo di programma, sottoscritto dai sindaci dei Comuni dell'ambito territoriale di pertinenza e, in materia di integrazione sociosanitaria, dal Direttore generale dell'Azienda per i servizi sanitari. All'accordo possono aderire, con le modalità definite dalle linee guida previste dall'articolo 7, comma 2, le Aziende pubbliche di servizi alla persona e le Province, nonché i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, della legge 328/2000.

9. Le attività sociosanitarie previste dal PDZ dovranno essere coincidenti con le omologhe previsioni del PAT

La Deliberazione della Giunta regionale n. 3236 del 29 novembre 2004 "Linee guida per la predisposizione del Programma per le attività territoriali (PAT) e per la predisposizione del Piano di Zona (PDZ)".

Tutta l'attività svolta dall'Ambito Distrettuale Urbano 6.5 ha tenuto conto sia delle indicazioni normative nazionali e regionali, sia delle peculiarità locali esistenti nel territorio di riferimento.

## **Il Piano di Zona e le sue finalita'**

Questo innovativo strumento di programmazione presenta una vocazione evidente alla realizzazione di tre essenziali funzioni nel sistema :

- promozione e tutela dei cittadini
- produzione dei servizi e degli interventi anche innovativi e sperimentali
- governo delle politiche sociali del territorio

La finalità di promozione e tutela prevede :

- l'incentivazione alla partecipazione dei cittadini, delle loro famiglie e delle organizzazioni del terzo e quarto settore
- la condivisione della responsabilità sociale

La finalità di produzione prevede:

- l'erogazione di livelli minimi essenziali delle prestazioni condivisi tra i Comuni dell'Ambito
- l'offerta di servizi e prestazioni ai segmenti individuati come i più deboli della società
- l'attenzione allo sviluppo di uno stato di benessere sociale dei cittadini
- la proposta di servizi innovativi e sperimentali
- la finalità di governo contempla:
  - la programmazione dei servizi assistenziali, sociali, sanitari e socio-sanitari a livello di ambito-distretto e in misura concorrente a livello di area vasta;
  - la valutazione integrata ed il monitoraggio di quanto prodotto e degli esiti riscontrati
  - la responsabilità della governance degli attori coinvolti
  - la gestione delle risorse economiche.

## 1. IL CONTESTO ISTITUZIONALE ED ORGANIZZATIVO

L'Ambito Urbano 6.5 di Pordenone viene istituito in applicazione alla legge 12/1994 art. 21 comma 2 (che definiva la coincidenza territoriale dell'ambito del servizio sociale con quella del distretto sanitario) in un'area geografica corrispondente ai Comuni di: Pordenone, Cordenons, Porcia, Roveredo in Piano, S. Quirino.

Risale al 1997 la sua prima costituzione tramite atto convenzionale tra i Comuni individuati che stipularono ciascuno una propria convenzione datata 02.07.1997 con l'Ente Gestore. Il Comune capo fila da sempre è stato il Comune capoluogo (Comune di Pordenone).

Precedentemente era stata definita una diversa tipologia di AMBITO per la città coincidente con il solo Comune di Pordenone ai sensi della legge 33/88, mentre i comuni periferici trovavano aggregazioni tra loro, in ambiti di piccole dimensioni.

I Comuni che attualmente costituiscono l'Ambito, hanno condiviso plurime esperienze organizzative del servizio sociale.

Esse risalgono al 1976 quando fu istituito il Consorzio Socio Sanitario di Pordenone. Tale Consorzio, anticipando la riforma sanitaria, consentì di avviare i distretti socio-sanitari che, localizzati nel territorio di 11 comuni della provincia di Pordenone, decentralarono servizi sociali e sanitari di primo livello prevedendo per la prima volta un'organizzazione in équipe multidisciplinari. Tutti gli operatori e i servizi erano coordinati da un'unica direzione tecnica.

Con l'avvento della riforma sanitaria (L. 833/78) il Consorzio venne sciolto. Tutti i servizi sanitari confluirono nelle costituenti U.L.S.S.

Il personale sociale tuttavia, non potendo essere collocato nei ruoli sanitari, venne gestito secondo una pianta organica separata e coordinato dal Settore Sociale della ULSS. Quest'ultima tuttavia non avendo personalità giuridica non poteva costituire il nuovo "datore di lavoro" per tali operatori, ma solo il loro referente gestionale.

