



DATI DEL CAMPO		CAMPO DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI	
LA PIANIFICAZIONE CCANI	TERRITORIO	INDIVIDUAZIONE DEL CAMPO	
	<ul style="list-style-type: none"> Tutto il territorio provinciale 	<p>Il campo comprende le attività degli enti locali, delle organizzazioni non profit e delle imprese, in materia. Il settore presenta importanti risvolti sociali ed economici in quanto contribuisce al completamento del servizio sanitario e allo sviluppo socio-economico del territorio, attraverso il raggiungimento di più elevati standard di qualità di vita e la creazione di valore aggiunto e occupazione.</p>	
	ORGANISMI	ANALISI DEI PROCESSI	
	<ul style="list-style-type: none"> RAS Ass.to Igiene Sanità e Assistenza Sociale Provincia di OR Comuni Azienda ASL Imprese Associazioni di categoria Enti di formazione 	<p>Nell'erogazione di servizi socio assistenziali sono coinvolti diversi livelli amministrativi pubblici e diversi organismi privati. L'evoluzione normativa recente in materia di devoluzione, ha ampliato le competenze degli enti locali determinando nuovi assetti organizzativi. In attesa del recepimento da parte della Regione della legge quadro sull'Assistenza, che dovrà definire competenze gestionali e organizzative, i servizi sono erogati attualmente da province e comuni, in forma diretta o indiretta, e da associazioni di volontariato e altri organismi no-profit che costituiscono il mondo del <i>privato sociale</i> o <i>terzo settore</i>. La recente produzione normativa, inoltre, nel tentativo di superare le distanze organizzative che si sono create tra settore sanitario e settore assistenziale, ribadisce la necessità di una organizzazione e gestione integrata delle due componenti, promuovendo forme associative tra enti locali e aziende sanitarie locali. Le Province, attualmente attive nel campo socio-assistenziale, attraverso interventi diretti e indiretti, vedranno probabilmente rafforzato il loro ruolo di coordinamento e supporto tecnico ai comuni.</p>	
	SETTORI	<p>La ricostruzione statistica del fenomeno presenta alcuni problemi legati alla mancanza di studi e censimenti periodici e alla parcellizzazione delle informazioni, soprattutto in merito al privato sociale.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Servizi Socio-Sanitari Trasporti, Formazione e Ricerca, Insedimenti 	<p>L'amministrazione pubblica</p> <p>Al 1999 l'offerta regionale di strutture residenziali e semiresidenziali, consta di 185 presidi, per un totale di 4.456 posti letto di cui rispettivamente il 14,6% e l'11,6% nella Provincia di Oristano, prevalentemente destinati agli anziani (il 76% delle strutture della provincia e l'83% dei posti letto). Ai minori sono destinate, a livello regionale, 46 strutture con 503 posti letto di cui 4 con 72 posti letto nella Provincia di Oristano. Le strutture per disabili in Sardegna sono complessivamente 16, di cui una nella provincia di Oristano, nel distretto sanitario di Ghilarza, dotata di 15 posti letto, il 2,3% dei posti letto regionali.</p>		
CAMPI	<p>La Provincia di Oristano, nel 2000, ha effettuato interventi esclusivamente in forma indiretta, attraverso convenzioni con soggetti impegnati nella gestione e erogazione di servizi socio-assistenziali. Un dato in controtendenza con le altre province sarde e, in generale con il meridione d'Italia, ma in linea con il Nord e che lascia intravedere spazi di crescita per il terzo settore; si tratta, infatti, prevalentemente di trasferimenti diretti a famiglie e organismi privati quali cooperative sociali, associazioni di volontariato, etc. La spesa totale ammonta a 497.864 euro per un totale di 283 assistiti (il 18,9% della spesa e il 16,5% degli assistiti complessivi delle Province sarde).</p>		
NORMATIVA E STATO DELLA PIANIFICAZIONE	<p>La spesa media per assistito destinata ad ogni area è inferiore rispetto alle altre province, mentre è elevata la spesa per altre attività sociali (programmazione, coordinamento, raccolta dati, valutazione e realizzazione di progetti assistenziali). Prevalgono gli interventi a favore di infanzia e maternità e disabili: nel 2000 nessuna provincia ha effettuato interventi a favore degli anziani, solo le province di Sassari e Oristano hanno destinato risorse agli immigrati e nomadi e solo Cagliari e Sassari si sono occupati del contrasto alla povertà.</p>		
Comunitaria	<p>La Provincia di Oristano, mantiene tuttora le sue competenze in materia di minori (ex ONMI, riconosciuti dalla sola madre e portatori di minorazioni visive e auditive), sostiene le attività del volontariato e promuove progetti volti</p>		
<ul style="list-style-type: none"> Trattato di Amsterdam-Art 152 Programma DAPHNE 2000-03 (misure preventive intese a combattere la violenza contro i bambini, i giovani e le donne) Decisione n. 293/2000/CE COM(94) 333 - Libro bianco (Occupazione e politica sociale) COM(93) 551 - Libro verde (Politica sociale europea) Nazionale Piano Sanitario Nazionale 2003-05 L.328/2000 (legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) L.104/92 (legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate) 			
Regionale			
<ul style="list-style-type: none"> Piano Regionale Socio-assistenziale 1998-00 L.R.4/88 (Riordino delle funzioni socio-assistenziali) L.R.8/99 (Disposizioni in materia di programmazione e 			



