

CAPITOLO V

**STRUMENTI TECNICO – ORGANIZZATIVI E AZIONI PER L’INTEGRAZIONE
GESTIONALE E PROFESSIONALE E PER LA CONTINUITA’ ASSISTENZIALE**

1. Il sistema di governo della zona sociale

Il Comitato di Distretto con il Direttore di Distretto rappresenta l'organo di governo degli interventi e dei servizi realizzati nel Distretto e compresi nel Piano di Zona, e svolge le funzioni di programmazione locale delle politiche socio-sanitarie.

E' composto dai Sindaci (o loro delegati) della Zona Sociale, dal Direttore del Distretto di Reggio Emilia e dal Direttore (o suo delegato) dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova. Il Comitato di Distretto è l'organo politico istituzionale cui compete fissare gli indirizzi generali, gli obiettivi di lavoro, la verifica dei risultati, con riferimento alle risorse disponibili ed alla definizione dinamica del fabbisogno; rappresenta inoltre il luogo di gestione delle relazioni e della concertazione sociale. Inoltre, per quanto attiene il Piano distrettuale di attività per la non autosufficienza, il Comitato di Distretto approva il Piano stesso nell'ambito del Piano sociale di Zona e dei Programmi attuativi annuali, nonché assicura, tramite l'Ufficio di Piano, il monitoraggio della domanda, dell'accesso al sistema, del ricorso ai servizi, dell'utilizzo delle risorse e la gestione delle risorse del FRNA con cornice di lavoro il futuro accreditamento.

Gli ambiti compresi nella programmazione triennale derivano dalle indicazioni del Piano Regionale Sociale Sanitario e riguardano le attività sociali, socio-sanitarie e dei servizi sanitari territoriali, ricomponendo in un'unica programmazione l'insieme dei servizi nella linea di progressiva integrazione e coordinamento degli stessi.

La Zona Sociale di Reggio Emilia non presenta aggregazioni istituzionali sostenute da Unioni di Comuni, in quanto zona anomala per composizione

| | POPOLAZIONE 1/1/08 |
|----------------------|---------------------------|
| REGGIO EMILIA | 162.290 |
| ALBINEA | 8.350 |
| BAGNOLO in PIANO | 9.192 |
| CADELBOSCO DI SOPRA | 10.397 |
| CASTELNOVO DI SOTTO | 8.602 |
| QUATTRO CASTELLA | 12.662 |
| VEZZANO SUL CROSTOLO | 4.227 |
| totale | 215.720 |

con un Comune capoluogo al di sopra dei 160.000 abitanti e 6 Comuni medio-piccoli con popolazione variabile tra i 4.227 abitanti di Vezzano sul Crostolo e i 12.662 abitanti di Quattro Castella. L'assetto istituzionale del Distretto va verso la composizione in tre subzone: il Comune capoluogo, l'aggregazione "Bassa" (Comuni di Bagnolo in Piano, Cadelbosco di Sopra e Castelnovo di Sotto) per la quale si prevede la costituzione entro il 2010 di un'Unione dei Comuni e l'aggregazione "Pedecollina" (Comuni di Albinea, Quattro Castella e Vezzano sul Crostolo) che ha costituito un'Unione dei Comuni per la quale si prevede una prossima attivazione del Servizio Sociale Associato.

Sul versante della separazione delle funzioni pubbliche di governo (programmazione, regolazione, verifica dei risultati) da quella di produzione dei servizi e delle prestazioni la struttura del Distretto assicura come è ovvio comunque una netta separazione, non presentando funzioni associate se non nella parte di programmazione regolazione, committenza e monitoraggio (Ufficio di Piano, Servizio Assistenza Anziani, Servizio Unificato Disabili Adulti).

L'Ufficio di Piano per la zona sociale è lo strumento tecnico del Comitato di Distretto a supporto della programmazione sociale e sociosanitaria e, rispetto alle attività specifiche relative al FRNA ed in particolare (deliberazione 509/2007), svolge:

- a) "attività istruttoria, di supporto all'elaborazione e valutazione della programmazione distrettuale del FRNA
- b) attività istruttoria e di monitoraggio per la definizione di regolamenti distrettuali sull'accesso e la compartecipazione degli utenti alla spesa;
- c) coordinamento degli strumenti tecnici per l'accesso e la valutazione d'accesso
- d) gestione delle attività attuative del FRNA: utilizzo delle risorse, monitoraggio e verifica in itinere dei risultati del Piano annuale per la non autosufficienza e dell'equilibrio del Fondo distrettuale per la non autosufficienza; raccordo ed utilizzo delle rilevazioni sulla domanda e sull'offerta (anche con riferimento all'attività degli sportelli sociali) per la non autosufficienza; definizione e gestione di percorsi di formazione comuni tra i servizi della zona."