Venne istituito così un nuovo Consorzio Socio-Assistenziale in cui confluirono gli operatori sociali. Il Consorzio delegò funzionalmente il personale all'U.L.S.S.

L'esperienza di tale gestione fu caratterizzata dallo scioglimento delle équipes di distretto e dalla realizzazione di un sistema organizzativo a canne d'organo che riseparò i servizi sociali da quelli sanitari.

Nel 1992 tutto il personale ed i relativi servizi sociali vennero riportati in capo ai singoli comuni e successivamente raggruppati in "Ambito" .

I comuni sopra menzionati, hanno pertanto sperimentato varie soluzioni organizzative più o meno integrate che tuttavia non hanno consolidato lo sviluppo di un'identità unica ma hanno mantenuto forti elementi di caratterizzazione differenziata.

Alla scadenza della prima convenzione i comuni associati in Ambito hanno affrontato un lungo periodo di riflessione e di discussione sui punti di forza e sulle criticità incontrate nell'esperienza associativa ed hanno deciso di riscrivere una nuova convenzione (atto non rogato dell'Ente Gestore n°5203 del 22.04.2004) che circoscrivendo l'area della gestione associata caratterizzasse qualitativamente in modo più evidente il mandato attribuito all'Ambito Socio-Assistenziale, che si riconfermava nella sua dimensione e configurazione territoriale dal 1997.

## 1. 1. Scheda anagrafica di Ambito

### ENTE GESTORE DEL SSC

Denominazione: Comune di Pordenone c/o Settore POLITICHE SOCIALI
Indirizzo: Via di S. Quirino, 5 – 33170 Pordenone
Telefono: 0434.392.611
Fax: 0434. 392.625
E-mail: serviziociali@comune.pordenone.it

### RESPONSABILE SSC

Nominativo: Miralda LISETTO
Telefono: 0434.392.619
Fax: 0434. 392.634
E-mail: miralda.lisetto@ comune.pordenone.it

### PRESIDENTE ASSEMBLEA DEI SINDACI

Nominativo: Giovanni ZANOLIN
------------------------------

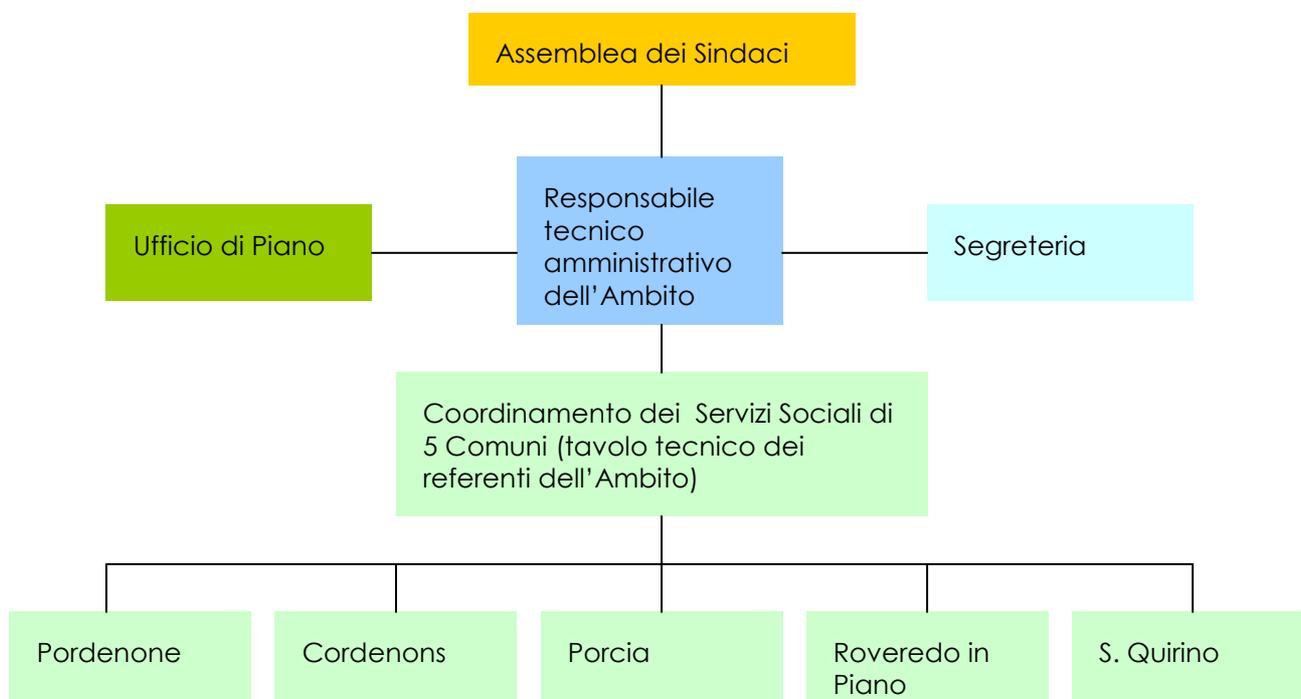
Comune di appartenenza: Comune di PORDENONE
Telefono: 0434. 392.605
Fax: 0434. 392.625
E-mail: giovanni.zanolin@comune.pordenone.it