finanziamenti per i servizi socio-assistenziali. Modifiche e integrazioni alla L.R.4/88) <ul style="list-style-type: none"> ▪ L.R.16/1997 (Norme per la promozione e lo sviluppo della Cooperazione Sociale) ▪ L.R.39/1993 (Disciplina delle attività di volontariato e modifiche alle L.R. 4/88 e 3/89)
PROGRAMMAZIONE E INTERVENTI
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Osservatorio Regionale per le Politiche Sociali (L.R. 8/99 n. 8 art. 3) ▪ In attesa del recepimento da parte della Regione della L. Quadro sull'assistenza
CASI DI RIFERIMENTO
FONTI DOCUMENTALI
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Provincia di Oristano – Assessorato alle Politiche sociali ▪ Regione Sardegna, Osservatorio Regionale Politiche Sociali - Rapporto 1999; Assessorato Igiene e Sanità ▪ ISTAT – “Primo censimento Istituzioni non profit”, 1999; ▪ ISTAT - 8° censimento Industria e Servizi – Anno 2001

all'integrazione sociale delle persone svantaggiate. Recentemente ha inoltre avviato alcuni progetti innovativi che privilegiano forme di intesa interistituzionale tra cui la sperimentazione del Reddito Minimo di Inserimento in collaborazione con 49 comuni della provincia e l'indagine pilota sui disturbi dell'apprendimento che coinvolge l'ASNE di Roma, la ASL e il Centro servizi amministrativi di Oristano.

La maggior parte delle competenze socio-assistenziali ricadono sui comuni, in particolare in riferimento ad asili nido, assistenza educativa, ludoteche, centri di aggregazione sociale, laboratori per minori, soggiorni e colonie estive, servizi informativi, affidamenti familiari, ricoveri in comunità per minori e altre attività.

L'adozione del primo Piano Regionale Socio-assistenziale (1990-92) e la promulgazione normativa ha dato impulso allo sviluppo dell'attività socio-assistenziale comunale soprattutto nel campo minorile, determinando l'incremento degli utenti e delle strutture per attività ricreative ed educative. Nel confronto fra province sarde, Oristano presenta un numero più contenuto di comuni che hanno attivato i servizi di cui sopra, ma il rapporto migliora relazionando tali valori con la relativa fascia d'utenza potenziale e considerando la numerosità relativa di comuni di ogni provincia (in particolare in merito ai servizi ai minori: numero di posti negli asili nido, diffusione dell'assistenza educativa e delle ludoteche, organizzazione di soggiorni e colonie estive). La presenza di tanti piccoli comuni incide sulle performance: ad un'utenza dispersa su un territorio ampio, corrisponde la concentrazione dei servizi nei comuni di dimensioni maggiori soprattutto nel caso in cui l'erogazione richieda importanti investimenti infrastrutturali e gestionali minimi.

