

# Regione Lazio

Al Segretario della Giunta Regionale  
58512

- 4 MAG. 2004

Consiglio Regionale del Lazio  
Dipartimento Funzione Istituzionale  
Area Lavori Aula Consiglio  
Via della Pisana, 1301  
00163 R O M A

e p.c. Dipartimento Sociale  
Direzione Regionale Famiglia e Servizi  
alla Persona  
Area Gestione Progetti  
S E D E

Oggetto: Trasmissione proposta di deliberazione consiliare.

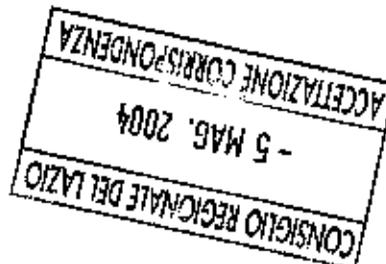
Per quanto di competenza, si trasmette il seguente provvedimento, adottato dalla Giunta regionale nella seduta del 23 aprile 2004:

(318) - **Proposta di Deliberazione Consiliare concernente l'approvazione del "Piano Socio-Assistenziale 2003-2005".**

Il Segretario della Giunta Regionale  
(Tommaso Nardini) -

*Tommaso Nardini*

OC  
*de*



GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

\*\*\*\*\*

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 23 APR. 2004

ADDI 23 APR. 2004 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, IN VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212 ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE, COSI' COSTITUITA:

STORACE	Francesco	Presidente	IANNARILLI	Antonello	Assessore
SIMEONI	Giorgio	Vice Presidente	PRESTAGIOVANNI	Bruno	"
AUGELLO	Andrea	Assessore	ROBILOTTA	Donato	"
CIARAMELLETTI	Luigi	"	SAPONARO	Francesco	"
DIONISI	Armando	"	SARACENI	Vincenzo Maria	"
FORMISANO	Anna Teresa	"	VERZASCHI	Marco	"
GARGANO	Giulio	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO Tommaso NARDINI  
.....OMISSIS

ASSENTI: FORMISANO, GARGANO, IANNARILLI, ROBILOTTA, VERZASCHI

DELIBERAZIONE N. - 318 -

Oggetto:

Proposta di Deliberazione Consiliare concernente l'approvazione del "Piano Socio-Assistenziale 2003-2005".





318 23 APR. 2001

### LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA dell'Assessore per le Politiche per la Famiglia e Servizi Sociali;

RILEVATO CHE con propria deliberazione del 25 ottobre 2003 n° 1408 la Giunta Regionale ha approvato lo schema di piano socio-assistenziale 2002-2004, e che detto schema è stato sottoposto a consultazioni, con tutti gli Enti e Organismi interessati (Province, Comuni, Sindacati, Terzo Settore ecc);

RITENUTO di dover sottoporre all'approvazione del Consiglio Regionale una proposta di detto piano più organica e completa che, oltre a tener conto delle osservazioni, integrazioni ed emendamenti pervenuti e raccolti nei numerosi incontri, ha aggiornato e reso maggiormente operativo il piano stesso;

TENUTO CONTO dei documenti prodotti a corredo: Modulistica per la predisposizione del Piano di Zona Distrettuale/Municipale;

ESPERITA la procedura di concertazione, con le parti sociali;

all'unanimità.

### DELIBERA



Di sottoporre all'approvazione del Consiglio il seguente schema di deliberazione: *autentica qd atto*

"Piano Socio-Assistenziale 2003-2005"

### IL CONSIGLIO REGIONALE

SU PROPOSTA DELLA Giunta Regionale

VISTO l'articolo 117 della Costituzione, come modificato dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n° 3 concernente "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione";

VISTA la legge regionale 9 settembre 1996, n° 38 concernente "Riordino, programmazione e gestione degli interventi e dei servizi sociali e successive modificazioni: socio-sanitarie";

VISTO in particolare l'articolo 18 della l. 328/2000 per il quale le Regioni, in relazione al piano nazionale degli interventi e servizi sociali, predispongono il piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, in coerenza con gli obiettivi del piano sanitario regionale;

VISTO il decreto del presidente della Repubblica 3 maggio 2001 recante il "Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003";

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 14 febbraio 2001 concernente "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";

VISTA la deliberazione del Consiglio regionale 1° dicembre 1999, n° 591 concernente "Approvazione del primo piano socio-assistenziale regionale 1999-2001";

318 7/11/02 9



la deliberazione del Consiglio regionale 31 luglio 2002, n° 114 concernente "Indirizzi per la programmazione sanitaria regionale per il triennio 20002-2004 - PSR";

l'articolo 48 della L.R. 38/1996 per il quale il piano socio assistenziale regionale è predisposto dalla Giunta regionale con il concorso degli enti locali, singoli o associati, delle aziende sanitarie locali, degli organismi del terzo settore e sentite le organizzazioni sindacali;

VISTA la DGR 25 ottobre 2002 n° 1408 "Art. 48 legge regionale n° 38/1996, Approvazione schema di piano socio-assistenziale 2002-2004" pubblicata nel supplemento ordinario n° 3 al Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n° 35 del 20 dicembre 2002;

CONSIDERATO che il sopraccitato schema è stato sottoposto a consultazione e che nella nuova stesura si è tenuto conto delle osservazioni, integrazioni e aggiornamenti proposti dagli Enti Locali, ASL, Organismi del Terzo Settore, Organizzazioni Sindacali ecc. opportunamente convocati in numerosi incontri e riunioni;

RITENUTO opportuno corredare il Piano Socio Assistenziale con un allegato "modulistica per la predisposizione del Piano di Zona distrettuale e dei progetti";

all'unanimità

DELIBERA

Per le ragioni citate in premessa:



- A. Di approvare, ai sensi e per le finalità di cui all'articolo 48 della legge regionale 9 settembre 1996, n° 38 il "Piano socio-assistenziale 2003-2005" (Allegato A) ed il documento "Modulistica per la predisposizione del Piano di Zona e dei Progetti" (Allegato A1);
- B. La presente deliberazione, unitamente agli allegati A, A1, sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione.



C:\Documents and Settings\mpaolini\DesSettings\mpaolini\Des

**Allegato A**

ALLEG. alla DELIB. N. 318  
DEL 23 APR. 2004

**REGIONE LAZIO**

Assessorato  
"Politiche per la Famiglia e Servizi Sociali"

**PIANO SOCIO-ASSISTENZIALE  
2003-2005**

Handwritten signature and initials in the bottom right corner of the page.

## INDICE

Premessa	Pag.	1
1. Dalla assistenza al sistema di Welfare: governare la frammentazione	“	3
1.1. Le criticità e le potenzialità del sistema regionale	“	3
2. L'avvio del processo regionale di programmazione: razionalizzazione ed innovazione	“	7
2.1. La sperimentazione del primo piano triennale	“	7
2.2. Le criticità individuate nel corso della sperimentazione	“	10
2.3. L'esperienza regionale di gestione della L. n.285/97	“	13
2.4. La tendenza all'innovazione sostenuta dalla Regione Lazio	“	15
2.5. Il Dipartimento Sociale	“	16
2.6. La Direzione Regionale	“	16
2.7. Il coinvolgimento del Terzo settore	“	17
2.8. Concertazione con le Organizzazioni Sindacali	“	19
2.9 Il riordino delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza	“	19
2.10. Il servizio civile	“	20
2.11. I Programmi Europei	“	20
3. Gli orientamenti strategici	“	21
3.1. Una politica regionale per la famiglia e con le famiglie: l'istituzione degli Sportelli per la Famiglia	“	21
3.2. La lotta alla povertà	“	27
3.3. L'importanza della prevenzione	“	28
3.4. Il contrasto dell'emarginazione	“	28
3.5. L'integrazione ed i Distretti sociali: il welfare integrato nella comunità	“	45
3.6. La qualità sociale	“	51



4. Gli strumenti della programmazione	Pag.	54
4.1. Gli assetti territoriali: la centralità del Distretto	“	54
4.2. L'organizzazione e il funzionamento del Distretto	“	57
4.2.1. Il Piano di Zona e la sua strutturazione	“	57
4.2.2. I contenuti essenziali dei Piani di Zona: rete, integrazione e ciclo dei servizi a livello distrettuale	“	66
4.2.3. I contenuti essenziali del Piano di Zona: i livelli essenziali delle prestazioni di assistenza sociale (LIVEAS)	“	69
4.2.4. Le aree organizzative di intervento per i Liveas	“	70
4.3. I criteri per l'autorizzazione e l'accreditamento	“	94
4.4. Il sistema informativo	“	97
4.5. Il sistema informativo dei servizi sociali	“	97
4.6. La qualità e la valutazione	“	99
4.7. Il finanziamento: procedura e meccanismo	“	101
5. I risultati attesi nel triennio di applicazione del Piano	“	104

## **PREMESSA**

Con la pubblicazione del presente Piano si chiude una fase che ha portato a regime una procedura, prima attuata in forma sperimentale, poi resa obbligatoria, che ha consolidato l'aggregazione dei Comuni afferenti al Distretto, l'integrazione con le ASL competenti per territorio, la programmazione degli interventi attraverso i Piani di Zona.

Questa fase è da ritenersi superata e il nuovo piano socio-assistenziale rappresenta lo strumento guida per l'innovazione. La nuova direzione che s'intende dare alla politica regionale in materia d'interventi sociali è essenzialmente operativa. Accerati e verificati tutti gli obblighi formali, il prossimo triennio verrà dedicato allo sviluppo dei servizi sul territorio ed alla loro effettiva integrazione socio-sanitaria.

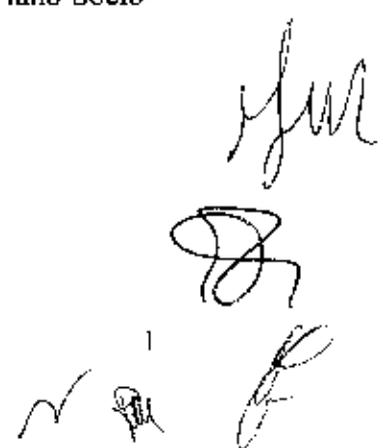
I Distretti saranno sempre più svincolati da obblighi burocratici per dedicarsi all'attuazione dei Piani di Zona. Il ruolo della Regione sarà quello di indicare le priorità, stimolare la realizzazione di nuovi servizi, concepiti e organizzati in forma integrata. I finanziamenti saranno sempre più vincolati all'operatività dei progetti ed alla loro concreta realizzazione sul territorio.

L'obiettivo è quello di cambiare l'attuale organizzazione nella quantità e qualità. Per questo verranno perfezionati gli strumenti di conoscenza dei bisogni e dell'offerta, attraverso l'avvio del sistema informativo sociale.

In questa direzione l'Assessorato si è già attivato non solo con la ricerca sulla povertà, ma anche con una rilevazione sistematica sull'offerta dei servizi e impostando la rete e la metodologia dell'osservatorio sociale. Tale nuovo impianto rende superato il documento allegato allo schema di Piano già pubblicato "Il quadro della domanda e dell'offerta nella Regione Lazio", che verrà ricompreso nel più ampio censimento delle strutture e dei servizi socio-assistenziali, attualmente in fase di svolgimento.

Questi strumenti consentiranno di mirare gli interventi e le risorse con più appropriatezza, garantendo risposte adeguate alle necessità assistenziali dei cittadini, a partire dai più deboli.

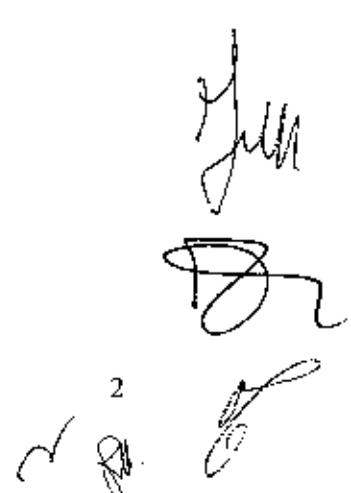
L'attuale, definitiva, stesura del Piano è il risultato di un confronto aperto con tutte le parti sociali, dopo l'approvazione dello Schema di Piano Socio-Assistenziale 2002-2004, D.G.R. n. 1408 del 25 ottobre 2002.

The bottom right corner of the page contains several handwritten signatures and initials in black ink. There are three distinct signatures, with the top one being the largest and most legible, and two smaller ones below it. The initials appear to be 'SM' for the top signature, and 'D' and 'F' for the two smaller ones.

Si è voluto adottare un metodo di forte partecipazione per consentire agli Enti Locali, alle Associazioni, alle Cooperative, alle Organizzazioni Sindacali, a tutti gli attori del Sistema Sociale di intervenire con emendamenti, integrazioni e proposte di cui si è fatto tesoro.

L'ASSESSORE

Anna Teresa Formisano



Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page, including a large signature, a circular stamp, and several smaller initials.

# **1. DALLA ASSISTENZA AL SISTEMA DI WELFARE: GOVERNARE LA FRAMMENTAZIONE**

## **1.1. Le criticità e le potenzialità del sistema regionale**

La centralità dei bisogni degli utenti e delle famiglie deve costituire il principio ispiratore fondamentale della programmazione e delle linee di azione operative delle politiche sociali. Tale presupposto accoglie in pieno i principi delle "pari opportunità" e della "non discriminazione" stabiliti dall'art.13 del Trattato di Amsterdam (entrato in vigore l'1/5/1999).

In sostanza, nei diversi momenti che definiscono la strutturazione e la modulazione dell'offerta di servizi e prestazioni socioassistenziali, è essenziale introdurre meccanismi che mettano "a regime" la capacità della domanda di influenzare in modo decisivo l'allocazione delle risorse, la tipologia di servizi e prestazioni e la crescita della qualità.

In questo senso deve essere letta la necessità di porre a fondamento della programmazione sociale una conoscenza approfondita dell'articolazione dei bisogni e del contesto in cui maturano. Considerato il Distretto il riferimento territoriale primario, il modo specifico in cui si articola la domanda al suo interno, la verifica dei contesti socioeconomici, l'analisi dell'evoluzione della struttura locale dei bisogni devono fare da base informativa rispetto all'assetto del comparto.

Il Lazio è una regione-contenitore di contesti territoriali fortemente diversificati da un punto di vista sociodemografico, economico, culturale e di articolazione del disagio sociale.

Le tradizionali ed evidenti distinzioni tra Roma ed il resto del contesto regionale, tra i centri più o meno grandi, tra le aree urbane e quelle a maggiore vocazione agricola, si intrecciano con l'impatto delle più recenti fenomenologie legate all'evoluzione dei caratteri sociodemografici (dall'invecchiamento al mutamento delle famiglie sino ai fenomeni migratori), all'insorgere di un disagio multidimensionale, alla ridefinizione delle microeconomie locali, alla crescente attenzione alla qualità della vita

Handwritten signature and initials in the bottom right corner of the page.

legata solo parzialmente alla disponibilità di reddito ed ai livelli dei consumi.

Gli aggregati territoriali su base amministrativa sono, quindi, perennemente "sfidati" da questa riarticolazione territoriale dei bisogni che va monitorata e posta a fondamento delle politiche e degli interventi.

Non a caso la ricerca sulla povertà, realizzata dal Censis sull'articolazione territoriale dei bisogni e del disagio, ha evidenziato nel Lazio quattro macroaree in parte trasversali rispetto agli aggregati territoriali fissati amministrativamente. Dall'*area del dinamismo socio-economico*, composta da circa un centinaio di Comuni ad alto potenziale di sviluppo collocati soprattutto nella provincia romana, all'*area dell'economia di sussistenza*, rappresentata da una sessantina di Comuni situati in prevalenza nel reatino, molto condizionata dalla forte incidenza della popolazione anziana e da un quadro problematico del mercato del lavoro, all'*area della precarietà socio-economica*, rappresentata da 201 Comuni (collocati prevalentemente nelle province di Latina, Rieti e Frosinone) con rilevanti dinamiche regressive di carattere economico, scarsa disponibilità di risorse finanziarie e l'insorgere di consistenti problemi di disagio sociale, sino all'*area del benessere economico riflesso* che si compone di una quindicina di comuni a vocazione turistica, situati nel litorale laziale, in cui il tratto di maggior rilievo è costituito dalle elevate rendite immobiliari e dove l'assenza di un'economia reale strutturata e a forte impatto occupazionale può creare squilibri e tensioni sul fronte della distribuzione del reddito.

Il confronto con questo quadro territoriale dei bisogni ed una serie di rilievi concernenti il carattere estremamente frammentato, disomogeneo e scarsamente dinamico della passata attività regionale di governo e di programmazione del comparto degli interventi e dei servizi sociali, sono stati il punto di partenza per una impostazione più adeguata a rispondere alle concrete esigenze dei cittadini.

Con riferimento alle principali criticità che si sono dovute fronteggiare per attivare una nuova impostazione vanno sottolineate: la numerosità dei piccoli Comuni ai quali compete la titolarità dei servizi sociali, con notevoli difficoltà organizzative e gestionali derivanti dalla limitatezza degli organici; la prevalenza di interventi di natura monetaria; l'assenza di processi di qualificazione; lo scarso rilievo dei momenti progettuali e di programmazione; la mancata valorizzazione degli apporti del Terzo settore;

la pressoché totale separazione degli interventi sociali nel quadro complessivo dei servizi di *welfare*.

Alla luce di questo scenario, per la nuova Amministrazione Regionale si è trattato di dare avvio alla ridefinizione di un modello di programmazione ed alla progressiva costruzione del sistema, adottando un metodo di lavoro che valorizzasse le presenze, i ruoli e le funzioni delle singole componenti già presenti, definendo un quadro di responsabilità compartecipato e diffuso.

Tale complessa riorganizzazione è proceduta utilizzando diversi strumenti: dalle sperimentazioni gestionali alla leva finanziaria, fino ad alcuni processi innescati a partire da leggi di settore. Non solo: la costruzione del modello di programmazione è coincisa con un deciso impulso alla innovazione ed alla riqualificazione del sistema dei servizi. La spinta alla innovazione sostenuta dalla Regione Lazio negli ultimi anni nel campo delle politiche sociali si è focalizzata quindi su alcuni elementi di sistema fondamentali, tra i quali:

- la definizione di modalità di rapporto tra Regione ed Enti Locali ispirate al principio della sussidiarietà verticale, sviluppando forme di affiancamento e sostegno utili a qualificare il risultato organizzativo ed operativo nel complesso dell'azione programmatoria e gestionale;
- la ricerca e la verifica dei criteri per l'individuazione di ambiti territoriali ottimali per l'organizzazione dei servizi, sia sotto il profilo di un adeguato bacino di utenza, sia della capacità progettuale e programmatoria: un passaggio quest'ultimo essenziale per dare un concreto sviluppo alla prospettiva federalista che nel frattempo ha ispirato tanto la normativa regionale quanto quella nazionale;
- l'individuazione di linee originali di raccordo tra gli enti territoriali, basate sulla condivisione di momenti valutativi e progettuali, e quindi capaci di sviluppare forme di integrazione non pilotate dall'alto, ma elaborate a partire dal riconoscimento delle esigenze del territorio e dal tentativo di valorizzare le risorse esistenti anche attraverso il coordinamento con gli organismi del Terzo settore;
- l'incremento della capacità, da parte di enti e soggetti locali, di articolare la riorganizzazione del sistema dei servizi promuovendo la ricerca di forme di intervento innovative: così che anche il conseguimento di livelli essenziali di assistenza non si esaurisse nella riproposizione meccanica di

modelli standardizzati, ma procedesse attraverso la ricerca di forme organizzative ed operative peculiari, efficaci e localmente sostenibili.

La complessità degli obiettivi posti, tendenti alla definizione delle linee di costruzione di un sistema regionale di interventi e servizi sociali (peraltro con buon anticipo rispetto alla emanazione della Legge n. 328/00), deve essere considerata sia in termini di disegno strategico, sia più semplicemente a partire da alcune notazioni sullo stato della programmazione regionale e della organizzazione dei servizi sociali al momento dell'avvio delle sperimentazioni.

Tali servizi sociali si presentavano, infatti, innanzitutto rigidamente organizzati secondo la logica delle categorie tradizionali; prevalentemente condotti senza alcun rilievo di natura integrata, permanendo quindi una binarietà tra gli interventi sociali e sanitari, ma anche educativi, formativi, del lavoro, dell'abitazione, e così via. Sotto il profilo geografico-amministrativo, la mappatura dei servizi fotografava non solo una evidente disparità distributiva, con maggiori presenze nelle aree urbane rispetto a quelle rurali ed interne, ma anche una marcata disomogeneità, con una prevalenza, nei piccoli centri, di interventi di natura monetaria o di minor profilo qualitativo. Dal punto di vista programmatico, assumevano rilievo solo alcune scelte regionali relative alla gestione finanziaria, tese comunque ad utilizzare la leva economica per sollecitare la capacità progettuale degli enti locali attraverso il vincolo di una parte dei finanziamenti ad obiettivi specifici.

La consapevolezza dell'ampiezza dell'azione da condurre, che richiedeva di allineare esigenze diverse di razionalizzazione, qualificazione ed adeguamento del sistema dei servizi (tanto che, si può dire, si trattava di avviare la costruzione vera e propria del sistema stesso) ha sollecitato la scelta di un percorso condiviso anziché prescrittivo, nel tentativo di delineare un modello di programmazione con centri di responsabilità diffusi ai diversi livelli e ranghi dell'organizzazione amministrativa; e questo piuttosto che indirizzarsi nel mantenimento di una centralità di governo regionale che difficilmente avrebbe potuto garantire quei margini di flessibilità organizzativa che il processo di riqualificazione del sistema di offerta richiedeva.

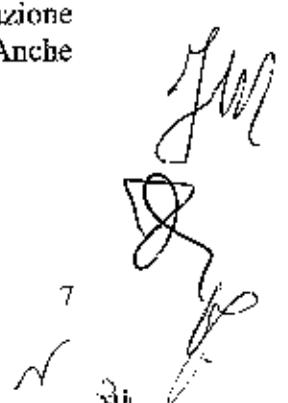
## 2. L'AVVIO DEL PROCESSO REGIONALE DI PROGRAMMAZIONE: RAZIONALIZZAZIONE ED INNOVAZIONE

### 2.1. La sperimentazione del primo piano triennale

L'attività sperimentale condotta dalla Regione Lazio si è indirizzata quindi a sostenere l'attività degli Enti locali territoriali (Comuni ed ASL) per la ricomposizione delle politiche sociali all'interno di assetti territoriali ed amministrativi sui quali poter basare la costruzione di un sistema regionale degli interventi e dei servizi sociali. L'analisi delle condizioni geo-amministrative della Regione portava infatti, a partire dal primo piano regionale dei servizi sociali, a considerare prioritario l'obiettivo di mantenere inalterato il quadro delle attribuzioni istituzionali ai Comuni, pur dovendo trovare una soluzione alla eccessiva frammentazione in municipalità di scarso rilievo demografico. Si è trattato quindi di lavorare per la costruzione di nuove soggettività amministrative e programmatiche, che valorizzassero la presenza dei Comuni e che consentissero agli stessi di svolgere in modo adeguato il proprio ruolo.

Tale obiettivo ha a riguardo due problemi funzionali complessi:

- il primo è quello relativo alle adeguate dimensioni demografiche e territoriali di riferimento per l'organizzazione di un sistema di interventi locali sufficientemente ampio ed articolato. Il mantenimento della frammentazione programmatica e gestionale, che si ripercuote inevitabilmente nella parcellizzazione dei finanziamenti, non sembra infatti poter assicurare le possibilità di scelta da parte delle stesse amministrazioni, che devono limitarsi, quando siano al di sotto di soglie minime di popolazione, ad acquistare prestazioni senza poter effettivamente programmare qualità e specifiche tecniche per la presenza dei servizi nel territorio;
- il secondo aspetto riguarda poi la possibilità di *raccordare i diversi segmenti delle politiche pubbliche*, nella ricerca di forme di integrazione con l'organizzazione dei servizi sanitari, educativi, formativi, ecc. Anche



in quest'ambito, l'associazione fra Comuni porta a migliorare le possibilità di analisi e di interlocuzione tra le diverse componenti del welfare, ed al tempo stesso a semplificare le relazioni istituzionali quando siano da elaborare intese ed assumere decisioni impegnative di risorse e quindi di intendimenti programmatici. Analogo effetto poteva essere atteso riguardo ai rapporti tra Pubblica Amministrazione e Terzo settore, consentendo di individuare forme di collaborazione più ampie ma soprattutto più qualificate, procedendo ad una migliore individuazione dei problemi delle aree territoriali e ad una maggiore ampiezza delle materie di rapporto.

La significatività della sperimentazione è stata ricercata a partire dalla individuazione delle aree caratterizzate da diversi livelli di strutturazione dei servizi, da diversi gradi di formalizzazione relativamente alle esperienze di lavoro associate alle Amministrazioni Comunali e da diversa consistenza demografica ed amministrativa. La gran parte delle aree individuate rappresentava infatti la situazione amministrativa prevalente, costituita da piccoli Comuni di dimensioni inferiori agli ambiti distrettuali definiti per l'organizzazione sanitaria.

I test di verifica effettuati con la sperimentazione devono essere graduati secondo una intensità funzionale crescente, che si riflette quasi esattamente nella cadenza e successione delle fasi di implementazione:

- associazione fra Comuni;
- raccordo dei Comuni con la ASL;
- interazione con i soggetti non istituzionali del territorio;
- sviluppo della capacità progettuale per la qualificazione e l'innovazione nei servizi;
- identificazione di "azioni di sistema" (formazione, sistema informativo, ecc.)
- sviluppo della capacità programmatica e di Piano per il conseguimento di livelli essenziali di servizi in relazione alle condizioni dei territori di pertinenza.

Prescindendo dalle difficoltà iniziali di ordine "inerziale", che hanno richiesto un attento lavoro di motivazione e rimotivazione soprattutto degli Enti Comunali, le difficoltà maggiori riscontrate devono essere ricondotte:

- alle incertezze di assetto organizzativo: ben oltre la sottoscrizione formale di accordi di programma, occorre, infatti, definire le funzioni ed i ruoli di indirizzo e di gestione; identificare i servizi da "mettere insieme"; individuare le modalità di condivisione professionale, gestionale e finanziario con le ASL;
- alla mancanza di un disegno - modello programmatico vero e proprio: incoerenza fra le scelte locali, difficoltà di adeguamento tra le scelte locali e regionali, scarso raccordo con le attività e le scelte dei settori sanitario e formativo;
- alla difficoltà, tranne che per le aree con una maggiore strutturazione preesistente, di coordinare le attività "ordinarie" con le attività sperimentali: problema questo che si è riverberato su diverse fattispecie quali la gestione finanziaria, i ruoli e gli incarichi del personale, il raccordo tra le iniziative sperimentali ed i servizi già realizzati.

Se talune incertezze di percorso sono da ritenersi, a posteriori, necessarie proprio per la coincidenza temporale tra un asse sperimentale ed un asse gestionale ordinario, la raccomandazione di carattere generale desumibile dalla analisi del portato delle sperimentazioni richiede il passaggio ad una fase in cui indirizzi e soluzioni vengano posti a regime, ovvero a sistema. Si richiede quindi la definizione di un modello di programmazione, governo e gestione che ponga riferimenti certi, in alcuni casi anche decisamente prescrittivi, rinvenibili anche nelle esigenze di raccordo tra le diverse componenti della Amministrazione Regionale.

Handwritten signature and initials in the bottom right corner of the page. The signature is a large, stylized cursive script, and the initials below it are smaller and more legible.

## 2.2. Le criticità individuate nel corso della sperimentazione

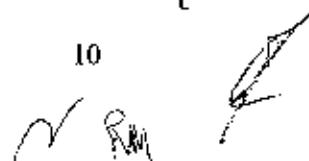
Indicazioni più particolari possono essere ricavate in merito a:

### Le associazioni tra i Comuni

- Un primo problema, nell'ambito della definizione di livelli essenziali di assistenza, sta nella individuazione dei livelli organizzativi di interventi e servizi. Nel corso delle sperimentazioni sono stati individuati via via i servizi da organizzare o gestire al livello dell'ambito distrettuale (residenziali, semiresidenziali e domiciliari integrati); restano di solito alla competenza dei singoli Comuni le attività di assistenza economica e quelle di socializzazione.
- Occorre poi indicare quali siano le procedure e le modalità di raccordo; quali i livelli di formalizzazione richiesti; quale livello di strutturazione devono o possono avere le associazioni di Comuni ad esempio in relazione alla gestione finanziaria, ai rapporti economici con fornitori, prestatori d'opera, ed alla gestione del personale.
- La stabilizzazione delle associazioni, oltre ai raccordi formali, potrebbe sostanzialmente basarsi sulla adozione di modelli organizzativi basati su uffici o coordinamenti di piano e per l'integrazione. Si tratta cioè di riconoscere l'affiancamento degli organi di governo politico (Comune referente, comitati dell'accordo di programma) da parte di strutture tecniche, sul modello di quanto sperimentato ad esempio nel Distretto RMB/4 (X° Municipio) (Ufficio per l'integrazione) o nel Distretto Rieti 1 (Ufficio tecnico).

### I raccordi tra Comuni ed ASL

- Nonostante gli sforzi e gli investimenti realizzati, il quadro appare ancora incerto, anche in ragione della complessità organizzativa delle ASL e dei conseguenti rapporti interni (tra dipartimenti, distretti, unità operative). I raccordi realizzati hanno, da un lato, un campo di variazione piuttosto ampio, dall'altro, forme e strumenti sostanzialmente incerti. Occorre quindi definire quali siano i livelli di formalizzazione richiesti (dalla



programmazione alla progettazione; dal raccordo professionale a quello gestionale).

- In particolare oggi viene in discussione la necessità di stabilire forme di coordinamento politico e tecnico amministrativo che, da un lato, assicurino la gestione dei Distretti sociali, dall'altro garantiscano forme stabili di raccordo per l'integrazione. A tali necessità di integrazione occorrerà dar risposta avendo riguardo a temi quali: l'accesso; la ripartizione finanziaria; le collaborazioni esterne (Terzo settore); le funzioni di valutazione per l'accesso alla rete integrata dei servizi.
- Per la definizione delle prestazioni socio – sanitarie e per l'attribuzione delle rispettive competenze istituzionali ai Comuni e alle Aziende Sanitarie Locali si richiama quanto disposto nel merito dal Decreto Legislativo n. 299/99.
- Per la ripartizione degli oneri finanziari correlati alle diverse prestazioni si richiama la suddivisione percentuale di spesa stabilita nella Tabella A allegata al D.P.C.M. 14/2/2001 "Atto di Indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio – sanitarie", nelle more delle determinazioni di competenza regionale di cui all'art. 4 dello stesso D.P.C.M.

#### **La gestione finanziaria dell'ambito distrettuale sociale**

- In ragione dei diversi gradi di strutturazione delle associazioni tra Comuni possono esservi istituti giuridico-amministrativi diversi: dall'avvalimento al consorzio, alla unione di Comuni. La scelta di avvalersi del bilancio del Comune capofila deve essere considerata attentamente per i maggiori oneri amministrativo-finanziari che ne derivano; peraltro, occorre definire le modalità di programmazione e verifica che consentano l'effettiva partecipazione di tutti i Comuni compresi all'interno dei Distretti.