#### COMPONENTI ASSEMBLEA DEI SINDACI

NOMINATIVO	INCARICO	COMUNE/ENTE
Giovanni ZANOLIN	Ass. Politiche Presidente dell'Assemblea dei Sindaci	PORDENONE
Thierry DA ROS	V. Sindaco – Ass. Pol. Sociali	PORCIA
Romano BOTTOSSO	V. Sindaco – Ass. Pol. Sociali	CORDENONS
Esperia CATTARUZZA	V. Sindaco – Ass. Pol. Sociali	S. QUIRINO
Emanuela NAIBO	V. Sindaco – Ass. Pol. Sociali	ROVEREDO IN PIANO

L'Assemblea dei Sindaci svolge compiti definiti ai sensi della L.R. 23 del 17.8.04 previsti dall'art. 6 comma 5 nonché le altre funzioni alla stessa attribuite dalla convenzione vigente.

#### ORGANIGRAMMA DELL'AMBITO URBANO 6.5



TAVOLO TECNICO DEI REFERENTI DELL'AMBITO è composto da un tecnico per ogni Comune associato, dal RESPONSABILE SSC e dal referente dell'Ufficio di Piano, costituisce luogo di collegamento tecnico dei servizi sociali dei comuni.

(di norma) per il COMUNE DI PORDENONE

Nominativo: Adriana Predonzan
Telefono: 0434.392.602
Fax: 0434. 392.625
E-mail: adriana.predonzan@comune.pordenone.it
Area d'intervento: servizi sociali

(di norma) per il COMUNE DI PORCIA

Nominativo: Carlo Gardenal
Telefono: 0434.591074
Fax: 0434.592119
E-mail: servizisociali@comune.porcia.pn.it
Area d'intervento: servizi sociali

(di norma) per il COMUNE DI CORDENONS

Nominativo: Lucilla Moro
Telefono: 0434.586933
Fax: 0434.932548
E-mail: l.moro@omune.cordenons.pn.it
Area d'intervento: servizi sociali

(di norma) per il COMUNE DI ROVEREDO IN PIANO

Nominativo: Arianna Riso
Telefono: 0434.388631
Fax: 0434.94207
E-mail: assistente.sociale@com-roveredo-in-piano.regione.fvg.it
Area d'intervento: servizi sociali

(di norma) per il COMUNE DI S. QUIRINO

Nominativo: Sara Fabbro
Telefono: 0434.916561
Fax: 0434.916519
E-mail: segreteria@com-san-quirino.regione.fvg.it
Area d'intervento: servizi sociali

Laddove il Tavolo Tecnico affronti questioni attinenti all'alta integrazione socio-sanitaria viene allargato alle componenti aziendali dell'ASS 6

COORDINATORE SOCIO SANITARIO

Nominativo: Maria BONATO
Indirizzo: Via della vecchia ceramica, 1 – 33170 Pordenone
Telefono: : 0434. 369920
Fax: : 0434. 523011
E-mail: maria.bonato@ass6.sanita.fvg.it

DISTRETTO DI RIFERIMENTO

Direttore di distretto: Giulio DE GREGORIO
Indirizzo: Via della vecchia ceramica, 1 – 33170 Pordenone
Telefono: 0434. 369869
Fax: : 0434.
E-mail: giulio.degregorio@ass6.sanita.fvg.it

## **1.2. La gestione associata tra i comuni per l'esercizio delle funzioni sociali**

L'Ambito socio assistenziale urbano 6.5 con la convenzione aggiornata e rivista nel 2004, individua l'associazione di comuni quale forma giuridica idonea alla sua costituzione stante quanto previsto dall'art. 30 del D.Lgs. 18/09/2000 n. 267 - Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti Locali.

