

## GOVERNANCE

*Comuni e ASP/ASSP: ruoli distinti da esercitare in una logica di partnership privilegiata*

In premessa va sottolineato come il rapporto tra Comuni e ASP/ASSP non si debba certamente ridurre alla logica un po' semplificata del 'programmatore-gestore' che rischia di sottovalutare il fatto che ogni parte per poter assolvere alla propria funzione- debba costantemente poter lavorare assieme all'altra e in modo privilegiato rispetto a quanto avviene con altri attori del territorio, dal momento che Comuni e ASP/ASSP sono due parti distinte di uno stesso sistema che è il 'sociale pubblico': in particolare i Comuni quando programmano le politiche e gli interventi dovranno farlo coinvolgendo in primo luogo la propria ASP che assolve un ruolo centrale nella gestione dei servizi e che per questo può avere idee e informazioni importanti per l'attività di programmazione.

Ciò a maggior ragione nel territorio di riferimento in cui l'attività del servizio sociale professionale è delegata all'ASP/ASSP

L'immagine del 'programmatore-gestore', insomma, non aiuta ad impostare il lavoro tra le due parti, poiché tende a separare le parti come se esse dovessero intervenire in fasi distinte e sequenziali piuttosto che cooperare costantemente sia nella fase di programmazione che in quella di realizzazione delle politiche.

Più appropriato, invece, ci appare il termine *partner* ossia di due parti che hanno responsabilità distinte ma che le esercitano *privilegiando* la cooperazione tra di esse.

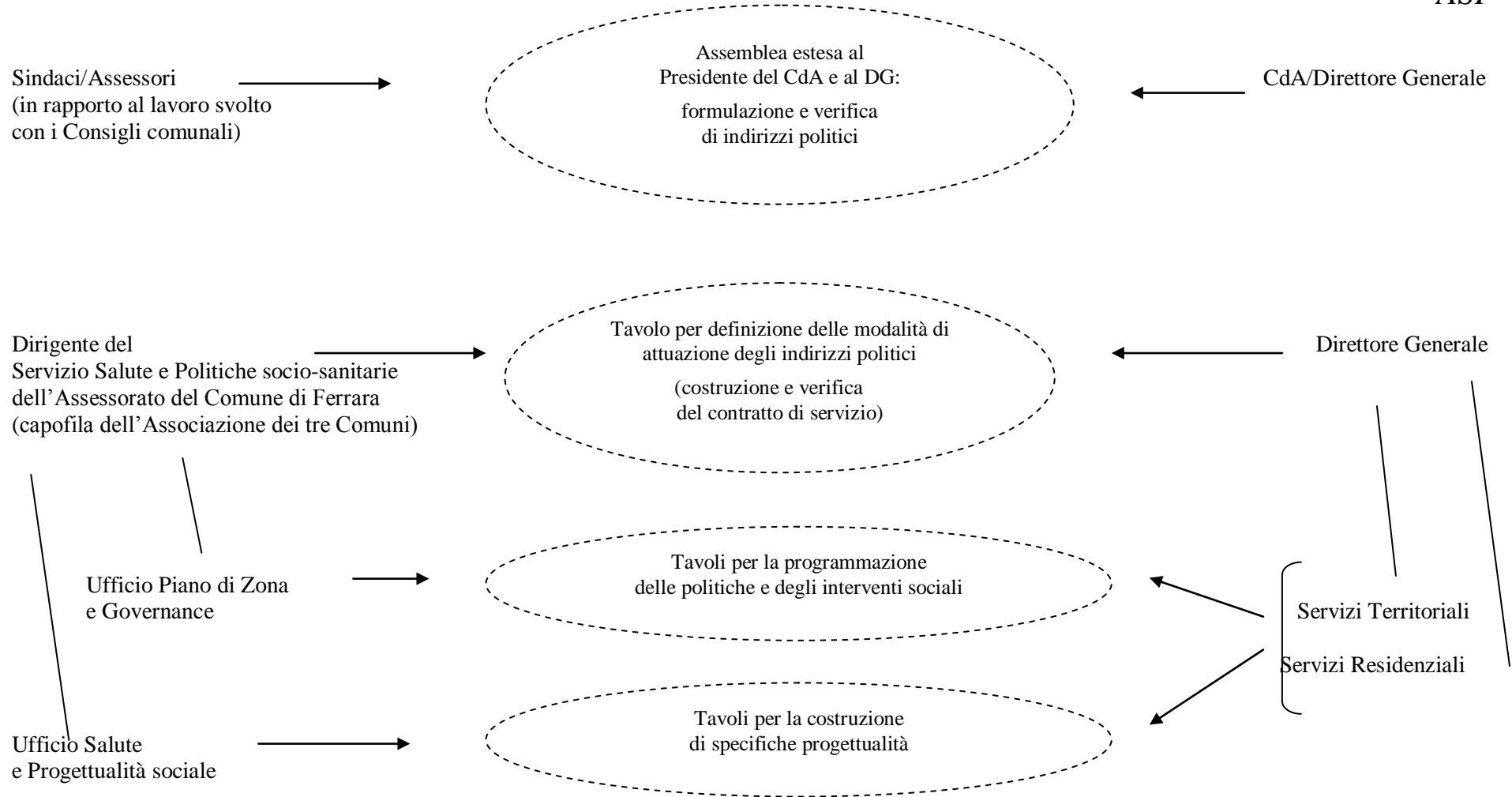
Tale cooperazione oggi è favorita dal consolidamento sul piano organizzativo che è intervenuto sia all'interno dell'ASP/ASSP (in particolare con la costituzione dei tre Settori dei Servizi territoriali e l'individuazione di livelli di responsabilità liberi dalla gestione dei casi come i responsabili di Settore e i coordinatori), sia all'interno dell'Assessorato alle Politiche sociali (con la costituzione del nuovo Servizio Salute e Politiche socio-sanitarie e dei suoi Uffici): grazie alla cura di questi processi di riorganizzazione entrambe le parti hanno iniziato a costruire migliori condizioni interne per poter sostenere la collaborazione tra di esse.