#### **Gli apporti delle ASL**

- La messa a regime del raccordo con le ASL richiede di precisare meglio quali siano gli apporti reciproci in termini di professionalità, strutture, spesa. La concertazione tra le programmazioni appare lo strumento utile

alla definizione di impegni precisi al livello territoriale, in particolare nel rapporto tra Distretto sociale e sanitario. Il completamento del processo di programmazione richiede, quindi, da un lato di definire in che modo i Piani di Zona debbano raccogliere gli impegni delle componenti sanitarie; dall'altro di definire quali siano le effettive potestà di indirizzo, di verifica e di controllo da parte delle amministrazioni comunali nei confronti dei Programmi delle Attività Territoriali distrettuali (D.Leg.vo 229/99, art. 3-quater).

- In questo senso appare consigliabile che, oltre alla valorizzazione del Comitato dei sindaci, lo stesso strumento dei Piani di Zona possa contenere indicazioni vincolanti o almeno orientative per la programmazione sanitaria al livello distrettuale.
- Possono essere predisposti strumenti di "rendicontazione" dell'attività integrata, di rilievo regionale (monitoraggio) o locale (bilancio sociale di area) che consentano, attraverso una maggiore evidenza dei risultati e dei processi messi in atto, di tenere costante la spinta al raccordo funzionale tra i diversi settori di intervento.
- Va proposta l'utilità di attività di formazione integrata, che coinvolga innanzitutto gli uffici e le unità operative che si occuperanno della programmazione per il Distretto sanitario e per quello sociale; potendosi poi allargare per favorire l'interscambio con altri comparti di servizio.

### **Chiavi per l'innovazione e la qualificazione**

- Le sperimentazioni hanno proposto in alcuni casi nuove modalità di intervento e di servizio, che possono essere riproposte alla attenzione regionale. Va ricordato il valore delle "Linee guida ai Comuni per l'utilizzo delle risorse provenienti dal fondo nazionale per le politiche sociali", con le quali è stata istituita la pianificazione territoriale, fornendo indicazioni sia in merito alla perimetrazione dei Distretti sociali, sia per quanto riguarda i contenuti minimi richiesti nella elaborazione dei Piani di Zona.
- Si tratta oggi di avviare un percorso di monitoraggio e di valutazione che consenta di verificare come, ed in che misura, la costruzione dei Piani di

Zona possa portare, se correttamente interpretata, alla individuazione di diverse strategie di innovazione e qualificazione dei servizi.

- Particolare attenzione va oggi prestata alla innovazione in termini di costruzione dei sistemi locali di intervento in cui siano adeguatamente iscritti gli organismi del Terzo settore, segnatamente per quanto riguarda la riqualificazione delle funzioni di accesso, di monitoraggio, e quindi le azioni di sistema informativo, i raccordi tra i diversi assi di programmazione territoriale e tra le politiche attuate, le azioni per la qualità e per il miglioramento dei rapporti con l'utenza e la cittadinanza.

### **2.3. L'esperienza regionale di gestione della L. n. 285/97**

L'applicazione della Legge n. 285/97 ha portato, su più ampia scala territoriale, a sperimentare forme di raccordo tra i diversi soggetti interessati allo sviluppo del welfare locale.

Per favorire l'applicazione della legge, la Regione ha adottato una metodologia di lavoro finalizzata a favorire l'interazione positiva delle diverse istituzioni, servizi ed organizzazioni sociali impegnati a favore dell'infanzia e dell'adolescenza. In tal senso è stato ricercato, promosso e sostenuto il raccordo sistematico tra la Regione e gli Enti Locali, con una intensa attività di promozione ed indirizzo a favore dei Comuni resa possibile anche attraverso il coordinamento delle azioni tra Regione e Province.

Su scala locale, l'applicazione della legge ha richiesto lo sviluppo di rapporti tra i diversi soggetti locali, vale a dire amministratori ed operatori dei Comuni, delle Aziende Sanitarie, delle Scuole, dei Centri di Giustizia Minorile e del Terzo settore.

L'attuazione della legge ha avuto quindi significativi e positivi riscontri su quattro versanti:

- a) lo stimolo ad associarsi tra Comuni, e ad integrarsi con le diverse realtà istituzionali presenti nel territorio, a partire dalle ASL;

- b) l'individuazione di livelli territoriali e funzionali degli Enti Locali, capaci di ridefinire e chiarire i reciproci ruoli sussidiari e stimolare un primo disegno degli assetti gestionali e di governo del sistema dei servizi sociali;
- c) l'individuazione di percorsi innovativi di intervento a favore dei minori e della adolescenza, suscettibili di diventare traccianti di più generali processi di innovazione dei sistemi locali dei servizi;
- d) la qualificazione delle relazioni con gli organismi del Terzo settore, posti nella condizione di fornire apporti progettuali per la costruzione di nuove forme di intervento, uscendo da una logica di rapporto gregaria e subalterna alla Pubblica Amministrazione.

Quanto ad a) e b), la considerazione dell'alto numero di piccoli Comuni presenti nel Lazio (ben il 68,43% è al di sotto dei 5.000 residenti) ha evidenziato l'opportunità di procedere alla individuazione di ambiti sovra-comunali tali da consentire la definizione di piani territoriali che permettessero di realizzare, in rapporto ai bisogni dei minorenni nelle diverse aree territoriali, azioni, servizi ed interventi di buon livello qualitativo. Inoltre, considerando che una parte degli interventi e dei servizi previsti dalla Legge n. 285/97 richiedeva l'individuazione di ambiti territoriali di vasta area, si è ritenuto opportuno prevedere la possibilità di sperimentare esperienze pilota di tipo inter-distrettuale. In questo senso sono stati individuati i cinque territori provinciali come ambiti territoriali di riferimento, e 34 sub-ambiti territoriali, coincidenti con i Distretti sanitari, rispetto ai quali l'obiettivo programmatico si traduceva nella realizzazione di forme associative tra i Comuni ai fini della definizione e della gestione dei piani territoriali di intervento e dei progetti esecutivi.

Altro elemento da sottolineare è l'adozione, al riguardo del finanziamento previsto dalla L. n. 285/97, di un criterio di riparto che si orientava in senso perequativo, basando i coefficienti di computo sulla presenza di problemi e situazioni sintomatiche di disagio sociale, ovvero sulla minor copertura delle aree territoriali da parte del sistema dei servizi.

Le risorse, che sono state ripartite su scala provinciale, seguivano quindi un criterio articolato:

- per il 50% sulla base della popolazione minorile;

- per il restante 50% in relazione a criteri sociali quali: carenza di strutture per la prima infanzia, minori presenti in strutture residenziali socio-assistenziali, dispersione scolastica, famiglie con minori che vivono al di sotto della soglia di povertà, minori coinvolti in attività criminose.

Il risultato dell'azione di programmazione complessivamente interpretato al livello regionale, provinciale e locale, ha comportato da un lato un impatto significativo sulla costruzione di una cultura della collaborazione e della integrazione fra enti, servizi, Terzo settore e comunità locali, dall'altro una importante azione di diversificazione, implementazione e qualificazione dei servizi territoriali per l'infanzia ed i minori.

#### **2.4. La tendenza all'innovazione sostenuta dalla Regione Lazio**

Un ulteriore strumento di intervento teso a favorire la riorganizzazione e la qualificazione del sistema regionale dei servizi è da individuare nelle modalità di gestione e di riparto finanziario adottate negli ultimi anni. Queste hanno inteso: garantire la continuità degli interventi e dei servizi già attivati; stimolare l'associazionismo tra i Comuni ed il raccordo tra gli interventi sociali e sanitari; incentivare la capacità progettuale degli Enti Locali.

Al riguardo occorre ricordare:

- le modalità di riparto del Fondo Unico Sociale, con le quali si è inteso:
  - o promuovere tanto l'associazionismo tra i Comuni quanto i servizi socio-sanitari integrati (fondo per il finanziamento di servizi realizzati in forma integrata con la ASL da distribuire:
    - o ai Comuni capofila per la gestione associata dei servizi ed interventi di cui alla L.R. n. 38/96;
    - o ai Comuni capoluogo di provincia ed ai Comuni con popolazione superiore a 30.000 abitanti);

- o stimolare la progettazione di nuove forme di intervento e servizio da parte degli enti locali (progetti di interesse regionale e/o rilevante interesse sociale);
- le modalità gestionali di alcune leggi di settore, orientate a favorire lo sviluppo di specifici servizi ed interventi nel campo dell'emarginazione, il sostegno al Terzo settore, le attività a vantaggio delle famiglie; spesso collegando tali obiettivi finali al perseguimento di obiettivi strumentali quali l'associazionismo intercomunale, l'integrazione socio-sanitaria, la progettazione personalizzata degli interventi;
- le più recenti indicazioni contenute nelle Deliberazioni di Giunta Regionale nn. 471/02 e 704/03, che oltre ad individuare modalità obiettive di riparto sulla base di indicatori socio-demografici, territoriali ed economici, hanno identificato le aree di intervento di riferimento in rapporto alle quali si iscrivono i finanziamenti.

## **2.5. Il Dipartimento Sociale**

La Regione si è dotata di una nuova organizzazione dipartimentale attraverso l'istituzione di 4 dipartimenti che coordinano 20 direzioni regionali (Regolamento Regionale 6 sett. 2002 n° 1).

In quest'ambito è stato istituito il Dipartimento Sociale che integra gli interventi di carattere sociale, sanitario, formativo e culturale.

Tale nuova struttura facilita il programma di integrazione dei servizi e mette in relazione il piano regionale socio-assistenziale con quello sanitario e con quello formativo e culturale.

## **2.6. La Direzione Regionale**

Coerentemente con l'impostazione del Piano Socio-Assistenziale, la Direzione Regionale "Famiglia e Servizi alla Persona" ha riorganizzato i propri Uffici.

La necessità di dare risposte adeguate al processo innovativo in atto, ha visto la scomparsa delle tradizionali aree tematiche, per dare spazio ad una organizzazione trasversale con l'obiettivo di valorizzare e potenziare:

- l'attività di programmazione e di progettazione d'interventi;
- la partecipazione ai programmi europei;
- la competenza in materia di autorizzazione e accreditamento.

In ultimo, per dare spessore e capacità operativa ai contenuti del presente Piano, è stata creata una nuova struttura dedicata all'integrazione dei servizi.

Specificatamente la nuova organizzazione prevede le seguenti aree:

1. Programmazione e Legislazione
2. Gestione Progetti
3. Integrazione Socio-Sanitaria
4. Strutture, interventi e Servizi – Accreditamento, standard, qualità
5. Gestione finanziaria, attività contabile e contratti
6. Osservatorio Sociale e Sistema Informativo
7. Terzo Settore – Gestione Albi e Registri, Promozione e sostegno Organismi Privati
8. Immigrazione ed Emigrazione

## **2.7. Il coinvolgimento del Terzo settore**

La partecipazione del Terzo settore al processo di programmazione territoriale è stata promossa con esplicite indicazioni formali.



Infatti, sia nelle linee guida che con apposite circolari è stato previsto il ruolo degli organismi di volontariato, delle associazioni di promozione sociale, delle cooperative e consorzi sociali nella stesura dei Piani di Zona.

In particolare, con la proposta di legge regionale "Istituzione della Consulta Regionale per il Terzo settore" vengono definite le modalità di partecipazione del Terzo settore, sia a livello regionale che a livello locale, alla programmazione delle attività del Distretto.

Nell'ambito dei soggetti del Terzo settore vanno anche considerati i Patronati e gli oratori e le parrocchie. Con riferimento a questi ultimi, alla luce delle iniziative di supporto attivate verso i soggetti deboli, appare essenziale valorizzarne il ruolo attraverso il loro coinvolgimento nella programmazione degli interventi locali (come ad esempio l'inserimento delle parrocchie e/o oratori più grandi nella rete degli sportelli informativi).

I Comuni dovranno pertanto prevedere, obbligatoriamente, modalità di consultazione e partecipazione attiva dei soggetti richiamati.

Nei Distretti ove siano stati indicati i rappresentanti degli organismi del Terzo settore, questi dovranno diventare interlocutori della struttura del Piano nella programmazione territoriale.

Gli organismi di volontariato, le associazioni di promozione sociale e la cooperazione sociale vengono riconosciuti quali reti già operanti sul territorio, promuovendone la diffusione e l'integrazione con i soggetti della pianificazione territoriale e sociale.

Fondamentale diviene il ruolo dei Centri di Servizio per il volontariato, costituiti dal Comitato di Gestione dei Fondi Speciali per il volontariato (art. 15 L. n. 266/91) nella costruzione di un sistema di referenti attivi.

Nello sviluppo delle attività dei Centri di Servizio è prevista la creazione di "sportelli" su base distrettuale con il compito di svolgere le funzioni istituzionali di informazione, formazione e consulenza per il volontariato, partecipando così anche all'organizzazione di una rete di rapporti e relazioni con tutti i soggetti del Terzo settore.

La nuova organizzazione dei Centri di Servizio per il volontariato, coordinata con le rappresentanze delle associazioni di promozione sociale e della cooperazione sociale, dovrà essere in grado di dare risposte in linea

con le prospettive indicate nel Piano regionale, cercando forme innovative di concertazione e progettazione tra i diversi attori del territorio.

## **2.8. Concertazione con le Organizzazioni Sindacali**

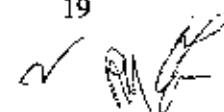
Nel processo programmatico regionale e ancor più, rispetto alle sue implementazioni locali, le Organizzazioni Sindacali, quali soggetti della rappresentanza sociale, portatori di specifici e particolari interessi, dovranno svolgere un ruolo peculiare attraverso la concertazione.

Dovrà quindi essere riconosciuto alle OO.SS. uno specifico ruolo negoziale e concertativo come titolarità propria, sia a livello confederale, sia a livello categoriale (in primo luogo per i pensionati e per i dipendenti dei soggetti erogatori dei servizi).

## **2.9. Il riordino delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza**

Priorità nello sviluppo temporale del presente Piano dovrà essere data all'attuazione del Decreto Legislativo 4 maggio 2000, n. 207 "Riordino delle Istituzioni pubbliche di Assistenza e Beneficenza, a norma dell'art. 10 della L. 8 novembre 2000, n. 328".

Pregiudiziale appare, quindi, la definizione delle competenze regionali a seguito della modifica del titolo V della Costituzione. Forte è la necessità di una riorganizzazione che inserisca le IPAB nella rete dei servizi assistenziali regionali, trasformando l'attuale gestione in una nuova organizzazione aziendale anche attraverso l'utilizzo finalizzato del loro patrimonio edilizio e le possibilità di iniziativa e di investimento presenti nell'associazionismo di promozione sociale.



## **2.10. Il servizio civile**

In considerazione del nuovo ruolo che investe direttamente la Regione Lazio nella gestione del Servizio Civile volontario, saranno definite le aree di intervento per favorire la partecipazione attiva dei giovani e le modalità di coinvolgimento di enti ed organismi che accoglieranno i giovani volontari.

A tale fine verrà definito un protocollo d'intesa con l'Ufficio Nazionale per il Servizio Civile per l'attivazione di un punto di riferimento territoriale a disposizione dell'utenza potenziale.

Verranno assunte, inoltre, iniziative per facilitare l'informazione e la comunicazione (call-center, sito web, apposita finestra sul sito regionale).

## **2.11. I Programmi Europei**

L'ampliamento di competenza della Direzione Regionale alla Famiglia e Servizi alla Persona in materia di progettazione comunitaria ed internazionale, ha consentito di partecipare alla programmazione comunitaria in ambito socio-sanitario, intervenendo su programmi, iniziative ed inviti per la progettazione dei DOCLUP, degli OB. 2 ed OB. 3, nonché alle cosiddette "Azioni Innovative", in concorso con i Comuni interessati e l'Associazionismo presente nella Regione.

Inoltre, la diretta esperienza maturata in ambito internazionale, nel caso del PDHL Tunisia, Governatorato di Gafsa e dei progetti approvati sulla base degli Inviti a presentare proposte (in partenariato e di cofinanziamento regionale) alle Commissioni europee (Occupazione-Sociale e Cultura) approvato nel corso del 2003, oltre ad un programma FSE e Ministero del Lavoro denominato RE.I.A.I.S. per l'inclusione socio-lavorativa, sta producendo un notevole "valore aggiunto" alle attività ed alle iniziative dell'Assessorato, anche per lo scambio delle "Buone Prassi".

L'obiettivo è quello di sviluppare tali funzioni, ampliando la partecipazione alla progettazione europea, anche attraverso il maggiore coinvolgimento dei Comuni e del Terzo Settore.

### 3. GLI ORIENTAMENTI STRATEGICI

#### 3.1. Una politica regionale per la famiglia e con le famiglie: l'istituzione degli Sportelli per la Famiglia

La Regione Lazio, riconoscendo la famiglia come formazione sociale imprescindibile, la identifica al tempo stesso come il soggetto e l'ambito primario delle funzioni di cura, di educazione e di socializzazione.

Con la recente legge, che dispone *Interventi a sostegno della famiglia*, la Regione riconosce la famiglia come società naturale e istituzione privilegiata per la nascita, la cura e l'educazione dei figli, per l'assistenza ai suoi componenti e per la solidarietà tra le generazioni.

Gli atti della programmazione locale, i Piani di Zona, dovranno sostenere la famiglia in quanto soggetto cruciale per la piena inclusione sociale. In sostanza essi debbono:

- ispirare le attività ed i programmi di intervento sociale al metodo dell'affiancamento e della valorizzazione delle capacità familiari, piuttosto che alla sostituzione delle stesse;
- provvedere alla organizzazione di adeguati servizi ed interventi di informazione;
- prevedere attività e servizi di sostegno e sollievo delle famiglie in difficoltà;
- individuare concrete forme di affiancamento delle famiglie nell'esercizio delle funzioni genitoriali, prevedendo in tal senso gli adeguati raccordi con gli enti titolari delle funzioni sanitarie, educative e formative;
- sviluppare e incrementare le funzioni di valutazione multidimensionale e di progettazione personalizzata, coinvolgendo la singola persona e la famiglia stessa nella definizione dei percorsi di assistenza e di cura che li riguardano;

- incrementare le interazioni e i raccordi tanto comunicativi quanto operativi tra i diversi servizi, in modo tale che i problemi possano essere effettivamente compresi ed affrontati nella loro completezza;
- sviluppare nuove forme di solidarietà che coinvolgano tanto le risorse organizzative pubbliche e private, quanto le capacità e disponibilità comunitarie più ampie, sia dei servizi che della cittadinanza;
- sostenere ed incentivare forme di solidarietà e di reciprocità tra le famiglie;
- stimolare la partecipazione attiva delle famiglie in particolare nei servizi per l'infanzia e per i minori;
- coinvolgere le famiglie nelle azioni di presa in carico dei soggetti e delle altre famiglie in difficoltà;
- prevedere ed istituire momenti di verifica e valutazione degli interventi sociali e socio-sanitari che coinvolgano le singole persone soggette all'intervento, insieme con gli operatori dei servizi e delle famiglie.

Inoltre, gli interventi a sostegno della famiglia dovranno garantire alla donna i servizi di supporto che rendano possibile la scelta del lavoro e delle relative possibilità di carriera.

I Piani di Zona dovranno, in tal senso, definire le modalità di rapporto e i progetti a sostegno della famiglia, condivisi con gli Enti pubblici e le formazioni associative, di volontariato e cooperative, e tesi a realizzare:

- azioni finalizzate all'educazione, alla cultura dello sport e dell'attività motoria per il mantenimento del benessere di tutti i componenti della famiglia;
- azioni di contrasto ai maltrattamenti e violenze intrafamiliari mediante interventi multidisciplinari ed interistituzionali;
- servizi residenziali e semiresidenziali per minori, anziani e persone con disabilità;
- centri antiviolenza per donne maltrattate;

- assistenza alla persona e domiciliare integrata per minori, anziani e persone con disabilità;
- sostegni economici alle famiglie in situazioni di disagio, al fine di facilitare soluzioni abitative;
- sviluppo delle attività consultoriali a sostegno della genitorialità consapevole, dell'assistenza alla donna, alla coppia, alla famiglia, agli adolescenti, promozione delle informazioni pre e post partum relative all'eventuale insorgere di disabilità nel neonato;
- attività di consulenza legale e di mediazione familiare;
- aumento del numero degli asili nido e delle strutture socio-educative alternative ed integrative per la prima infanzia;
- sviluppo dei nidi aziendali;
- azioni di promozione dell'associazionismo familiare per l'autogestione di alcuni servizi;
- attivazione di servizi formativi per l'autovalutazione della propria situazione da parte degli individui e delle famiglie.

Il raccordo delle diverse azioni di sostegno, affiancamento e valorizzazione delle funzioni familiari, sarà organizzato attraverso l'istituzione di *Sportelli per la famiglia*. Questi vanno intesi come funzioni specifiche da attivare nell'ambito del Segretariato Sociale. In particolare, l'assessorato assegnerà risorse aggiuntive ai Comuni Capofila per l'attivazione degli sportelli e, inoltre, fornirà le indicazioni sul personale da assegnare ed un modello analitico delle attività da realizzare.

Tale obiettivo è considerato prioritario.

L'attivazione degli sportelli verrà coordinata con la creazione di un servizio informativo rivolto alle famiglie denominato "pronto famiglia". Verrà, cioè, attivato un servizio informativo telefonico, con un numero verde appositamente dedicato, finanziato dall'Assessorato.

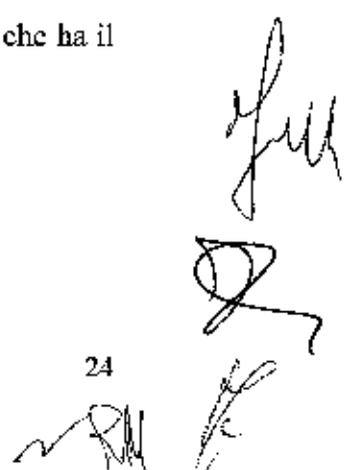
Gli Sportelli per la famiglia si configurano come servizi di profilo integrato da realizzare in collaborazione con le associazioni, le consulte e gli

organismi di partecipazione riconosciuti, che si occupano della promozione dei diritti che:

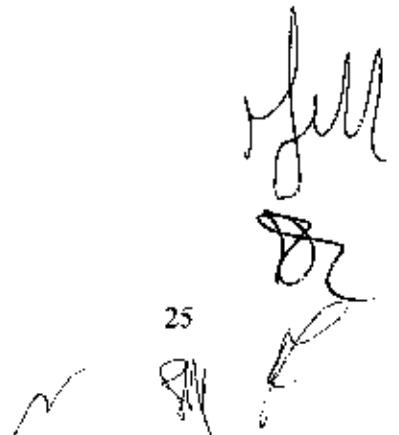
- garantiscono l'informazione sui diritti, le prestazioni e le opportunità che devono sostenere gli impegni di cura, di assistenza e di educazione all'interno delle famiglie, avvalendosi degli apporti dei diversi enti, organizzazioni ed agenzie territoriali. Con questa finalità raccolgono i contributi dei servizi sociali comunali, dei servizi socio-sanitari e sanitari del Distretto, delle istituzioni educative, ma anche delle associazioni e delle altre formazioni del Terzo settore;
- organizzano e stimolano le funzioni di solidarietà all'interno delle comunità locali, quindi oltre a garantire la visibilità e la accessibilità delle prestazioni esistenti, propongono l'attivazione o attivano direttamente nuove iniziative in rapporto alle esigenze che non trovano risposte nel sistema locale dei servizi;
- raccordano in particolare le funzioni del segretariato sociale informativo, del servizio sociale professionale e del servizio di pronto intervento sociale, fornendo anche sostegno e supporti strumentali agli stessi servizi;
- realizzano il raccordo informativo tra i diversi soggetti presenti nella comunità, e l'elaborazione di materiale esplicativo e di schede per la raccolta di richieste e segnalazioni da parte delle famiglie;
- agiscono in tal senso da fonte informativa nei confronti delle famiglie, fornendo loro informazioni ma anche raccogliendo dalle stesse richieste e segnalazioni su problemi, difficoltà, ovvero disponibilità solidaristiche nei confronti della comunità locale.

In sostanza gli Sportelli per la Famiglia hanno un ambito operativo di competenza trasversale rispetto a servizi e prestazioni, vanno radicati a livello distrettuale e devono essere focalizzati su tutti gli aspetti funzionali ad un pieno dispiegamento delle funzioni familiari. Devono anche sviluppare la capacità di raccogliere informazioni, elaborarle per costruire proposte incentrate sulle specifiche esigenze delle famiglie.

E' stato istituito, infine, l'Osservatorio permanente per le famiglie che ha il compito di:



- studiare e analizzare le situazioni di disagio, di devianza, di violenza, di monoparentalità, nonché del rapporto tra responsabilità familiari, impegni lavorativi e accesso ai servizi socio-educativi-assistenziali;
- valutare l'efficacia degli interventi in favore delle famiglie realizzati dalla Regione, dagli Enti Locali, da altri Enti, pubblici e privati, da gruppi e associazioni;
- presentare agli organi regionali proposte sulla politica a sostegno della famiglia;
  - esprimere pareri in ordine ai provvedimenti concernenti gli strumenti regionali di programmazione sociale e sanitaria che abbiano interesse per la famiglia;
  - organizzare la Conferenza annuale per le famiglie.

The bottom right corner of the page contains several handwritten signatures and initials. There are three distinct signatures, with the largest one being a cursive signature that appears to read 'G. M.'. Below it are two smaller, more stylized signatures or initials.

**Tav. 1 – Distribuzione provinciale delle famiglie. Anno 2000**

	Famiglie	N. medio di componenti	Famiglie nel comune capoluogo	Famiglie negli altri comuni
Viterbo	115.028	2,6	22.412	92.616
Rieti	60.504	2,5	17.306	43.198
Roma	1.478.271	2,6	1.029.446	448.825
Latina	190.030	2,7	43.838	146.192
Frosinone	178.095	2,8	18.297	159.798
<i>Lazio</i>	<i>2.021.928</i>	<i>2,6</i>	<i>1.131.299</i>	<i>890.629</i>
<b>Italia</b>	<b>22.226.115</b>	<b>2,6</b>		

*Fonte:* Osservatorio Regionale sull'infanzia e l'adolescenza, 2002

26

### 3.2. La lotta alla povertà

Il contrasto delle nuove forme di povertà costituisce uno degli obiettivi strategici del Piano socio-assistenziale.

Nelle società sviluppate, il problema delle nuove povertà si pone essenzialmente come ostacolo allo sviluppo della cittadinanza, creando differenze e barriere nell'accesso alle opportunità ed ai benefici derivanti dallo sviluppo economico e sociale.

In questi termini, il contrasto della povertà e della emarginazione sociale sono assunti come obiettivi dell'intero sistema regionale, e non solo delle politiche sociali regionali.

L'azione degli Enti Pubblici dovrà favorire il raccordo tra le diverse programmazioni territoriali, ponendo attenzione ai fattori di inclusione/esclusione che derivano dalle scelte relative alla distribuzione territoriale e alla accessibilità di servizi socio-sanitari, educativi e formativi e dell'inserimento lavorativo in particolare per quanto riguarda categorie, fasce e gruppi sociali fragili (donne, minori, persone con disabilità, malati cronici, immigrati) e le diverse aree regionali, ponendo attenzione in particolare alla equità di accesso per gli abitanti delle aree periferiche, interne e rurali. Particolare attenzione dovrà essere, poi, riservata alla qualità della programmazione urbanistica e territoriale, affinché anche questa diventi occasione per la creazione di spazi di socializzazione positiva e non di esclusione e marginalizzazione.

I Servizi Sociali dovranno, in particolare, sviluppare le funzioni di facilitazione dei rapporti tra i cittadini, le famiglie, i gruppi e le diverse strutture e servizi di cittadinanza, sia attraverso adeguati raccordi informativi, sia sollecitando una lettura ed un approccio multidimensionale alle valutazioni ed alle scelte dei diversi settori di regolazione sociale.

L'accento posto sulle nuove povertà non deve, peraltro, indebolire l'attenzione alle forme tradizionali di povertà intesa come mancanza di reddito, ponendo attenzione e offrendo soluzioni tanto alle situazioni individuali (singoli e famiglie) quanto a quelle di gruppi svantaggiati e di aree territoriali marginali allo sviluppo economico e sociale della regione.

### **3.3. L'importanza della prevenzione**

Nell'ambito delle attività di prevenzione vanno considerate come prioritarie quelle che costituiscono la prevenzione primaria, soprattutto con riferimento alla creazione di condizioni ambientali favorevoli allo sviluppo della personalità dei giovani.

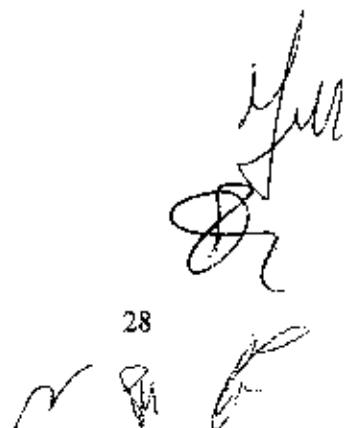
Più in specifico, l'attività preventiva richiede l'attivazione di interventi e servizi sul territorio con l'obiettivo di mantenere i più giovani nel proprio ambiente di vita. Ovviamente, di tale concetto va data un'interpretazione operativa concreta e, laddove la prevenzione primaria fallisca, è anche possibile ricorrere all'allontanamento dall'ambiente di origine se ciò è funzionale all'attivazione di processi di recupero.

Le priorità dell'attività di prevenzione sono:

- la tossicodipendenza: i Piani di Zona in attuazione del punto h dell'art. 22 della Legge n. 328/00 devono prevedere prestazioni integrate di tipo socio-educativo al fine di contrastare dipendenze da droghe, alcool e farmaci e di favorire interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale;
- il contrasto del fenomeno del maltrattamento e dell'abuso sessuale dell'infanzia;
- la diagnosi precoce del disagio psichico in età evolutiva, non trascurando le successive interconnessioni tra riabilitazioni funzionali e psicosociali ed evitando la psichiatrizzazione dei problemi;
- la prevenzione degli handicap.

### **3.4. Il contrasto dell'emarginazione**

L'impegno concreto contro l'emarginazione si articola in una pluralità di azioni a più livelli che può essere sintetizzata a partire dai principali destinatari.



Per quanto riguarda i *minori* con la Convenzione dell'ONU sui diritti dell'infanzia del 1989, ratificata dall'Italia nel 1991, è iniziato un profondo cambiamento nell'approccio verso i problemi dei giovani che non vengono più considerati solo fruitori di servizi ma anche, e soprattutto, soggetti e protagonisti attivi.

La Regione Lazio ha dato grande spazio ad una politica per i giovani non solo avviando il secondo triennio di applicazione della Legge n. 285/97, con la distribuzione sul territorio regionale, negli anni 2000-2002, di 32.016.044.297 di lire, ma anche sviluppando tutta una serie di interventi volti a garantire uno sviluppo armonico delle qualità psico-fisiche del minore e a prevenire e combattere situazioni di disagio.