Con deliberazione consiliare n. 115 del 15 dicembre 2003, il Comune di Pordenone, designato Ente Gestore, ha approvato lo schema di convenzione tra il Comune di Pordenone e i Comuni di Cordenons, Porcia, Roveredo in Piano e San Quirino, associati dell'Ambito Socio-Assistenziale Urbano 6.5, i quali hanno successivamente provveduto a recepirla con atti propri. Detta Convenzione costituisce Atto non Rogato dal Segretario Generale del Comune di Pordenone, n.5203 del 22.04.2004;

Questa convenzione ha rinforzato il ruolo dell'Assemblea dei Sindaci di Ambito distrettuale nelle competenze di indirizzo, programmazione e di individuazione del fabbisogno di risorse umane e finanziarie.

In tale atto l'Ambito Socio-Assistenziale, si connota quale elemento di definizione geopolitica delle politiche sociali e del loro governo nel territorio di competenza.

In particolare viene individuato quale livello più idoneo per avviare nuove forme di progettazione, organizzazione e gestione innovativa dei servizi, specialmente di quelli ad alta integrazione socio sanitaria, e intervenendo sulle novità dettate dalla domanda sociale, propone buone pratiche da mettere a disposizione delle istituzioni del territorio.

Anche in questa convenzione il Comune di Pordenone viene identificato quale Ente gestore cui spettano funzioni di ( art. 4 della convenzione):

- coordinamento e organizzazione degli interventi e delle attività programmate dall'Assemblea e relativa verifica
- monitoraggio inerente l'andamento e la gestione delle attività affidate, anche con riferimento alle modalità d'impiego delle risorse economiche e alle modalità d'impiego delle risorse professionali.
- Coordinamento organizzativo di servizi, interventi e attività individuati dall'Assemblea e realizzati attraverso personale messo a disposizione dai Comuni o attraverso il ricorso a soggetti prioritariamente appartenenti al terzo settore, curandone ogni adempimento procedurale connesso;

- attuazione dei programmi di ambito innovativi di attività e di quanto disposto dalla normativa vigente
- espletamento di tutti gli adempimenti connessi all'attività di programmazione e alle funzioni di supporto per la formazione del piano di utilizzo delle risorse economiche e umane
- elaborazione di linee guida e buone prassi finalizzate alla omogeneizzazione di procedure nel territorio di competenza
- cura e svolgimento di tutte le attività connesse al funzionamento dell'Assemblea dei Sindaci

Gli enti associati (art. 7 della Convenzione) si impegnano a:

- mettere a disposizione le risorse economiche necessarie al finanziamento della gestione associata dei servizi interventi ed attività programmati unitariamente,
- mettere a disposizione le risorse umane necessarie allo stesso scopo, e ad adeguarle qualora necessario
- perseguire forme di coordinamento anche per le attività non demandate alla gestione associata.

I Comuni associati, si impegnano a perseguire forme e modalità coordinate di gestione dei servizi e delle attività socio assistenziali di competenza; nonché a motivare l'eventuale astensione a partecipare a iniziative programmate in forma associata.

L'organo politico rappresentato dall'Assemblea dei Sindaci definisce gli indirizzi politici e gli obiettivi da perseguire ed opera secondo quanto stabilito da un apposito e specifico regolamento inerente il suo funzionamento.

L'Assemblea dei Sindaci in data 17.09.2004 ha approvato lo schema ed il testo del Regolamento per il funzionamento dell'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito Distrettuale Urbano 6.5;

- Il Comune di S. Quirino con proprie D.G.C. 142 del 06/10/2004 e successiva integrazione n. 45 del 13/04/2005 ha dato parere favorevole;
- Il Comune di Cordenons con propria D.G.C. n. 31 del 27/01/05 ha dato parere favorevole;
- Il Comune di Porcia con propria D.G.C. n. 25 del 27/01/05 ha dato parere favorevole;
- Il Comune di Roveredo in Piano con proprie D.G.C. n. 36 del 21/02/2005 e successiva integrazione n. 64 del 31/03/2005 ha dato parere favorevole;

- Il Comune di Pordenone con propria D.G.C. n. 175 del 26/05/2005 ha dato parere favorevole;

L'Assemblea dei Sindaci, nuovamente, con determinazione n. 8 del 25/07/2005 ha definitivamente adottato il "Regolamento per il funzionamento dell'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito Distrettuale Urbano 6.5"

Il Regolamento disciplina in particolare le funzioni del Presidente dell'Assemblea, le modalità di convocazione, il quorum per la validità dell'Assemblea, le forme degli atti amministrativi che devono assumere le decisioni prese.