Per concludere si sottolinea che le funzioni di programmazione e controllo tipicamente in capo al pubblico vanno supportate con professionalità a questo scopo formate e dedicate, che non possono essere "contaminate" da compiti gestionali: in una filarmonica il maestro dirige, non fa anche il primo violino come succede nei quartetti da camera, ed il comune di Ferrara o la provincia sono orchestre sinfoniche, non bande paesane, pur con tutto il rispetto dei corpi bandistici. Pertanto la cura di alcune funzioni gestionali residuali o anche l'attivazione di progettualità innovative sorte in ambiti comunali o sovra comunali deve trovare il suo naturale compimento nei soggetti gestori (Giuseppina/Muoversi etc).

*I luoghi principali in cui Comuni e ASP/ASSP dovrebbero lavorare assieme*

**Comuni**

**ASP**



## *Quali orientamenti strategici i Comuni assegnano all'ASP/ASSP*

### **La strategia è in capo ai Comuni**

Il principale orientamento strategico che i Comuni consegnano all'ASP/ASSP può essere espresso nei seguenti termini:

- costruire una strategia equilibrata di sviluppo di tutta l'ASP nel suo complesso, dove gli investimenti necessari alla qualificazione dei Servizi residenziali si accompagnino al potenziamento dei Servizi territoriali, i quali si rivolgono a molteplici e diversificate tipologie d'utenza

Tale orientamento strategico richiede all'ASP/ASSP di procedere lungo due vie:

- a) da una parte avviare un processo di sviluppo dei Servizi residenziali che consenta a tale area di trasformarsi gradualmente in una struttura multiservizi al fine di:
  - incontrare le esigenze non solo delle persone anziane non autosufficienti ma anche di coloro che conservano ancora buoni livelli di autonomia,
  - integrarsi maggiormente nel tessuto cittadino (valorizzare la collocazione nel centro storico, accrescere l'apporto del volontariato, ...)
  - e pervenire a maggiori livelli di sostenibilità economico/finanziaria (anche in seguito all'individuazione di nuovi partners o al consolidamento dei rapporti con quelli esistenti);

Tale processo di sviluppo richiede di pensare diversamente ai rapporti tra Servizi residenziali e Settore Anziani dei Servizi territoriali, in caso che le due parti siano divenute comparti di una stessa Azienda.