I campi di intervento riguardano:

- l'applicazione della Legge n. 476/98 sulle adozioni nazionali ed internazionali. In particolare, è stato approvato il "Protocollo operativo per la collaborazione tra servizi territoriali, enti autorizzati e Tribunale per i minorenni in materia di adozioni internazionali" ed è stata deliberata, a livello sperimentale per un anno, la sua applicazione ed il suo monitoraggio. E' in atto il potenziamento delle strutture, dei GIL-adozioni, delle risorse umane, e si è organizzata la loro formazione professionale permanente;
- l'applicazione della Legge n. 269/98 sulla prevenzione, l'assistenza e il recupero delle vittime dello sfruttamento e dell'abuso dei minori;
- l'incentivazione del servizio delle assistenti familiari (Legge regionale n. 43/95). A tale scopo è stata approvata la modifica alla legge che permette lo svolgimento del servizio anche in ambienti extra domestici a carattere familiare;
- la disciplina delle ludoteche. Con la nuova legge regionale, la n.18 del 2002, si vuole garantire un servizio socio-educativo alternativo, qualitativamente valido e attuato mediante figure professionali qualificate;
- la Legge regionale n. 38/02 sul "Garante per l'infanzia", con la quale si è istituito un organismo di rappresentanza e di tutela degli interessi e dei diritti dei soggetti in età evolutiva;

- le azioni di contrasto del disagio minorile e della dispersione scolastica. Con questa finalità si è stipulata una convenzione con la Direzione Scolastica Regionale del Lazio. Questo raccordo interistituzionale, prevede percorsi attivi integrati e si articolerà in interventi sperimentali in alcune scuole della regione, fornendo un servizio di rete con l'obiettivo principale di attivare dei "sensori" in grado di intercettare il disagio minorile in tutte le sue manifestazioni;
- i Consigli comunali dei ragazzi. Per favorire l'approccio dei giovani con le istituzioni e la legalità e ridurre il loro distacco dalla società civile, sono state avviate negli ultimi anni iniziative per sensibilizzare scolari e studenti a cimentarsi in questo tipo di elezioni. Questa istituzione è presente, oggi, in 61 Comuni della Regione, distribuiti nelle diverse Province. Oltre ad incentivare la elezione di ulteriori consigli comunali, si opererà per portare i giovani ad eleggere anche un loro consiglio regionale.

In relazione ai cittadini che per motivi fisici, sensoriali, intellettivi, psichici, sono a rischio di emarginazione, i due momenti qualificanti della politica della solidarietà sono, da una parte, il riconoscimento e la piena attuazione di tutti i diritti, ed in particolare del diritto all'assistenza, al recupero dell'autonomia, alla promozione dell'indipendenza ed all'integrazione sociale; e, dall'altra, la prevenzione del rischio di esclusione sociale, attraverso l'abbattimento delle barriere che si frappongono al raggiungimento del benessere ed alla loro partecipazione al contesto sociale.

Tale attività di prevenzione dall'emarginazione e dal bisogno non deve avere solo carattere sanitario, ma anche sociale e culturale.

Anche i cittadini dipendenti da alcool e droghe sono a rischio di emarginazione. Per essi la politica della solidarietà non solo dovrà garantire tutti i diritti, ma dovrà anche operare per ridurre al minimo i danni sulla loro salute.

In quest'ottica, gli enti locali e regionali, oltre al ruolo istituzionale di programmazione e pianificazione, devono svolgere un ruolo importante anche come educatori, datori di lavoro, fornitori di servizi, acquirenti di beni e servizi, formatori di opinione, catalizzatori dell'innovazione e divulgatori delle migliori prassi, anche ai fini della promozione della sussidiarietà orizzontale in accordo con le reti del Terzo settore.

Fin qui la pianificazione e la programmazione derivanti da quanto disposto a livello nazionale in particolare con la L. 5 febbraio 1992, n. 104; la L. 21 maggio 1998, n. 162; la L. 28 agosto 1997, n. 284; la L. 18 febbraio 1999, n. 45 ed il "Progetto obiettivo prevenzione e tutela della salute da abuso e dipendenza da sostanze psicotrope ed alcool" per il triennio 2000-2003; a livello regionale con la L.R. 20 settembre 1996, n. 38; la L.R. 14 luglio 1983, n. 49 ed il Progetto obiettivo per la "Tutela della salute mentale", hanno avuto l'obiettivo di promuovere:

- interventi necessari a favorire la deistituzionalizzazione delle persone con disabilità e degli ex pazienti psichiatrici dimessi dagli ospedali ed il loro reinserimento sociale, anche attraverso il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata e la creazione di servizi semiresidenziali e/o di supporto alla persona;
- interventi di assistenza domiciliare integrata rivolti in particolare alle persone con disabilità gravi anche attraverso un aiuto alla persona gestito dove possibile in modo autonomo (scelta diretta dell'operatore con rimborso della somma pattuita in base alla L. 21 maggio 1998, n. 162);
- azioni volte al finanziamento per la gestione di comunità alloggio per persone con disabilità, l'autorizzazione all'apertura ed al funzionamento di RSA, in tutte quelle situazioni nelle quali la convivenza con la famiglia non è possibile; azioni volte all'acquisizione e/o alla ristrutturazione di immobili da destinare a servizi sociali per persone con disabilità;
- progetti sperimentali finanziati direttamente e volti sia all'inclusione ed alla riabilitazione sociale dei ragazzi diversamente abili attraverso percorsi individuali innovativi integrati centrati sull'attività sportiva; sia all'inclusione sociale attraverso la promozione di un turismo accessibile (L. 21 maggio 1998, n. 162);
- servizi, finanziati direttamente, di rieducazione permanente e di sperimentazione di attività lavorative ed occupazionali in favore dei ragazzi pluriminorati gravi, anche attraverso la creazione di una rete di assistenza rivolta alle famiglie (L. 28 agosto 1997, n. 284);
- interventi per la prevenzione, l'assistenza ed il reinserimento sociale delle persone a rischio di dipendenza e di quelle ex dipendenti attraverso la formazione e l'aggiornamento degli operatori che agiscono sul territorio

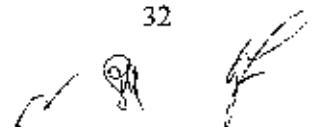
impegnando i centri aggregativi e promuovendo incontri di informazione sui danni da uso di sostanze psicotrope;

- interventi per l'integrazione lavorativa delle persone con disabilità e svantaggiate (disagiati psichici, ristretti, alcolisti, tossicodipendenti, minori) attraverso lo sviluppo della cooperazione sociale di inserimento lavorativo e la riserva di appalti per questa tipologia di imprese sociali.

Le sfide che questa politica deve raccogliere, pur nelle difficoltà dell'avvio, hanno come obiettivi:

- la promozione di un'immagine positiva delle persone con disabilità al fine di far crescere la consapevolezza nella società riguardo i loro diritti, i loro bisogni, il loro potenziale e il loro contributo;
- la realizzazione, di concerto con le associazioni delle persone con disabilità e con i Comuni, di un'analisi delle dimensioni della disabilità, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo;
- la presa in carico individuale della persona a rischio attraverso la messa in rete di tutti i servizi, non solo per rispondere ai bisogni sociali, sanitari e formativi, ma anche a quelli relativi alla mobilità, alla domanda culturale e del tempo libero, con particolare attenzione all'integrazione lavorativa dei soggetti svantaggiati;
- il monitoraggio costante dei livelli di attuazione degli interventi di base e dei servizi per le persone a rischio di esclusione;
- l'attuazione di momenti di incontro e confronto con tutti gli attori coinvolti, istituzionali e non, presenti nel territorio;
- la rimozione degli ostacoli culturali, economici, fisici e sensoriali che aggravano le condizioni di disabilità;
- la valorizzazione di tutte le risorse presenti nel territorio per ottimizzare le opportunità.

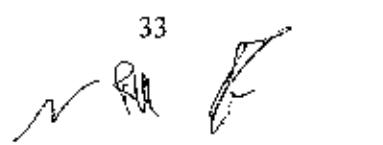
Se l'obiettivo è la promozione del benessere e della coesione sociale, le politiche sociali devono essere politiche di aiuto alla normalità della vita delle persone e non solo politiche che aiutano le situazioni di crisi e di disagio.



Questi sono quindi i binari sui quali costruire il percorso attuativo della politica dell'inclusione sociale e le azioni da realizzare nel tempo, basandole però sull'analisi del "bisogno secondo la recente classificazione I.C.F. (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. In generale, infatti, la rilevazione dei bisogni strettamente collegati con la situazione di emarginazione – persone diversamente abili, anziani, minori a rischio, tossico ed alcooldipendenti, ecc. – è prioritaria rispetto alla rilevazione della rete dei servizi esistenti: solo così sarà possibile modulare i servizi sui bisogni e non viceversa.

Inoltre, è necessario:

- riconoscere, supportare e valorizzare il ruolo ed il compito della famiglia che per prima, ed a volte in maniera esclusiva, si prende cura della crescita e del futuro di chi è disabile, in particolare di quelli in situazione di gravità, affiancandola con un sistema efficace di servizi e di integrazione delle prestazioni sociali, sanitarie, e formative. L'obiettivo non è solo quello di offrire tutte le opportunità necessarie a rendere tale compito meno gravoso possibile, ma anche quello di sostenere attraverso la famiglia, tutto il tessuto sociale nella sua naturale evoluzione. Alle attività ordinarie, vanno aggiunti "ricoveri e assistenze di sollievo", laddove si verificano riacutizzazioni delle condizioni psico-fisiche, o siano necessari momenti di riposo per il nucleo familiare. Si deve inoltre prevedere l'attivazione della rete di risorse presenti in ogni comunità, per disporre di strumenti, professionalità e strutture sufficienti a garantire tipologie di supporto alternative e flessibili, anche attraverso forme di auto-aiuto che possano soddisfare le esigenze organizzative e psicologiche della famiglia e trasformare il bisogno in risorsa da utilizzare nel territorio.
- Considerare il territorio come una realtà integrata, per promuovere in tutta la regione la realizzazione omogenea dei servizi di base nei confronti dei cittadini a rischio di esclusione sociale, attraverso la progettazione ed il monitoraggio dei Piani di Zona, redatti in base a dei criteri via via condivisi. L'attività progettuale presuppone: la formazione specifica degli operatori che si occupano di pianificare nel Distretto gli interventi, di gestire i servizi e di coordinare le azioni; la diffusione della cultura della partecipazione per coinvolgere l'opinione pubblica nel percorso di attuazione della politica sociale; il coinvolgimento delle



rappresentanze dei cittadini, ed in particolare dei cittadini a rischio, come i diversamente abili, non solo a livello di programmazione nella scelta degli obiettivi da perseguire, ma anche a livello di controllo dei servizi erogati, per arrivare a sancire dei veri e propri patti sociali (carta dei servizi). A tal proposito, al fine di programmare la partecipazione attiva delle persone con disabilità alla vita della collettività e alla programmazione degli interventi della Regione in loro favore, è stata istituita la consulta per i problemi della disabilità e dell'handicap, quale organismo di consultazione in relazione alle politiche regionali in favore dei diversamente abili.

- Promuovere la qualità dei servizi e delle strutture, individuando linee guida ed indicatori che prevedano in questo campo anche la sperimentazione di percorsi innovativi di organizzazione dei servizi; la progressiva messa in rete ed il costante monitoraggio delle risorse; lo scambio e la diffusione delle migliori prassi, che portino a definire standard ottimali dell'offerta dei servizi stessi, per migliorare la condizione di vita dei cittadini a rischio di esclusione.
- Definire, attraverso il processo di esternalizzazione di servizi gestiti dalla Pubblica Amministrazione, specifici progetti e programmi di recupero per le persone svantaggiate utilizzando come risorsa aggiuntiva modelli di cooperazione tra enti pubblici e imprese sociali.
- Curare la qualità totale della vita della persona a rischio di emarginazione, attraverso percorsi individualizzati che tengano conto della sua età, del tipo di disagio, del contesto sociale e culturale in cui vive, per sostenere la cultura dell'autogestione e valorizzare, dove è possibile, l'approccio che cerca di prevenire l'esclusione ed incrementi ogni forma di inclusione.
- Considerare la diversità come un'opportunità di arricchimento culturale, relazionale, ed anche economico, per tutto l'ambito di appartenenza, e prevedere ogni forma possibile di integrazione lavorativa dei soggetti svantaggiati, anche attraverso la valorizzazione delle risorse esterne all'individuo, presenti nella comunità e nel territorio, ed utilizzando servizi innovativi di informazione e di orientamento che diano al diversamente abile ed al cittadino a rischio di esclusione, pari opportunità di accesso al contesto sociale.

In particolare, nell'area della disabilità l'inserimento nella scuola rappresenta un momento cruciale nel difficile percorso di integrazione, sia per la sua valenza formativa che relazionale ed affettiva. A questo proposito, risulta fondamentale l'integrazione dei servizi sociali con la rete dei servizi educativi e formativi riguardo la presa in carico dell'alunno con disabilità.

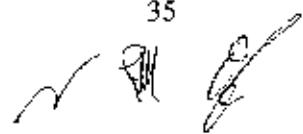
Questa problematica, nel passato affrontata dalle amministrazioni competenti attraverso la costituzione di gruppi multidisciplinari, deve essere ricondotta al nuovo assetto territoriale, che individua, nell'ambito del Distretto, le rispettive competenze di presa in carico dei bisogni del cittadino in base agli obiettivi ed alle finalità da raggiungere.

In questo nuovo contesto, è compito dell'Ente Regione svolgere il proprio ruolo istituzionale di pianificazione e programmazione e, attraverso l'Assessorato alla Formazione, di definizione dei percorsi di collaborazione tra gli Enti territoriali competenti. La Regione, inoltre, deve sostenere la programmazione e la realizzazione nel territorio di servizi ed interventi che supportino i giovani con disabilità nei loro ambienti di vita e di relazione.

Compito delle Province, invece, è quello di svolgere le funzioni ed i compiti formativi individuati dalla normativa vigente, utilizzando le risorse umane e finanziarie finalizzate all'inserimento degli alunni con disabilità. A tal proposito gli operatori sociali presenti nei Distretti devono collaborare con le Province ed i soggetti preposti alla formazione promuovendo e rafforzando, nella programmazione territoriale, con i fondi finalizzati a questo scopo, ogni forma di servizio ed intervento necessario.

Nell'ambito del sistema di servizi e interventi sociali e, più in generale, nell'azione della Regione Lazio, gli *anziani* sono uno degli impegni prioritari delle politiche a tutela della famiglia. In particolare le politiche sociali per gli anziani riguardano i seguenti campi di intervento:

- sviluppo di programmi improntati ad una visione positiva della terza età, volti a promuovere una cultura che valorizzi l'anziano come una risorsa in una società integrata e solidale;
- promozione di programmi che favoriscano la protezione della salute e del benessere lungo l'arco della vita;



- sviluppo della rete dei servizi, favorendo l'integrazione tra assistenza e sanità e garantendo condizioni di maggiore equità nella erogazione dei servizi stessi;
- promozione dell'inclusione sociale attraverso programmi che prevedano l'inserimento degli anziani in attività socialmente utili, incoraggino la partecipazione al volontariato e favoriscano lo scambio tra generazioni;
- promozione della domiciliarità, prevedendo azioni in favore di un invecchiamento nel proprio ambiente e nella propria comunità ;
- tutela dell'anziano, nel caso in cui non abbia altra alternativa che il ricovero in istituto o, liberamente, scelga tale forma di residenzialità, assicurando prestazioni adeguate alle sue esigenze e nel pieno rispetto dei suoi diritti;
- sviluppo di servizi di supporto alle famiglie che assistono in casa anziani in condizioni di disabilità e sostegno alle persone anziane, specie se donne, che si prendono cura di altri anziani;

Gli obiettivi specifici previsti nei confronti della popolazione anziana, con programmi e progetti e con indicazioni di fabbisogno e di prestazioni, si riassumono nei seguenti punti:

- sviluppo del servizio di assistenza domiciliare, integrata con i servizi sanitari ed anche in forma autogestita;
- promozione e sviluppo di servizi a tutela della donna anziana in relazione alla maggiore aspettativa di vita rispetto all'uomo;
- valorizzazione e utilizzo dei centri anziani come risorsa nel sistema dei servizi sociali ed assistenziali, sia per le funzioni che essi svolgono a beneficio delle persone anziane, sia in ordine alla informazione e orientamento che verranno chiamati a svolgere. I centri anziani, inoltre, verranno inseriti nel Sistema Informativo e funzioneranno da terminali per le tematiche degli anziani e al loro interno verranno costituiti dei "gruppi organizzati di volontari anziani" in funzione di sostegno alle strutture di servizio pubbliche per attività complementari;

- attuazione del programma regionale di adeguamento dell'offerta di RSA di cui alla D.G.R. n. 1988 del 21 dicembre 2001, compresa l'attivazione di posti di semiresidenzialità;
- promozione e sviluppo di strutture residenziali e semiresidenziali socio-assistenziali, nelle zone che ne sono sprovviste e adeguamento di quelle già esistenti rispetto agli specifici standard regionali;
- sperimentazione di un modello assistenziale per le persone affette da malattia di Alzheimer con percorsi assistenziali, di diagnosi, di formazione del personale, di ricerca di interventi innovativi e di strategie efficaci;
- azioni volte a coinvolgere nella programmazione regionale e locale le forze del volontariato, per dare organicità alla rete di protezione sociale.

Con riguardo all'obiettivo di promozione di una visione positiva dell'anziano e con riferimento agli specifici obiettivi del piano regionale, i Piani di Zona dovranno prevedere misure e servizi nei seguenti campi:

- servizi a sostegno della domiciliarità, compresi interventi di assistenza domiciliare in forma autogestita;
- servizi residenziali socio-assistenziali (case di riposo, comunità alloggio, case albergo) e loro qualificazione attraverso l'adozione di standard gestionali e strutturali;
- inserimento degli anziani in attività socialmente utili;
- centri diurni che sappiano coniugare il sollievo alle famiglie e l'offerta di attività riabilitative, ricreative, di socializzazione sia per persone fisicamente non autosufficienti sia per affetti da demenza senile o morbo di Alzheimer;
- interventi a sostegno della donna anziana;
- assistenza alloggiativa;
- offerta di attività di volontariato o di utilità sociale, in particolare favorendo lo sviluppo dell'auto-mutuo aiuto in tutti i settori del bisogno sociale;

- apertura delle strutture residenziali e diurne alla comunità locale in cui sono inserite e promozione di incontri intergenerazionali, in particolare tra bambini e anziani.

Per quanto riguarda l'attività di vigilanza, si richiama l'art. 57 della LR 38/1996 che disciplina le funzioni di vigilanza e controllo sulle strutture residenziali socio - assistenziali, per le quali va previsto un piano di vigilanza integrato su base distrettuale, da inserire tra le attività riconducibili ai Piani di Zona (Linee guida 2003).

Inoltre la Legge regionale recante "Norme in materia di autorizzazione al funzionamento di strutture che prestano servizi socio assistenziali", che recepisce ed integra in sede regionale i requisiti statali minimi strutturali ed organizzativi per l'esercizio delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, prevede un regime di sanzioni nei confronti delle strutture che operano senza la prescritta autorizzazione al funzionamento.

Tale legge, inoltre, definisce dettagliatamente l'organizzazione, l'utenza, il grado di intensità assistenziale e i requisiti strutturali delle varie tipologie di strutture residenziali indicate nel Piano.

Più specificatamente, riguardo alle residenze sanitarie assistenziali, con la D.G.R. n. 1988/01 è stata approvata la loro programmazione nel triennio 2001-2003.

Gli aspetti significativi del provvedimento risultano:

- la previsione del fabbisogno di 9.302 posti in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), di cui 900 destinati alla semiresidenzialità da realizzare soprattutto in Roma;
- la copertura del fabbisogno attraverso:
  1. 1.228 posti residenza in 26 strutture finanziate con l'art. 20 della Legge n. 67/88;
  2. la riconversione di 1.500 posti letto ospedalieri per acuti, 600 posti attivi nei centri di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/78, 400 posti letto delle case di cura neuropsichiatriche per un totale di 2.500 posti;

3. la nuova istituzione di 1.715 posti residenza di cui 1.085 residenziali e 630 semiresidenziali.
4. in ogni Distretto l'attivazione di almeno una RSA.

Oltre alla realizzazione di una RSA per ciascun distretto, sarà necessario prevedere l'intesa con le Aziende Sanitarie Locali in modo da creare una rete sanitaria assistenziale collegata sia con gli ospedali che con i servizi territoriali, tra cui preminente è l'assistenza domiciliare integrata.

I centri residenziali devono servire non solo a tutelare e migliorare la qualità della vita delle persone anziane, ma anche delle famiglie che non sono in grado di assistere, in caso di necessità, gli anziani presso il proprio domicilio. A tale scopo in accordo con l'Assessorato alla sanità dovrà essere programmato un efficace sostegno per le famiglie in modo tale da consentire soggiorni non lunghi nelle RSA ed evitare in ogni modo che esse divengano strutture di lunga degenza. Tale situazione richiede la programmazione per la realizzazione delle RSA quali strutture polifunzionali, aperte al territorio nell'ottica della continuità ed integrate con i servizi sociali locali, in cui i ricoverati devono ricevere profili assistenziali mirati alla limitazione del danno da patologie croniche degenerative.

Nell'ambito delle attività di lotta all'esclusione sociale occorre considerare anche le iniziative della Regione Lazio finalizzate al reinscrimento dei **detenuti** nel tessuto sociale e lavorativo che prevedono contributi alle Associazioni che hanno come scopo preminente la risocializzazione dei detenuti ed alle Cooperative che hanno il 30% dei soci detenuti o ex detenuti, ai sensi dell'art. 12 della Legge regionale n. 12/00 e contributi ai comuni soci di istituti di prevenzione e pena.

Il problema diventa ancora più complesso e richiede maggiori investimenti anche a seguito della normativa concernente gli interventi terapeutici a favore dei detenuti tossicodipendenti che non vengono più seguiti dalla Sanità Penitenziaria, ma dalle ASI.

Prioritaria a tal proposito diviene la prevenzione, particolarmente relativa allo spaccio ed all'uso di stupefacenti. Su questo tema si individua la



39  
P.M.



necessità di avviare progetti interdistrettuali, intrecciati con i piani di Zona, che prevedano azioni di prevenzione nei soggetti a rischio e di reinserimento attraverso il concorso delle strutture carcerarie.

Inoltre le iniziative di reinserimento dovranno essere attuate attraverso il coordinamento con le strutture carcerarie, il distretto, i centri di orientamento e di formazione. Nelle linee di intervento sarà, inoltre, previsto un livello di concertazione per esperimenti di lavoro in carcere e di inserimento lavorativo all'esterno.

Inoltre è importante che gli interventi o gli aiuti dati a cooperative o associazioni, anche tramite i Comuni sedi di istituti di prevenzione e pena al fine di favorire il reinserimento professionale, abbiano una durata limitata e si rivolgano a utenti diversi nel corso del tempo al fine di evitare che si crei una sorta di assistenzialismo con carattere permanente che nei fatti non favorisce il processo di progressiva autonomia o di reale inserimento lavorativo.

Maggior attenzione sarà dedicata alle detenute con bambini di età 0-3 anni attraverso la realizzazione di strutture residenziali protette ed ai minori detenuti al fine di favorirne la qualificazione professionale e il reinscrimento lavorativo attraverso forme di prevenzione secondaria che consentano di evitare la loro permanenza in situazioni di marginalità sociale e/o in gruppi devianti.

Per l'attuazione di quanto sopra è necessario mantenere la stretta collaborazione con il Ministero di Giustizia e con le Direzioni degli istituti di prevenzioni e pena esistenti nel Lazio, eventualmente aggiornando il protocollo di intesa approvato tra la Regione Lazio e il Ministero di Giustizia.

Altro tema di pressante attualità è rappresentato dall'*immigrazione*, che impone un'azione strategica capace di fornire risposte concrete. Si tratta in definitiva di aprire una nuova fase delle politiche sociali che ha come obiettivo lo sviluppo della soggettività e della partecipazione degli immigrati alla vita sociale.

La regione Lazio, con la L.R. n. 17/90 "Provvidenze a favore degli immigrati da paesi extracomunitari", attualmente in fase di revisione, ha posto in essere già da tempo delle misure d'intervento tese a promuovere l'integrazione degli immigrati.

E' da sottolineare che in alcune aree geografiche del territorio laziale convivono sia problematiche connesse alla pressante richiesta proveniente dal mercato del lavoro di manodopera straniera, sia forti tensioni sociali.

Pertanto si procederà ad una più stretta interrelazione tra le politiche del lavoro e quelle tese a favorire il supporto alla piena inclusione e quindi alle pari opportunità di accesso ai diritti civili. Inoltre, si promuoveranno attività autoimprenditoriali e di raccordo con la rete della cooperazione sociale.

A tal fine, i fondi nazionali e regionali (D. l.gs. n. 286/98 e L.R. n. 17/90) saranno utilizzati per una serie di iniziative pianificate e gestite in parte direttamente dalla stessa Regione, in parte tramite le Province, le quali, nella redazione del proprio piano, cureranno che la programmazione locale avvenga tenendo conto della domanda e dell'offerta di servizi in ambito distrettuale. Nell'arco del triennio, gradualmente, le Province manterranno nei propri piani solo gli interventi a carattere sovradistrettuale, mentre quelli di carattere locale saranno ricompresi nei Piani di Zona.

Le iniziative finalizzate all'inserimento degli immigrati, privilegeranno i seguenti obiettivi:

- favorire il riconoscimento e l'esercizio, in condizioni di parità con i cittadini italiani, dei diritti fondamentali delle persone immigrate;
- promuovere l'integrazione degli stranieri favorendone l'accesso al lavoro, all'abitazione, ai servizi sociali, alle istituzioni scolastiche;
- favorire la formazione professionale, attraverso un coordinamento con l'Assessorato competente, per finalizzare una quota parte del Fondo sociale Europeo Obiettivo 3 ad azioni che permettano l'inserimento lavorativo ed attraverso il sostegno alle famiglie degli immigrati;
- prevenire e rimuovere ogni forma di discriminazione basata sulla razza, il colore, l'ascendenza o l'origine nazionale o etnica o religiosa;
- tutelare l'identità culturale, religiosa o linguistica degli stranieri;
- consentire un positivo reinscrimento nel paese d'origine.

41

Handwritten signature and stamp in the bottom right corner of the page. The signature is written in black ink and appears to be 'G. G. G.'. Below the signature is a circular stamp with some illegible text inside. There is also a small mark resembling a checkmark or a stylized 'L' to the left of the stamp.

I campi d'intervento in favore degli immigrati e delle loro famiglie, ritenuti prioritari sono i seguenti:

- diffusione dell'informazione e sostegno sociale e legale agli immigrati mediante la realizzazione ed il potenziamento di sportelli informativi a livello locale;
- attivazione di politiche tese a fronteggiare le esigenze alloggiative degli immigrati anche mediante il potenziamento dei centri di accoglienza;
- tutela dei minori e delle donne, con particolare riguardo ai minori non accompagnati e alle donne sole con bambini o vittime della tratta, anche mediante il potenziamento di case di accoglienza e di alloggi;
- diffusione della conoscenza della lingua e della cultura italiana mediante l'attivazione di corsi specifici; promozione dell'integrazione scolastica per i figli degli immigrati, anche tramite attività interculturali;
- reinserimento degli immigrati nei paesi d'origine attraverso specifici programmi di rimpatrio volontario;
- promozione dell'inserimento lavorativo degli immigrati attraverso la formazione o la riqualificazione professionale da attuarsi sia nella Regione Lazio che nei paesi di provenienza, in ottemperanza alla nuova disciplina dell'immigrazione e della cooperazione dell'Italia con i paesi in via di sviluppo;
- promozione di forme di sostegno alle rappresentanze delle comunità degli stranieri;
- valorizzazione della mediazione culturale attraverso l'istituzionalizzazione della figura del mediatore in ambito scolastico, sociale, sanitario, amministrativo e giudiziario;
- realizzazione di progetti sperimentali finalizzati alla definizione di "modelli d'intervento" da utilizzare come efficaci strumenti di politica sociale.

Per la valorizzazione e la conoscenza delle culture delle diverse etnie presenti nella Regione Lazio, sarà organizzata, annualmente, una

Handwritten signature and initials in the bottom right corner of the page.

manifestazione culturale con il coinvolgimento delle associazioni degli immigrati e del Terzo Settore.

Nel prossimo triennio verrà, inoltre, completata la realizzazione dell'osservatorio regionale che, monitorando il fenomeno dell'immigrazione in termini quali-quantitativi ed evolutivi ed assicurando una visione unitaria di tutte le attività svolte sul territorio, consentirà di porre in essere politiche che sappiano rispondere con maggiore efficacia alle esigenze degli immigrati presenti nella regione Lazio. L'osservatorio farà parte del Sistema Informativo Sociale.

Per quanto concerne la popolazione ROM presente nel territorio regionale, in attesa di rivedere la Legge regionale n. 82/85 che aveva tra le proprie finalità quella di favorire il mantenimento della cultura ROM e la diffusione dei campi sosta, si continueranno a promuovere azioni volte alla formazione dei minori e dei giovani, nonché iniziative per valorizzare la cultura e le arti tipiche dei nomadi.

I nuovi interventi, anche di carattere legislativo, dovranno mirare a favorire:

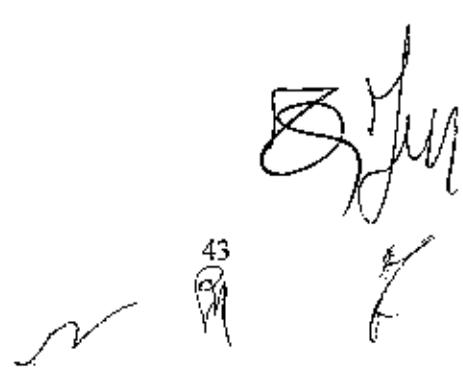
- il ridimensionamento dei campi sosta;
- la stabilizzazione delle famiglie nomadi in una zona al fine di acquisirne la residenza;

la rappresentanza reale e concreta dei nomadi capace di contrastare e superare le divisioni e le conflittualità esistenti tra i diversi gruppi.

- L'attività di sostegno alla popolazione in età minorile sia per la frequenza scolastica che per le attività formative, anche attraverso la sperimentazione di apprendistati con conseguente ingresso nel mercato del lavoro;

Si rendono, inoltre, necessari provvedimenti ed interventi delle pubbliche amministrazioni, in quanto i fenomeni della criminalità della popolazione ROM sembrano evolversi negativamente (droga, prostituzione).

Da tempo la Regione Lazio ha affrontato con crescente impegno la problematica dell'*emigrazione* (L.R. n. 68/91), promuovendo interventi in favore dei lavoratori laziali emigrati all'estero e dei loro familiari, finalizzati al superamento delle difficoltà inerenti al lavoro ed alle condizioni di vita e



43

al mantenimento dell'identità culturale, nonché interventi rivolti ai lavoratori emigrati rientrati definitivamente nel Lazio per agevolare il reinserimento nel tessuto sociale.