In tal senso, l'Ufficio di Piano connota al proprio interno dal gennaio 2007 le funzioni prima svolte dal Servizio Assistenza Anziani che ne forma parte.

L'Ufficio di Piano della Zona Sociale di Reggio Emilia si è costituito mediante convenzione tra il Comune capo-distretto (Reggio Emilia) e l'Azienda USL Distretto di Reggio Emilia firmata in data 21 dicembre 2007 in base alla deliberazione del Consiglio Comunale di Reggio Emilia n. 301 del 17/12/2007 e agli atti dei Consigli Comunali del Comune di Albinea (n. 67 del 26/11/2007), Bagnolo in Piano (67 del 14/11/2007), Cadelbosco di Sopra (n. 54 del 27/11/2007), Castelnovo di Sotto (n. 95 del 29/11/2007), Quattro Castella (n. 95 del 29/11/2007) e Vezzano sul Crostolo (n. 75 del 16/11/2007) che individuano il Comune di Reggio Emilia quale Comune capofila per la stipula della convenzione. La convenzione stessa è inoltre stata recepita con deliberazione n. 35 del 5/02/2008 del Direttore Generale dell'Azienda USL di Reggio Emilia. La convenzione disciplina composizione, funzioni e compiti dell'Ufficio di Piano ed in particolare le modalità di accesso alla rete dei servizi socio-sanitari (e quindi anche quelli gestiti attraverso il Fondo regionale non autosufficienza) e le modalità di gestione sotto il profilo amministrativo/contabile. Per la composizione e le funzioni si veda più in specifico la scheda intervento dedicata

Completano il sistema di governo della zona Sociale 6 Tavoli tematici permanenti (costituiti nel 2005 e da allora regolarmente operanti) con funzioni di negoziazione, monitoraggio, costruzione e proposta di obiettivi strategici (vedi il percorso di costruzione del Piano)

A livello provinciale si è recentemente costituito (ottobre 2008) un Ufficio di Supporto al momento non chiaramente configurato a livello formale e sostanziale e principalmente costituito da un coordinamento degli Uffici di Piano della Provincia di Reggio Emilia. Il profilo di comunità e l'Atto di indirizzo sono stati elaborati in contemporanea alla costruzione della programmazione triennale di zona e sono stati approvati in data 16 marzo u.s. e non hanno quindi potuto costituire base di costruzione della programmazione triennale come nelle indicazioni regionali, ma costituiscono comunque importante parte della programmazione qui delineata.

2. Accesso ai servizi socio-sanitari

I Servizi sociali del Distretto di Reggio Emilia si sono mossi in questi anni, affrontando anche (in particolare nel Comune capoluogo) una riorganizzazione a più stadi che ha portato dal 2000 in poi all'assunzione diretta di tutte le competenze in materia sociale e dal 2005 in poi all'organizzazione del Servizio Sociale in Poli territoriali di Servizio Sociale, in un cambiamento di prospettiva del lavoro sociale che oggi è chiamato a contribuire a "costruire comunità" sul territorio. Il territorio è visto come luogo della partecipazione, del diritto di cittadinanza e della responsabilità diffusa, luogo da valorizzare per il superamento della frammentazione sociale che isola ed impoverisce. La sfida della "domiciliarità" come appartenenza a un contesto da conoscere e fare interagire perché sappia "prendersi cura" dei suoi membri è il terreno

di lavoro cui sono chiamati i Servizi, nel reperire e costruire connessioni (lavoro di rete), nel sostenere le risorse presenti sul territorio che ne rappresentano il capitale sociale, nel costruire un welfare dell'ascolto e della responsabilità, nel costruire legami solidali.

Occorre uscire dalla polarità persona/utente e Servizio per costruire un continuum che coinvolga oltre alla persona interessata, la famiglia, la comunità, il vicinato, il quartiere, il volontariato e i servizi.