- b) dall'altra parte, giungere a forme di collaborazione tra i Servizi territoriali dell'ASP/ASSP, i servizi sanitari dell'Azienda Usl, le progettualità condotte dal Comune e quelle del Terzo Settore che siano molto più articolate di quelle presenti e che consentano ai Servizi territoriali dell'ASP/ASSP di mettere meglio a fuoco il proprio ruolo e i propri investimenti. Ciò comporta per i Servizi territoriali di perseguire alcuni obiettivi prioritari che sono:

- partecipare alle commissioni istituzionali previste dalle normative vigenti su designazione degli Enti incaricati;
- accrescere la qualità della propria partecipazione ai processi di programmazione delle politiche e degli interventi (in particolare nell'ambito del Piano di Zona e dell'Ufficio comune per l'integrazione socio-sanitaria), assumendo responsabilità all'interno dei vari livelli di lavoro previsti da tali processi;
- assumere un ruolo più significativo all'interno delle progettualità di rete relative a differenti ambiti tematici, di cui è responsabile l'Assessorato del Comune e che coinvolgono molteplici attori del pubblico e del privato sociale;
- promuovere una maggiore integrazione con i servizi dell'Azienda Usl, in particolare avviando un percorso stabile di lavoro tra i tre i Settori dei Servizi territoriali dell'ASP/ASSP e il Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Usl e SERT;

## *Quale orientamento strategico per il futuro dei servizi sociali*

All'interno dell'attuale impianto di governo dei servizi sociosanitari regionali e limitandoci alla nostra provincia, sarebbe opportuno avviare un percorso di pianificazione strategica che, nel giro di un paio di anni, consegni alla prossima

legislatura una linea di intervento, uno strumento e degli attori (stakeholder della pianificazione) già pronti a supportare i decisori/amministratori/committenti dello stato sociale di questo decennio e dell'inizio del prossimo. Non è un progetto ambizioso, occorre però una forte committenza che, letteratura ed esperienza locale ed internazionale vedono in capo al/ai sindaci: soprattutto nei momenti di forte incertezza è d'obbligo impegnare un po' del nostro tempo/risorse per di nuovo orientarci, per ripartire con rinnovata convinzione dei rischi e delle opportunità; non è filosofia è buon senso, la potremmo definire "ergonomia di comunità".

In tale contesto rafforzare il ruolo degli amministratori nei tavoli provinciali e distrettuali CSST e Comitato di distretto, che sono le sedi dove si decidono le politiche sociali e sanitarie sovra distrettuali e sovra comunali, deve essere uno degli obiettivi strategici prioritari, la "mission" della pianificazione strategica

## **AMBITO TERRITORIALE E FORMA SOCIETARIA**

Come previsto dall' articolo 22 della L.R. n. 2/2003, l'ambito territoriale di attività dell'Azienda deve essere quello della zona sociale.

La legge chiedeva che le Istituzioni (ex ipab) che operavano nello stesso settore di attività e nello stesso ambito territoriale di zona fossero tenute a fondersi in un'unica Azienda, fatte salve le eccezioni per le quali potevano essere costituite Aziende di ambito sub o sovra zonale se maggiormente funzionali o coerenti con le esigenze della programmazione sociale di zona (ambiti territoriali coincidenti con Associazioni intercomunali costituite dai Comuni per la gestione dei servizi sociali, territori montani, ecc.).

Alla luce delle indicazioni Regionali e del cambiamento sociale dovuto alla crisi economica che tutt'ora ci sta colpendo, cresce la necessità di creare sinergie per rispondere alla richiesta di servizi sempre crescente in un contesto di forte riduzione delle risorse.

Partendo da una analisi approfondita a livello provinciale delle forme societarie in essere per la gestione dei servizi (Azienda per i Servizi alla Persona ASP, Azienda Speciale per i Servizi alla Persona ASSP, Associazione tra Comuni) si rende necessario individuare le forme societarie funzionali a garantire una gestione orientata verso l'efficacia, l'efficienza e l'economicità, unitamente alla qualità del servizio erogato.