Per quanto non specificato nel Regolamento si rinvia comunque a quanto previsto dal Regolamento del Consiglio Comunale del Comune di Pordenone.

### **1.3 Il coordinamento interistituzionale**

L'attività dell'Ambito si colloca in una dimensione alquanto relazionata con gli altri attori sociali sia pubblici che privati.

In particolare le connessioni con il Servizio Sanitario Locale passano prioritariamente attraverso la relazione con il distretto sanitario che appare principalmente come l'interlocutore paritario nell'articolazione organizzativa dei due sistemi (sociale e sanitario).

Il numero elevato di incontri anche informali tra il Responsabile dell'Ambito e il Responsabile del Distretto sono un indicatore che rivela questa connessione che di fatto da tempo è agita nell'operatività quotidiana.

In particolare la presenza del Servizio Sociale dei Comuni negli snodi operativi di alta integrazione quali:

- UVD (Unità di Valutazione Distrettuale);
- EMDH (Equipe Multidisciplinare per l'handicap);
- UVO (Unità di Valutazione Ospedaliera);

hanno reso da tempo indispensabile la presenza simultanea di componenti sociali e sanitarie nella costruzione di piani assistenziali integrati individualizzati.

Lo stesso vale per L'EQUIPE MINORI che fa capo all'Ambito e che è stata costituita con risorse sia dei Comuni che dell'ASS 6. Essa si occupa della valutazione e progettazione degli interventi a favore dei minori in situazioni di

multiproblematicità ed è coordinata dal Responsabile dell'Ambito. Si avvale sia di supervisione tecnica che di consulenza/formazione giuridica.

Il processo in corso a livello locale invece, risente di una grave carenza nel sistema informativo che a tutt'oggi per nessun servizio e per nessuna area tematica è comunicante tra l'area sociale e quella sanitaria.

Attualmente sono attivi protocolli e co-proiezioni con la locale Azienda per i Servizi Sanitari riguardanti specifiche proiezioni di alta integrazione socio-sanitaria che riguardano:

- servizi ed interventi a favore di persone non autosufficienti e affette da demenza
- servizi ed interventi a favore dell'inclusione sociale di persone con problemi psichiatrici o a rischio di emarginazione sociale
- servizi ed interventi per gli inserimenti lavorativi di persone svantaggiate (solo per il Comune capofila)
- la realizzazione di un'equipe specialistica di secondo livello per il maltrattamento grave e l'abuso sessuale
- la collaborazione per il monitoraggio, la verifica e la valutazione dei servizi accreditati nell'area della prima infanzia
- la formulazione di protocolli degli interventi a favore di minori abbandonati
- la realizzazione di progetti formativi condivisi ( area minori, anziani, Sad-ADI)

Con la scuola, e l'Ass 6 si sono avviati lavori di aggiornamento riguardanti alcuni aspetti procedurali e metodologici nelle attività che riguardano i minori handicappati o con certificazione scolastica:

- linee guida per l'handicap (in fase di approvazione)
- progetti condivisi di formazione congiunta a favore di operatori sanitari, sociali ed educativi oltre che scolastici finalizzati alla costruzione di metodologie integrate nell'approccio ai disturbi specifici dell'apprendimento

Per quanto attiene all'azienda ospedaliera e ad altri nosocomi locali, sono stati redatti accordi inerenti:

- l'assistenza ai minori abbandonati
- le dimissioni protette

Con la locale Prefettura, con la Magistratura Ordinaria e con la Magistratura Minorile è stato redatto un protocollo d'intesa " Protocollo di intesa operativa avente ad oggetto le attività di rispettiva competenza in ordine ai reati di

maltrattamenti gravi e abuso sessuale in danno di persone minorenni commessi da maggiorenni". Si tratta di un protocollo che intende coordinare gli interventi di tutti i soggetti coinvolti nell'interesse del minore nei procedimenti di tale fattispecie (16.12.2004).