Con la nuova Legge regionale (L.R. 31 luglio 2003, n. 23), si è inteso favorire l'informazione anche tramite i nuovi strumenti di comunicazione; coinvolgere i giovani nella vita delle associazioni ed assicurare la partecipazione alla Consulta Regionale per l'Emigrazione; sostenere la ricerca anche con l'istituzione di borse di studio per la ricostruzione della storia dell'emigrazione laziale; la valorizzazione del ruolo dei connazionali all'estero favorendo la costituzione di cooperative e gli scambi commerciali.

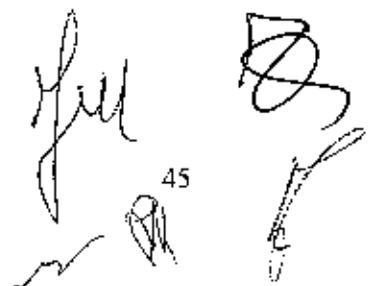
I campi d'intervento in favore degli emigrati e delle loro famiglie, ritenuti prioritari nel prossimo triennio, sono i seguenti:

- diffusione del patrimonio artistico, culturale, ambientale e tecnico culturale della Regione presso le comunità emigrate attraverso: conferenze, spettacoli, dibattiti, incentivazione alle attività sportive, organizzazione di mostre d'arte o di prodotti dell'artigianato e dell'agricoltura;
- valorizzazione del ruolo dei giovani favorendo la partecipazione degli stessi alla vita delle associazioni, anche attraverso l'inserimento nella "Consulta dell'emigrazione" e la realizzazione della "Conferenza Mondiale di Giovani Laziali";
- realizzazione, di concerto con le Università del Lazio, di soggiorni per giovani della seconda e terza generazione, finalizzati al recupero della lingua italiana ed alla conoscenza della cultura attuale del paese d'origine;
- organizzazione di soggiorni in favore di emigrati italiani, con particolare riguardo nei confronti di anziani;
- recupero nei paesi d'emigrazione della lingua d'origine, mediante corsi presso strutture quali la "Dante Alighieri" o le sedi delle associazioni locali ecc.;
- reinserimento scolastico dei figli degli emigrati rientrati definitivamente nella Regione mediante corsi di recupero finalizzati e d'intesa con le singole istituzioni scolastiche;

- realizzazione di un sito web che consenta una migliore informazione sugli interventi regionali nel settore dell'emigrazione; realizzazione di un giornale *on-line* redatto dai giovani discendenti di emigrati;
- proseguimento dei servizi di informazione, consulenza ed assistenza per gli emigrati di origine laziale, attivati dalla regione Lazio attraverso la "Casa dell'Emigrante", istituita presso il Comune di Sant'Elia Fiumerapido (FR);
- organizzazione della giornata dell'Emigrante Laziale;
- istituzione di borse di studio per la ricostruzione della storia dell'emigrazione laziale;
- messa in risalto del ruolo dei connazionali all'estero attraverso la realizzazione di manifestazioni culturali finalizzate alla valorizzazione dell'immagine della Regione Lazio nei diversi aspetti culturali, artistici e commerciali;
- realizzazione di interventi particolari per l'America Latina;
- sostegno al reinserimento lavorativo degli emigrati rientrati, sia attraverso l'attività di formazione e riqualificazione professionale secondo le esigenze del mercato del lavoro, sia attraverso l'incentivazione di attività di lavoro autonomo;
- rivalutazione della figura del consultore residente all'estero quale "portavoce" delle reali esigenze degli emigrati.

### **3.5. L'integrazione ed i Distretti sociali: il welfare integrato nella comunità**

Tra le scelte di sistema per l'organizzazione del welfare regionale, assume rilievo strategico l'opzione di stimolare, valorizzare e sostenere concretamente la capacità delle comunità locali di elaborare ed attuare interventi e servizi per la risposta ai problemi di disagio e malessere sociale, ma anche per la qualificazione delle condizioni di vita locali dei singoli, delle famiglie e dei gruppi sociali significativi.



45

In questi termini, l'individuazione del Distretto Sociale quale soggetto e livello della programmazione dei servizi sociali deve essere riferita alla valenza non solo amministrativa, ma anche territoriale e comunitaria dei Distretti.

La scelta della istituzione dei Distretti sociali ha inteso pertanto:

- favorire i raccordi tra le diverse programmazioni, ed in primo luogo tra quella sociale e quella sanitaria;
- individuare ambiti territoriali ottimali per l'organizzazione dei servizi;
- definire nuove condizioni per valorizzare gli apporti del Terzo settore;
- avvicinare la sede delle decisioni ai cittadini, per favorire la partecipazione e per accrescere l'adeguatezza delle scelte operative.

La scelta della distrettualizzazione delle funzioni di governo e gestione degli interventi e servizi sociali, in un territorio caratterizzato dalla presenza di una grande area metropolitana e da una moltitudine di piccoli Comuni, richiede di adeguare le scelte relative alle sedi di esercizio delle funzioni stesse.

Se per il Comune di Roma si è richiesto di affrontare le questioni relative al decentramento amministrativo, favorito dalla pressoché totale coincidenza tra Municipi e Distretti sanitari, per la restante parte della Regione il processo di riorganizzazione territoriale ha reso necessario provvedere alla definizione di forme di associazione intercomunale.

A questo proposito occorre sottolineare che il Comune di Roma rappresenta nella regione una specificità, poiché gli ambiti territoriali ottimali si realizzano attraverso la suddivisione del territorio comunale.

I Distretti, infatti, ormai coincidono con i Municipi in quanto anche nella RM/E è stato previsto nell'atto aziendale di portare da 2 a 4 i Distretti: pertanto Roma avrà 19 Municipi e 19 Distretti.

L'ulteriore specificità del Comune di Roma, inoltre, è determinata dall'essere Comune beneficiario di importanti finanziamenti nazionali e dal fatto che alcuni servizi hanno necessariamente valenza sovradistrettuale (es.

   
46

L. n. 163/98 emergenza, disagio psichico, ecc.) e pertanto devono prevedere una gestione centralizzata e coordinata con i Municipi.

Sarà quindi riconosciuto al Piano di Zona comunale un valore aggiuntivo rispetto alla semplice sommatoria dei Piani di Zona municipali.

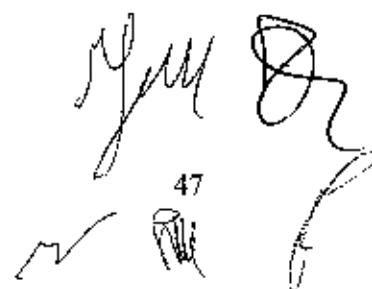
Il Comune di Roma, infine, sul sistema informativo dovrà assumere un ruolo analogo a quello delle Province (cfr. § 4.1.) e svolgere una funzione di supplenza per le eventuali inadempienze dei Municipi.

A seguito della D.G.R. n. 471/02 il processo di distrettualizzazione deve ritenersi compiutamente avviato e formalizzato che comporta, peraltro, una serie di elementi innovativi che vale la pena rimarcare almeno per quanto riguarda:

- \* **Il Ruolo del Comune Capofila.** Il Comune capofila, definito di concerto dalla assemblea dei sindaci del Distretto, è individuato quale interlocutore primario nei confronti della Regione.

Al fine di risolvere il problema della confusione e sovrapposizione dei ruoli ogni Comune Capofila dovrà attivare la struttura di piano c, all'interno di questa, individuare formalmente un referente per tutta la materia attinente alla formulazione dei Piani di Zona, alla programmazione ed al monitoraggio.

Il Comune Capofila conserva obblighi nei confronti degli altri Comuni dell'area relativamente a: la trasparenza della gestione finanziaria attraverso l'istituzione nel proprio bilancio di appositi capitoli di entrata ed uscita per quanto riguarda i servizi finanziati e gestiti a livello distrettuale; il coinvolgimento nella elaborazione degli atti di programmazione e delle scelte operative degli istituti politici (Comitato dei Sindaci; Comitati di gestione degli accordi di programma) e tecnici (Struttura del Piano) di cui il Distretto si dota; il coinvolgimento degli organismi del Terzo settore, il rispetto delle scadenze poste dalla Regione o autonomamente assunte dal Distretto; il coordinamento delle funzioni di informazione, di monitoraggio e valutazione all'interno del Distretto; la continuità e l'adeguatezza dei rapporti con la ASL e con il Distretto Sanitario. Il Comune capofila risponde alla collegialità dei sindaci dell'esercizio del proprio ruolo.



Handwritten signatures and a stamp. The stamp is circular and contains the number 47.

Relativamente al problema dei finanziamenti che affluiscono ai Comuni Capofila per conto degli altri Comuni e che determinano un virtuale incremento delle entrate, ponendo problemi di compatibilità con il Patto di stabilità economico, è da evidenziare che tali entrate e relative uscite devono essere considerate partite di giro.

Il Comune Capofila, infatti, non utilizza tali finanziamenti per finalità proprie ma li impiega per soddisfare i bisogni assistenziali di tutti i Comuni afferenti al Distretto, agendo sostanzialmente da "cassa" per introitare il budget di Distretto.

Infine, è da ricordare che il Comune Capofila, in qualità di destinatario delle risorse assegnate al Distretto a sostegno dei progetti approvati con il Piano di Zona, è tenuto alla rendicontazione della spesa ai sensi dell'art. 62 della LR 38/1996.

Nella documentazione allegata alla rendicontazione devono essere illustrati i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi indicati nei progetti.

- \* **Le funzioni di coordinamento del Distretto** vengono individuate nel Comune capofila in maniera unitaria, pur potendosi costituire all'interno del Distretto organi amministrativi di coordinamento, indirizzo e gestione di tipo collegiale.
- \* **La ASL** partecipa alle fasi della programmazione, della gestione e della verifica degli interventi integrati; in tal senso deve essere compresa nelle forme associative liberamente assunte dal Distretto Sociale, quali gli accordi di programma e attraverso proprio personale preposto alla elaborazione e gestione dei Piani di Zona.

Il ruolo della ASL, dunque, risulta determinante nell'integrazione e pertanto dovrà essere pienamente coinvolta nell'attività programmatica non solo degli interventi specificatamente finalizzati all'integrazione (lett. C e Fondo Nazionale), ma anche sulle altre attività assistenziali comunali.

La ASL, quindi, deve intervenire nella gestione del progetto integrato con proprie risorse (di personale, di strutture e di attrezzature) quantificando nel progetto entità, modalità e procedure e definendo la spesa dell'integrazione con i servizi distrettuali e comunali.



48

Tali stanziamenti andranno a far parte del budget complessivo del Distretto e contribuiranno ad una prima definizione delle disponibilità finanziarie del Distretto socio-sanitario.

La ASL collabora alla elaborazione dei Piani di Zona attraverso i propri strumenti di lettura ed analisi del territorio, fornendo le indicazioni di sua competenza relativamente alle sette aree di integrazione socio-sanitaria individuate dal DPCM 14/2/01. La ASL provvede a valutare, per quanto di propria competenza, i Piani di Zona, assumendo impegni specifici di risorse ed adeguando al riguardo la propria programmazione di livello aziendale e distrettuale. La partecipazione della ASL deve essere necessariamente estesa alla realizzazione del progetto attraverso la messa a disposizione di proprie risorse, a partire da specifiche professionalità, che integrino gli interventi sociali con quelli sanitari.

- \* **Tutti gli interventi sociali e socio-sanitari devono essere gestiti in maniera da assicurarne il coordinamento al livello distrettuale.** Il Piano di Zona compendia in tal senso tutti gli altri atti di programmazione/progetto che negli anni passati hanno avuto luogo in relazione ad alcune leggi di settore (L. n. 285/97; L. n. 162/98; Interventi in materia di immigrazione, ecc.)

Quanto ai principi ispiratori del funzionamento dei Distretti, si forniscono le ulteriori indicazioni:

1. **La centralità del territorio.** Le scelte regionali e gli input derivabili dalla legislazione nazionale pongono un forte accento sulla capacità delle Amministrazioni locali di stimolare, sostenere ed interpretare le risorse delle comunità locali nell'elaborazione di risposte ai bisogni sociali del territorio. Ancora una volta, tra le condizioni che devono essere assicurate vi è il superamento dei municipalismi da un lato, e la ricerca di forme di collaborazione con i diversi soggetti del territorio, a partire da quelli istituzionali a quelli di Terzo settore ed alle formazioni di cittadinanza. Con il Piano viene ribadita, in linea con i più recenti atti già emanati dalla Giunta Regionale, l'obbligatorietà dell'associazionismo a far coincidere con la dimensione distrettuale il livello di programmazione e di governo locale del sistema dei servizi. I Piani di Zona dovranno concretamente esprimere la capacità delle Amministrazioni Comunali di raccordarsi tra di loro, evidenziando le forme di gestione comune degli interventi.



2. **Modello di programmazione:** il modello di programmazione regionale si fonda sul riconoscimento della capacità locale di esprimere indicazioni e soluzioni organizzative. Debbono essere, al contempo, sviluppate le funzioni di coinvolgimento di tutti gli attori esterni all'area sociale, in rispetto del modello culturale di inclusione, anche per stimolare l'impiego di mezzi e risorse umane ed economiche in grado di contribuire al benessere; la funzione di garanzia della omogeneità del sistema attivato relativamente a possibilità di accesso e di soddisfacimento delle esigenze essenziali della popolazione, delle famiglie e delle fasce deboli. Vanno adottati strumenti di rilevazione per valutare il potenziale di innovazione e qualificazione presente nelle scelte locali.
3. **Modelli di sussidiarietà:** il principio di sussidiarietà costituisce ispirazione del sistema regionale delle politiche sociali secondo i seguenti indirizzi coerenti:
- \* la valorizzazione della capacità dei soggetti di cittadinanza di produrre risposte: si tratta quindi di aprire spazi che possano essere agiti da famiglie, comunità locali, gruppi di popolazione;
  - \* la ricerca di soluzioni adeguate e territorialmente vicine ai luoghi di produzione e di vissuto del disagio sociale; la programmazione territoriale, attraverso i Piani di Zona, deve sviluppare la capacità di leggere il territorio, definendo le priorità di azione, ed individuando le risorse locali già disponibili che possono essere utilizzate e valorizzate;
  - \* la valorizzazione delle proposte del Terzo settore, del volontariato, dell'associazionismo di promozione sociale, della cooperazione sociale, delle formazioni di cittadinanza: vanno distinti i ruoli pubblico-privato definendo con più attenzione soprattutto le funzioni di governo del sistema locale dei servizi; il ruolo del Distretto deve essere configurato sia in termini di programmazione, sia sottolineandone la funzione di *fornitore e garante* di servizi che sceglie tra la realizzazione e la gestione diretta ed il ricorso al mercato ed al mercato sociale in particolare. In quest'ultimo caso vanno contemplate dal decisore locale le diverse opzioni, che vanno da quelle più consolidate di affidamento a quelle più recenti relative alla esternalizzazione, e quindi all'accreditamento; considerando anche in



senso innovativo quali siano gli strumenti disponibili o attivabili per facilitare le relazioni all'interno della rete locale dei servizi (dai voucher alla formazione, dall'accreditamento all'affiancamento, fino al riconoscimento delle iniziative autogestite da gruppi spontanei di cittadini);

- \* l'adeguato sviluppo delle funzioni relative all'accesso, alla valutazione e alla progettazione personalizzata che, in un sistema che evolve verso l'integrazione con le altre componenti istituzionali, comunitarie e di mercato del welfare, appaiono gli unici strumenti utili, da un lato, a valorizzare le funzioni di regolazione e tutela che competono agli Enti Locali, dall'altro ad assicurare ai destinatari degli interventi l'adeguatezza delle risorse e la certezza dei percorsi di assistenza e promozione sociale.

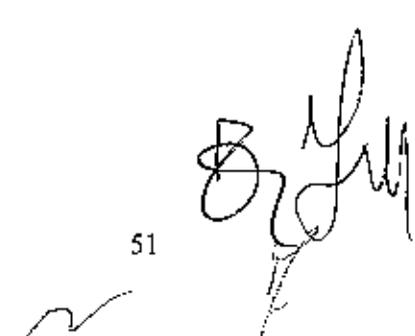
### 3.6. La qualità sociale

Quando si parla di "qualità" in ambito sociale occorre fare alcune osservazioni preliminari che sottendono ogni azione ed intervento in questo campo.

Esiste infatti una "qualità sociale" ed una "qualità dei servizi sociali".

La qualità sociale è un indice rilevabile e subito evidente, in quanto misurabile dal grado di partecipazione dei cittadini alla vita sociale ed economica delle comunità di appartenenza, e come tale attraversa tutte le fasi del processo di creazione e gestione del sistema integrato di servizi ed interventi sociali. In questa ottica partecipativa si iscrive la centralità data ai bisogni del cittadino nell'organizzazione della rete dei servizi, punto forte del rinnovamento legislativo e culturale degli ultimi anni in campo sociale.

La qualità dei servizi e degli interventi, invece, è una proprietà del sistema di qualità sociale e, in quanto tale, si fonda su un meccanismo di regolazione basato sulla trasparenza dei processi e la verificabilità dei risultati attraverso la definizione di percorsi omogenei, condivisi e misurabili, di autorizzazione e di accreditamento dei servizi e degli interventi.



La qualità del sistema comprende quindi l'intero percorso che porta alla definizione dei Piani di Zona, dall'analisi dei bisogni fino alla valutazione dell'offerta.

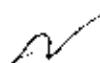
La riorganizzazione del sistema dei servizi tende alla realizzazione di profili di qualità sociale.

I principi ispiratori del processo di qualificazione sono pertanto:

- la flessibilità delle prestazioni, degli interventi e dei servizi, soprattutto riguardo alla possibilità di definire programmi e percorsi assistenziali effettivamente calibrati in rapporto alle esigenze degli assistiti ed alla valorizzazione delle loro capacità autonome;
- la territorialità e la qualità organizzativa degli organismi prestatori dei servizi sociali;
- la valorizzazione delle risorse, tanto di quelle sociali presenti nelle comunità locali, ivi compresi gli apporti volontari e di cittadinanza attiva, quanto di quelle dei destinatari;
- il riconoscimento del diritto di scelta delle prestazioni e dei fornitori dei servizi da parte della persona e/o della famiglia, di concerto con il servizio pubblico, in modo da favorire la partecipazione attiva dei cittadini nella realizzazione dei piani sociali personali e familiari effettivamente condivisi, attraverso l'individuazione di tutte le risorse disponibili;
- la tendenziale completezza del sistema degli interventi e dei servizi, in rapporto alle macro-aree funzionali: promozione sociale, sostegno alle persone e famiglie in difficoltà, inserimento e reinserimento sociale.

Gli strumenti da mettere in atto riguardano:

- la partecipazione delle scelte tra servizi, operatori e destinatari, sia al livello della organizzazione comune degli interventi, sia in rapporto alla definizione dei progetti personalizzati di assistenza;
- la definizione di indicatori e standard regionali per l'analisi dell'intensità del bisogno della persona e/o della famiglia. La definizione di indicatori



che consentano di delineare gli obiettivi a breve, medio e lungo termine del progetto individuale, nonché la loro effettiva realizzazione;

- la definizione di indicatori e standard di analisi e verifica della qualità potenziale dei fornitori (accreditamento), la qualità fornita e la qualità percepita dall'utente che, comparata con gli indicatori e standard di analisi dell'intensità del bisogno e di analisi e verifica degli obiettivi, consentirebbe la costruzione di un sistema scientificamente organizzato per la valutazione della qualità nei servizi;
- la determinazione dei parametri, uniformi nel territorio regionale, per l'accesso alla fornitura dei servizi, per l'affidamento degli stessi, per la valutazione delle prestazioni. A tale scopo, si procederà alla consultazione delle Organizzazioni no profit ed alla concertazione con le Organizzazioni Sindacali, in modo che siano prefissati e salvaguardati i LIVEAS, il diritto di scelta di chi fruisce del servizio, l'equilibrio aziendale del fornitore e i diritti dei lavoratori addetti;
- la qualificazione e la formazione continua degli operatori sociali;

La realizzazione dei percorsi di qualità sociale richiede lo sviluppo di forme di comunicazione trasparente e di condivisione delle scelte per quanto riguarda i momenti di programmazione, verifica e valutazione.

Lo strumento per la formalizzazione dei percorsi di qualità sociale sono i Piani di Zona, che dovranno quindi evidenziare: le modalità di formazione delle opzioni e delle scelte; gli strumenti di condivisione delle scelte con i diversi soggetti sociali; le indicazioni per incrementare il confronto tra operatori e destinatari degli interventi e dei servizi; gli strumenti di valutazione; gli strumenti, le sedi e l'oggetto della comunicazione sociale.

## 4. GLI STRUMENTI DELLA PROGRAMMAZIONE

### 4.1. Gli assetti territoriali: la centralità del Distretto

Come rilevato, il Distretto è la prioritaria unità territoriale di riferimento delle politiche e degli interventi socioassistenziali. L'articolazione territoriale dei Distretti è di competenza delle ASL. Infatti, queste in esecuzione alle Deliberazioni di Giunta Regionale 21/12/01 n. 2034 e 07/12/01 n. 1893 hanno l'obbligo di adottare l'atto di autonomia aziendale per dettare i principi generali in materia di organizzazione e funzionamento ed è proprio con tale atto che vengono confermati o ridefiniti il numero e i confini dei Distretti di ciascuna ASL e vengono regolamentati l'assetto istituzionale, i Distretti e i dipartimenti. Le aggregazioni tra i Comuni, i Piani di Zona, gli accordi di programma dovranno pertanto essere ridefiniti nei Distretti di nuova istituzione.

In sostanza, il Distretto costituisce una scelta obbligata sancita normativamente a livello regionale, la cui composizione territoriale costituisce uno dei dati di partenza nell'elaborazione delle strategie operative a livello locale.

Naturalmente, non sfugge come i territori distrettuali siano caratterizzati da un'articolazione più o meno grande sotto il profilo socioeconomico e della mappa dei disagi prevalenti. In altre parole, sono possibili (come del resto viene mostrato nell'analisi della distribuzione territoriale della domanda) aggregazioni territoriali subdistrettuali fondate su una più alta omogeneità rispetto ad alcuni parametri socioeconomici e di annessa domanda di servizi.

A questo proposito, sotto il profilo progettuale, la capacità dei Comuni di associarsi rispetto ad alcune specifiche esigenze dell'utenza, o per attivare economie di scala nell'offerta o per sperimentare dinamiche innovative particolari, rappresenta un valore aggiunto che non entra assolutamente in rotta di collisione con la scelta di privilegiare il Distretto nei processi organizzativi, funzionali e di finanziamento del comparto socio-assistenziale.



Piuttosto, l'associazionismo subdistrettuale, cosa del resto già sperimentata nel recente passato (sia con la sperimentazione che nelle scelte di attuazione della 285/97), può e deve essere funzionale ad un'articolazione di servizi e prestazioni più aderente alle caratteristiche della domanda locale, purchè in sintonia con la più generale razionalizzazione dell'offerta a livello distrettuale. Gli stessi Piani di Zona non possono che avere un livello di flessibilità capace di accogliere e valorizzare proprio le tendenze associative dei Comuni più omogenei, che consenta un'articolazione ed un innalzamento della qualità dell'offerta.

La definizione dei Distretti comporta un sostanziale ribilanciamento degli schemi amministrativo gestionali. Si tratta, infatti, di ridefinire gli assetti decisionali, ma anche, più direttamente, le modalità, gli strumenti, le soluzioni organizzative per la gestione delle diverse funzioni assistenziali.

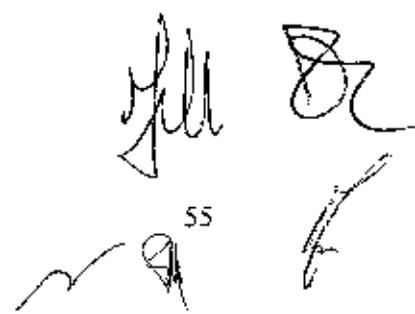
I ruoli vanno ridefiniti anche tenendo conto di una maggiore articolazione delle funzioni, che vanno a comprendere: sistema delle autorizzazioni; programmazione; attività di sistema informativo; rapporti associati con il Terzo settore e le altre istituzioni territoriali.

Inoltre, nell'ambito delle Azioni Innovative del Fers 2002-2003, Progetto Inn Governance, è prevista la sperimentazione di "buone prassi" per la gestione del Distretto socio-sanitario al fine di definire organi, procedure e modalità assistenziali integrate che prefigurino l'unitarietà gestionale. La sperimentazione verrà realizzata in due Distretti, come previsto nel Piano Sanitario, da estendere successivamente all'intero territorio regionale.

Un aspetto particolare riguarda il ruolo delle Province, che non possono essere considerate solo come ente intermedio, ma per le quali va definita la funzione specifica nel processo di avvio del sistema.

In questa fase è, infatti, necessario garantire il sostegno tecnico alla elaborazione dei primi Piani di Zona, valorizzando peraltro le esperienze condotte soprattutto nelle aree di sperimentazione. E' necessario inoltre che le Province facilitino l'individuazione, l'organizzazione ed il relativo raccordo funzionale di quei servizi che vanno realizzati a livello sovra-distrettuale.

A questo proposito, risulta fondamentale valorizzare le esperienze sovracomunali maturate dalle Province: infatti, il coordinamento, il monitoraggio e la valutazione della 285/97 hanno consentito un importante



55

ciclo di maturazione negli Enti e nelle istituzioni locali che hanno adottato modalità operative integrate e hanno programmato lo sviluppo dei piccoli comuni. In questo quadro è necessario sottolineare l'importanza del Sistema Provinciale informativo che avrà la funzione di coordinamento e di sviluppo del sistema informativo distrettuale. Per l'avvio di tale nuova organizzazione verranno destinati specifici finanziamenti alle Province.

Infine, le **Province** concorrono alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuovono l'integrazione delle politiche sociali con le altre politiche settoriali con particolare riferimento a quelle attive del lavoro, della formazione professionale, dell'istruzione, dell'educazione e della pianificazione territoriale

In particolare esse:

- promuovono la realizzazione di forme associative a livello distrettuale;
- svolgono una funzione di coordinamento e di sostegno ai Comuni dei rispettivi territori, ad eccezione del Comune di Roma che si rapporta direttamente con la Regione;
- promuovono la partecipazione degli Enti del Terzo settore alla programmazione;
- partecipano alla definizione dei Piani di Zona, assicurando il necessario supporto informativo e tecnico, anche avvalendosi di osservatori provinciali sulle politiche sociali;
- svolgono una funzione di monitoraggio e valutazione dei Piani di Zona anche ai fini della costruzione del sistema di qualità;
- predispongono relazioni sull'attuazione dei Piani di Zona;
- svolgono funzioni di rilevazione dell'offerta dei servizi e delle strutture socio-assistenziali, socio-educativi e socio-sanitari presenti nel territorio di competenza;
- rilevano le esigenze di nuovi servizi sovradistrettuali ed i relativi ambiti territoriali;

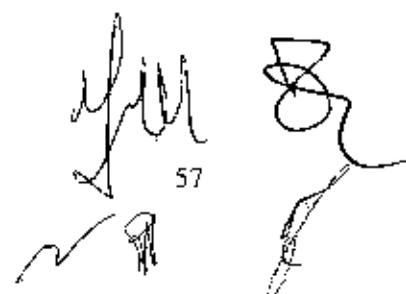
  
56  


- individuano, in collaborazione con le ASL, i servizi di dimensione sovradistrettuale;
- provvedono alla raccolta delle conoscenze e dei dati sui bisogni e sulle risorse rese disponibili dai Comuni e da altri soggetti istituzionali presenti in ambito provinciale;
- svolgono una funzione di monitoraggio degli interventi;
- coordinano la rilevazione dei dati sui servizi anche al fine di realizzare il sistema informativo sociale regionale;
- effettuano attività di rilevazione di dati provinciali;
- promuovono, d'intesa con i Comuni, iniziative di formazione, con particolare riguardo alla formazione professionale di base e all'aggiornamento;
- predispongono piani provinciali in materia di immigrazione e svolgono una funzione di coordinamento e verifica degli interventi realizzati dai Comuni e dalle associazioni iscritte all'albo nazionale di cui al D.Lgs. 286/98;
- svolgono un ruolo di interlocutore naturale dei Comuni Capofila sul tema dell'integrazione con la ASL (dimensione provinciale) e con il Terzo settore.

## **4.2. L'organizzazione e il funzionamento del Distretto**

### **4.2.1. Il Piano di Zona e la sua strutturazione**

Il Piano di Zona costituisce lo strumento cardine attraverso il quale ogni anno il territorio distrettuale codifica gli obiettivi strategici, gli assetti organizzativi, gli interventi operativi e le modalità gestionali del comparto degli interventi sociali.



57

In sostanza, i Piani di Zona rappresentano uno strumento nuovo di programmazione, in cui di fondamentale importanza è il Raccordo Interistituzionale con i soggetti partner del territorio (art. 19 della Legge n. 328/00). A tal proposito, occorre sensibilizzare i Comuni per la realizzazione di tale Raccordo, con particolare riferimento agli organi periferici dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia, della scuola e dello Stato.

I **requisiti preliminari** fondamentali, già indicati dalla Regione Lazio nelle Linee Guida ai Comuni per l'utilizzo delle risorse provenienti dal Fondo Nazionale per le politiche sociali, sono:

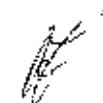
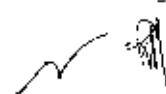
- realizzazione delle forme associative a livello distrettuale;
- intesa con le ASL;
- individuazione delle risorse disponibili finanziarie e umane, pubbliche e del Terzo settore dal momento che il criterio della sussidiarietà rende i finanziamenti regionali sussidiari rispetto alle risorse che ciascun Comune deve rendere disponibili;
- considerazione degli obiettivi e delle priorità regionali da adattare al territorio di competenza.

La Regione, prima di svincolare i finanziamenti già assegnati ai Distretti attraverso il budget di Distretto, esamina il Piano di Zona con relativa documentazione, valuta i singoli progetti operativi, verificandone la conformità alla programmazione regionale e alle Linee-guida fornite ai Comuni.

In caso di inammissibilità il Piano di Zona e/o i singoli progetti operativi sono restituiti al Comune capofila per gli opportuni adempimenti.

Con riferimento agli **obiettivi** dei Piani di Zona essi sono così sintetizzabili:

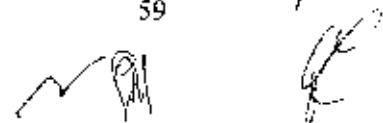
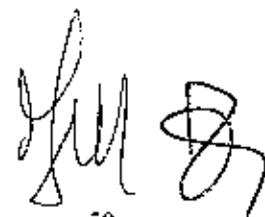
- implementazione di un sistema integrato di servizi, con la valorizzazione delle risorse e dei fattori propri e specifici di ciascun ambito territoriale, con un particolare riferimento alle esperienze di auto-aiuto;
- responsabilizzazione dei cittadini nella fase di progettazione e di verifica dei servizi;



- qualificazione e ripartizione della spesa, attraverso procedure efficienti di controllo;
- qualificazione e valorizzazione delle risorse umane e professionali per mezzo di investimenti specifici, con particolare attenzione all'avvio del sistema informativo sociale.