Dallo studio dell'economia aziendale si evince che le aziende in contesti e ambienti difficili per recuperare economie di scala tendono a unirsi, a creare join venture a stringere accordi per limitare gli effetti della concorrenza all'interno del settore, per ridurre i costi e per massimizzare i ricavi.

Questi insegnamenti valgono anche per l'Aziende pubbliche sempre nella consapevolezza che il fine non è il profitto ma l'efficienza e l'efficacia (cercare di dare risposta al maggior numero di utenti bisognosi al minor costo possibile).

A questo scopo sarebbe auspicabile avviare anche nel territorio della provincia di Ferrara un'analisi di valutazione per ipotesi di concentrazioni tra le varie forme di gestione pubblica del sociale; partendo dalle peculiarità che ogni territorio presenta si dovrebbero cercare forme aggregative in grado di creare economia di scala e di crescere il potere contrattuale nei confronti degli altri soggetti della rete dei servizi (es .AUSL).

La direttiva Regionale del 9 dicembre 2004 prevedeva che le aziende potevano, per garantire le necessarie sinergie nell'erogazione dell'attività assistenziale, nell'ambito del percorso, anche graduale, di riorganizzazione dell'attività e della struttura ed in accordo con il Comitato di Distretto, caratterizzarsi come Azienda multi servizi e multi settoriale. A distanza di 6 anni le indicazioni regionali si sono rivelate le più corrette, in quanto per garantire il migliore servizio all'utente è necessaria l'integrazione tra i tre Settori d'intervento (settore minori, adulti, anziani) che si realizza in particolare nell'ambito di una direzione comune oltre che 'sul campo', dal momento che sono molteplici le azioni e gli interventi in cui i Settori lavorano assieme, in riferimento a problemi sociali che sono trasversali ai tre ambiti.

Sia l'ASP di Ferrara che l'ASSP di Copparo hanno seguito gli orientamenti regionali ed ora gestiscono Settore Minori, Adulti Anziani  
Di seguito sono presentati gli interventi gestiti da ASP di Ferrara

a) Settore Minori

<i>Tipologie d'utenza</i>	<i>Tipologie di intervento</i>
A) Nuclei con figli minori in situazione di difficoltà che ricevono prestazioni socio-assistenziali	1. Erogazione contributi per le spese di mantenimento (vitto e abbigliamento), utenze domestiche (gas, luce e acqua), rette di scuole d'infanzia private e per la frequenza di centri extrascolastici non convenzionati, spese per l'abitazione, spese sanitarie
	2. Azioni per agevolare l'accesso agli alloggi ERP
	3. Messa a disposizione alloggi con contratto e oneri a carico del Servizio Sociale per a) nuclei con provvedimenti di sfratto, in situazione di grave disagio, non assistibili dall'Ufficio Abitazioni del Comune, ma rientranti nella tipologia prevista dall'accordo interistituzionale, b) madri in difficoltà con figli minori
	4. Trasporti scolastici
	5. Azioni per l'agevolazione nell'accesso a prestazioni relative al "diritto allo studio"
	6. Azioni per l'agevolazione nell'accesso alle scuole d'infanzia secondo l'accordo interistituzionale sul "disagio"
	7. Azioni per l'esonero da rette scolastiche
	8. Sostegno socio-assistenziale ai minori del "campo nomadi"
B) Nuclei con figli minori in situazione di difficoltà che necessitano di interventi di supporto alla genitorialità	1. Attività di a) ammissione alla frequenza dei Centri educativi e di accesso agli interventi educativi individualizzati, b) verifica sull'andamento delle frequenze e sulla collaborazione con il Terzo settore
	2. Inserimento nei centri educativi extrascolastici convenzionati o nei centri non convenzionati ma con rette a carico del Servizio