L'attività concertata con il privato sociale vede un'intensa collaborazione sulle attività quotidiane inerenti gli interventi sulla casistica, secondo un principio di sussidiarietà orizzontale ampiamente praticato. Inoltre negli ultimi anni si è sviluppata una maggiore cura alle azioni di sistema che hanno coinvolto anche questi soggetti della rete.

In tal senso sono stati formalizzati diversi accordi tra cui:

- un accordo di programma sull'attività a favore degli anziani ( informanziani, pronto intervento, attività di formazione e auto mutuo aiuto per dementi, centro diurno per dementi di gravità medio-lieve),
- un accordo con l'associazione Nuovi Vicini ONLUS per il progetto "presidi territoriali" finalizzata alla realizzazione di un'agenzia sociale per l'abitare.

La Provincia per anni ha svolto un ruolo di coordinamento dei cinque ambiti che insistono nel suo territorio, specie nelle materie degli anziani, dei giovani, dei minori e dell'handicap. Ha poi offerto opportunità di formazione e di ricerca tuttora in corso.

In modo forse peculiare, si è realizzato negli anni un forte coordinamento tra i cinque ambiti provinciali, che è continuato anche dopo che la Provincia ha dismesso tale ruolo concentrandosi più su attività di pertinenza quali:

- il lavoro
- il sistema informativo( osservatorio provinciale )
- il sistema informatico

Ancora oggi i cinque ambiti a cadenza regolare, si incontrano al fine di coordinare le iniziative promosse da ciascuno e laddove possibile costruire linee progettuali, criteri operativi e metodologie condivise, nonché progettualità di area vasta anche in coordinamento con l'ASS. 6 (in particolare con i distretti sanitari) e con gli altri interlocutori territoriali.

#### **1.4 Il contesto organizzativo del Servizio Sociale dei Comuni**

L'esperienza del coordinamento tecnico amministrativo del SSC è caratterizzato da una forte partecipazione gestionale dei responsabili del SSC dei 5 Comuni. Queste figure che hanno mantenuto la loro funzione all'interno dei Comuni di appartenenza e a cui fanno capo le équipes territoriali del SSC, fino ad oggi hanno trovato nel tavolo tecnico di coordinamento il luogo di integrazione – collegamento funzionale alla realizzazione di una gestione di ambito.

Questa soluzione organizzativa ha reso praticabile un percorso graduale di riconoscimento delle specificità di ciascuno e di ricerca di un minimo comune denominatore tra tutti.

Ad oggi questo tavolo viene convocato mensilmente e condivide tutti i programmi e le proposte che vengono poi inviate all'assemblea dei sindaci per la relativa approvazione. Il Responsabile Tecnico Amministrativo agisce il coordinamento del tavolo ed è l'interlocutore tecnico dell'assemblea.

L'ufficio di piano di recente costituzione ha assunto il compito di perfezionare la metodologia e le prassi di lavoro per la stesura dei documenti, la relativa archiviazione, la costruzione di data base e il monitoraggio di dati inerenti la gestione finanziaria e la gestione delle attività realizzate dall'Ambito. Fa parte integrante di tale ufficio la figura del punto monitor che ha mantenuto ed implementato funzioni di tipo statistico.

L'Ambito dispone inoltre di una propria segreteria per tutte le attività inerenti l'informazione e la comunicazione tra l'Ente Gestore e Comuni e tra Ambito e gli altri attori del territorio.

L'ufficio amministrativo è costituito da figure dedicate ad attività di tipo contabile e squisitamente procedurali (3 ufficiali amministrativi) .

Il sistema informativo vigente è molto scarno e riguarda la trasmissione di informazioni tra i Comuni e l'Ente Gestore cadenzati da necessità per lo più previsionali o rendicontative legate ai flussi finanziari. Le comunicazioni inerenti alle attività sono molto forti nelle aree di servizio gestite dall'Ente Gestore (L10/98, art. 32 "L'assegno di cura", L. 162/98 "programma di attività e relativi procedimenti"; servizi all'handicap ai sensi dell'art. 6, LR 41/96) e molto deboli per tutto ciò che i Comuni realizzano con un coordinamento leggero da parte dell'Ambito (seguendo regole esplicitate al tavolo di coordinamento).