Relativamente alla gestione delle strutture nella provincia di Oristano i comuni risultano gestori di tutti gli asili nido pubblici, delle ludoteche e dei centri di pronto intervento. Lo spazio per i privati è totale, invece, nelle colonie e nelle case protette e rilevante nelle comunità alloggio per minori e per anziani. Nel complesso, le strutture gestite sono equamente suddivise tra gestione pubblica e gestione privata (rispettivamente 51% e 49%) con un numero di assistiti leggermente maggiore per i comuni (56%).

Il terzo settore

Il settore privato costituisce una risorsa dalle rilevanti implicazioni sociali ed economiche, implicazioni che determinano, in parte, anche l'elemento di debolezza in quanto espongono il settore a fenomeni di *selezione avversa* (attrazione di soggetti motivati soprattutto dalla visibilità politica e sociale e dalle possibilità di guadagno).

Da un lato costituisce l'insieme degli organismi che gestiscono le attività finanziate attraverso le spese indirette delle amministrazioni pubbliche, dall'altro è in grado di inserirsi laddove il mercato non arriva e di sopporre alle carenze dello Stato. La dimensione locale, l'utenza, le modalità operative basate sulle relazioni sociali e la caratteristica organizzativa interna ad intensità di lavoro, rappresentano le caratteristiche principali del settore che è così in grado di generare reddito e occupazione contribuendo al miglioramento della qualità di vita delle fasce più deboli e delle popolazioni delle aree più isolate.

A livello nazionale e regionale si assiste alla crescita del settore, composto soprattutto da associazioni e cooperative, crescita che appare più contenuta nella provincia di Oristano (+ 2,9% tra il 1999 e il 2003, rispetto ad un aumento regionale del 14,3%) che acuisce la forbice nel confronto con le altre province. Il terzo settore rappresenta il 9,8% del totale regionale, valore che si avvicina alla percentuale di incidenza della popolazione totale e della popolazione minorile e anziana della provincia sul totale Sardegna (rispettivamente 9,5% e 10,2%).

Rispetto alle altre province sarde, Oristano presenta una struttura per fascia d'età in cui il peso della popolazione anziana è maggiore (17,9%) e ciò determina più elevati indici di vecchiaia, di dipendenza e di anziani per bambino. Sotto questo aspetto i dati mostrano un numero rilevante di presidi e di posti letto per anziani (di cui circa la metà gestiti dai comuni e il resto da altri organismi), sebbene nel



complesso prevalgano gli interventi a favore dei minori.

Gli organismi non profit della provincia sono per lo più associazioni di volontariato iscritte all'albo regionale (42%), cooperative sociali (39%), e associazioni (18%).

Sebbene in Sardegna solo una piccola parte degli organismi del terzo settore annoveri dipendenti, le cifre mostrano una dimensione media elevata (13,9) e la prevalenza di personale femminile (soprattutto legata a rapporti di lavoro a tempo parziale). Nella provincia di Oristano si rileva la più alta percentuale di imprese non-profit con dipendenti (16,4%) per un totale di 1.182, costituiti per il 59,7% da donne, la percentuale più bassa tra le quattro province sarde e una dimensione media pari a 10,6, inferiore al dato regionale.

Non si dispongono di dati relativi alla domanda e all'offerta di servizi socio-assistenziali specifici per disabili.