	3. Progettazione e attivazione degli interventi educativi individualizzati (domiciliari o finalizzati alla integrazione sociale)
	4. Progettazione e attivazione e attività di coordinamento degli incontri protetti
C) Donne minorenni o donne con figli minori che intendono uscire dalla prostituzione	1. Gestione rapporti con volontariato
	2. Presa in carico e attivazione progetto di protezione di minorenni vittime di tratta
	3. Presa in carico e attivazione di progetti in favore dei minori figli di donne vittime di tratta in corso di art. 18
	4. Presa in carico e attivazione di progetti in favore dei minori figli di donne vittime di tratta post art. 18
D) Nuclei con minori in situazione di rischio o danno per il minore	1. Fase di raccolta segnalazioni e indicatori di maltrattamento
	2. Attuazione provvedimenti della Magistratura Minorile a tutela dei minori (valutazione delle risorse genitoriali)
	3. Collocazione presso case famiglia e comunità educative in presenza della madre
	4. Appoggi e affidamento familiare
	5. Interventi di protezione con collocazione extra familiare in comunità di minori vittime di maltrattamento (GAM, Giovanni XXIII°, comunità non convenzionate)
	6. Gestione rapporti con volontariato
	7. Assistenza legale ai minori in conflitto di interesse con gli esercenti la potestà
	8. Adempimenti mandati della Magistratura Minorile e Ordinaria in tema di separazioni conflittuali
	9. Presa in carico, protezione e reinserimento sociale minori non accompagnati e minori richiedenti asilo
E) Minori in adozione	1. Attività sovradistrettuale: 1.1 coordinamento équipe provinciale adozione (conduzione riunioni, organizzazione gruppi, partecipazione attività programmazione al tavolo provinciale) 1.2 conduzione di gruppi di preparazione all'adozione 1.3 conduzione di gruppi di sostegno al post adozione
	2. Attività territoriale: 2.1 informazione alle coppie 2.2 istruttorie 2.3 vigilanza sugli abbinamenti
F) Minori disabili	1. Sussidi
	2. Gestione fondo non autosufficienza: assegni di cura minori - interventi educativi individuali e non - progetti
	3. Trasporti scolastici
	4. Inserimenti in CSR
G) Minori adolescenti in condizione di disagio	1. Interventi di sostegno in situazioni di disagio socio-psico-relazionale

	2. Interventi di accoglienza e accompagnamento all'autonomia di minori non accompagnati
	3. Interventi in favore di minori a rischio di devianza
	4. Borse lavoro
H) Minori in affido	1. Attività centralizzata: 1.1 attività di coordinamento della équipe provinciale affido 1.2 gestione delle anagrafi delle famiglie e richieste di abbinamento 1.3 partecipazione formazione e conduzione gruppi di preparazione 1.4 istruttorie affido 1.5 attività di abbinamento 1.6 attività promozionale e formativa 1.7 partecipazione Commissione vigilanza sulle comunità ex Direttiva Regionale
I) Minori vittime di abuso	1. Attività centralizzata: 1.1 attività di consulenza agli operatori della provincia e alle istituzioni in tema di mal trattamento e abuso 1.2 gestione dei dati relativi al mal trattamento 1.3 attività di diffusione del protocollo, attività di formazione degli operatori ed educatori 1.4 partecipazione al tavolo provinciale di programmazione sulla tutela (abusi e maltrattamento)

b) Settore Adulti

<i>Area</i>	<i>Tipologie d'utenza e di intervento</i>
A) Area Disabilità (persone con un'invalidità certificata superiore al 74%)	1. Persone in situazione di disabilità psico-fisica medio-grave e grave accolte nelle strutture residenziali
	2. Persone in situazione di disabilità psico-fisica che si intende mantenere nel proprio nucleo familiare e che sono inserite nei Csr diurni
	3. Persone in situazione di disabilità psico-fisica che si intende mantenere nel proprio nucleo familiare e per cui viene attivato l'assegno di cura per disabili