La riorganizzazione del Servizio sociale territoriale nel distretto non intende produrre solamente un diverso disegno organizzativo: sono i contenuti del lavoro sociale che cambiano, nel passaggio da un impianto a canne d'organo, in cui è presente una visione frammentata della persona, della famiglia e dei problemi, a un sistema integrato di interventi e servizi in cui sono identificate le problematiche sociali ed è possibile affrontarle in modo più unitario.

I passaggi fondamentali di questo percorso organizzativo sono stati:

- la costituzione di gruppi di lavoro in cui si è superata la divisione rigida per area di attività e sono state create comunicazioni e conoscenze tra ambiti professionali molto diversi;
- la funzione di accoglienza come elemento cardine della relazione con i cittadini che si esplica come sportello sociale (e ancor più, sportello di cittadinanza) capace di leggere i problemi con approccio orientato a come il cittadino e la sua famiglia vivono il problema, piuttosto che su una risposta prestazionistica del Servizio;
- la costruzione di tipologie, lavorando per rappresentare le problematiche in aggregazioni di situazioni con caratteristiche ed ordini di problemi simili, che forniscono indicazioni mirate per la progettazione e realizzazione delle offerte;
- la relazione come fulcro per lo svolgimento delle attività. La relazione implica attenzione ed ascolto e quindi riconoscimento delle caratteristiche, delle domande, delle esigenze, delle problematiche, delle attese dell'utente e della sua famiglia;
- il potenziamento delle attività del territorio, con in primis la costruzione di una mappatura che rilevasse le realtà sociali del territorio di competenza, da qui partendo per approfondire legami col contesto, assumendo progettazioni e co-progettazioni di territorio, in collaborazione con i Tavoli di quartiere e le organizzazioni sociali del territorio.

Rispetto alla tematica della non autosufficienza ci sembra che la strada intrapresa sia coerente con la sfida vera che la non autosufficienza pone, cioè l'assunzione di responsabilità dell'intera comunità civile nei confronti delle esigenze correlate con la conquista del benessere in ogni fase e condizione del ciclo di vita delle persone. La riorganizzazione in Poli territoriali di Servizio Sociale consente inoltre di portare avanti ed approfondire molte delle tematiche innovative identificate in questo Piano e indicate dalla deliberazione regionale ed in particolare lo sportello sociale, gli interventi per l'emersione del lavoro di cura a domicilio, gli interventi per la socializzazione e il contrasto della solitudine e dell'isolamento.

Gli Sportelli sociali presenti nella Zona Sociale sono 7, di cui cinque presenti nel Comune capoluogo e 2 afferenti ciascuno alle due subzone Bassa e Pedecollina

Lo Sportello Sociale nelle intenzioni regionali e nella declinazione locale vede come sfondo l'intento di rendere maggiormente visibili e più accessibili i servizi, integrare servizi, risorse e professionalità che concorrono alla informazione, orientamento e valutazione, alla definizione del percorso assistenziale e all'erogazione dei servizi. Gli Sportelli Sociali della Zona Sociale di Reggio Emilia intendono inoltre lavorare sulla costruzione di capitale sociale e quindi su un ulteriore obiettivo di sfondo dello Sportello Sociale che sia capace di costruire un *plus* di relazioni e coesione sociale

utile non solo al singolo caso di assistenza, ma alla crescita della comunità nel suo complesso. Nel corso del triennio scorso sono stati fatti passi avanti nel passaggio da una funzione di accoglienza già esercitata dai Poli territoriali di Servizio sociale al passaggio a Sportello sociale e ne elenchiamo alcune:

- Ogni Sportello Sociale del territorio (Poli territoriali di servizio sociale) ha attuato fin dal suo insediamento (a partire dal 2005) una costruzione di mappa dei servizi offerti dai territori di riferimento in connessione con i servizi di area sanitaria, sociale, scolastica, della casa, del lavoro, del privato sociale operante sul territorio. Sono già state individuati i responsabili dell'aggiornamento di queste mappe (equipe accoglienza del Polo) e le modalità del loro aggiornamento. Si prevede nel corso del 2009 lo studio di "schede comuni" da utilizzare in tutti gli sportelli sociali per questa funzione
- E' stata definita a livello distrettuale una scheda di accesso ed è stata informatizzata su tutto il distretto con l'acquisto di un sistema informativo (GARSIA) e la formazione di tutti gli operatori. Si prevede entro il 2010 l'utilizzo di una "cartella integrata dell'assistito" informatizzata cui avranno accesso i vari punti della rete (sociale, sanitario, fornitori dei servizi) con diversi livelli autorizzatori. Si attendono sulla "cartella integrata" indicazioni regionali sulla sua costruzione. Intanto, ci si è mossi per la definizione di un sistema informativo unico dei servizi sociali in cui sia possibile rilevare tutti gli interventi operati sui singoli soggetti (al sistema acquistato - GARSIA - sarà possibile connettere più soggetti, oltre ai Comuni del Distretto, già connessi, l'AUSL Distretto Servizi Territoriali, FCR e le ASP. In futuro anche Case Protette, strutture residenziali e semi residenziali disabili)
- Tutti gli sportelli sociali sono dotati di punti fisici di accesso molto riconoscibili e collegati ai propri territori di riferimento (5 nel comune capoluogo organizzati in 5 Poli territoriali di Servizio Sociale, 1 per ogni Comune del Distretto a loro volta organizzati in due Poli territoriali di Servizio Sociale) con apertura di minimo 11 ore settimanali
- Particolare attenzione è stata dedicata in questi anni alla formazione degli operatori dello sportello sociale tramite percorsi complessi e continui. A ottobre 2008 un importante step formativo ha previsto un momento di formazione comune tra tutte le equipe di sportello dei Poli territoriali di Servizio Sociale, gli infermieri del Servizio Infermieristico Domiciliare del territorio di riferimento e i Medici di Medicina Generale del Nucleo di Cure Primarie (i Nuclei di Cure Primarie corrispondono come territorio ai Poli territoriali di Servizio Sociale).
- Obiettivo 2009 sarà la definizione di equipe stabili e dedicate alla funzione di sportello sociale (denominata funzione accoglienza e progettazione territoriale all'interno dell'organizzazione dei Poli territoriali di Servizio Sociale). Tutti gli addetti allo Sportello Sociale hanno qualifica di assistente sociale o educatore professionale o operatore sociale con specifica professionalità universitaria.
- La funzione di collegamento tra Sportelli sociali e Sportelli unici distrettuali tramite accordi specifici è obiettivo 2009. In particolare, obiettivo 2009 è la strutturazione completa del PUA sanitario su tutti i percorsi sanitari connessi ai servizi sanitari territoriali in modo da facilitare i protocolli e accordi specifici tra sportelli sociali e PUA.
- Esistono procedure di collegamento per la valutazione, presa in carico e per le attività di promozione sociale con lo Sportello del Servizio Sociale ospedaliero, con il Centro Demenze e con lo Sportello Informa famiglie e Bambini e con il Centro Famiglie. In costruzione procedure non solo di collegamento, ma di integrazione funzionale tra lo Sportello Assistenti Familiari (in avvio metà 2009, già presente un punto della rete - sportello ASPASIA a Bagnolo). In costruzione procedure di collegamento più strutturate delle attuali con il CAAD (prevista una formazione/azione a giugno 2009) anche in collegamento con il nuovo ruolo

svolto dal CAAD nei contributi dell'adattamento domestico previsti dal FRNA. In costruzione procedure di maggiore integrazione con il Centro Informazione Immigrati. Procedure di integrazione già strutturate con la Casa delle Donne, con il Servizio Sociale Ospedaliero e con Ufficio Casa. Stretto collegamento con i MMG già attuato e via di continuo rafforzamento per tutto il triennio (anche grazie all'esperienza dell'UVM condotta con i MMG). Esperienze di collaborazione anche molto strutturate con le Parrocchie del territorio e con la Caritas per quanto riguarda gli invii e i supporti.

- Da giugno 2008 attivo un progetto di "Infermiere di comunità" su un quartiere della città pensato come "sportello sociale itinerante" e con forti competenze di "cerniera" tra il Nucleo di Cure Primarie e lo Sportello Sociale del territorio.