Recentemente si è dato avvio all'utilizzo di un prodotto informatico innovativo (costruito dal Comune di Pordenone in partenariato con Regione-INSIEL) che ha interessato per ora solo il servizio SAD di Pordenone tramite applicativi PDA. Tale prodotto consente la realizzazione di un sofisticato sistema di controllo di gestione molto dettagliato inerente all'attività svolta. La sperimentazione e i suoi esiti è all'attenzione della Direzione regionale per le politiche sociali per una sua eventuale estensione a tutto il territorio regionale.

Si è provveduto inoltre ad avviare quanto necessario alla messa a regime della Cartella Sociale in tutti i Comuni dell'ambito Urbano al fine di dare avvio a un processo di informatizzazione delle procedure in tutto l'ambito.

La dotazione organica: non è stata ancora configurata come dotazione organica aggiuntiva dell'Ente Gestore.

### **1.5 Le forme di gestione dei servizi e le collaborazioni con i diversi soggetti del terzo settore**

Passando ad esaminare le forme di gestione dei servizi presenti va precisato che gli assistenti sociali sono tutti dipendenti dei Comuni tranne un caso di libera professionista.

**Servizio sociale professionale:** consiste nell'attività di progettazione sociale sia a livello micro che macro è in capo al Servizio Sociale, così come tutta l'attività sulla casistica, l'analisi della domanda sociale ed il pronto intervento assistenziale e svolto dagli assistenti sociali dei Comuni.

**Il segretariato sociale:** Per quanto attiene alla funzione di segretariato vale la pena ricordare che negli ultimi anni è stata notevolmente implementata anche da ASSOCIAZIONI di volontariato locale, che tramite i loro sportelli coadiuvano il servizio sociale nell'opera di informazione.

**Il Servizio di Assistenza Domiciliare** viene gestito direttamente dai Comuni tranne in un caso. Esistono poi 4 operatori a progetto nell'area della demenza.

**Il Servizio Di Trasporto,** oltre a trovare forme di realizzazione secondo modalità tradizionali di intervento e con personale dei comuni, ha trovato supporto in associazioni di anziani, che si sono rivelate molto efficienti. Spesso in tal senso esistono convenzioni dei singoli comuni con le associazioni che insistono nel territorio di riferimento e che talvolta riguardano anche la gestione di spazi per il tempo libero, soggiorni, il servizio dei nonni vigile, etc etc..

**Pasti e Lavanderia** sono in alcuni casi esternalizzati.

**Il Servizio di Educativa Territoriale:** Questo è un servizio nato negli ultimi quattro anni e si è sviluppato rapidamente come risorsa a favore dell'area del disagio e della multiproblematicità. Ha sviluppato gradualmente una propria identità sempre più chiara e progressivamente ha implementato i suoi interventi nella promozione e nella prevenzione sia nella scuola sia nella comunità. Ha assunto progressivamente un ruolo significativo anche nel recupero di disabilità legate a disturbi specifici di apprendimento ed opera prevalentemente con minori. Il personale utilizzato non è personale dipendente dei Comuni.

**I Servizi all'Handicap** presentano una situazione diversa. Sono stati esternalizzati tramite appalto di durata triennale che prevede la co-progettazione degli interventi con il gestore ( ATI) , la famiglia / disabile e l'Ass 6. Per quanto attiene agli interventi previsti ai sensi della LR 41/96 lettere a, b, c, d. Mentre per le attività di tipo residenziale, semiresidenziale e laboratoriale esiste la delega all'ASS 6.

**Il Servizio Di Tutor Nelle Scuole** finalizzato all'accompagnamento nell'inserimento sociale degli alunni stranieri nelle scuole è un servizio innovativo esternalizzato ad una cooperativa che co-progetta gli interventi con i servizi e la scuola.

**Il Servizio Di Accompagnamento All'abitare** è un servizio che cura l'associazione Nuovi Vicini con la Caritas secondo un rapporto di convenzione con l'Ente Gestore che prevede anche la gestione di immobili oltre che tutti gli interventi di supporto, counselling finalizzati ad un buon inserimento sociale degli immigrati.

**Gli Asili Nido** dell'ambito sono strettamente in rete tra loro ed hanno concretizzato una convenzione finalizzata a garantire un'ampliamento di posti reciproci, una condivisione dei percorsi organizzativi e formativi, la creazione concertata di nuove offerte all'utenza.

**Il Centro Gioco** è un servizio per bambini e genitori, aperto 5 giorni alla settimana per tre ore al giorno per tutti i residenti nell'ambito. Si avvale di personale a contratto, offre un servizio integrativo alla prima infanzia.