	<p>4. Persone in situazione di disabilità psico-fisica che si intende mantenere nel proprio nucleo familiare e per cui vengono attivati</p> <p>4.1 SAD 4.2 Pasti a domicilio 4.3 Sussidi economici 4.4 Telesoccorso 4.5 servizi del CAAD (Centro Adattamento Ambienti Domestici) 4.6 Trasporti 4.7 Buoni taxi</p> <p>5. Persone in situazione di disabilità determinata da gravi cerebrolesioni e con esiti da traumi cranio-encefalici per cui</p> <p>5.1 viene attivato l'assegno di cura a fondo sanitario e 5.2 sono effettuati inserimenti presso i Centri abilitati</p> <p>6. Persone in situazione di disabilità psico-fisica all'interno della scuola media superiore per cui si collabora con la famiglia, la scuola e altri servizi al fine di migliorare l'integrazione scolastica</p>									
<p>B) Area Disagio (persone con un'invalidità certificata dal 74% in giù)</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="491 803 1161 1109"> <p>1. Persone in situazione di povertà in seguito a perdita di lavoro, problematiche di salute, assenza di rete primaria, perdita della propria abitazione (sfratti, pignoramenti, indebitamenti), difficoltà di inserimento/reinserimento nel mondo del lavoro (per età, scarsa specializzazione, limitate capacità personali, ecc.), pensioni minime insufficienti a garantire i bisogni primari, invalidità civile, ISEE 0</p> </td> <td data-bbox="1161 803 1332 1980" rowspan="8"> <p><i>Prestazioni fornite:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SAD</li> <li>- Pasti a domicilio</li> <li>- Sussidi economici</li> <li>- Rette per centri diurni e residenziali</li> <li>- Rette per centri di accoglienza</li> <li>- Telesoccorso</li> <li>- Trasporti</li> <li>- Buoni taxi</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="491 1109 1161 1240"> <p>2. Persone senza fissa dimora, prive di rete primaria e secondaria, che necessitano di presa in carico globale (dall'aspetto economico, a quello lavorativo, abitativo ed assistenziale)</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="491 1240 1161 1371"> <p>3. Persone con problemi di disagio psichico e con pregressi di tossicodipendenza e/o di alcolismo, tali da rendere molto complessa l'integrazione lavorativa, relazionale e familiare</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="491 1371 1161 1447"> <p>4. Persone (maschi) in situazione di tratta e sfruttamento lavorativo (art. 18)</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="491 1447 1161 1579"> <p>5. Persone con esiti invalidanti da patologie cliniche "acute", persone con ritardo intellettivo, persone cresciute in condizioni familiari di deprivazione, che necessitano di accoglienza in strutture protette</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="491 1579 1161 1710"> <p>6. Persone immigrate, prese in carico solo a fronte di regolare permesso di soggiorno, per sostegno all'integrazione socio-lavorativa, assistenza economica e abitativa</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="491 1710 1161 1819"> <p>7. Persone richiedenti asilo politico, che si rivolgono al servizio prevalentemente per essere indirizzate ai progetti statali per loro previsti</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="491 1819 1161 1980"> <p>8. Donne extracomunitarie o comunitarie prevalentemente impegnate in attività lavorative di cura, cui viene offerta accoglienza ed assistenza economica, per difficoltà sanitarie che limitano la loro possibilità di lavorare</p> </td> </tr> </table>	<p>1. Persone in situazione di povertà in seguito a perdita di lavoro, problematiche di salute, assenza di rete primaria, perdita della propria abitazione (sfratti, pignoramenti, indebitamenti), difficoltà di inserimento/reinserimento nel mondo del lavoro (per età, scarsa specializzazione, limitate capacità personali, ecc.), pensioni minime insufficienti a garantire i bisogni primari, invalidità civile, ISEE 0</p>	<p><i>Prestazioni fornite:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SAD</li> <li>- Pasti a domicilio</li> <li>- Sussidi economici</li> <li>- Rette per centri diurni e residenziali</li> <li>- Rette per centri di accoglienza</li> <li>- Telesoccorso</li> <li>- Trasporti</li> <li>- Buoni taxi</li> </ul>	<p>2. Persone senza fissa dimora, prive di rete primaria e secondaria, che necessitano di presa in carico globale (dall'aspetto economico, a quello lavorativo, abitativo ed assistenziale)</p>	<p>3. Persone con problemi di disagio psichico e con pregressi di tossicodipendenza e/o di alcolismo, tali da rendere molto complessa l'integrazione lavorativa, relazionale e familiare</p>	<p>4. Persone (maschi) in situazione di tratta e sfruttamento lavorativo (art. 18)</p>	<p>5. Persone con esiti invalidanti da patologie cliniche "acute", persone con ritardo intellettivo, persone cresciute in condizioni familiari di deprivazione, che necessitano di accoglienza in strutture protette</p>	<p>6. Persone immigrate, prese in carico solo a fronte di regolare permesso di soggiorno, per sostegno all'integrazione socio-lavorativa, assistenza economica e abitativa</p>	<p>7. Persone richiedenti asilo politico, che si rivolgono al servizio prevalentemente per essere indirizzate ai progetti statali per loro previsti</p>	<p>8. Donne extracomunitarie o comunitarie prevalentemente impegnate in attività lavorative di cura, cui viene offerta accoglienza ed assistenza economica, per difficoltà sanitarie che limitano la loro possibilità di lavorare</p>
<p>1. Persone in situazione di povertà in seguito a perdita di lavoro, problematiche di salute, assenza di rete primaria, perdita della propria abitazione (sfratti, pignoramenti, indebitamenti), difficoltà di inserimento/reinserimento nel mondo del lavoro (per età, scarsa specializzazione, limitate capacità personali, ecc.), pensioni minime insufficienti a garantire i bisogni primari, invalidità civile, ISEE 0</p>	<p><i>Prestazioni fornite:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SAD</li> <li>- Pasti a domicilio</li> <li>- Sussidi economici</li> <li>- Rette per centri diurni e residenziali</li> <li>- Rette per centri di accoglienza</li> <li>- Telesoccorso</li> <li>- Trasporti</li> <li>- Buoni taxi</li> </ul>									
<p>2. Persone senza fissa dimora, prive di rete primaria e secondaria, che necessitano di presa in carico globale (dall'aspetto economico, a quello lavorativo, abitativo ed assistenziale)</p>										
<p>3. Persone con problemi di disagio psichico e con pregressi di tossicodipendenza e/o di alcolismo, tali da rendere molto complessa l'integrazione lavorativa, relazionale e familiare</p>										
<p>4. Persone (maschi) in situazione di tratta e sfruttamento lavorativo (art. 18)</p>										
<p>5. Persone con esiti invalidanti da patologie cliniche "acute", persone con ritardo intellettivo, persone cresciute in condizioni familiari di deprivazione, che necessitano di accoglienza in strutture protette</p>										
<p>6. Persone immigrate, prese in carico solo a fronte di regolare permesso di soggiorno, per sostegno all'integrazione socio-lavorativa, assistenza economica e abitativa</p>										
<p>7. Persone richiedenti asilo politico, che si rivolgono al servizio prevalentemente per essere indirizzate ai progetti statali per loro previsti</p>										
<p>8. Donne extracomunitarie o comunitarie prevalentemente impegnate in attività lavorative di cura, cui viene offerta accoglienza ed assistenza economica, per difficoltà sanitarie che limitano la loro possibilità di lavorare</p>										