Guidano la strutturazione degli Sportelli sociali territoriali alcune indicazioni strategiche che sono qui brevemente riassunte

a. ACCESSO/CONTATTO

Appare necessario costruire una rappresentazione dell'accesso che operi alcune transizioni tendendo:

- **ad una funzione organizzativa dell'accesso, in cui sono coinvolti più ruoli e più figure professionali e più luoghi**. Questo significa riconoscere i diversi soggetti che sono nei fatti punti di contatto/accesso con i cittadini, individuare le criticità presenti (es. comunicazioni non del tutto appropriate ai cittadini) e valorizzare le potenzialità di creazione di rete e di integrazione. In quest'ottica si è mosso per esempio il progetto dello sportello assistenti familiari che rappresenta uno dei "capitoli" dello Sportello Sociale – in quest'ottica si muovono i Poli sulla progettazione territoriale – in quest'ottica si è condotta la c.d. "riprogettazione dei Centri Diurni" che ha esitato nei Tavoli di quartiere come dispositivo organizzativo "spendibile" sulla visione anche più complessiva dell'accesso – in quest'ottica si tenterà (ma importanti segnali di disponibilità sono già pervenuti) di "esportare" la scheda dell'accoglienza anche ad altri punti della rete (servizio sociale ospedaliero, parrocchia San Pellegrino e Casa Betania per le famiglie che richiedono l'assistente familiare)

- **verso il riconoscimento attivo che nel territorio i punti di accesso dei cittadini sono molteplici** (es. Centro Famiglie, Medico di medicina generale, Caritas, URP, operatori dell'assistenza domiciliare...). Appare dunque necessario mappare questi luoghi, riconoscerli, conoscerli, mettere a disposizione informazioni, raccogliere informazioni, integrare. Questa funzione viene perseguita dai Poli all'interno della progettazione territoriale che si ipotizza come strettamente interconnessa alla funzione di sportello sociale

- **ad una funzione più unitaria ed integratrice**: la funzione di accesso sta sul confine tra fuori e dentro l'organizzazione del Comune. Funzione più interna: accogliere domande/segnalazioni dei singoli, trattare i dati relativi a ciò che si accoglie. Funzione più esterna: interagire con chi intercetta domande sociali per costruire progetti e processi sociali e progettualità.

b. ASCOLTO

La modalità di ascolto scelta già dall'accoglienza che in questi anni si è venuta strutturando nei Poli e che rappresenta il primo nucleo della costruzione dello Sportello Sociale è una modalità di ascolto attiva e diffusa. **Attiva** perché strutturata sulla costruzione di una scheda che esplora ed accoglie emotività, sfoghi e dolori dei cittadini, **diffusa** perché l'ascolto non è un ascolto tradizionalmente selettivo (=passaggio ai colleghi), ma esita in orientamento, osservatorio e raccolta delle domande sociali, ascolto, accoglienza e supporto alle iniziative e alla progettazione dei soggetti del territorio. Lo sforzo è di non connotare l'ascolto sulle risposte preconfezionate e sulla erogazione di prestazioni. Rimane comunque prevalente e **da**

superare una visione di ascolto come dimensione individuale – da transitare ulteriormente verso una dimensione collettiva che coinvolge gruppi e progetti.

I Nuclei delle cure primarie costituiscono per la parte sanitaria l'ambito organizzativo nel quale si realizza collegialmente l'integrazione professionale ed operativa delle diverse figure, indipendentemente e nel rispetto delle strutture di appartenenza e si realizzano le reti cliniche per la presa in carico e la gestione integrata e condivisa dei percorsi di cura dei pazienti per i bisogni sanitari e socio-sanitari. Obiettivo del triennio è l'individuazione di sedi comuni per i Nuclei di Cure Primarie e i Poli territoriali di servizio sociale.

Sono già da tempo operanti unità di valutazione multidimensionale per l'area non autosufficienza (UVM con medici di medicina generale, UVM con geriatri, UVH del servizio unificato disabili adulti) coordinate ed attivate dal Servizio Assistenza Anziani per l'area Anziani (SAA) e dal Servizio Unificato Disabili Adulti (UASD) per l'area handicap adulto. Al SAA e all'UASD confluiscono tutte le valutazioni multidimensionali effettuate dalle UVM che concorrono assieme ai criteri di priorità regolamentari alla costruzione delle liste distrettuali di accesso alla rete dei servizi residenziali e temporanei e di sollievo (compresi Nuclei demenze) e per i quali il SAA e l'UASD autorizzano l'ingresso. Inoltre, il SAA e l'UASD coordinano e trasmettono alle segreterie rispettive per l'erogazione tutte le istruttorie per l'attivazione degli assegni di cura e coordinano ed ottemperano, assieme al Distretto, ai debiti informativi regionali e/o distrettuali. Il SAA e l'UASD adottano procedure omogenee che promuovano uniformità di trattamento nei confronti dei cittadini del distretto e che garantiscono le procedure di urgenza e le necessità dell'emergenza. In via di avanzata definizione è l'UVH minori per la definizione e l'accesso ai percorsi assistenziali socio-sanitari (assegni di cura, attività extrascolastiche sostenute dal FRNA, definizione di PEI) attivata a inizio 2009. Obiettivo 2009 è la strutturazione di un'unità di valutazione multiprofessionale dedicata all'area della salute mentale, come da indicazione regionale e di unità di valutazione multiprofessionali nell'area delle dipendenze patologiche e nell'area dei minori in difficoltà, come da indicazioni degli Accordi di Programma in via di strutturazione.