Operativamente il Piano deve pertanto:

- parametrare gli obiettivi strategici sulla scorta di un processo di costruzione/acquisizione di dati rappresentativi delle caratteristiche territoriali della mappa dei bisogni sociali;
- innervare la sua stessa elaborazione con un metodo di coinvolgimento concertativo che offra alla pluralità di soggetti operanti a vario titolo sul territorio di rappresentare le proprie istanze;
- assicurare la sua funzionalità attraverso la definizione di centri di responsabilità gestionale e finanziaria;
- indicare esplicitamente i percorsi ed i metodi di valutazione prescelti e, dopo il primo anno, la comparazione tra i risultati raggiunti ed i parametri di riferimento.

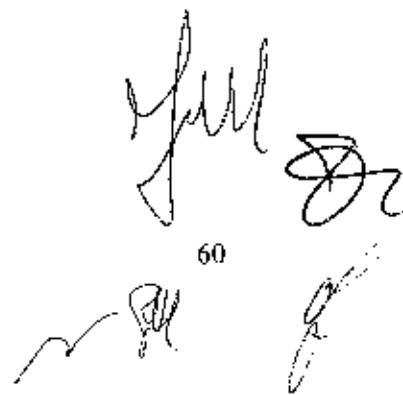


**Tav. 2 - Piani di Zona: obiettivi e connotati operativi**

---

Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"><li>- Implementazione del sistema distrettuale di servizi e prestazioni</li><li>- Responsabilizzazione dei cittadini e del tessuto associativo locale nella progettazione e verifica del sistema dei servizi</li><li>- Qualificazione e ripartizione della spesa attraverso efficienti procedure di controllo</li><li>- Valorizzazione delle risorse umane e delle competenze professionali</li><li>- Miglioramento della qualità del sistema dei servizi e prestazioni</li></ul>
Connotati operativi	<ul style="list-style-type: none"><li>- Costruzione della mappa dei bisogni sociali mediante la rilevazione di una adeguata base dati</li><li>- Attivazione esplicita di strumenti partecipativi, a cominciare dalla fase di elaborazione</li><li>- Individuazione dei centri di responsabilità gestionale e finanziaria</li><li>- Indicazione del sistema di parametri e dei metodi di valutazione</li><li>- Confronto tra parametri e risultati</li></ul>

---

  
60

Con riferimento allo *schema concreto dei contenuti* dei Piani di Zona, esso deve così articolarsi:

**Tav. 3 – Schema dei contenuti dei Piani di Zona**

---

Analisi del contesto: domanda ed offerta

- struttura di offerta
- mappa dei bisogni

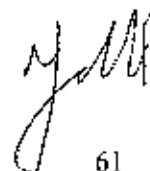
Definizione per ogni macroarea di intervento di:

- obiettivi strategici, assicurando quanto previsto dai LIVFAS
  - programma di intervento e relative priorità
  - strumenti e mezzi per la realizzazione degli interventi
  - quantificazione delle risorse finanziarie (budget di Distretto)
  - modalità organizzative innovative
  - modalità per garantire l'integrazione socio-sanitaria
  - coordinamento con organi periferici dello Stato
  - modalità per garantire il coordinamento con la pluralità di soggetti operanti a livello locale
  - tempi di attuazione
  - sistema di controllo, monitoraggio e verifica dei risultati
  - requisiti di qualità
- 

Ovviamente, in ciascun Distretto annualmente si procederà sia all'aggiornamento dei dati, sia all'introduzione di ulteriori dati disponibili utili a rendere più completa la rappresentazione del contesto sociale e dell'articolazione dei servizi e delle prestazioni.

Dalle linee di pianificazione discendono i singoli **progetti operativi**, che fanno parte integrante dei Piani di Zona, e con i quali si richiedono specifici finanziamenti regionali, nell'ambito e nei limiti delle risorse assegnate con il **budget di Distretto**, con particolare riferimento alle macro aree di intervento.

Per facilitare la presentazione dei Piani di Zona e dei relativi progetti operativi è stata predisposta una modulistica standard che renderà omogenei e confrontabili i vari progetti.





Il modulo per la richiesta di finanziamenti, inserito nell'allegato, dovrà essere obbligatoriamente compilato dagli Enti Locali richiedenti tali stanziamenti.

Nell'ambito della definizione dei programmi di intervento, particolare attenzione va posta alla quantificazione dei cofinanziamenti.

Più dettagliatamente, gli stanziamenti regionali dovranno essere implementati con i contributi propri dei Comuni, delle ASL e dei privati.

Elemento innovativo, poi, introdotto dalla Finanziaria nazionale per l'esercizio 2003, è il Fondo Unico Indistinto che eviterà il sovrapporsi sul territorio di bandi e di progetti promossi in modo non coordinato e scollegato. In pratica, per la prima volta, il Fondo Nazionale verrà attribuito alle Regioni in forma indistinta, senza cioè le finalizzazioni e parcellizzazioni decise a livello ministeriale.

Le Regioni, quindi, saranno più libere nella loro programmazione e più autonome rispetto al centralismo statale.

Grazie al nuovo Fondo sarà possibile dare vita agli aiuti alle famiglie di nuova costituzione per l'acquisto della prima casa e sostegno alla natalità.

In questo contesto si afferma il ruolo sempre più essenziale del Piano di Zona, quale strumento della programmazione nel cui alveo bisogna far confluire tutti i finanziamenti, a qualsiasi titolo ottenuti.

I progetti operativi devono essere articolati secondo la seguente struttura:

**1. Descrizione dell'intervento, finalità e sue modalità operative**

- Problemi e criticità che giustificano l'intervento;
- Enti coinvolti: Comuni, ASL o Distretto sanitario, altri enti o servizi pubblici, Terzo settore;
- Gruppo bersaglio ai quali l'intervento si rivolge;
- Benefici attesi.

**2. Indicazione se si tratta di servizio di nuova attivazione o di servizio già operativo**

Nella seconda ipotesi dovrebbe essere previsto un ampliamento del territorio e/o dell'utenza di riferimento.

### **3. Tipologia delle figure professionali impiegate e loro costi**

In particolare per i progetti elaborati in collaborazione con le ASL dovrebbero essere indicate le risorse professionali messe a disposizione dalle ASL stesse, con i relativi costi, per assicurare l'integrazione delle prestazioni.

### **4. Piano finanziario con l'indicazione del costo complessivo del servizio o intervento articolato per voci quali:**

- costi di struttura
- costi del personale
- costi per il funzionamento;
- costi di informazione.

### **5. Indicazione del livello di compartecipazione a carico di:**

- Comune;
- ASL;
- Enti Pubblici;
- Utenti;
- Terzo settore;

### **6. Interventi per la non autosufficienza**

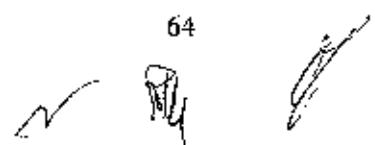
Nella predisposizione dei Piani di Zona e dei relativi progetti operativi, i distretti dovranno riservare una quota non inferiore al 20% del budget ad interventi in favore di persone anziane non autosufficienti (DGR 10 ottobre 2003 n. 977 all. 3).

E' evidente che i Piani di Zona non possono funzionare in modo automatico o per effetto diretto della loro semplice redazione, ma occorre attivare una serie di strumenti tecnico-amministrativi capaci di supportare le iniziative.

In questo senso diventa strategica la capacità a livello distrettuale di attivare gli organismi ed i responsabili che dovranno concretizzare, di pari passo con le strutture politiche e amministrative già esistenti, il Piano stesso. Da notare che è sicuramente un fattore positivo la valorizzazione di quanto già previsto e realizzato a livello regionale e di singoli Distretti in materia proprio di organismi funzionali alle attività del Piano.

In particolare, a livello amministrativo, assume rilevanza l'accordo di programma come strumento utilizzabile dai Comuni e dalle ASL per assicurare il coordinamento delle azioni e per individuare le specifiche modalità di attuazione.

Più in generale, il sistema degli **organismi di Piano** per ciascun Distretto deve essere composto dal Comitato dei sindaci e dalla Struttura del piano.



**Tav. 4 - Organismi distrettuali del Piani di Zona**

Organismi	Funzioni
Comitato dei Sindaci	Coordinamento istituzionale Definizione obiettivi strategici
Struttura del Piano	Rilevazione ed analisi statistica dei dati Gestione finanziaria dei progetti Comunicazione e interrelazione con altri operatori e soggetti sul territorio



**Il Comitato dei Sindaci** rappresenta un organismo di coordinamento istituzionale, chiamato ad intervenire nella fase di definizione degli obiettivi strategici e ad interloquire con la struttura di coordinamento del Piano.

Un ruolo importante viene assegnato ad una **struttura di coordinamento e gestione a livello distrettuale (Struttura del Piano)**, che deve assumere un ampio spettro di funzioni, quali:

- comunicazione e relazione con altri operatori e soggetti (incluse le ASL), promozione e sensibilizzazione del territorio, analisi delle *welfare policies* e rapporto con i cittadini al di là delle funzioni assistenziali;
- statistica, analisi ed organizzazione dei dati, elaborazione degli indicatori;
- amministrazione, gestione finanziaria, *budgeting*, rendicontazione, previsione di flussi finanziari;
- gestione progettuale, coordinamento multiprogettuale, *reporting* e stato di avanzamento tecnico, valutazione progetti;

Anche in questo caso, sulla scorta delle esperienze già attivate nella Regione Lazio, si evidenzia il ruolo cruciale ed il peso che devono assumere le organizzazioni del Terzo settore (organismi di volontariato, associazioni di promozione sociale e cooperative sociali) e le IPAB nel concorso alla programmazione e naturalmente nella formulazione dei Piani di Zona.

#### **4.2.2.I contenuti essenziali dei Piani di Zona: rete, integrazione e ciclo dei servizi a livello distrettuale**

Attraverso il Piano di Zona andranno definiti non solo gli aspetti strutturali relativi al numero ed al tipo dei servizi, alle risorse impegnate, agli interventi da organizzare; ma anche quelli di ordine funzionale relativi alle interconnessioni tra i servizi, alle concrete possibilità di integrazione e, quindi, al modello di rete da attivare e realizzare.

In relazione alla presa in carico del cittadino-utente, gli aspetti di rete potranno essere definiti a partire dal riconoscimento di funzioni specifiche nel ciclo dei servizi, a sua volta articolato in fasi diverse. Queste ultime sono:

- accesso
  - valutazione
  - progettazione
  - prestazione
  - verifica
  - riprogettazione.
- Le **funzioni di accesso** devono essere facilitate ed ottimizzate predisponendo una serie di punti qualificati e diffusi di informazione e di primo contatto. Occorre qui distinguere una funzione *in attesa*, quando è la domanda a rivolgersi ai servizi, ed una *di iniziativa*, quando sono i servizi ad attivarsi per l'individuazione di situazioni di disagio o di difficoltà sociale.

Per quanto attiene le funzioni di attesa, la chiave di innovazione sta nella diffusione dei punti di informazione, che devono articolarsi utilizzando in primo luogo le risorse dei servizi sociali (segretariato sociale, sportelli per la famiglia) ma anche attivando collaborazioni: con le altre risorse istituzionali (altri uffici dei Comuni, sportelli del Distretto sanitario, medici e pediatri di base, scuole, ecc), con le presenze associative (cooperative, associazioni di promozione sociale e di volontariato) e sociali (parrocchie, volontari non organizzati, centri sociali, ecc.). Per la diffusione delle informazioni potranno essere utili progetti che definiscano le modalità di utilizzo delle nuove tecnologie di comunicazione, soprattutto se correttamente indirizzate verso talune fasce e gruppi sociali, ovvero per mantenere aggiornate le informazioni all'interno della rete dei servizi.

Per quanto attiene le funzioni di iniziativa, queste possono svilupparsi innanzitutto attraverso l'individuazione di attività da svolgersi in luoghi diversi dagli uffici e dagli sportelli del servizio sociale, promuovendo

67



incontri informativi e di contatto in luoghi di aggregazione istituzionali e non; ed inoltre attraverso l'attivazione di collaborazioni con diversi soggetti (servizi, ma anche associazioni ed altri soggetti qualificati delle comunità locali) utili alla analisi territoriale ma anche alla individuazione e segnalazione precoce delle situazioni di disagio e di difficoltà.

- Le **funzioni di valutazione** competono in prima istanza al servizio sociale professionale che per la sua formulazione deve esplicitare anche la valutazione effettuata da chi fruisce del servizio. Tendono all'accertamento delle situazioni di difficoltà e di disagio connotandole sulla base di informazioni relative alla situazione familiare, relazionale, ambientale, sanitaria, lavorativa, ecc. La valutazione non si esaurisce nell'accertamento delle "condizioni di diritto", ma tende ad acquisire elementi utili allo sviluppo di una progettazione di interventi che valorizzi le capacità dell'individuo, della sua famiglia e delle relazioni primarie (vicinati, colleghi, gruppi di pari, ecc.). Quando se ne ravvisi la necessità, sulla base delle esperienze condotte nell'assistenza agli anziani ed ai portatori di handicap, potranno essere attivate delle unità di valutazione multidisciplinari, che prevederanno l'intervento di operatori e/o di specialisti di altri servizi o settori del welfare.
- La **progettazione** degli interventi rappresenta l'esito della valutazione, e ne incorpora gli elementi per legare la proposta (offerta) alle condizioni dell'utente (bisogno). La progettazione valorizza tanto le capacità autonome dell'utente e le sue risorse personali, familiari ed ambientali, quanto le presenze di servizio e le altre risorse di solidarietà sociale. La progettazione può essere condivisa, sulla base delle risultanti della fase di valutazione, con operatori di altri servizi. La progettazione va formulata come "contratto assistenziale", articolando l'impegno reciproco tra il sistema dei servizi e l'utente e la sua famiglia.
- Le **prestazioni** individuate dalla progettazione sono quelle effettivamente disponibili o accessibili, così come configurate innanzitutto dalla garanzia dei servizi previsti dai LIVEAS, o comunque organizzati tanto dagli enti locali e territoriali, quanto da altri soggetti, enti ed agenzie autorizzate o accreditate.
- Il Piano di Zona deve prevedere al proprio interno, tra l'altro, la definizione del *sistema dei controlli*, del monitoraggio e della verifica dei risultati raggiunti.

Appare opportuno sottolineare che tale attività andrebbe realizzata anche coinvolgendo gli utenti e i soggetti che, secondo le modalità previste, hanno partecipato alla programmazione. Annualmente la Regione effettua il monitoraggio sulla spesa sociale sostenuta dai Comuni attraverso una scheda di rilevazione che i Comuni stessi devono compilare e nella quale vengono indicati i servizi e gli interventi realizzati in relazione ai finanziamenti assegnati. Dai dati inseriti nella scheda, si rileva anche la quota della spesa sociale che i Comuni sostengono con i fondi del proprio bilancio.

La progettazione deve, pertanto, prevedere **gli strumenti e le cadenze di verifica e di monitoraggio**, sulla base dei quali eventualmente procedere alla **riprogettazione** degli interventi destinati a risolvere le situazioni di disagio o di difficoltà degli utenti in collaborazione con la famiglia.

In prospettiva questo monitoraggio sarà lo strumento privilegiato per misurare la qualità del sistema.

#### **4.2.3.1 contenuti essenziali del Piano di Zona: i livelli essenziali delle prestazioni di assistenza sociale (LIVEAS)**

Il Piano sociale costituisce il riferimento operativo per la riorganizzazione della rete dei servizi in ambito locale secondo i criteri di omogeneizzazione dello standard di protezione sociale.

L'obiettivo è prevedere che il sistema integrato di servizi sociali garantisca al cittadino, negli ambiti territoriali ottimali, l'erogazione di alcune prestazioni essenziali, che rappresentano i Livelli Essenziali delle Prestazioni di Assistenza sociale (LIVEAS).

Più in particolare, la finalità dei LIVEAS è di garantire un sistema di prestazioni e servizi sociali finalizzato a supportare cittadinanza sociale e qualità della vita delle persone e delle famiglie, e pari opportunità e tutela ai soggetti emarginati. In tale direzione appare ormai indispensabile pervenire ad una "presa in carico" complessiva della singola persona, che l'accompagni nel suo percorso di vita.

Di seguito viene riportata una griglia, in parte anticipata dalle *Linee guida ai Comuni per l'utilizzo delle risorse provenienti dal Fondo nazionale per le politiche sociali (anno 2001)*, in cui vengono indicate le funzioni

assistenziali da inserire nei Piani di Zona come livelli assistenziali che devono comunque essere assicurati in ogni Distretto e gli interventi e le prestazioni che possono rappresentarne l'articolazione strumentale.

Tuttavia, è da notare che la prima stesura dei Livcas è oggetto di approfondimento e di ulteriore articolazione.

A questo compito sono chiamate tutte le Regioni che in forma coordinata tra loro, attraverso le conferenze, e con il ministero produrranno una stesura definitiva che sarà oggetto di un apposito DPCM.

#### **4.2.4. Le aree organizzative di intervento per i Liveas**

Le aree organizzative di intervento vengono così individuate:

*Segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari* consistente in:

- Informazione sulle opportunità offerte dalla rete dei servizi e dalla comunità, consulenza sui problemi familiari e sociali.
- Lettura del bisogno, definizione del problema e accompagnamento nell'attivazione nei successivi percorsi di assistenza.
- Raccolta sistematica dei dati e delle informazioni.
- Promozione di reti solidali, anche ai fini della prevenzione dei rischi del disagio sociale.

Le prestazioni riguardano attività con valenza generale e trasversale a quelle declinate nelle voci successive, essendo finalizzate ad una prima valutazione ed orientamento della domanda/bisogno nonché dell'organizzazione della risposta al bisogno stesso.

*Servizio sociale professionale* consistente in:

- Sostegno e accompagnamento al singolo e alla famiglia.
- Sostegno alle responsabilità genitoriali.

- Mediazione familiare e sociale.
- Consulenza e sostegno nei procedimenti di adozione nazionale ed internazionale.
- Collaborazione con autorità giudiziaria
- Definizione di progetti individuali di assistenza
- Sostegno socio-educativo collegato al disagio sociale e alle fasce di popolazione a rischio.
- Collaborazione con le istituzioni formative e occupazionali.

Le prestazioni riguardano attività con valenza generale e/o settoriale (minori, anziani, persone con disabilità ecc.) e sono finalizzate alla presa in carico e alla fruizione delle prestazioni offerte dalla rete di servizi.

Le prestazioni si coordinano ed integrano con prestazioni educative, mediche, psicologiche, nonché con le attività dei settori per le politiche formative e del lavoro.

***Servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personale e familiare*** consistente in:

- Accoglienza, assistenza e cura alla persona (se necessario in collegamento con prestazioni sanitarie e sociosanitarie di base).
- Prestazioni economiche.
- Ripristino delle possibili relazioni familiari e sociali.

Le prestazioni sono finalizzate a prendere in carico e rimuovere le situazioni di emergenza dovute a fragilità sociali e ad accompagnare la persona o la famiglia a fruire delle prestazioni offerte dalla rete di servizi appropriate al bisogno.

***Assistenza domiciliare*** consistente in:

- Assistenza e cura alla persona.
- Governo della casa.

- Aiuto per il soddisfacimento di esigenze individuali e per favorire l'autosufficienza nelle attività quotidiane (aiuto igiene personale, preparazione e somministrazione di pasti ecc.).
- Promozione e mantenimento dei legami sociali e familiari.
- Sostegno socio-educativo a minori e persone con disabilità.
- Sostegno e consulenza ai familiari e ad altre figure di riferimento dell'utente che prestano assistenza allo stesso.

Le prestazioni definite di carattere tutelare sono finalizzate a mantenere presso il domicilio persone e famiglie con fragilità sociale, con particolare riferimento ad anziani, persone con disabilità e minori.

Le prestazioni tutelari si integrano, nel caso di patologia in atto o di non autosufficienza, con prestazioni mediche, psicologiche, infermieristiche e riabilitative e con l'assistenza alla persona che completa quella domiciliare, agevolando la partecipazione all'esterno dell'abitazione e la mobilità.

**Strutture a ciclo residenziale**, che si distinguono funzionalmente tra:

- Strutture di tipo familiare per utenti ai quali sia impossibile la permanenza temporanea o permanente nel nucleo familiare.
- Strutture a carattere comunitario, per persone prive del supporto familiare o per le quali sia impossibile la permanenza temporanea o permanente nel nucleo familiare.
- Strutture a prevalente accoglienza alberghiera, rivolte in particolare ad anziani autosufficienti e parzialmente non autosufficienti.

Le strutture a ciclo residenziale assicurano, in relazione alle necessità previste dal piano personalizzato:

- Accoglienza, assistenza e cura alla persona.
- Attività di ristorazione.
- Attività di socializzazione.
- Attività di stimolo dei rapporti interrelazionali.





- Attività di integrazione con il contesto sociale.
- Attività di stimolo per lo sviluppo e mantenimento dei livelli cognitivi.
- Sostegno e consulenza ai familiari.
- Sostegno socioeducativo collegato al disagio sociale e alle fasce di popolazione a rischio.
- Sostegno psicologico ai minori e alle donne minacciate o vittime di violenza.

Le prestazioni sono finalizzate a fornire assistenza alle fasce di popolazione fragili, con particolare riferimento ad anziani, minori, persone con disabilità ed adulti, persone dipendenti e persone minacciate o vittime di violenza (minori e donne) e si connettono con prestazioni mediche, psicologiche, infermieristiche e riabilitative.

**Strutture a ciclo semiresidenziale**, che offrono:

- Accoglienza, assistenza e cura alla persona.
- Attività di ristorazione.
- Attività di socializzazione.
- Attività di stimolo dei rapporti interrelazionali.
- Attività di integrazione con il contesto sociale.
- Sostegno psicosociale collegato al disagio personale e sociale.
- Mediazione interculturale per le popolazioni immigrate.

Le prestazioni sono finalizzate a fornire assistenza diurna a persone e famiglie a rischio di emarginazione sociale; possono essere organizzate in forma autonoma o all'interno di strutture a ciclo residenziale a carattere comunitario, ad esclusione di quelle per minori, ed a prevalente accoglienza alberghiera.

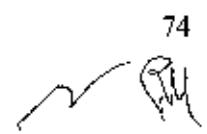
Per i soggetti che esercitano attività socio-sanitarie si applicano le disposizioni di cui alla L.R. 3 marzo 2003, n. 4 (norme in materia di

autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali).

Per le strutture e i servizi destinati al recupero e alla riabilitazione della tossicodipendenza si applicano le disposizioni contenute nell'atto di intesa tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, di cui all'art. 4, comma 1 della L. 18 febbraio 1999, n. 45 (disposizioni per il Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei servizi per le tossicodipendenze).



74



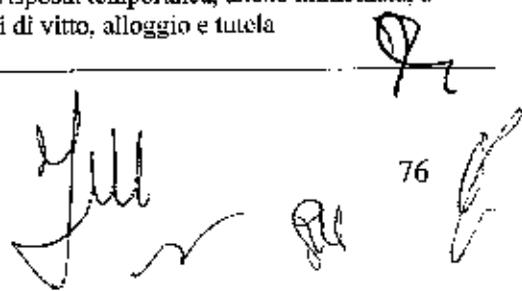
**Tav. 5 – Liveas: aree di intervento e finalità**

Denominazione	Finalità
<b>Segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari</b>	- Consentire a tutti i cittadini un accesso semplice e qualificato al sistema dei servizi integrati
<b>Servizio sociale professionale</b>	
- Definizione del progetto individuale di assistenza	- Definire per ogni cittadino preso in carico un progetto individuale di assistenza attraverso una progettazione personalizzata multidisciplinare, anche ai fini dell'integrazione socio-sanitaria
- Sostegno alle famiglie ed ai gruppi sociali	- Favorire la partecipazione attiva delle persone nella definizione degli interventi che le riguardano, valorizzando tutte le risorse del territorio
- Affiancamento e affido familiare	- Sostenere le famiglie e/o le persone con gravi difficoltà sociali e/o educative, per il periodo di tempo strettamente necessario a superare i problemi della famiglia di origine, attraverso l'accoglienza del minore o della persona con problemi presso un'altra famiglia, di parenti o di terzi, ovvero l'affiancamento della famiglia di origine
- Inserimento lavorativo	- Facilitare l'inserimento lavorativo di persone con problematiche psico-sociali o con disabilità che necessitano di un sostegno e di un accompagnamento graduale nel percorso di inserimento lavorativo
<b>Servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personale e familiare</b>	- Affrontare i bisogni urgenti di alloggio, vitto e tutela dovuti al verificarsi di eventi o circostanze imprevisti o al grave disagio economico, familiare e sociale o, ancora, alla temporanea impossibilità di alcuni soggetti a provvedere autonomamente alle proprie esigenze di alloggio e sussistenza
<b>Assistenza domiciliare</b>	
- Famiglia e adulti	- Garantire prestazioni di natura socio-assistenziale da erogare al domicilio del cittadino in condizioni di autonomia ridotta o compromessa al fine di consentirne la permanenza nel normale ambiente di vita, di ridurre l'esigenza di ricorso a strutture residenziali, di promuovere la responsabilità della famiglia
- Genitorialità e minori	- Facilitare l'integrazione sociale, di minori e adulti, attraverso un adeguato supporto educativo ai compiti genitoriali insieme all'attivazione di risposte domiciliari di accoglienza per la prima infanzia
<b>Strutture residenziali</b>	
- Strutture residenziali per minori, di tipo familiare o comunitario: Casa famiglia, Gruppo appartamento, comunità di pronta accoglienza.	- Consentire l'accoglienza di minori anche con disabilità che temporaneamente o per situazioni di emergenza non possono permanere presso il nucleo familiare, e per i quali non siano disponibili possibilità di accoglienza presso famiglie affidatarie.

(segua tav. 5)

(segue tav. 5)

Denominazione	Finalità
<ul style="list-style-type: none"><li>- Strutture residenziali per adulti con disabilità, di tipo familiare o comunitario: Casa famiglia, Comunità Alloggio.</li><li>- Strutture residenziali per anziani autosufficienti o parzialmente non autosufficienti di tipo familiare, comunitario o alberghiero: Casa Famiglia, Comunità Alloggio, Casa di Riposo, Casa-albergo.</li><li>- Strutture residenziali protette per anziani non autosufficienti: Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)</li><li>- Strutture residenziali per persone con problematiche psico-sociali di tipo familiare o comunitario: Casa Famiglia, Comunità Alloggio, Comunità di Pronta Accoglienza.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Accogliere adulti con disabilità che non abbiano la possibilità, temporanea o permanente, di permanere presso il proprio nucleo familiare.</li><li>- Offrire risposte ai bisogni di tipo alloggiativo, tutelare e di socializzazione di anziani autosufficienti o parzialmente non autosufficienti per i quali non possano efficacemente essere organizzati servizi ed interventi a domicilio.</li><li>- Offrire a persone non autosufficienti non curabili a domicilio che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse una risposta residenziale permanente o temporanea, con funzione di sollievo per la famiglia.</li><li>- Bisogno di sostegno nei percorsi di autonomia e di inserimento e reinserimento sociale di adulti con problematiche psico-sociali;</li><li>- Situazioni di emergenza sociale di adulti con problematiche psico-sociali;</li><li>- Necessità di ospitalità o alloggio per donne gestanti o madri con figli minori, che abbiano subito violenza fisica o psicologica o che siano vittime della tratta e dello sfruttamento sessuale.</li></ul>
<b>Strutture semi-residenziali</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>- Strutture semi-residenziali di riabilitazione sociale per anziani</li><li>- Strutture semi-residenziali di riabilitazione sociale per persone con problematiche psico-sociali</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Garantire, unitamente ai servizi domiciliari, la permanenza al proprio domicilio di anziani parzialmente non autosufficienti, offrendo accoglienza diurna e assistenza sociale e sanitaria all'anziano e sostegno e supporto alla famiglia.</li><li>- Offrire a persone con problematiche psico-sociali, accoglienza diurna e assistenza socio-riabilitativa. Offrire, inoltre, sostegno e supporto alla famiglia</li></ul>
<b>Strutture semi-residenziali di riabilitazione sociale per gli adulti con disabilità</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Offrire ad adulti con disabilità, che hanno terminato la frequenza scolastica e che non possono essere avviati ad un inserimento lavorativo, accoglienza diurna e assistenza socio-riabilitativa. Offrire, inoltre, sostegno e supporto alla famiglia</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Strutture semi-residenziali educative per minori</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Offrire una risposta qualificata e flessibile ai bisogni sociali, educativi e di mediazione culturale, dei minori attraverso: la creazione di spazi di gioco per bambini fino a tre anni, anche accompagnati da genitori, nonni, ecc., con la presenza di operatori di supporto alla funzione genitoriale; creazione di spazi socio-educativi per l'infanzia e l'adolescenza per attività di natura ricreativa, sportiva, culturale con la presenza di operatori di supporto</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Garantire una risposta temporanea, anche immediata, a bisogni urgenti di vitto, alloggio e tutela</li></ul>



**Tav. 6 - Area organizzativa delle prestazioni: Segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari**

<b>Finalità</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consentire a tutti i cittadini un accesso semplice e qualificato al sistema dei servizi integrati</li> <li>- informazione sulle opportunità offerte dalla rete dei servizi e dalla comunità;</li> <li>- consulenza sui problemi familiari e sociali;</li> <li>- accoglienza della domanda individuale e collettiva, lettura del bisogno, definizione del problema e accompagnamento nell'attivazione dei percorsi di assistenza;</li> <li>- raccolta sistematica dei dati e delle informazioni;</li> <li>- mediazione interculturale;</li> <li>- promozione di reti solidali, anche ai fini della prevenzione dei rischi del disagio sociale;</li> <li>- aiuto alla soluzione di problemi che non necessitano di presa in carico da parte di servizi specifici.</li> </ul>
<b>Prestazioni / interventi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organizzato a livello distrettuale o sub-distrettuale con presenza articolata in tutti i Comuni del territorio;</li> <li>- visibilità e accessibilità degli sportelli;</li> <li>- orari di apertura: funzionamento personalizzati sui bisogni-caratteristiche del territorio;</li> <li>- presenza di professionalità idonee a riconoscere le implicazioni organizzative, gestionali e tecnico-professionali di quanto viene proposto al cittadino;</li> <li>- collegamento di rete tra i diversi punti di accesso e con i nodi della rete dei servizi;</li> </ul>
<b>Organizzazione</b>	
<b>Destinatari</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tutta la popolazione (Famiglie, individui, gruppi sociali specifici);</li> <li>- organizzazioni sociali</li> </ul>
<b>Servizio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Segretariato Sociale;</li> <li>- sportelli per la famiglia</li> </ul>
<b>Obiettivi Operativi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Istituzione e attivazione entro il 2004;</li> </ul>

**Tav. 7 - Area organizzativa delle prestazioni: Servizio sociale professionale – Definizione del progetto individuale di assistenza**