	9. Nomadi che hanno trovato collocazione all'interno dei due campi nomadi esistenti sul territorio (1 comunale e 1 privato)	
	10. Detenuti e post detenuti (maschi): - in stato di reclusione presso la Casa Circondariale di Ferrara, - in stato di semi-libertà che possono fruire di inserimenti lavorativi protetti attraverso il Progetto "Sesamo" - dimessi dal carcere con indulto, che possono fruire di stage lavorativi - dimessi dal carcere che possono fruire degli sgravi fiscali da parte di ditte che li assumono perché considerate fasce protette	
C) Area SIL	1. Persone in carico all'Area Disabilità del Settore Adulti	<i>Prestazioni fornite:</i>  - stage lavorativi in aziende - inserimenti in laboratori protetti - inserimenti nel Laboratorio di Via Verga
	2. Persone in carico all'Area Disagio del Settore Adulti	
	3. Persone con problemi di disagio psichico in carico al DSM dell'Azienda UsI	
	4. Minori in carico al Settore Minori dell'ASP	

c) Il Settore Anziani

<i>Tipologie d'utenza</i>		<i>Tipologie di intervento</i>
A) Persone anziane parzialmente non autosufficienti, con un grado di	Anziani che conservano autonomie fisiche, cognitive e relazionali che però non sono sufficienti per affrontare la	1. SAD 2. Pasti a domicilio 3. Sussidi economici 4. Telesoccorso 5. Trasporti interni all'ASP 6. Partecipazione a progetti del Comune