Allegata al Piano Sociale 2009-2011 è il Protocollo di Intesa sui criteri generali a supporto della redazione degli Accordi di Programma settoriali in materia di integrazione socio-sanitari (anziani, disabili, famiglie con minori, salute mentale/esclusione sociale, dipendenze) tuttora in fase di rivisitazione o costruzione. L'Intesa segna un'importante evoluzione del processo di integrazione socio-sanitaria e definisce prospettive in ordine all'assetto per l'esercizio delle funzioni sociali nel Distretto. Oltre alla costituzione di unità di valutazione integrate, alla riconduzione all'Ufficio di Piano delle funzioni di coordinamento complessivo e di gestione operativa degli accordi, l'Intesa generale assume grande rilievo in relazione alla possibilità di rendere più congruenti questi assetti con gli orientamenti strategici, in particolare quelli collegati alla costruzione dei servizi integrati di prossimità.

3. Servizi socio-sanitari integrati: accesso, gestione, coprogettazione

Rispetto ai servizi socio-sanitari relativi ai settori anziani e disabili, il governo degli accessi è e sarà per il triennio a gestione diretta del Comune (anche nelle sue forme di Aziende a diretto controllo del Comune) e dell'AUSL – Distretto. In particolare, quindi, lo Sportello Sociale, il Servizio sociale territoriale, nonché tutte le Unità di Valutazione integrate (UVM anziani, UVM gracer, UVH adulti e UVH minori) saranno mantenute nell'attuale forma di gestione pubblica diretta. In questo modo, le funzioni di orientamento, accoglienza, valutazione della domanda, presa in carico e invio ai

servizi appropriati sono in carico al Comune e alla AUSL, al fine di garantire adeguato ricorso ai servizi, governo degli accessi, capacità di lettura delle domande in evoluzione e riorientamento continuo dei servizi.

Allo stesso modo, nell'ambito delle politiche educative e della prima infanzia, il ruolo di governo degli accessi rimane in ambito pubblico. Allo stesso modo, per le altre aree di intervento del piano, con la progressiva strutturazione di altre unità di valutazione nell'ambito degli Accordi di Programma, non solo l'accesso (nell'accezione di orientamento/accoglienza/valutazione della domanda/presa in carico/invio ai servizi pertinenti) rimane a governo pubblico, ma si va ad accentuare e rafforzare l'integrazione tra le politiche sanitarie e le politiche sociali e l'integrazione professionale.

Il quadro delle modalità gestionali presenti nei servizi sociali e socio-sanitari della Zona sociale presenta un assetto articolato, complesso e plurale delle forme gestionali utilizzate, costruito sulla ottimizzazione dell'efficacia ed efficienza delle soluzioni scelte, degli standard di servizio garantiti e della qualità dei servizi erogati. Si è negli anni affermata (e ribadita negli indirizzi strategici di questo piano) la necessità di mantenere in capo al Comune (o alle Aziende direttamente controllate) una capacità e "sapienza" di gestione di servizi al duplice scopo di mantenere una valutazione comparata della economicità ed efficacia dei servizi e di monitorare il livello del case mix con diversi parametri. Per quanto riguarda l'innovazione, le gestioni dirette e le Aziende di proprietà comunale diventano come è ovvio i primi partner delle sperimentazioni, ma in particolare il privato sociale ha in questi anni evidenziato una forte capacità di propositività nell'innovazione, in particolare in settori meno tradizionalmente presidiati dal pubblico, che è necessario raccogliere, connettere alla rete dei servizi e valorizzare, in un'ottica di coprogettazione che si è evidenziata in diversi campi e che verrà mantenuta nel triennio. In particolare, è indirizzo strategico del piano la conferma del sostegno alle forme associative e di imprenditoria sociale presenti nel territorio per la gestione di servizi di interesse pubblico ove già presenti nella costruzione di risposte ai bisogni sociali o laddove si proponga una partnership per intervenire su aree di bisogno congiuntamente individuate, in un'ottica di forte corresponsabilizzazione dei soggetti coinvolti.