<b>Finalità</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Definire per ogni cittadino preso in carico un progetto individuale di assistenza attraverso una progettazione personalizzata multidisciplinare, anche ai fini dell'integrazione sociosanitaria</li><li>- Raccordo operativo tra i servizi coinvolti</li><li>- Prestazioni professionali attuate all'interno delle Unità di valutazione multidisciplinari</li></ul>
<b>Prestazioni / interventi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Presa in carico</li><li>- Analisi dei bisogni</li><li>- Predisposizione del progetto individuale di assistenza</li><li>- Predisposizione ed attuazione del piano delle verifiche</li></ul>
<b>Organizzazione</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Coordinamento a livello distrettuale</li><li>- Collaborazione professionale all'interno delle Unità Valutative</li></ul>
<b>Destinatari</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tutta la popolazione residente</li></ul>
<b>Servizio</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Servizio sociale di assistenza e di riabilitazione sociale</li></ul>
<b>Obiettivi Operativi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Offerta multidisciplinare ed integrata</li></ul>



**Tav. 8 - Area organizzativa delle prestazioni: Servizio sociale professionale - Sostegno alle famiglie ed ai gruppi sociali**

- Favorire la partecipazione attiva delle persone nella definizione degli interventi che le riguardano, valorizzando tutte le risorse del territorio
- Sostegno e accompagnamento al singolo e alla famiglia
- Sostegno alle responsabilità genitoriali
- Mediazione familiare, sociale e interculturale
- Consulenza e sostegno nei procedimenti di adozione nazionale ed internazionale
- Collaborazione con l'autorità giudiziaria
- Sostegno socio-educativo nelle situazioni di disagio sociale e per le fasce di popolazione a rischio
- Collaborazione con le istituzioni formative e occupazionali
  
- Lettura del bisogno, definizione del problema e accompagnamento nell'attivazione dei percorsi di assistenza
  
- Sostegno nella costruzione di reti solidali intorno ai bisogni specifici
- Erogazione di alcune prestazioni di emergenza
- Interventi a contrasto della povertà e di sostegno al reddito
  
- Organizzato al livello distrettuale o sub-distrettuale, con presenze programmate in tutti i Comuni.
- Organizzazione delle risorse comunitarie attraverso comunicazioni, protocolli operativi ed interconnessioni con la rete dei servizi
  
- Tutta la popolazione presente nell'ambito distrettuale
- Famiglie
- Organizzazioni sociali
  
- Servizio Sociale Professionale
  
- Istituzione e attivazione entro la scadenza del Piano Regionale

**Finalità**

**Prestazioni / interventi**

**Organizzazione**

**Destinatari**

**Servizio**

**Obiettivi operativi**

**Tav. 9 - Arca organizzativa delle prestazioni: Servizio sociale professionale - Affiancamento e affido familiare**

<b>Finalità</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sostenere le famiglie e/o le persone con gravi difficoltà sociali e/o educative, per il periodo di tempo strettamente necessario a superare i problemi della famiglia di origine, attraverso l'accoglienza del minore o della persona con problemi presso un'altra famiglia, di parenti o di terzi, ovvero l'affiancamento della famiglia di origine.</li><li>- Raccordo tra i servizi pubblici coinvolti</li><li>- Predisposizione di Progetti di affidamento</li><li>- Attività di selezione e formazione delle famiglie affidatarie</li><li>- Attività di abbinamento del minore o della persona con problemi alla famiglia affidataria</li><li>- Supporto alle famiglie di origine</li><li>- Supporto alle famiglie affidatarie</li><li>- Attività di promozione della cultura dell'affido</li><li>- Rapporto con le associazioni di famiglie affidatarie</li></ul>
<b>Prestazioni / Interventi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Organizzazione del coordinamento al livello distrettuale</li><li>- Utilizzo di operatori di diverse professionalità con competenze specialistiche e specifiche</li></ul>
<b>Organizzazione</b>	
<b>Destinatari</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Famiglie</li><li>- Minori</li></ul>
<b>Servizio</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sportelli per la famiglia</li><li>- Servizio di Affidamento Familiare</li></ul>
<b>Obiettivi Operativi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Raccordo operativo interdistrettuale e fra i vari Enti istituzionali anche ai fini di una migliore pubblicizzazione della materia</li></ul>



**Tav. 10 - Area organizzativa delle prestazioni: Servizio sociale professionale - Inserimento lavorativo**

<b>Finalità</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Facilitare l'inserimento lavorativo di persone con problematiche psico-sociali o con disabilità che necessitano di un sostegno e di un accompagnamento graduale nel percorso di inserimento lavorativo</li><li>- Definizione del progetto individuale in collaborazione con il Servizio che ha in carico l'utente</li><li>- Raccordo con il Centro per l'impiego per la ricerca dell'ambiente di lavoro più adeguato e dell'eventuale percorso formativo o di tirocinio</li></ul>
<b>Prestazioni / interventi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Attivazione di borse lavoro e/o tirocini professionali</li><li>- Tutor o educatori di sostegno</li><li>- Oneri previdenziali</li><li>- Promozione e sostegno di progetti cooperazione sociale</li></ul>
<b>Organizzazione</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Organizzazione del coordinamento a livello distrettuale</li><li>- Utilizzo di operatori di diverse professionalità</li><li>- Raccordo, formale e sostanziale, con i servizi del territorio</li></ul>
<b>Destinatari</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Persone con disabilità</li><li>- Persone con problematiche psico-sociali</li><li>- Giovani a rischio di devianza</li></ul>
<b>Servizio</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Servizio di Inserimento Lavorativo</li></ul>
<b>Obiettivi Operativi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Attivazione di azioni sperimentali</li></ul>



**Tav. 11 - Area organizzativa della prestazioni: Servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personale e familiare**

<b>Finalità</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Affrontare i bisogni urgenti di alloggio, vitto e tutela derivanti dai verificarsi di eventi e circostanze imprevisti;</li> <li>- Affrontare i bisogni urgenti di alloggio, vitto e tutela di persone con grave disagio economico, familiare e sociale</li> <li>- Affrontare i bisogni urgenti di alloggio, vitto e tutela di soggetti temporaneamente impossibilitati a provvedere autonomamente alle proprie esigenze di alloggio e sussistenza</li> <li>- Ospitalità temporanea</li> <li>- Accoglienza a carattere familiare per minori</li> <li>- Interventi di assistenza economica e sostegno al reddito</li> <li>- Aiuti per il pagamento delle utenze e per l'acquisto di alcuni beni di consumo</li> <li>- Interventi di assistenza abitativa</li> <li>- Soluzioni residenziali di emergenza</li> <li>- Sostegno domiciliare per necessità temporanee imprevedibili</li> <li>- Collegamento con prestazioni socio-sanitarie e sanitarie</li> </ul>
<b>Prestazioni / interventi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuazione a livello distrettuale di una mappa delle disponibilità residenziali, distinte tra spazi di ospitalità indirizzati a gruppi e fasce sociali specifiche, spazi residenziali generici, strutture assistite o meno;</li> <li>- il Servizio Sociale cura l'aggiornamento delle disponibilità di posti residenziali;</li> <li>- raccordo con il Distretto sanitario per l'accesso alle prestazioni sanitarie;</li> <li>- definizione di un budget e di modalità di accesso rapido per gli interventi di sostegno economico.</li> </ul>
<b>Organizzazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Popolazione residente o temporaneamente presente che necessita di interventi urgenti</li> </ul>
<b>Destinatari</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Accoglienza in Casa famiglia per minori</i></li> <li>- <i>Accoglienza in Gruppo appartamento per minori</i></li> <li>- <i>Accoglienza in Comunità alloggio per adulti con disabilità</i></li> <li>- <i>Accoglienza in Comunità di pronta accoglienza per persone con problematiche psicosociali</i></li> <li>- <i>Accoglienza in Comunità alloggio per donne in difficoltà, gestanti o madri</i></li> </ul>
<b>Servizio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Raccordo tra gli interventi di emergenza e i programmi di inserimento sociale, abilitazione e riabilitazione.</li> <li>- Controllo delle "recidive"</li> <li>- Aumento della flessibilità e della accessibilità dei servizi e degli interventi</li> </ul>
<b>Obiettivi Operativi</b>	

## Tab. 12 - Area organizzativa delle prestazioni: Assistenza domiciliare - Famiglia e adulti

<b>Finalità</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Garantire prestazioni di natura socio-assistenziale da erogare al domicilio del cittadino in condizioni di autonomia ridotta o compromessa al fine di consentirne la permanenza nel normale ambiente di vita, di ridurre l'esigenza di ricorso a strutture residenziali, di promuovere la responsabilità della famiglia e di elevare la qualità della vita del nucleo familiare che necessita di aiuto per il soddisfacimento dei bisogni essenziali relativi al governo della casa, alla cura della persona ed alla vita di relazione.</li><li>- Garantire in forma integrata, in relazione ai bisogni dell'utente, un insieme di prestazioni mediche, infermieristiche riabilitative, socio-assistenziali rese a domicilio, e secondo i piani individuali programmati, definiti con la partecipazione delle figure interessate nel singolo caso e con la collaborazione del medico di base.</li></ul>
<b>Prestazioni e interventi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Attività di affiancamento della famiglia, anche con funzioni di servizio di sollievo</li><li>- Attività di cura, accudimento della persona</li><li>- Attività di tutela igienico-sanitaria della persona</li><li>- Attività di assistenza per il governo e l'igiene dell'alloggio</li><li>- Guida nei rapporti con il medico di base</li><li>- Igiene della persona</li></ul>
<b>Prestazioni e interventi integrati</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Preparazione dei pasti a domicilio</li><li>- Servizio di segretariato sociale (informazioni sui servizi sociali e sanitari, pratiche, accesso ai servizi, certificazioni, denuncia dei redditi, domande di pensione, ecc.)</li><li>- Accompagnamento dal domicilio ai servizi sociali, sanitari, formativi, uffici pubblici</li><li>- Sostegno psicologico, assistenziale e sociale</li><li>- Attività di supporto al referente familiare anche attraverso servizi di sollievo quali accoglienza per periodi determinati presso strutture residenziali o semiresidenziali</li><li>- Visite programmate dell'assistente sociale</li></ul>
<b>Organizzazione</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Assistenza infermieristica</li><li>- Assistenza medico-generica e pediatrica di base programmate</li><li>- Assistenza medico-specialistica</li><li>- Assistenza riabilitativa (fisioterapia, logopedia)</li><li>- Sostegno psicologico</li><li>- Fornitura di farmaci e materiale sanitario</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>- Presenza di un coordinamento stabile distrettuale in cui sia presente anche la ASL; organizzazione di équipes distrettuali o sub-distrettuali</li><li>- Utilizzo di operatori con qualifica specifica</li><li>- Presenza di programma di intervento individualizzato</li><li>- Accesso facilmente identificabile</li><li>- Indirizzo, monitoraggio e verifica a cura di unità integrate per le Cure Domiciliari</li><li>- Attivazione del servizio per l'utente tramite il Medico di Medicina Generale o il Servizio Sociale</li><li>- Valutazione Multidisciplinare ed ammissione al servizio a cura dell'Unità Valutativa Distrettuale</li><li>- Elaborazione del Piano Assistenziale Individuale Personalizzato a cura dell'UVD</li><li>- Individuazione del Responsabile del caso</li></ul>
<b>Destinatari</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Famiglia, Minori, Anziani, Persone con disabilità, Persone con problematiche psico-sociali</li><li>- Soggetti in condizione di non autosufficienza o ridotta autosufficienza temporanea o protratta derivante da condizioni personali critiche ancorché non patologiche o affetti da patologie croniche a medio lungo decorso o da patologie acute trattabili a domicilio, inclusi i pazienti oncologici in fase critica e/o terminale</li></ul>
<b>Servizio</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Servizio di Assistenza Domiciliare</li><li>- Assistenza Domiciliare Integrata</li></ul>
<b>Obiettivi Operativi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Attivazione/potenziamento in tutti i Comuni del Distretto entro la scadenza del Piano Regionale</li><li>- Contenimento dei tempi di accesso al servizio</li><li>- Qualificazione delle funzioni di valutazione e progettazione personalizzata.</li><li>- Qualificazione dei produttori delle prestazioni</li><li>- Attivazione di forme di ADI condivisa tra Comuni e ASL entro il 2004</li></ul>

**Tav. 13 - Area organizzativa delle prestazioni: Strutture residenziali per minori**

- L'accoglienza di minori anche con disabilità, temporaneamente o per situazioni di emergenza, non possono permanere presso il nucleo familiare e per i quali non siano disponibili possibilità di accoglienza presso famiglie affidatarie
  - Accoglienza con operatori anche come figure parentali
  - Interventi di sostegno e recupero, tali anche da prevedere il coinvolgimento degli ospiti
  - Attività socio-educative finalizzate al miglioramento dell'integrazione sociale e ambientale
  - Igiene alla persona
- Prestazioni / interventi**
- Prestazioni mediche, psicologiche o infermieristiche
  - Assistenza infermieristica
  - Assistenza medico-specialistica
- Prestazioni e interventi integrati**
- Le strutture di tipo familiare accolgono un massimo di 6 utenti, devono possedere i requisiti strutturali degli alloggi destinati a civile abitazione.
  - I Gruppi Appartamento accolgono un massimo di 8 utenti più due posti per le emergenze, e devono avere flessibilità organizzativa.
  - Le Comunità di pronta accoglienza ospitano n. 10 utenti, derogabili fino a 12.
- Organizzazione**
- Minori anche con disabilità
- Destinatari**
- Casa famiglia
  - Gruppo appartamento
  - Comunità di pronta accoglienza
- Obiettivi Operativi**
- Attivazione di almeno una casa famiglia per Distretto entro la scadenza del Piano Regionale

**Tav. 14 - Area organizzativa delle prestazioni: Strutture residenziali per persone con disabilità**

<b>Finalità</b>	- Accogliere adulti con disabilità che non abbiano la possibilità temporanea o permanente di permanere presso il proprio nucleo familiare
<b>Prestazioni / Interventi</b>	- Accoglienza - Prestazioni alberghiere, interventi di sostegno e di sviluppo, di abilità per l'autonomia individuale - Attività di gruppo ricreativa, formativa e di integrazione sociale - Igiene della persona
<b>Prestazioni e interventi integrati</b>	- Assistenza infermieristica - Assistenza medico-generica di base programmata - Assistenza medico-specialistica - Assistenza riabilitativa (fisioterapia, logopedia)
<b>Organizzazione</b>	- Le strutture di tipo familiare accolgono un massimo di 6 utenti, devono possedere i requisiti strutturali degli alloggi destinati a civile abitazione. - Le comunità alloggio accolgono tra le 7 e le 20 persone adulte con disabilità, in gruppi di massimo 10 compreso un posto di ospitalità temporanea, e prevedono l'attiva partecipazione degli ospiti alla gestione del servizio.
<b>Destinatari</b>	- Adulti con disabilità
<b>Servizio</b>	- Casa famiglia - Comunità alloggio
<b>Obiettivi Operativi</b>	- Attivazione di almeno una casa famiglia per Distretto entro la scadenza del Piano regionale

**Tav. 15 - Area organizzativa delle prestazioni: Strutture residenziali per anziani**

<b>Finalità</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Offrire una risposta residenziale adeguata ad anziani autosufficienti e parzialmente non autosufficienti che richiedono garanzie di protezione nell'arco della giornata e servizi di tipo comunitario e collettivo</li><li>- Servizi alloggiativi in ambienti idonei dal punto di vista strutturale (accessibilità, assenza di barriere architettoniche, sicurezza, tecnologie innovative) e dell'organizzazione dello spazio personale</li><li>- Servizi collettivi che favoriscano la socializzazione</li><li>- Servizi generali (ristorazione, lavanderia, pedicure, parrucchiere, etc.) anche su richiesta</li><li>- Guida nei rapporti con il medico di base</li><li>- Igiene della persona</li></ul>
<b>Prestazioni / interventi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Consulenza dietetica-alimentare</li><li>- Assistenza infermieristica</li><li>- Assistenza medico-generica di base programmata</li><li>- Assistenza medico-specialistica</li><li>- Assistenza riabilitativa (fisioterapia, logopedia)</li></ul>
<b>Prestazioni e interventi integrati</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Le strutture di tipo familiare che accolgono un massimo di 6 utenti, devono possedere i requisiti strutturati degli alloggi destinati a civile abitazione</li><li>- Le Comunità alloggio consistono in un nucleo di convivenza a carattere familiare per anziani, tra 7 e 12, che necessitano di una vita comunitaria e di reciproca solidarietà.</li><li>- Le strutture a prevalente accoglienza alberghiera possono essere ubicate in un'unica struttura o articolate in piccoli alloggi autonomi collegati a servizi di tipo centralizzato (capacità massima di accoglienza 80 persone)</li><li>- Requisiti organizzativi e strutturali come previsti dalla normativa sulle autorizzazioni</li></ul>
<b>Destinatari</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Anziani autosufficienti e parzialmente non autosufficienti, soli o in coppia.</li></ul>
<b>Servizio</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Casa Famiglia</li><li>- Comunità alloggio</li><li>- Case di riposo</li><li>- Casa albergo</li></ul>
<b>Obiettivi Operativi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Attivazione di almeno una comunità alloggio o una casa di riposo per Distretto entro la scadenza del Piano Regionale</li></ul>

**Tav. 16 - Area organizzativa delle prestazioni: Strutture residenziali per persone con problematiche psico-sociali**

<b>Finalità</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bisogno di sostegno nei percorsi di autonomia e di inserimento e reinserimento sociale di adulti con problematiche psico-sociali.</li><li>- Situazioni di emergenza di adulti con problematiche psico-sociali.</li><li>- Necessità di ospitalità e alloggio per donne gestanti o madri con figli che abbiano subito violenza fisica o psicologica o che siano vittime della tratta e dello sfruttamento sessuale.</li></ul>
<b>Prestazioni / Interventi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Accoglienza.</li><li>- Interventi di sostegno nel percorso di autonomia e di inserimento o reinserimento sociale.</li><li>- Interventi di supporto per le vittime di violenze fisiche e psicologiche.</li></ul>
<b>Prestazioni e interventi integrati</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Assistenza infermieristica</li><li>- Assistenza medico-generica di base programmata</li><li>- Assistenza medico-specialistica</li><li>- Assistenza e supporto psicologico</li></ul>
<b>Organizzazione</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Le strutture di tipo familiare accolgono un massimo di 6 utenti, devono possedere i requisiti strutturali degli alloggi destinati a civile abitazione.</li><li>- Le Comunità alloggio accolgono tra le 7 e le 20 persone adulte, in gruppi massimo di 10.</li><li>- Le Comunità di pronta accoglienza prevedono un massimo di 20 utenti e devono essere caratterizzate da flessibilità organizzativa.</li></ul>
<b>Destinatari</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Persone adulte con problematiche psico-sociali</li><li>- Donne gestanti o madri con figli che abbiano subito violenza fisica o psicologica o che siano vittime della tratta e dello sfruttamento sessuale</li></ul>
<b>Servizio</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Casa famiglia</li><li>- Comunità alloggio</li><li>- Comunità di pronta accoglienza</li></ul>
<b>Obiettivi Operativi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Attivazione di almeno una casa famiglia/comunità alloggiativa/comunità di pronta accoglienza entro la scadenza del Piano Regionale</li></ul>



**Tav. 17 - Area organizzativa delle prestazioni: Strutture semi-residenziali di riabilitazione sociale per anziani**

<b>Finalità</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Garantire, unitamente ai servizi domiciliari, la permanenza al proprio domicilio di anziani parzialmente non autosufficienti, offrendo accoglienza diurna e assistenza sanitaria e sociale all'anziano e sostegno e supporto alla famiglia. In particolare per le persone affette da Alzheimer, migliorare la qualità della vita e monitorare l'evoluzione della malattia e l'efficacia delle cure.</li><li>- Servizio di assistenza alla persona</li><li>- Ristorazione con pasti anche dietetici</li><li>- Attività aggregative, ricreative e culturali</li><li>- Servizio infermieristico</li><li>- Riattivazione / ginnastica dolce</li><li>- Trasporto dal ed al domicilio degli utenti</li><li>- Centri Integrati Alzheimer</li><li>- Contenzimento del deficit cognitivo</li><li>- Stimolazione sociale e relazionale</li><li>- Mantenimento delle abilità funzionali e motorie</li><li>- Contenzimento dei sintomi affettivi e comportamentali</li><li>- Guida nei rapporti con il medico di base</li><li>- Igiene della persona</li></ul>
<b>Prestazioni / interventi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Consulenza dietetica-alimentare</li><li>- Assistenza infermieristica</li><li>- Assistenza medico-generica di base programmata</li><li>- Assistenza medico-specialistica</li><li>- Assistenza riabilitativa (fisioterapia, logopedia)</li></ul>
<b>Organizzazione</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ricettività massima 30 posti.</li><li>- Requisiti organizzativi e strutturali come previsti dalla normativa sulle autorizzazioni</li></ul>
<b>Destinatari</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Anziani parzialmente non autosufficienti con esiti di patologie fisiche e/o sensoriali</li><li>- Anziani parzialmente non autosufficienti affetti da demenza senile e/o Alzheimer</li></ul>
<b>Servizio</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Centri diurni</li><li>- Centri diurni integrati Alzheimer</li></ul>
<b>Obiettivi Operativi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Attivazione di almeno una struttura seniresidenziale per Distretto entro la scadenza del Piano Regionale</li></ul>



**Tav. 18 - Area organizzativa delle prestazioni: Strutture semi-residenziali di riabilitazione sociale per persone con problematiche psico-sociali**

---

<b>Finalità</b>	- Offrire a persone con problematiche psico-sociali, accoglienza diurna e assistenza socio-riabilitativa. Offrire, inoltre, sostegno e supporto alla famiglia.
<b>Prestazioni/ interventi</b>	- Servizio di assistenza alla persona - Attività educative, aggregative, ricreative e culturali e di mediazione culturale - Ristorazione con pasti anche dietetici - Guida nei rapporti con il medico di base - Igiene della persona
<b>Prestazioni e interventi integrati</b>	- Consulenza dietetica-alimentare - Assistenza infermieristica - Assistenza medico-generica di base programmata - Assistenza medico-specialistica
<b>Organizzazione</b>	- Ricettività massima 30 posti. - Requisiti organizzativi e strutturali come previsti dalle normative sulle autorizzazioni
<b>Destinatari</b>	- Persone con problematiche psico-sociali
<b>Servizio</b>	- Strutture semi-residenziali socio-riabilitative
<b>Obiettivi Operativi</b>	- Attivazione di almeno un centro diurno per Distretto entro la scadenza del Piano Regionale

---



**Tav. 19 - Area organizzativa delle prestazioni: Strutture semi-residenziali di riabilitazione sociale per adulti con disabilità**

<b>Finalità</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Offrire ad adulti con disabilità, che hanno terminato la frequenza scolastica e che non possono essere avviati ad un inserimento lavorativo, accoglienza diurna e assistenza socio-riabilitativa. Offrire inoltre sostegno e supporto alla famiglia.</li></ul>
<b>Prestazioni / interventi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Servizio di assistenza alla persona</li><li>- Attività educative, aggregative, ricreative e culturali</li><li>- Ristorazione con pasti anche dietetici</li><li>- Trasporto dal ed al domicilio degli utenti (se necessario)</li><li>- Guida nei rapporti con il medico di base</li><li>- Igiene della persona</li></ul>
<b>Prestazioni e interventi integrati</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Consulenza dietetica-alimentare</li><li>- Assistenza infermieristica</li><li>- Assistenza medico-generica di base programmata</li><li>- Assistenza medico-specialistica</li><li>- Assistenza riabilitativa (fisioterapia, logopedia)</li></ul>
<b>Organizzazione</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ricettività massima 30 posti.</li><li>- Requisiti organizzativi e strutturali come previsti dalle normative sulle autorizzazioni</li></ul>
<b>Destinatari</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Adulti con disabilità</li></ul>
<b>Servizio</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Strutture semi-residenziali socio-riabilitative</li></ul>
<b>Obiettivi Operativi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Attivazione di almeno un centro diurno per Distretto entro la scadenza del Piano Regionale</li></ul>



**Tav. 20 - Area organizzativa delle prestazioni: Strutture semi-residenziali educative e di aggregazione per minori (0-18 anni)**

- Offrire una risposta qualificata e flessibile ai bisogni sociali, educativi e di mediazione culturale della prima infanzia, infanzia e adolescenza
- Offrire spazi di gioco di libero accesso per bambini fino a tre anni, accompagnati da genitori, nonni, ecc., con la presenza di operatori di supporto alla funzione genitoriale, per il miglioramento della qualità di relazione ed interazione tra adulti e bambini
- Offrire spazi di aggregazione per bambini e adolescenti con attività di tipo ricreativo, sportivo e culturale con la presenza di operatori che offrono un supporto di natura socio-educativo-culturale per facilitare e sviluppare le capacità di relazione tra coetanei e con l'ambiente esterno
- Accoglienza dei minori durante il giorno (con orari variabili a seconda dei diversi tipi di servizi)
- Percorso formativo affidato ad operatori qualificati
- Servizio pasti e riposo (nei nidi)
- Attività di gioco, socializzazione e integrazione
- Attività educativa e culturale (anche di supporto scolastico)
- Requisiti organizzativi e strutturali come previsti dalla normativa
- Apertura con forme di frequenza diversificate e flessibili
- Bambini fino a tre anni
- Bambini
- Adolescenti
- Minori accompagnati da un adulto di riferimento
- Nidi d'infanzia, anche presso i luoghi di lavoro e servizi alternativi quali spazi condominiali adeguatamente attrezzati, nidi a domicilio
- Ludoteche
- Centri di aggregazione
- Spazi organizzativi per minori ed eventuali adulti di riferimento
- Attivazione in ogni Distretto di una rete di servizi per minori che consentano una risposta qualificata e flessibile a bisogni sociali ed educativi diversificati

**Finalità**

**Prestazioni / interventi**

**Organizzazione**

**Destinatari**

**Servizio**

**Obiettivi Operativi**



**Tav. 21 - Area organizzativa delle prestazioni: Centri di accoglienza a carattere comunitario**

**Finalità**

- Garantire una risposta temporanea, anche immediata, a bisogni urgenti di vitto, alloggio e tutela

- Alloggio notturno con annesso servizio di igiene personale e lavaggio biancheria

- Mensa

- Orientamento e informazioni per la fruizione dei servizi territoriali, inclusi i Centri servizi immigrati
- Aiuto per la fruizione dei servizi sanitari

**Prestazioni / interventi**

- Presidi residenziali parzialmente autogestiti per persone, italiane o straniere, che necessitano di accoglienza, anche in situazioni di emergenza, per il periodo necessario al reperimento di una collocazione più idonea.
- La permanenza degli ospiti non dovrebbe superare di norma i 30/40 giorni.
- Si avvalgono prevalentemente del supporto del volontariato, in convenzione con il Comune.

**Organizzazione**

- Adulti con grave disagio economico, familiare o sociale (anche senza fissa dimora)
- Immigrati

**Destinatari**

- Centri di pronta accoglienza notturna per adulti
- Servizio di mensa sociale

**Servizio**

- Attivazione di centri di pronta accoglienza, secondo l'articolazione delle priorità assistenziali definite a livello Regionale

**Obiettivi operativi**



UTENTI					
STRUTTURE	MINORI (art.6)	DISABILI (art.7)	ANZIANI (art.8)	PERSONE CON PROBLEMATICHE PSICOSOCIALI (art.9)	
<b>STRUTTURE A CICLO RESIDENZIALE</b>					
<b>DI TIPO FAMILIARE</b> , minori, disabili, anziani e persone con problematiche psicosociali - RICETTIVITA': fino a 6 utenti (art. 5 c.1 lett. a) derogabile fino a 8 (art. 5 c.3)	Casa famiglia per minori RICETTIVITA': fino a 6 ospiti (art. 6 c.1 lett. a) derogabile fino a 8 (art. 6 c.2)	Casa famiglia per disabili RICETTIVITA': fino a 6 ospiti (art. 7 c.1 lett. a) derogabile fino a 8 (art. 5 c.3)	Casa famiglia per anziani RICETTIVITA': fino a 6 ospiti (art. 8 c.1 lett. a) derogabile fino a 8 posti (art. 5 c.3)	Casa famiglia per persone con problematiche psicosociali (art.9 c.1 lett.a) RICETTIVITA': fino a 6 ospiti (art. 9 c.1 lett. a) derogabile fino a 8 posti (art. 5 c.3) Case famiglia per donne anche con figli minori (art.9 c.1 lett. d) - RICETTIVITA' fino a 6 posti (art. 5 c.1 lett. a) derogabili a 8 (art. 5 c.3)	
<b>A CARATTERE COMUNITARIO:</b> minori, disabili, anziani e persone con problematiche psicosociali RICETTIVITA': fino a un massimo di 20 utenti (art. 5 c.1 lett. b)	Gruppo appartamento per minori - RICETTIVITA': fino a 8 ospiti (art. 6 c.1 lett. b) derogabile fino a 10 (art.6 c.2) Comunità educativa di pronta accoglienza - RICETTIVITA' fino a 10 ospiti (art. 6 c.1 lett.c) derogabile fino a 12 (art. 6 c.2)	Comunità alloggio per disabili RICETTIVITA': da 7 a 20 in nuclei max da 10 compresi 2 posti per l'emergenza (art. 7 c.1 lett. b)	Comunità alloggio per anziani RICETTIVITA': da 7 a 12 ospiti (art. 8 c.1 lett. b)	Comunità alloggio per persone con problematiche psicosociali (art. 9 c.1 lett. b) RICETTIVITA' da 7 a 20 posti (art.9 c.1 lett.b) Comunità alloggio per donne anche con figli minori (art. 9 c.1 lett. d) RICETTIVITA' da 7 a 20 posti (art. 5 c.1 lett. b)	
<b>A PREVALENTE ACCOGLIENZA ALBERGHIERA:</b> anziani RICETTIVITA': massimo 80 ospiti (art. 5 c.1 lett. c)		Casa di riposo (art.8 c.1 lett. c) Casa-albergo (art.8 c.1 lett. d) RICETTIVITA': massimo 80 anziani		Comunità di pronta accoglienza per persone con problematiche psicosociali (art.9 c.1 lett. c) RICETTIVITA' da 7 a 20 posti (art. 9 c.1 lett.b) Comunità di pronta accoglienza per donne anche con figli minori (art. 9 c.1 lett.d) RICETTIVITA' da 7 a 20 posti (art. 5 c.1 lett.c)	
<b>STRUTTURE A CICLO SEMIRESIDENZIALE:</b> disabili, anziani e persone con problematiche psicosociali - RICETTIVITA': massimo 30 utenti (art. 10)		Strutture a ciclo semiresidenziale per disabili (art. 10)	Strutture a ciclo semiresidenziale per anziani (art. 10)	Strutture a ciclo semiresidenziali con problematiche psicosociali (art.10)	

### 4.3. I criteri per l'autorizzazione e l'accreditamento

Attraverso le procedure di autorizzazione e di accreditamento si compie una funzione tanto di garanzia dei diritti degli utenti quanto di riconoscimento e di regolazione degli apporti che i soggetti privati arrecano al sistema dei servizi e delle prestazioni. Se l'autorizzazione garantisce in tutto il territorio regionale livelli omogenei minimi di offerta, l'accreditamento ha come obiettivo non solo quello di regolare, ma quello di migliorare il sistema dell'offerta. Si tratta quindi di definire un processo che leghi le procedure di autorizzazione, accreditamento alla costruzione del sistema di qualità. Sia l'Ente Regione, che gli Enti Locali, che le Province, con i rappresentanti del privato sociale e della cittadinanza, concorrono alla costruzione del sistema di qualità, con gli apporti connessi ai rispettivi mandati.