<p>invalidità inferiore al 66%</p>	<p>quotidianità. Sono prevalentemente persone sole o con una rete primaria inadeguata e inaffidabile; l'assenza di supporti crea una condizione in cui il soddisfacimento di bisogni primari, quali l'alimentazione, la cura della persona e la sicurezza nell'ambiente di vita sono a rischio (anziani a rischio)</p>	
<p>B) Persone anziane non autosufficienti, con un grado di invalidità superiore al 66% o con valutazione dell'UVG</p>	<p>Anziani che a seguito di importanti patologie, esprimono bisogni socio-assistenziali che per l'elevata complessità e l'alto livello di dipendenza, possono essere valutati solo in modo integrato. Sono persone che vivono a domicilio solo con l'assistenza continua di un caregiver oppure in idonee strutture residenziali o semiresidenziali</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SAD</li> <li>2. Pasti a domicilio</li> <li>3. Telesoccorso</li> <li>4. Sussidi economici</li> <li>5. Trasporti</li> <li>6. Gruppo Appartamento Anziani</li> <li>7. Assegno di cura</li> <li>8. Rette per Centro Diurno convenzionato</li> <li>9. Rette per RSA</li> <li>10. Rette per strutture protette convenzionate</li> <li>11. Rette per strutture protette non convenzionate</li> <li>12. Buoni taxi</li> </ol>
<p>C) Persone anziane affette da demenza</p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Progetti specifici per anziani affetti da demenza</li> </ol>

D) Gestione delle Case Protette	Anziani che a seguito di importanti patologie, esprimono bisogni socio-assistenziali che per l'elevata complessità e l'alto livello di dipendenza, sono costrette a vivere in idonee strutture residenziali	
---------------------------------	---	--

Nell'ottica di recupero di economie di scala e di creazione di sinergie di cui si è detto sopra sarebbe importante avviare un lavoro di analisi per attivare un implemento della delega da parte dei Comuni all' ASP/ASSP di altri servizi ora in capo agli stessi, servizi per i quali già in questo momento si stanno sviluppando collaborazioni e ai quali l'ASP/ASSP potrebbe garantire maggiore flessibilità, efficienza ed efficacia, in virtù della gestione secondo principi aziendalistici che la caratterizza.

Altri servizi rientranti nel tavolo ASP possono essere : asili nido, servizio emergenze abitative/servizio abitazioni.

#### *Il controllo dei servizi accreditati*

I criteri e le linee guida per l'accreditamento dei servizi socio-sanitari e sociali, in applicazione delle leggi regionali 2/2003 e 20/2005, sono stati definiti dalla Giunta regionale con delibera 772/2007. La finalità è assicurare un elevato standard qualitativo dei servizi e delle strutture e regolare i rapporti tra committenti pubblici e soggetti produttori, attraverso contratti di servizio, superando la procedura attuale di selezione dei fornitori, basata sugli appalti, che non valorizzano la specificità dei servizi alla persona e non favoriscono la stabilità e qualificazione gestionale. Il sistema di accreditamento richiede precise garanzie sulla continuità assistenziale, sulla qualità, sulla gestione unitaria dei servizi

La sub committenza da parte dei Comuni alle ASP/ASSP è d'obbligo se vogliamo avere un reale monitoraggio da parte del pubblico dei servizi accreditati altrimenti il rischio è che adempiamo alla funzione di controllo senza realmente incidere: devo conoscere bene la composizione del filo per giudicare l'abito che compro, pagare viscosa per seta è un costo che il pubblico non può permettersi.

Non vi è conflitto di interessi!!! Nemmeno in vigenza della delega alle ASP delle funzioni di accesso: è sempre il committente che detta le regole ad un gestore pubblico che le deve applicare.