PROBLEMATICHE

I settori socio-sanitario e socio-assistenziale, appaiono ancora non sufficientemente integrati a causa dei distinti percorsi normativi di settore e del ritardo nel recepimento della legge quadro sull'assistenza, che disciplini competenze e ruoli delle amministrazioni pubbliche in materia.

Il processo di conoscenza del fenomeno è ostacolato dalla mancanza di dati per serie storica e per disaggregazione comunale, così che non consente di cogliere la distribuzione territoriale del fenomeno, il trend e le prospettive. A ciò si aggiunge la difficoltà di misurazione del fenomeno, che non consente di rilevarne la dimensione, la rispondenza tra domanda e offerta e gli effetti sullo sviluppo economico del territorio e sulla qualità di vita della popolazione

Il contributo del terzo settore fra potenzialità (capacità di creare reddito, occupazione e valore sociale, di sopperire ad eventuali carenze dell'amministrazione pubblica e di operare a livello locale contrastando il fenomeno della concentrazione dei servizi nei centri più popolosi) e limiti (selezione avversa basata su comportamenti rent-seeking e dettati da visibilità politica e sociale) è sfuggente nelle rilevazioni e ciò ostacola la predisposizione di piani di settore e di interventi mirati a sostegno del miglioramento qualitativo delle prestazioni e a rafforzamento dell'organizzazione interna.

Il tipo di servizio richiede una maggiore integrazione sia a livello di settori: sanitario e socio-assistenziale, ancora limitata a pochi servizi; sia a livello di attori: pubbliche amministrazioni e privati. La caratteristica demografica e urbana del territorio richiede una presenza diffusa di tali servizi la cui dislocazione dovrebbe seguire i criteri della razionalizzazione dei costi e dell'accessibilità. In questo senso le unioni di enti consentono il raggiungimento di economie di scala, una copertura maggiore dell'offerta di servizi, il raggiungimento di qualità più elevate delle prestazioni.

ANALISI SWOT

FORZA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prevalenza della forma di gestione indiretta dei servizi da parte degli enti locali competenti, tramite convenzione con organismi privati e trasferimenti diretti alle famiglie; ▪ Presenza di strutture per minori e per anziani in linea con la domanda potenziale;
DEBOLEZZA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disparità di interventi per aree tematiche, in particolare per i disabili e per gli immigrati; ▪ Insufficiente integrazione tra servizi sanitari e socio assistenziali ▪ Limiti del terzo settore (insufficiente valorizzazione delle risorse umane, dipendenza dal settore pubblico,..) ▪ Inadeguata valutazione della domanda ▪ Razionalizzazione della spesa
MINACCE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Razionalizzazione della spesa e riduzione del livello dei servizi;



	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perdurare di interventi e investimenti di respiro esclusivamente comunale, soprattutto in presenza di piccoli comuni, con costi progressivamente crescenti;
OPPORTUNITÀ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integrazione delle politiche sanitarie e socio-assistenziali e Integrazione tra pubblico e privato in forma collaborativa. ▪ Utilizzo di nuove tecnologie per il miglioramento e la distribuzione dei servizi e la misurazione della qualità delle prestazioni ▪ Miglioramento dei servizi con interventi di valorizzazione delle risorse umane; ▪ Crescita del terzo settore anche nei centri minori;
LINEE GUIDA	
<p>Obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sostenere il processo di razionalizzazione e integrazione dei servizi a vantaggio del contenimento della spesa, del raggiungimento di economie di scala, della diffusione territoriale e di una maggiore qualità e varietà dei servizi erogati <p>Ipotesi di intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivare, per la gestione dei servizi, associazioni sovracomunali per una copertura maggiore della domanda, una migliore organizzazione dell'offerta e il raggiungimento di obiettivi di qualità; ▪ Creare un osservatorio per l'individuazione della domanda e dell'offerta e il monitoraggio dei risultati; ▪ Sostenere il processo di integrazione dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali, già individuati come complementari anche dalla normativa nazionale. 	