**I Punti Verdi Estivi Per La Prima Infanzia** si realizzano in modo coordinato nei tre asili nido dell'ambito con personale educativo in parte a contratto e operatori di appoggio(cuochi, pulizie giornaliere) garantito dai Comuni

## 1.6 L'integrazione sociosanitaria

Il lavoro svolto negli anni in questa dimensione ha sviluppato dei livelli di integrazione non omogenei nelle diverse aree, come si potrà evincere dall'esposizione che segue e che fotografa lo stato dell'arte al momento di partenza del PDZ.

- Prevenzione e assistenza materno – infantile

Le produzioni realizzate con la legge 285/97 e la realizzazione di un'equipe minori hanno fatto di quest' area quella in cui i livelli di integrazione raggiunti hanno toccato punti di eccellenza. In questo caso infatti l'integrazione tra "sociale" e "sanitario" permea tutti i livelli (istituzionale, organizzativo, professionale e finanziario). L'impegno dei professionisti coinvolti è stato budgetizzato, le procedure sono state condivise e formalizzate congiuntamente, la raccolta dati è omogenea e le istituzioni hanno trovato soluzioni finanziarie coerenti con le proposte tecniche che via via colgono nuovi bisogni e nuove opportunità di assestamento organizzativo. Permangono difficoltà per lo più legate alla complessità presente nei fenomeni e nei problemi che coinvolgono i minori e le loro famiglie. Interessanti accordi sono stati stipulati formalmente per quanto attiene alla collaborazione dell'ASS 6 sugli asili nido e strutture per minori.

- L'assistenza, la riabilitazione e l' integrazione sociale delle persone disabili,

In questa dimensione, si riscontrano ancora gravi criticità sia legate agli aspetti organizzativo-gestionali e finanziari della delega all'ASS 6 e al relativo collegamento con il Servizio Sociale dei Comuni, sia legato alla inappropriatazza delle risorse anche sanitarie dedicatevi.

Si riscontra un posizionamento improprio di molti servizi e della relativa spesa (assai lontano da quanto proposto dai Lea nazionali) che richiederebbe una revisione anche della normativa regionale al riguardo. Persistono criticità di funzionamento dell'EMDH e nella gamma dei servizi offerti alcuni risentono di una certa obsolescenza nella modellistica e nella conduzione.

- La cura ed il recupero dei soggetti tossicodipendenti,

E' l'area in assoluto più debole sotto il profilo dell'integrazione. Di fatto la scissione tra sanitario e sociale è ancora molto evidente. L'unico luogo di ricomposizione delle parzialità è di fatto l'U.V.D.

Nell'area della prevenzione giovanile tutta l'attività svolta dai Progetti Giovani nelle varie articolazioni di servizio e di intervento offerti, presentano una evidente impatto sugli stili di vita dei giovani anche con riferimento al rapporto con sostanze che creano dipendenza ( fumo, alcol, altro). A tutt'oggi comunque i

progetti giovani non sono propriamente di ambito, anche se esistono buone collaborazioni.

- La cura ed il recupero dei soggetti malati di mente,

In tale area l'integrazione si realizza sia a livello di micro attività in relazione alla casistica che vede spesso coinvolti simultaneamente operatori dell'area sociale e operatori dell'area sanitaria, sia a livello di macro attività con riferimento particolare alle progettazioni inerenti l'inclusione sociale.

In particolare negli ultimi anni si è avviato un percorso di costruzione per un approccio integrato alla pianificazione di interventi inerenti all'abitare sociale, che appaiono particolarmente urgenti per le persone con questo genere di problema. Tali interventi stanno richiedendo un notevole sforzo di coordinamento tra le politiche socio-sanitarie e le politiche della casa.

- Le situazioni di non autosufficienza, temporanea o permanente, derivanti da patologie diverse.

Trovano ad oggi un elemento di sincronizzazione e di coordinamento nei servizi SAD e ADI che convergono in modo coordinato sul licenziamento di PAI integrati nell'UVD .

## **1.7 Il sistema delle regole**

L'ambito urbano ha licenziato solo due tipi di documenti che declinano regole comuni a tutto il territorio:

- la disciplina applicativa dell'art.32 della legge 10/98
- il programma di attività ai sensi della legge 162/98

Tutti gli altri interventi sono regolati da norme pur simili ma differenti tra i Comuni associati.