Si tratta di costruire uno a livello regionale uno specifico tavolo negoziale fra i rappresentanti delle OO.SS., delle organizzazioni del Terzo Settore, degli altri rappresentanti dei soggetti gestori, dei rappresentanti regionali delle varie categorie di utenti, che concorra alla definizione di regole certe, trasparenti e condivise per quanto riguarda l'avvio e la costruzione del sistema, ed in particolare per quanto attiene prioritariamente la gestione dei livelli di tutela dei diritti contrattuali economici e normativi del personale impegnato, degli appalti e delle convenzioni.

Il punto di partenza del percorso è sempre il cittadino utente con i suoi bisogni, sia quelli espressi che quelli latenti, attorno ai quali costruire una rete di servizi ed interventi di qualità, nell'ambito delle risorse esistenti, attraverso una corretta programmazione ed una efficace valutazione dell'offerta erogata, con particolare attenzione all'aspetto dell'innovazione e della sperimentazione. La definizione dei criteri autorizzativi e degli standard di accreditamento rappresenta l'avvio del processo di mantenimento e di continuo miglioramento della qualità.

La metodologia si baserà:

- sui criteri già definiti per l'autorizzazione;
- sulla definizione di standard numerici e qualitativi relativi al personale

- sulla definizione di criteri di qualità nei rapporti con l'utente: carta dei servizi, contratto assistenziale, monitoraggio delle condizioni dell'utente;
- sulla individuazione di requisiti di rete territoriale, relativi alla collaborazione tra singoli servizi, siano essi pubblici o privati;
- sulla definizione di un sistema di obblighi informativi tra i singoli servizi ed il Servizio Sociale distrettuale;
- sulla definizione del sistema di tariffe regionali (prevedendo i margini di flessibilità in relazione al superamento dei requisiti minimi per l'autorizzazione).

L'accreditamento dà pari dignità alle strutture a gestione pubblica e privata, anche in termini di diritto di scelta da parte degli utenti. Il controllo dei livelli di spesa richiede quindi di definire modalità di programmazione degli accessi da gestire a livello locale-distrettuale.

Le distinzioni fondamentali sono articolate come indicate nella tavola 22.



Tav. 22 - Contenuto di autorizzazione, accreditamento e qualità

Autorizzazione	Accreditamento	Qualità
<p>Sistema di tutela per il cittadino/utente Individua una base minima essenziale per tutti i servizi, definendone: tipologia, mandato istituzionale, destinatari.</p> <p>Sicurezza degli ambienti, messa a norma delle strutture, modalità organizzativa, applicazione contratti di lavoro, titoli professionali degli operatori</p>	<p>Sistema di regolamentazione tra il pubblico e il privato e il pubblico e il pubblico</p> <p>Accettazione sistema tariffario regionale e delle modalità di accesso; verifica delle condizioni, dei percorsi e dei risultati assistenziali, definizione di standard territoriali, utilizzo di strumenti e metodologie condivise (cartelle individuali, PPI, strumenti di valutazione), processi di aggiornamento del personale</p> <p>Protocolli di verifica dell'Ente pubblico dei requisiti necessari per offrire/vendere i propri servizi all'Ente Locale</p>	<p>Inteso come "processo", in cui il sistema dei Servizi viene garantito e misurato agli standard richiesti</p> <p>Non solo i requisiti minimi ma la qualità dei processi di lavoro che il fornitore mette in atto al proprio interno</p> <p>Qualità del Fornitore, qualità del Servizio, qualità dell'Intervento per singolo utente; capacità di valutare i processi di intervento e la soddisfazione dell'utente</p> <p>Iniegrazione nella rete territoriale dei servizi sociali e di rappresentanza civica</p>
<p>Indicatori di legge, procedure necessarie per aprire un servizio</p>		<p>Indicatori di qualità dei servizi sociali</p>

#### 4.4. Il sistema informativo

##### *Osservatorio e Centro di Documentazione e analisi per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani.*

L'Osservatorio e Centro di Documentazione e analisi per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani è nato in attuazione della Legge n. 451/97, con lo scopo di raccogliere ed elaborare dati e informazioni sulla condizione sociale, culturale, economica, sanitaria e psicologica dell'infanzia e l'adolescenza e per realizzare una mappa dei servizi pubblici e privati e delle risorse destinate all'infanzia.

Prodotto finale di questa ricerca è l'elaborazione di un rapporto annuale sulla condizione dell'infanzia nella regione Lazio, distribuito a tutti i Comuni, alle ASL, al Tribunale minorile, al Centro di giustizia minorile, alla Direzione scolastica regionale e a quanti operano sul territorio a favore dei minori, con lo scopo di fornire uno strumento di programmazione mirata della politica e delle risorse a favore di questa fascia di età.

#### 4.5. Il sistema informativo dei servizi sociali

In sintonia anche con quanto previsto dalla Legge quadro n. 328/00 di riforma dei servizi sociali, l'Osservatorio verrà trasformato in **Sistema Informativo dei servizi sociali**, contribuendo all'organizzazione del sistema di qualità.

L'organizzazione del Sistema Informativo sarà così strutturata:

- i Comuni capofila dovranno coordinare i Comuni del Distretto nella raccolta dei dati;
- le Province coordineranno i Distretti;
- Roma coordinerà i Distretti/Municipi.

Handwritten signature and date. The signature is written in black ink and appears to be 'G. De...'. Below the signature, the number '97' is written. To the right of the signature, there is a date '14' followed by a small symbol that looks like a stylized 'E' or 'F'.

E' importante sottolineare che, nel caso in cui si riscontrassero delle carenze nell'esecuzione delle funzioni, ognuno di questi Enti locali dovrà svolgere ruoli di supplenza colmando gli eventuali deficit.

Partendo dall'esperienza maturata attraverso la costituzione dell'Osservatorio sull'infanzia e valorizzando la funzione svolta da operatori specificatamente dedicati, sarà realizzata una rete di referenti. Nello specifico, ogni Distretto dovrà individuare formalmente un referente del sistema informativo che dovrà operare in forma coordinata con la struttura di piano, il segretariato sociale, gli sportelli informativi dell'Osservatorio sociale.

L'obiettivo che il Piano socio - assistenziale si pone è quello di cambiare l'attuale organizzazione nella quantità e nella qualità attraverso l'avvio del sistema informativo che permetterà di perfezionare gli strumenti di conoscenza dei bisogni e dell'offerta dei servizi.

In questa ottica, particolare attenzione sarà posta alla verifica dei servizi e degli interventi già previsti nei Piani di Zona e relativi progetti operativi, in relazione al budget di Distretto assegnato.

La verifica sarà effettuata anche sul piano contabile, per conoscere l'entità di eventuali somme non spese (Linee guida 2003).

Altro aspetto dell'organizzazione della rete consiste nella dotazione di attrezzature informatiche finalizzata alla creazione di una rete informatica che possa consentire un flusso continuo di dati e un rapporto di interfaccia tra fornitore e fruitore del dato.

Ogni Distretto, nelle aree organizzative di intervento all'interno della struttura del Piano dovrà prevedere, per garantire una esaustiva programmazione dei livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS), un centro operativo di raccolta di informazioni sia in entrata che in uscita ed essere un anello della catena del costituendo Sistema informativo dei servizi sociali.

Per Sistema informativo si intende l'insieme sistematico di modalità, metodi, procedure e strumenti che hanno l'obiettivo di garantire la raccolta, l'elaborazione, l'archiviazione e la diffusione di specifici pacchetti informativi al fine di svolgere compiutamente le proprie funzioni di

promozione e programmazione dei servizi sociali, nonché di uniformare i dati relativi alle varie strutture in un unico sistema informativo.

Il Sistema informativo socio assistenziale a livello regionale risponderà ad una molteplicità di fabbisogni informativi riconducibili sinteticamente ad alcuni fondamentali principi-guida:

- costituire una fonte di informazioni ufficiale utile a soggetti pubblici e privati per analizzare la domanda e l'offerta dei servizi sociali;
- favorire la diffusione delle informazioni all'interno e all'esterno dell'Amministrazione mediante rapide procedure di accesso al sistema e di consultazione automatica dei dati;
- rappresentare il supporto strategico per la elaborazione delle politiche socio-assistenziali e la realizzazione coordinata degli interventi;
- creare le condizioni tecnologiche e procedurali per la realizzazione del settore socio assistenziale nonché per la migliore distribuzione dei servizi sul territorio.

Saranno definite specifiche procedure informative che, alimentando il nucleo centrale dell'intero sistema costruito sugli archivi base, costituiranno gli elementi dinamici del sistema. Questi potranno essere progressivamente delineati alla luce del mutare dei fabbisogni informativi senza dover di continuo ridefinire e riorganizzare il sistema nel suo complesso.

#### **4.6. La qualità e la valutazione**

L'attivazione di meccanismi di valutazione costituisce un requisito operativo cruciale per l'innalzamento della qualità di servizi e prestazioni.

Operativamente, è necessario che la valutazione divenga una funzione implicita nel governo delle attività distrettuali, a tal proposito la Regione fornirà alcuni parametri di riferimento sulla cui base servizi e prestazioni possono essere autovalutati dai responsabili delle erogazioni. Tali parametri non investiranno solamente la sfera economico/finanziaria ma riguarderanno essenzialmente le diverse dimensioni della qualità della vita delle persone.



A tal fine, detti parametri saranno definiti anche con l'apporto essenziale dell'associazionismo rappresentante i diritti ed i problemi delle persone emarginate e delle loro famiglie.

L'attività di valutazione sarà basata anche su quella effettuata dalla persona che fruisce del servizio e dovrà essere svolta direttamente a livello dei servizi tramite la concreta comparazione tra i propri risultati ed i parametri di riferimento indicati dalla Regione e modulati sulle caratteristiche locali con specifico riferimento alle esigenze dell'utenza dalle Strutture dei Distretti.

Di fatto è la Struttura del Piano che ha la responsabilità di garantire un livello qualitativo dell'offerta adeguato alle esigenze dei cittadini.

Come rilevato, la valutazione deve progressivamente assumere valenza essenziale rispetto ai percorsi di crescita della qualità poiché, in concreto, consente di:

- avere un quadro delle attività complessive svolte nella realizzazione degli interventi, verificando puntualmente la validità delle strategie adottate;
- fare il punto sulle condizioni dei destinatari degli interventi, verificando anche il rapporto intervento-destinatari.

Inoltre, il *set* di indicatori modulati sulla dimensione locale dei bisogni costituisce una veicolo formidabile per potenziare l'influenza delle concrete esigenze degli utenti sulla dinamica dell'offerta.

Affinché i processi valutativi entrino nella prassi ordinaria dei processi di offerta è necessaria anche un'iniziativa di qualificazione dei responsabili e degli operatori, potenziando la diffusione della cultura e degli strumenti della valutazione.

Inoltre, il rapporto tra gli obiettivi e le attività, indicati nei Piani di Zona, ed i risultati concreti raggiunti peserà sempre più anche rispetto ai livelli di finanziamento dei Distretti.



100



#### 4.7. Il finanziamento: procedura e meccanismo

La procedura e il meccanismo di finanziamento hanno lo scopo di assicurare il flusso di risorse necessario a garantire una rete di servizi e interventi adeguata ai bisogni dei cittadini residenti nel territorio distrettuale. Obiettivo concreto è quello di consentire ai Distretti di operare in un contesto di stabilità riguardo alla dotazione annuale delle risorse.

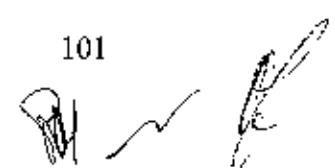
Inoltre, la struttura delle destinazioni dei flussi finanziari incorpora le priorità evidenziate dai Liveas, così da garantire a tutti i cittadini la fondamentale rete di servizi e interventi.

La Regione Lazio ha definito i seguenti criteri per la ripartizione del fondo unico per l'attuazione del piano socio assistenziale:

- una quota è distribuita ai Comuni in proporzione alla popolazione ed al territorio;
- una quota è riservata all'organizzazione e alla gestione associata dei servizi e interventi di cui alla L.R. 9 settembre 1996, n. 38, ripartita a livello di singolo Distretto sulla base di indicatori demografici e di povertà.
- una quota è riservata al finanziamento ai Comuni di specifici progetti sperimentali di interesse regionale e/o di rilevante interesse sociale ed a iniziative dirette della Regione;

A partire da questa ripartizione i criteri specifici del riparto saranno soggetti a scelte flessibili (previa verifica dell'utilizzo dei fondi stessi nell'annualità precedente); comunque, come rilevato, è necessario che a livello distrettuale sia in ogni caso assicurata l'attuazione dei LIVEAS, dei Piani di Zona e, quindi, degli obiettivi prioritari regionali.

**Inoltre nell'ambito dei criteri di riparto verrà finalizzata una quota del budget di Distretto a specifici progetti per la non autosufficienza. I Distretti pertanto, nei Piani di Zona, dovranno destinare, obbligatoriamente, a tale finalità una percentuale predefinita del Fondo Unico.**

A handwritten signature in black ink is located in the upper right quadrant of the page. Below the signature is a circular stamp, which appears to be a red official seal, though the details are not clearly legible.In the bottom right corner, there are several handwritten marks, including a signature and some scribbles, possibly indicating a date or additional notes.

Analogamente verranno destinate quote del Fondo Unico per le finalità di cui alla L. 285/97, alla L.162/98 e dal D.L. 286/98.

Sempre all'interno del **Fondo Unico verrà assegnato anche il finanziamento per la lotta alla tossicodipendenza**, direttamente all'Assessorato alla Famiglia e Servizi Sociali.

Questo nuovo provvedimento consentirà di dare nuovo e più consistente impulso agli interventi di prevenzione e reinserimento, rilanciando il protagonismo degli Enti Locali (Piani di Zona).

L'articolazione dei criteri di finanziamento ha l'obiettivo specifico di alimentare diversi aspetti strategici del comparto socioassistenziale.

La dimensione territoriale e demografica delle persone in situazione di emarginazione e delle loro famiglie ovviamente è cruciale rispetto alla dimensione quantitativa dei servizi e delle prestazioni da attivare e, quindi, alla massa di risorse finanziarie da impiegare.

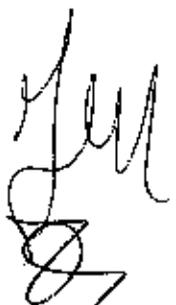
In questo senso la Regione ha previsto in favore dei piccoli Comuni del Lazio, in particolare quelli rurali e montani, l'istituzione di un apposito Fondo al fine di assicurare il mantenimento dei livelli essenziali dei servizi sociali di fronte all'insorgere di emergenze e necessità socio-assistenziali.

Per i Comuni con deficit di sviluppo, sono in atto specifici interventi di sostegno realizzati attraverso finanziamenti Europei (DOCUP OBIETT. 2 misura III.1.2 B).

A questo proposito è necessario sottolineare che si sta procedendo all'elaborazione di nuovi criteri di riparto che, sulla base degli indicatori sintetici individuati dal CENSIS con la ricerca sulla povertà, attribuiranno, ai Comuni rurali e montani, quote compensative per le particolari situazioni di svantaggio e di ritardo.

L'attivazione di progetti specifici, il finanziamento di tipologie progettuali sperimentali fortemente trasferibili (fatte salve le opportune modulazioni agli specifici contesti territoriali) possono dare un contributo cruciale alle dinamiche di innovazione. In quest'ottica, appare importante anche la concreta possibilità di finanziare progetti direttamente gestiti dalla Regione che, appunto, sviluppino modalità operative trasferibili e di interesse interdistrettuale.

Importante risulta anche il richiamo alla quota ripartita distrettualmente sulla duplice base di indicatori demografici e di indicatori di povertà che consente di ricorrere a *set* di indicatori articolati, multidimensionali e fortemente rappresentativi delle specifiche mappe locali del disagio. Progressivamente tale metodologia di ripartizione non potrà che accrescere il suo peso specifico, sia pure corretta con opportuni parametri in grado di garantire la continuità assistenziale ed operativa dei servizi nei vari contesti.



## **5. I RISULTATI ATTESI NEL TRIENNIO DI APPLICAZIONE DEL PIANO**

Il periodo che si apre per la programmazione dei servizi sociali e socio-sanitari deve caratterizzarsi per la forte spinta all'innovazione che deriva dal combinato disposto dell'azione normativa ed amministrativa regionale e dal portato della Legge n. 328/00. Sono ormai mature, infatti, le condizioni perché si possa avviare la costruzione di un vero e proprio sistema regionale del welfare, che sviluppi adeguate soluzioni in termini di ottimizzazione e razionalizzazione nell'uso delle risorse; di responsabilizzazione dei soggetti pubblici e privati; di adeguamento delle risposte ai bisogni delle famiglie, dei gruppi e delle fasce sociali attraverso la crescita e lo sviluppo delle forme di cittadinanza, qualificando i rapporti tra i cittadini del Lazio, la Pubblica Amministrazione e il Terzo settore.

Gli obiettivi indicati nel Piano hanno, pertanto, le condizioni normative e di fatto per tradursi in risultati concreti: risultati che dovranno essere realizzati con il concorso di tutti gli Enti Locali regionali. Comuni, Province, Regione, dovranno quindi impegnarsi in una azione continua e condivisa di monitoraggio e valutazione del processo di programmazione, tale da consentire la valorizzazione delle esperienze e delle risorse, la ricerca delle soluzioni, l'adeguamento ed il completamento degli atti di regolazione e di indirizzo, l'individuazione degli strumenti tecnici e operativi che meglio consentano di dare attuazione agli obiettivi di Piano.

I risultati attesi riguardano quindi: lo sviluppo del modello e degli strumenti di gestione e governo del sistema degli interventi e dei servizi sociali; l'adeguamento della efficacia e della efficienza del sistema secondo una logica funzionale di integrazione e di rete; l'adozione di nuovi strumenti di regolazione; l'individuazione e la valorizzazione del soggetto famiglia; il raccordo tra le diverse componenti del welfare e del sistema regionale più ampio per la promozione della qualità della vita e del benessere sociale.

Si tratta quindi di assicurare nel triennio:

- 1. Completamento ed ottimizzazione della organizzazione del Distretto.**  
Occorre passare dalla fase della progettazione alla fase della programmazione. Con la predisposizione dei Piani di Zona deve considerarsi conclusa la fase di sperimentazione del modello Distrettuale

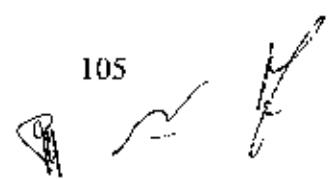
per quanto attiene la capacità di affiancare i progetti, gli interventi ed i servizi diversi gestiti in forma autonoma dai Comuni. Si tratta ora di avviare un vero e proprio processo di programmazione che passi attraverso:

- l'individuazione delle modalità di analisi e lettura del territorio;
- l'individuazione degli ambiti territoriali ottimali per l'organizzazione di servizi sovradistrettuali;
- la definizione di un metodo per l'individuazione di priorità operative derivanti dalla effettiva comprensione delle specificità sociale, economiche e culturali dell'ambito distrettuale;
- l'adozione di un modello di "governo" del Distretto, che definisca le attribuzioni e le responsabilità pertinenti alla gestione associata;
- la definizione degli spazi di collaborazione con gli altri comparti delle politiche di welfare, in primo luogo le ASL e la Scuola, definendo anche le forme di collaborazione e partecipazione nella predisposizione degli specifici atti di programmazione locale.

2. **Realizzazione di un sistema omogeneo e uniforme di servizi sociali sull'intero territorio regionale.** La frammentazione che ha caratterizzato fin qui la realtà dei servizi sociali nella Regione può essere superata sulla base di una programmazione che rispetti tre caratteristiche: il riconoscimento di priorità operative; la qualificazione dei servizi e degli interventi in relazione ai bisogni del territorio; la garanzia dei livelli essenziali di assistenza.

Il conseguimento di questo risultato sarà supportato da una continua opera di monitoraggio e valutazione da parte della Regione, che predisporrà al riguardo specifici indirizzi e strumenti.

Nella stessa direzione le procedure di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali emanate dalla Amministrazione Regionale (con la L.R. 3 marzo 2003, n. 4, pubblicate nel Bollettino Ufficiale n. 8 del 20 marzo 2003) definiscono i requisiti minimi e quelli ottimali dei servizi componenti del sistema, consentendo



il progressivo ma rapido processo di omogeneizzazione della qualità delle risorse disponibili nel territorio regionale.

3. La Realizzazione di un sistema "a rete" di servizi integrati; rete ed integrazione sono le parole chiave attorno alle quali ruota il processo di qualificazione e razionalizzazione del sistema degli interventi e dei servizi sociali. La ricerca delle interazioni e delle collaborazioni possibili tra i diversi servizi, gli enti ed i soggetti presenti nel territorio non deve esaurirsi in una operazione di architettura di facciata, né può limitarsi solo ad alcuni settori di intervento (il domiciliare, gli anziani, l'handicap). Deve piuttosto tradursi nella ricerca di un metodo di lavoro che consenta effettivamente di applicare il principio di responsabilità della Pubblica Amministrazione nei confronti dei cittadini, semplificando gli accessi e la fruizione delle prestazioni del *welfare*, e garantendo la ottimale copertura dei bisogni e delle domande che richiedono interventi coordinati. L'integrazione e la rete si conseguono attraverso l'assunzione di impegni precisi da parte degli Enti titolari di specifici settori di attività; e definendo protocolli operativi che determinino le possibilità ma anche i limiti delle collaborazioni tra i diversi servizi sociali, sanitari, educativi, formativi, ecc.

La Regione, per sostenere il processo di costruzione del sistema a rete, opererà attraverso il monitoraggio, la valutazione e la valorizzazione di buone prassi; definendo in tal senso apposite linee guida che possano contribuire allo sviluppo di modelli di sussidiarietà funzionali ed adeguati.

4. L'attivazione di "Sportelli per la famiglia" rappresenta il tentativo di valorizzare il ruolo della famiglia quale titolare di diritti e di competenze sociali, applicando i criteri definiti in relazione al sistema a rete. Infatti la realizzazione degli sportelli passerà attraverso l'individuazione, l'interazione e la connessione di risorse diverse, appartenenti ai servizi sociali, a quelli sanitari, a quelli educativi e formativi, e così via. La realizzazione degli sportelli dovrà costituire al tempo stesso l'occasione per la definizione di spazi "condivisi" tra le diverse componenti del sistema sociale: pubbliche, private, di cittadinanza. Inoltre dovrà offrire alle famiglie stesse l'occasione di diventare protagoniste di alcuni processi del servizio: l'individuazione e la lettura dei bisogni e delle esigenze delle famiglie stesse, la diffusione di informazioni, l'incremento di attenzione ai problemi sociali, lo sviluppo di nuove forme di

solidarietà sociale, la progettazione di interventi condivisi tra operatori e famiglie. Nell'arco del triennio ogni Distretto dovrà realizzare almeno uno sportello:

- valorizzando le risorse già presenti ed utilizzabili;
- garantendo la completezza delle informazioni per incrementare l'accessibilità delle prestazioni e dei servizi;
- assicurando la visibilità degli sportelli stessi;
- progettando le forme di interazione realizzabili tra i servizi pubblici e privati del territorio;
- definendo gli spazi di partecipazione per le famiglie stesse.

**5. Stimolo e potenziamento dell'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati.** La ricerca di nuovi campi di azione in cui sperimentare forme di interazione e di integrazione a rete trova nel problema dell'occupabilità dei soggetti svantaggiati uno degli ambiti di maggior interesse e utilità sociale. In questo senso l'intervento dei servizi sociali si qualifica:

- nella adozione di strumenti di informazione;
- nell'esercizio di funzioni di mediazione istituzionale e sociale;
- nell'esercizio di un ruolo di garanzia e di monitoraggio rispetto ad inserimenti lavorativi di soggetti svantaggiati in imprese ed aziende private;
- nel favorire l'incontro tra componenti della offerta e della domanda quando vi siano condizioni di svantaggio; tale incontro va garantito anche in relazione a situazioni di ridotto rilievo economico, quali l'assistenza domestica, l'accompagnamento, ecc;
- nel promuovere l'applicazione di specifiche clausole sociali, nei termini previsti dalla legislazione vigente, per facilitare l'impiego di persone svantaggiate nelle gare indette da Enti Pubblici, Amministrazioni Locali, ASL e dalle Aziende da queste dipendenti per l'acquisizione di beni e servizi;

- nel sostenere e qualificare la formazione dell'impresa sociale sul territorio attraverso lo sviluppo di raccordi sistematici con il mondo della ricerca e della formazione al fine di favorire posizionamenti congeniali collegati alla realtà di sviluppo economico del territorio e all'occupazione di persone svantaggiate;
- nella promozione, nel riconoscimento e nel sostegno dell'associazionismo di promozione sociale e della cooperazione integrata, offrendo a questa ultima anche alcune opportunità di collaborazione nell'ambito dei settori di competenza delle amministrazioni locali.

6. Avvio del **Sistema informativo sociale**. La complessità degli obiettivi posti e dei risultati attesi e la necessità di ottimizzare i rapporti tra l'Amministrazione Regionale e gli Enti Locali richiedono l'avvio di un sistema informativo sociale. Questo dovrà svilupparsi accompagnando e verificando il processo di implementazione dei Distretti da un lato e quello della costruzione della rete dei servizi integrati dall'altro. Occorrerà, quindi, passare da una mera logica gestionale alla definizione di un modello analitico - valutativo che tenga conto dei diversi livelli di attribuzione di competenze, evitando duplicazioni e complicazioni informative. Lo sviluppo del sistema informativo procederà necessariamente per gradi, in ragione del progressivo sviluppo degli assetti del sistema dei servizi sociali: da quelli di tipo regolamentare (autorizzazioni, accreditamento) a quelli di ordine operativo (definizione delle responsabilità informative nel Distretto; rapporti con i soggetti privati accreditati; istituzione di nuove forme di servizio; ecc.). Inoltre lo sviluppo richiederà la progettazione e predisposizione di strumenti di comunicazione telematica, che procederanno di concerto tra la Regione e gli Enti Locali.

Già con le attività analitiche propedeutiche alla realizzazione del Piano la Regione ha provveduto alla sistematizzazione delle informazioni correnti, passaggio questo utile alla costruzione di un linguaggio comune sul quale basare lo sviluppo del sistema informativo sociale.