Inoltre, in capo a Comune ed AUSL viene mantenuto e in prospettiva rafforzato tramite la progressiva strutturazione dell'Ufficio di Piano e degli Accordi di Programma di integrazione socio-sanitaria, il governo complessivo della rete, soprattutto sotto il profilo della verifica e monitoraggio, della spinta all'innovazione, della partecipazione delle formazioni sociali e dei cittadini e del supporto alla qualità dei servizi erogati.

Da questo punto di vista, le innovazioni che verranno introdotte dal sistema dell'accreditamento troveranno un tessuto connettivo già ben strutturato con forme di coprogettazione già evolute rispetto al tradizionale appalto e le forme di affidamento previste dal sistema dell'accreditamento, pur nella grande complessità di riassetto organizzativo e funzionale che richiederanno al sistema, andranno ad essere complementari all'ottica di collaborazione con le attività imprenditoriali private e del privato sociale già presenti e all'ottica di forte capacità gestionale diretta che i soggetti pubblici della zona sociale hanno sempre esercitato. Al tempo stesso, forti preoccupazioni accompagnano il processo di accreditamento, sul versante sia dei costi sia del possibile irrigidimento su item di verifica formale, mettendo a rischio metodologie di lavoro e costruzione di rapporti che rappresentano una delle ricchezze del territorio distrettuale. Nel periodo di vigenza di questo Piano è prevista una graduale e accompagnata prima applicazione delle norme dell'accreditamento per i servizi socio-sanitari per anziani e disabili e dei servizi di nido.

- **Programma di trasformazione delle IPAB in Aziende di servizi alla Persona**

Il Programma di trasformazione delle ex IPAB in Aziende di Servizi alla Persona (ASP) stilato con lo scorso Piano di zona, è stato completato nel periodo di vigenza del Piano 2005-2008.

Al momento attuale sono presenti e operanti nella zona sociale quattro Aziende di Servizi alla Persona:

- RETE con sede a Reggio Emilia e con ambito di attività anziani multiservizi (trasformata 1/1/2008)
- OSEA con sede a Reggio Emilia e con ambito di attività minori multiservizi (trasformata 1/6/2008)
- SS. PIETRO E MATTEO con sede a Reggio Emilia e con ambito di attività disabili multiservizi (trasformata 1/2/2009)
- OPUS CIVIUM con sede a Castelnovo di Sotto con ambito di attività multisettoriale e multiservizi a servizio dei comuni di Bagnoli in Piano, Cadelbosco di Sopra e Castelnovo di Sotto oltre che dell'ambito distrettuale (trasformata 1/1/2008).

Tutte le aziende (ad eccezione di SS. PIETRO E MATTEO, ultima a trasformarsi - 1/02/2009 per la quale è in corso) hanno completato un percorso tecnico-professionale di adeguamento delle proprie strutture di gestione alla nuova dimensione aziendale. Si prevede nel periodo di vigenza del Piano un affinamento dello strumento gestionale del contratto di servizio come strumento di sviluppo e monitoraggio delle attività aziendali, in particolare per le aziende con gestione di servizi socio-sanitari ad alta complessità gestionale e con alto livello di integrazione nella rete dei servizi socio-sanitari distrettuali (RETE e OPUS CIVIUM). Si prevede in particolare per OSEA una maggiore integrazione tra le attività dell'azienda con la rete dei servizi socio-sanitari del distretto, con la valorizzazione di competenze gestionali maturate e a supporto delle attività di presa in carico delle situazioni di allontanamento e di accoglienza per minori e famiglie in difficoltà. Si prevede inoltre per OPUS CIVIUM un ulteriore, graduale e accompagnato sviluppo dei servizi conferiti, in particolare nel settore socio-educativo, da parte dei Comuni della Bassa.