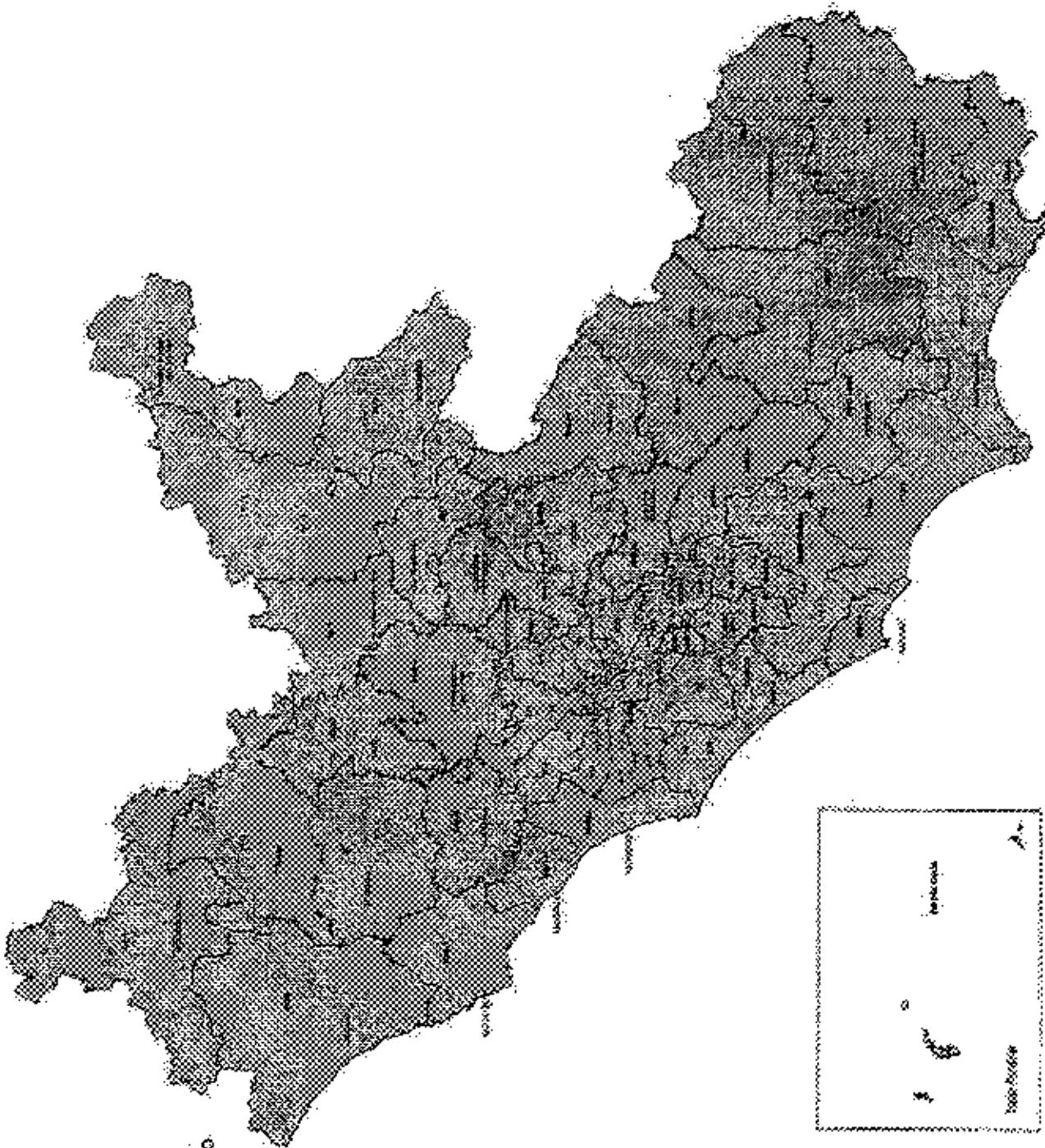


REGIONE LAZIO

DIPARTIMENTO GIOVULF  
Ente di gestione servizi sanitari della Provincia

CONSIGLIO REGIONALE  
Vicepresidenza Tribunale di Roma

Carta dei Distretti Socio-Sanitari del Lazio



Stampa  
1/2000

*[Handwritten signature]*

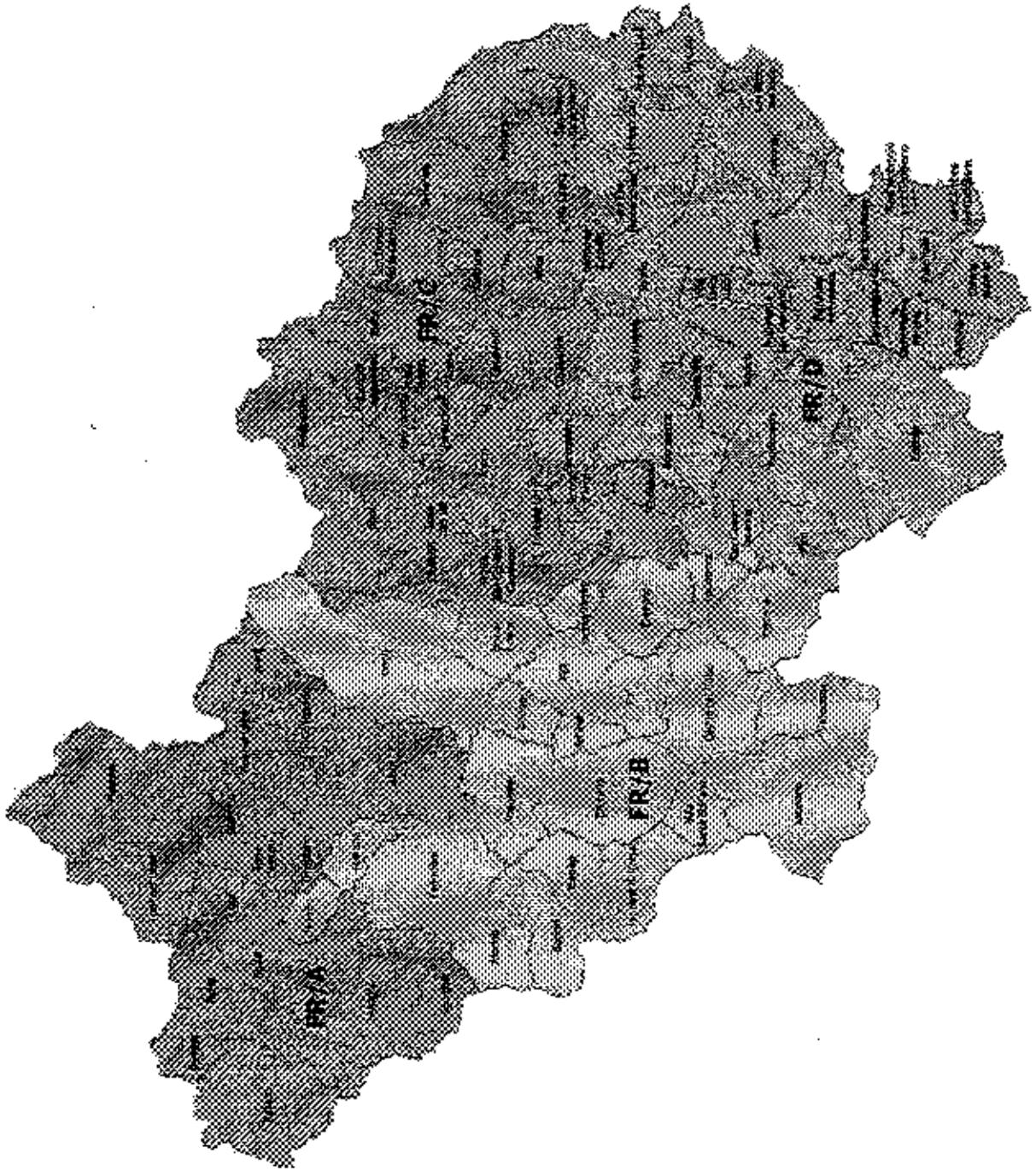


REGIONE LAZIO

DIPARTIMENTO SOCIALE  
Divisione Seguece Famiglia e Servizio Personale  
SEPARTAMENTO PROTEZIONE  
Direzioe Regionale Sanitaria e Ibtanistica

Curta dei Distretti Socio - Sanitari del Lazio

Provincia di Prosinone



*[Handwritten signature]*



*[Handwritten signature]*



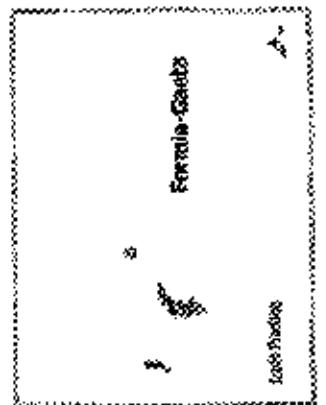
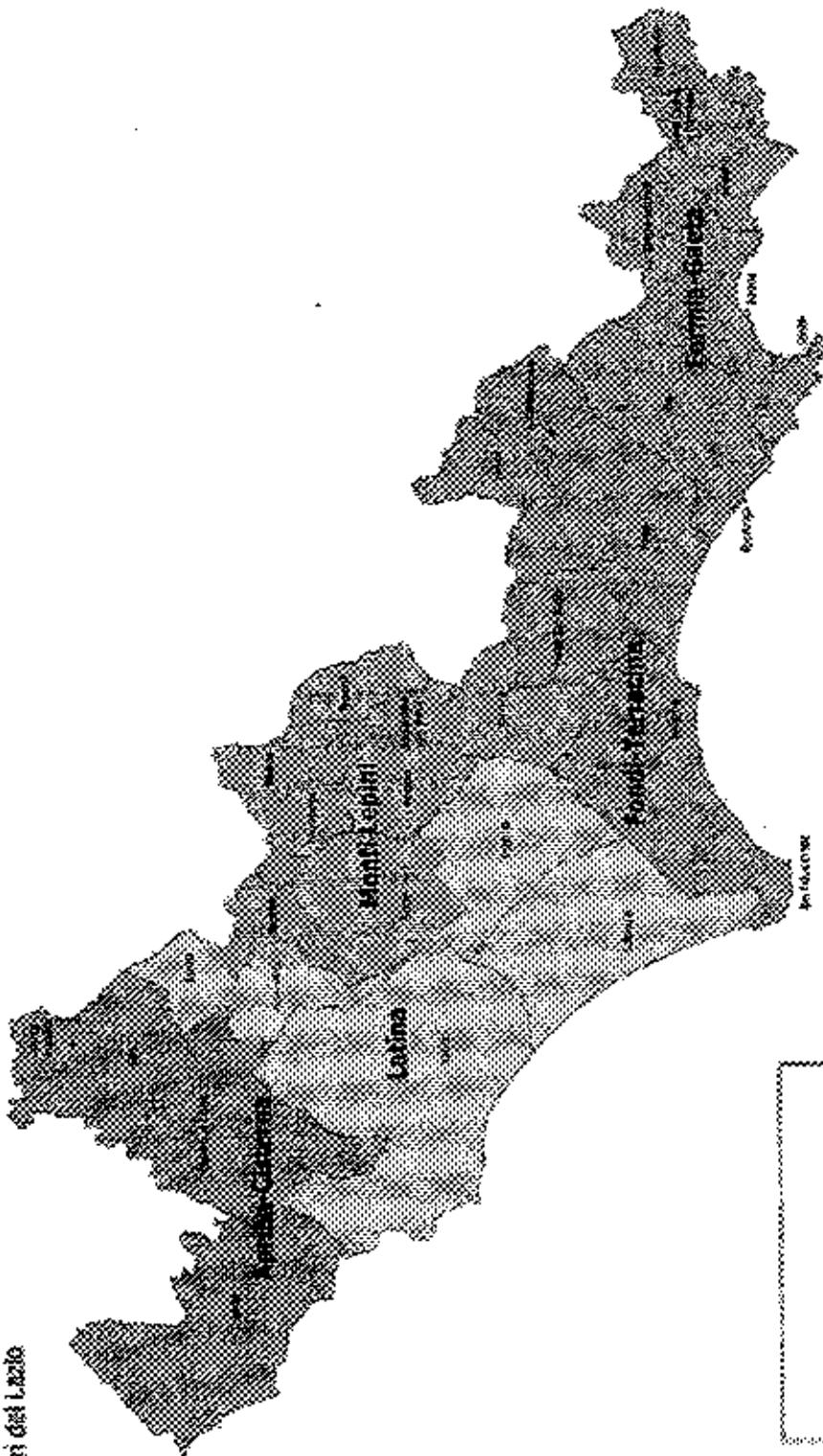
REGIONE LAZIO

SERVIZIO REGIONALE SOCIALE  
DIREZIONE REGIONALE PIANURA E SERVIZI ALLA ZONA RURA

CAPARTIMENTO TERRITORIO  
DIREZIONE REGIONALE TERRITORIO E LOCALITÀ

Carta dei Distretti Socio - Sanitari del Lazio

Provincia di Latina



*[Handwritten signature]*

1175/000

*[Handwritten signature]*



REGIONE LAZIO

DIPARTIMENTO SOCIALE  
Servizi di Assistenza Sociale e Servizi alla Persona

DIPARTIMENTO TERRITORIO  
Servizi Regionali Assistenza e Interventi

Carta dei Distretti Socio - Sanitari del Lazio

Provincia di Rieti



111

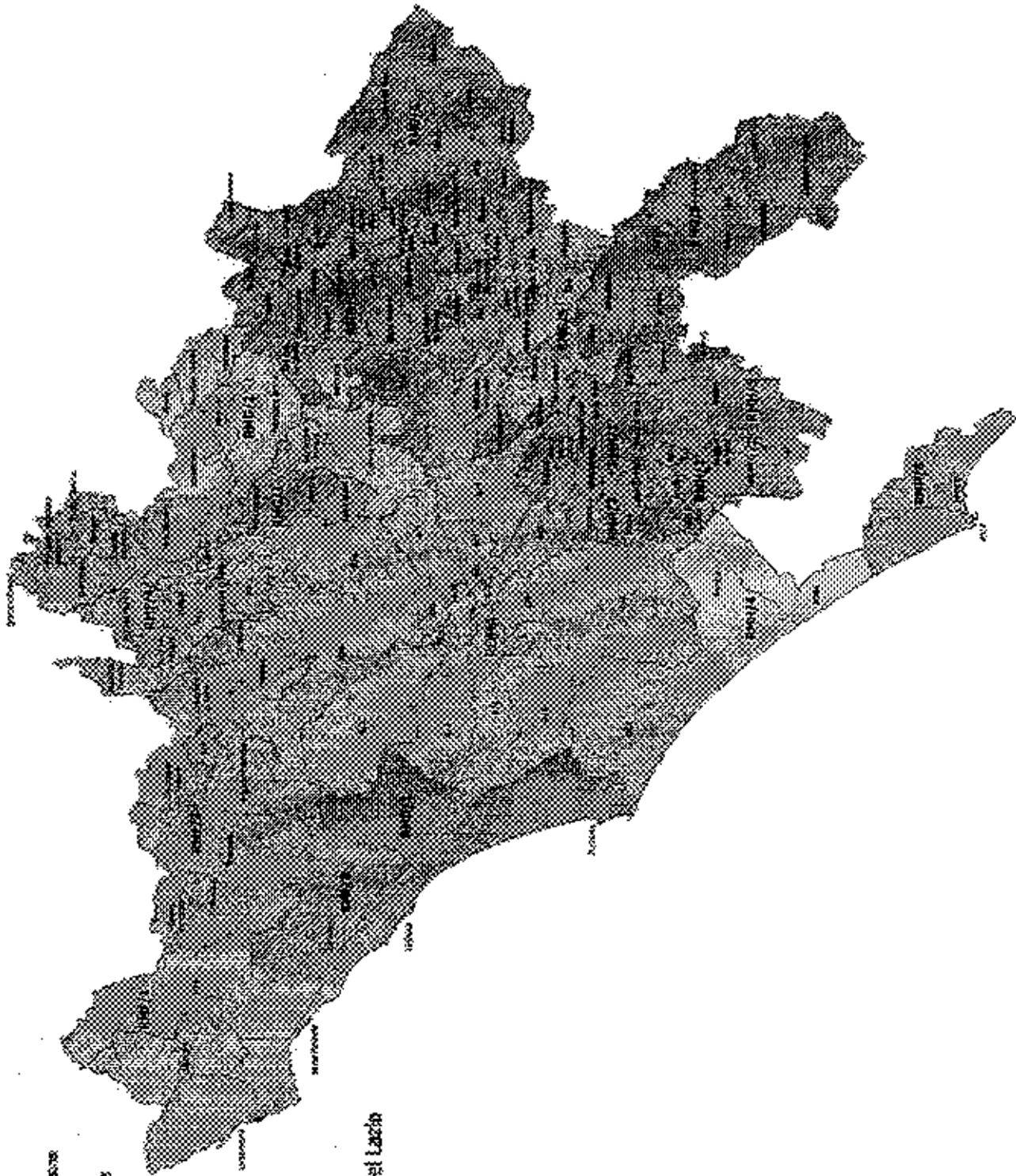
112





**REGIONE LAZIO**

**DIPARTIMENTO SOCIALE**  
Sezione Regionale Famiglia e Servizi alla Persona  
**DIPARTIMENTO TERRITORIALE**  
Direzione Regionale Territorio e Urbanistica



**Carta dei Distretti Socio - Sanitari del Lazio**  
**Provincia di Roma**

*[Handwritten signature]*  
13/08/01

*[Handwritten marks and signatures at the bottom of the page]*



REGIONE LAZIO

STRUMENTO SPAZIALE  
Sistemi Regionali, Pagine e Servizi alle Persone

DIPARTIMENTO TERRITORIO  
Sezione Regionale Territorio e Urbanistica

Carta dei Distretti Socio - Sanitari del Lazio

Provincia di Viterbo



1:100.000

ALLEG. alla DELIB. N. 318  
DEL 23 APR. 2004

Allegato A1

**REGIONE LAZIO**

Assessorato  
"Politiche per la Famiglia e i Servizi Sociali"

**PIANO SOCIO-ASSISTENZIALE  
2003-2005**

**Modulistica per la predisposizione  
del Piano di Zona e dei Progetti**



## PIANO DI ZONA 2003

**Distretto:**

---

**Comune capofila:**

---

**Municipio:**

---

Handwritten signature and stamp in the bottom right corner.





**3.c. Area Disabili**

---

---

---

---

---

---

---

---

**3.d. Area disagio ed esclusione sociale**

---

---

---

---

---

---

---

---

**3.e. Area Immigrati**

---

---

---

---

---

---

---

---

Handwritten signature and scribbles in the bottom right corner of the page.



Specificare per ciascuna delle Macroaree/Liveas il livello di offerta

SECRETARIATO SOCIALE

Nel Distretto/Municipio è presente il Servizio?

- Sì
- No

Indicare in quali Comuni è presente il servizio e per ciascun Comune indicare il bacino di utenza (se il bacino di utenza è distrettuale segnare subito dopo il nome del comune il codice D; se subdistrettuale S; se comunale C).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Prestazioni offerte:**

*Informazione sulle opportunità offerte dalla rete dei servizi e dalla comunità*

- Sì
- No

*Consulenza sui problemi familiari e sociali*

- Sì
- No

*Accoglienza della domanda individuale, collettiva lettura del bisogno, accompagnamento nell'attivazione nei successivi percorsi di assistenza*

- Sì
- No

*Raccolta sistematica dei dati e delle informazioni*

- Sì
- No



*Promozione di reti solidali, anche ai fini della prevenzione dei rischi del disagio sociale*

- Sì
- No

*Aiuto alla soluzione di problemi che non necessitano di presa in carico da parte di servizi specifici*

- Sì
- No

*Mediazione interculturale*

- Sì
- No

**Destinatari:**

*Famiglie*

- Sì
- No

*Anziani*

- Sì
- No

*Minori*

- Sì
- No

*Persone con problematiche psico-sociali (specificare \_\_\_\_\_)*

- Sì
- No

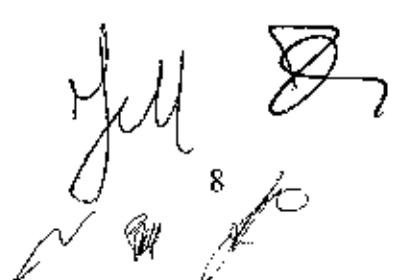
*Disabili*

- Sì
- No

*Immigrati*

- Sì
- No

*Altro (specificare \_\_\_\_\_)*





*Personne con problematiche psico-sociali (specificare \_\_\_\_\_)*

- Si
- No

*Disabili*

- Si
- No

*Immigrati*

- Si
- No

*Altro (specificare \_\_\_\_\_)*

✓ **AFFIANCAMENTO E AFFIDO FAMILIARE**

- Si
- No

**Destinatari:**

*Famiglie*

- Si
- No

*Minori*

- Si
- No

✓ **INSERIMENTO LAVORATIVO**

- Si
- No

**Destinatari**

*Disabili*

- Si
- No

*Personne con problematiche psico-sociali (specificare \_\_\_\_\_)*

- Si
- No

*Giovani a rischio di devianza*

- Si
- No

  
10

*Immigrati*

- Si
- No

*Altro (specificare \_\_\_\_\_)*

✓ **DEFINIZIONE DEL PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA**

- Si
- No

**Destinatari**

*Disabili*

- Si
- No

*Anziani*

- Si
- No

*Persone con problematiche psico-sociali (specificare \_\_\_\_\_)*

- Si
- No

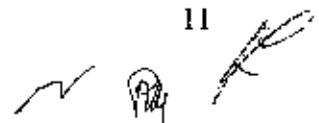
*Minori*

- Si
- No

*Immigrati*

- Si
- No

*Altro (specificare \_\_\_\_\_)*

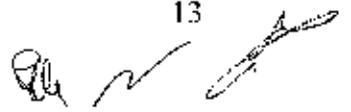




*Donne in difficoltà, gestanti o madri*

- Sì
- No

*Altro* (specificare \_\_\_\_\_)





*Persone in condizione di non autosufficienza o ridotta autosufficienza, temporanea o protatta*

- Sì
- No

Altro (specificare \_\_\_\_\_)

✓ **ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

- Sì
- No

**Destinatari**

*Famiglie*

- Sì
- No

*Minori*

- Sì
- No

*Anziani*

- Sì
- No

*Disabili*

- Sì
- No

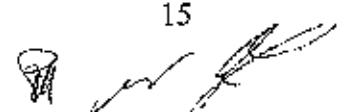
*Persone con problematiche psico-sociali (specificare \_\_\_\_\_)*

- Sì
- No

*Persone in condizione di non autosufficienza o ridotta autosufficienza, temporanea o protatta*

- Sì
- No

Altro (specificare \_\_\_\_\_)



**STRUTTURE A CICLO RESIDENZIALE**

✓ **STRUTTURE RESIDENZIALI PER MINORI**

**Nel Distretto/Municipio è presente il Servizio?**

- Sì
- No

**Indicare in quali Comuni è presente il servizio e per ciascun Comune indicare il bacino di utenza (se il bacino di utenza è distrettuale segnare subito dopo il nome del comune il codice D; se subdistrettuale S; se comunale C).**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

di cui:

**Casa Famiglia**

**Destinatari**

- Sì
- No

---

**Gruppo appartamento**

**Destinatari**

- Sì
- No

---

**Comunità di pronta accoglienza**

**Destinatari**

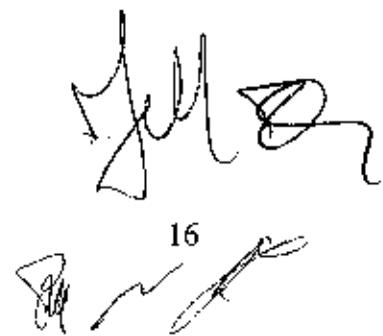
- Sì
- No

---

**Altro (specificare \_\_\_\_\_)**

✓ **STRUTTURE RESIDENZIALI PER DISABILI**

**Nel Distretto/Municipio è presente il Servizio?**



16



---

---

---

---

di cui:

**Casa Famiglia**

**Destinatari**

- Si
- No

---

**Comunità alloggio**

**Destinatari**

- Si
- No

---

**Casa di riposo**

**Destinatari**

- Si
- No

---

**Casa albergo**

**Destinatari**

- Si
- No

---

Altro (specificare \_\_\_\_\_)

✓ **STRUTTURE RESIDENZIALI PER PERSONE CON PROBLEMATICHE PSICO-SOCIALI**

**Nel Distretto/Municipio è presente il Servizio?**

- Si
- No

**Indicare in quali Comuni è presente il servizio e per ciascun Comune indicare il bacino di utenza (se il bacino di utenza è distrettuale segnare subito dopo il nome del comune il codice D; se subdistrettuale S; se comunale C).**

---

---

---

---

---

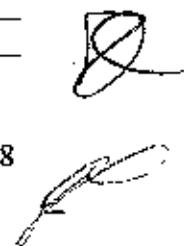
---

---

---

---

---

di cui:

**Casa Famiglia**

**Destinatari**

- Sì
- No

\_\_\_\_\_

**Comunità alloggio**

**Destinatari**

- Sì
- No

\_\_\_\_\_

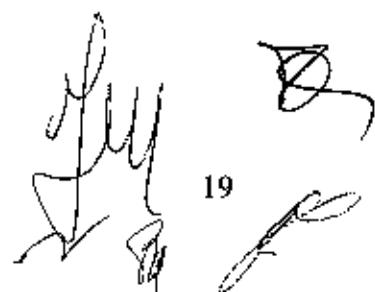
**Comunità di pronta accoglienza**

**Destinatari**

- Sì
- No

\_\_\_\_\_

**Altro (specificare \_\_\_\_\_)**



**STRUTTURE SEMI-RESIDENZIALI**

✓ **STRUTTURE SEMI-RESIDENZIALI DI RIABILITAZIONE SOCIALE PER ANZIANI**

**Nel Distretto/Municipio è presente il Servizio?**

- Sì
- No

**Indicare in quali Comuni è presente il servizio e per ciascun Comune indicare il bacino di utenza (se il bacino di utenza è distrettuale segnare subito dopo il nome del comune il codice D; se subdistrettuale S; se comunale C).**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

di cui:

**Centri diurni**

**Destinatari**

- Sì
- No

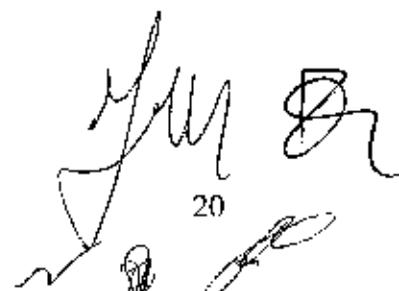
---

**Centri diurni integrati Alzheimer**

**Destinatari**

- Sì
- No

---



Handwritten signatures and a stamp. The number 20 is visible near the stamp.

Altro (specificare \_\_\_\_\_)

✓ **STRUTTURE SEMI-RESIDENZIALI DI RIABILITAZIONE SOCIALE PER PERSONE CON PROBLEMATICHE PSICO-SOCIALI**

**Nel Distretto/Municipio è presente il Servizio?**

- Sì
- No

**Indicare in quali Comuni è presente il servizio e per ciascun Comune indicare il bacino di utenza** (se il bacino di utenza è distrettuale segnare subito dopo il nome del comune il codice D; se subdistrettuale S; se comunale C).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

di cui:

**Strutture semi-residenziali socio-riabilitative**

**Destinatari**

- Sì
- No

Altro (specificare \_\_\_\_\_)



21

✓ **STRUTTURE SEMI-RESIDENZIALI DI RIABILITAZIONE SOCIALE PER IL DISABILE ADULTO**

**Nel Distretto/Municipio è presente il Servizio?**

- Sì
- No

**Indicare in quali Comuni è presente il servizio e per ciascun Comune indicare il bacino di utenza** (se il bacino di utenza è distrettuale segnare subito dopo il nome del comune il codice D; se subdistrettuale S; se comunale C).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

di cui:

**Centri diurni socio-riabilitativi**

**Destinatari**

- Sì
- No

---

**Centri diurni di terapia occupazionale**

**Destinatari**

- Sì
- No

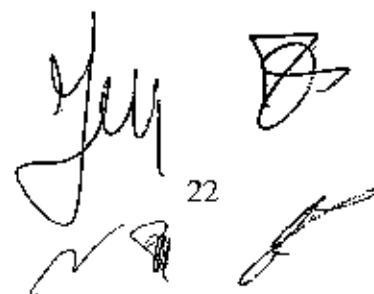
---

**Altro (specificare \_\_\_\_\_)**

✓ **STRUTTURE SEMI-RESIDENZIALI EDUCATIVE PER MINORI (0-18 anni)**

**Nel Distretto/Municipio è presente il Servizio?**

- Sì
- No

  
22



**CENTRI DI ACCOGLIENZA A CARATTERE COMUNITARIO**

**Nel Distretto/Municipio è presente il Servizio?**

- Sì
- No

**Indicare in quali Comuni è presente il servizio e per ciascun Comune indicare il bacino di utenza** (se il bacino di utenza è distrettuale segnare subito dopo il nome del comune il codice D; se subdistrettuale S; se comunale C).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**di cui:**

**Centri di pronta accoglienza notturna per adulti**

**Destinatari**

- Sì
- No

---

**Servizio di mensa sociale**

**Destinatari**

- Sì
- No

---

**Altro (specificare \_\_\_\_\_)**

*Handwritten signature and date:*  
24

**ALTRI SERVIZI**

✓ **CENTRO SOCIALE PER ANZIANI**

**Nel Distretto/Municipio è presente il Servizio?**

- Sì
- No

**Indicare in quali Comuni è presente il servizio e per ciascun Comune indicare il bacino di utenza** (se il bacino di utenza è distrettuale segnare subito dopo il nome del comune il codice D; se subdistrettuale S; se comunale C).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

✓ **LUDOTECHE**

**Nel Distretto/Municipio è presente il Servizio?**

- Sì
- No

**Indicare in quali Comuni è presente il servizio e per ciascun Comune indicare il bacino di utenza** (se il bacino di utenza è distrettuale segnare subito dopo il nome del comune il codice D; se subdistrettuale S; se comunale C).

---

---

---

---

---

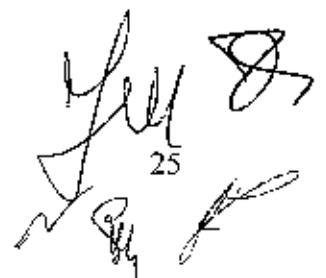
---

---

---

---

---







**5.c. Area Disabili**

---

---

---

---

---

---

---

---

**5.d. Area disagio ed esclusione sociale**

---

---

---

---

---

---

---

---

**5.e. Area Immigrati**

---

---

---

---

---

---

---

---

**6. Quali sono le misure adottate per realizzare l'integrazione socio-sanitaria dei servizi?**

- Coinvolgimento del Terzo Settore:
  - consultazione
  - partecipazione alla stesura del Piano
  - monitoraggio del Piano
  - altro (specificare \_\_\_\_\_)
- Organizzazioni di consulte
- Predisposizione di uffici o coordinamenti di piano per l'integrazione

*[Handwritten signatures and initials]*





Finanziamenti 2002	Distretto/Municipio (indicare l'importo)	Servizi realizzati con ognuno dei singoli Fondi
Lett. A: Fondo assegnato ai Comuni in proporzione alla popolazione ed al territorio, (somma di tutti i Comuni afferenti al Distretto)		
Lett. B: Fondo riservato al finanziamento di specifici progetti di interesse regionale e/o rilevante interesse sociale		
Lett. C: Fondo assegnato ai Comuni capofila per la gestione associata dei servizi ed interventi di cui alla L.R. 38/96, per il finanziamento di servizi realizzati in forma integrata con la ASL		
Fondo nazionale per le politiche sociali – art. 20 Legge 328/2000		
L. 162/1998 (handicap grave)		

Finanziamenti 2002	Distretto/Municipio (indicare l'importo)	Servizi realizzati con ognuno dei singoli Fondi
L. 284/1997 (privi di vista)		
L. 285/1997 (infanzia ed adolescenza)		
L. 104/1992 (comunità alloggio)		
L. 45/1999 (tossicodipendenza): prevenzione primaria e reinserimento		
L.R. 41/1993 (R.S.A.)		

*Jul*  

Finanziamenti 2002	Distretto/Municipio (indicare l'importo)	Servizi realizzati con ognuno dei singoli Fondi
L.R. 59/1980 (gestione asili nido)		
L.R. 17/1990 (immigrazione)		
Dlgs 286/98 (immigrazione)		
L.R. 68/1991 (emigrazione)		



Finanziamenti 2002	Distretto/Municipio (indicare l'importo)	Servizi realizzati con ognuno dei singoli Fondi
Finanziamenti ricevuti da altre Amministrazioni Pubbliche		
Altri finanziamenti (specificare)		
<b>Totale Finanziamenti</b>		




## **MODULO PER PROGETTI**

Handwritten signature and initials in the bottom right corner of the page.



7. **Macroarea**

---

8. **Costo del progetto (finanziamento regionale)**

---

9. **Servizi/prestazioni erogati**

---

---

---

10. **Bacino di utenza**

- Distrettuale
- Sub-distrettuale (specificare i Comuni)

---

---

- Comunale (specificare il Comune)

---

---

11. **Tipologia di utenza**

---

12. **Obiettivi del progetto**

---

---

---

*Handwritten signatures and initials, including the number 37.*



**18. Personale coinvolto nel progetto**

- Amministrativi
- Assistenti sociali
- Sociologi
- Psicologi
- Pedagogisti
- Educatori professionali
- Operatori socio-sanitari
- Volontari
- Mediatori culturali
- Altre figure (specificare \_\_\_\_\_)

**19. Sede della struttura e/o dell'attività**

---

---

---

**20. Liste di attesa**

- Sì (specificare i motivi)
- \_\_\_\_\_
- No

**21. Esistono strumenti di monitoraggio e verifica dei risultati?**

- Sì (specificare quali)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- No

**22. Esiste copartecipazione da parte degli utenti?**

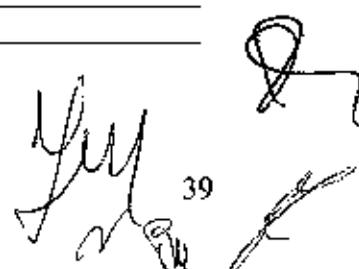
- Sì, totalmente
- Sì, parzialmente
- No

**23. Quali sono le modalità di integrazione con la Asl?**

---

---

---



**24. Finanziamenti e Cofinanziamenti previsti: specificare i costi**

	Finanziamento regionale			Cofinanziamento			Totale finanziamenti
	Provinciale	Comunale	Asl	Altro			
Costo risorse umane							
Costo di funzionamento e gestione							
Costo di struttura e di mantenimento							
<b>Totale</b>							

N.B. Si ricorda che nella predisposizione dei progetti operativi è necessario riservare l'utilizzazione di una quota non inferiore al 20% del budget ad interventi in favore di persone anziane non autosufficienti e che, inoltre, per l'attuazione degli interventi in favore dei disabili gravi di cui all'art. 38, comma 2, lettera 1/BIS, 1/TER della legge 5 febbraio 1992 n.104, come modificata dalla L. 21 maggio 1998 n.162, e per l'attuazione di interventi in favore dell'infanzia e dell'adolescenza di cui alla L. 28 agosto 1997 n.285, sono stati destinati specifici finanziamenti vincolati.

**TABELLA RIASSUNTIVA DEI PROGETTI**

*Handwritten signature and initials*



