

**Linee Guida per la redazione, concertazione,  
attuazione, monitoraggio e valutazione  
dei piani sociali di zona per i distretti sociosanitari del Lazio**

## **INDICE**

Premessa

1. Il Nomenclatore degli interventi e dei servizi sociali
2. I Livelli essenziali delle prestazioni sociali
3. Nuovo Piano Sociale di Zona
4. Fase preparatoria alla programmazione dei Piani Sociali di Zona
5. La Programmazione del Piano sociale di zona
6. Le risorse e la loro ripartizione tra i distretti sociosanitari
7. L'attività istruttoria regionale
8. Attuazione, monitoraggio e valutazione
9. Rimodulazione della Programmazione 2021-2023 alla luce delle buone pratiche attivate per rispondere ai bisogni derivanti dall'epidemia Covid-19.
10. Considerazioni conclusive

## Premessa

Il presente documento ha la finalità di dare attuazione alla legge regionale 10 agosto 2016, n. 11 (Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio) e al Piano Sociale Regionale “Prendersi Cura, un Bene Comune”, di seguito denominato piano sociale regionale, approvato con deliberazione del Consiglio Regionale del 24 gennaio 2019 n.1, e costituisce atto di indirizzo e coordinamento rispondente all’esigenza di percorsi di carattere unitario nel territorio regionale ai sensi dell’art. 33, comma 2, lettera e) della suddetta legge.

La legge regionale e il conseguente Piano sociale regionale approvato con deliberazione del Consiglio Regionale del 24 gennaio 2019 n.1 (Piano Sociale Regionale denominato Prendersi Cura, un Bene Comune) contengono indicazioni specifiche rispetto all’adozione di deliberazioni di competenza della Giunta regionale che, puntualmente su specifici, temi debbono dare compimento alla normativa e agli indirizzi programmatori.

Il presente documento si prefigge di raccogliere in una fonte amministrativa unitaria l’interesse delle regole afferenti alla gestione del sistema integrato degli interventi e dei servizi dei sociali. La l.r. 11/2016 infatti, prevede l’emanazione di una serie di provvedimenti attuativi che, considerati singolarmente e separatamente, rischiano di inficiare la natura sistematica delle politiche sociali regionali che la medesima legge ha voluto esplicitamente affermare sin dal titolo stesso del provvedimento.

Ulteriore funzione del presente documento è di costituire un manuale e uno strumento di lavoro per i responsabili degli Uffici di piano (UdP) e per il personale in servizio in essi. Al contempo è rivolto anche a tutti gli stakeholder in modo da garantire un univoco riferimento, una base per un linguaggio comune, una piattaforma uniforme.

Il diffondersi e l’affermarsi della gestione associata dei servizi sociali nelle diverse forme ipotizzate dalla legge necessita inoltre di un substrato comune, di una sorta di libro di istruzioni a cui rifarsi nell’attività quotidiana da parte di qualsiasi struttura operativa del sistema a livello territoriale, in modo da garantire nel territorio della Regione Lazio modalità di comportamento coerenti e condivise.

A quasi vent’anni dall’approvazione della legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) che li ha previsti, i Piani di Zona si sono consolidati quale stabile strumento della programmazione sociale locale, travalicando la limitata dimensione territoriale del comune singolo in favore di una sempre più completa – benché ancora incompiuta – gestione associata a livello di distretto sociosanitario. A tale sistema, regolato dalla Regione Lazio in maniera organica dalla deliberazione della Giunta regionale 25 marzo 2014, n. 136, ha dato nuovo impulso la recente legge regionale di settore, la legge regionale 10 agosto 2016, n. 11, che all’articolo 35, comma 2, prevede: “la Regione individua nella gestione associata da parte dei comuni, nell’ambito territoriale ottimale di cui all’articolo 43, secondo le forme associative previste dalla normativa vigente, la modalità attraverso la quale perseguire l’efficacia e l’efficienza del sistema integrato, anche al fine di garantirne il coordinamento e l’integrazione con i servizi sanitari erogati dal servizio sanitario regionale”.

In quest’ottica, il Piano Sociale di Zona, di cui all’articolo 48 della l.r. n. 11/2016, non si limita a programmare gli interventi finanziati con le sole risorse afferenti al Fondo Regionale, così come individuato dalla DGR 971/2019, ma rappresenta lo strumento di programmazione dell’intero sistema degli interventi e dei servizi sociali e socio-sanitari da realizzare nell’ambito del distretto socio-sanitario.

La centralità del Piano Sociale di Zona nel sistema integrato è ribadita dal Piano Sociale Regionale 2019-2021, che lo ha individuato quale fulcro della programmazione locale, demandando alla Giunta regionale l’elaborazione di nuovi schemi dei Piani sociali di zona, secondo un approccio meno rigido e dunque più

rispondente ai mutevoli bisogni del territorio, con margini di flessibilità che lasciano spazio alle responsabilità dei decisori locali.

Tenuto conto che l'approvazione del Piano Sociale di Zona si innesta sulle concrete dinamiche dell'organizzazione e dell'affidamento dei servizi in corso di esecuzione sul territorio, l'entrata in vigore e dunque l'uniforme applicazione da parte di tutti i distretti socio-sanitari del nuovo modello di programmazione, delineato nel presente documento, verrà applicata a partire dalla programmazione zonale 2021-2023.

Tale modello raggruppa i livelli essenziali dei servizi e degli interventi sociali in relazione ai gruppi target o aree assistenziali individuate (popolazione in generale, famiglie, minori, persone anziane, persone con disabilità, gruppi particolarmente vulnerabili): l'obiettivo strategico della Regione Lazio è assicurare in maniera omogenea su tutto il territorio le prestazioni inerenti ai livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), in quanto diritti fondamentali di ciascun cittadino.

Non spetta alla Regione definire dal punto di vista qualitativo e quantitativo i livelli minimi ed essenziali delle prestazioni, in quanto competenza statale, ma, nella propria legge regionale e nel piano sociale regionale, in coerenza con la legge statale n.328/2000 la Regione Lazio stabilisce un processo di programmazione organizzato per aree di utenza e secondo macro livelli e obiettivi di servizio da assicurare alla cittadinanza.

Lo Stato ha comunque effettuato la ricognizione delle prestazioni comprese nei livelli essenziali delle prestazioni socioassistenziali. La Regione, dal canto suo, deve ricognire i propri LEPS con un livello di dettaglio maggiore avendo come guida i singoli articoli della legge regionale 11/2016 e il Piano sociale regionale (ved. successive Tabella A e Tabella B).

Va ulteriormente chiarito che i Piani Sociali di Zona finanziano interventi e servizi ricompresi nei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), mentre per quanto concerne le prestazioni sociosanitarie rientranti nei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie (LEA) i distretti sociosanitari dovrebbero concordarne il finanziamento in accordo con l'ASL competente in coerenza con gli indirizzi programmatici della Regione, ai sensi dell'articolo 51, comma 6 della l.r. 11/2016.

Il nuovo modello di programmazione sociale presuppone la rilevazione, l'analisi e la valutazione dei bisogni e dell'offerta dei servizi, presenti nell'ambito territoriale di riferimento, anche in considerazione del quadro amministrativo-contabile in forza del quale tutti i Comuni ormai adottano il bilancio c.d. "armonizzato" e seguono le regole del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42). Ogni Ente, infatti, iscrive sul proprio bilancio le risorse finalizzate al finanziamento degli interventi e dei servizi sociali a valere sulla missione 12 "Diritti sociali, Politiche sociali e Famiglia", articolata in almeno otto programmi: ciò consente per la prima volta di fotografare in maniera univoca la spesa sociale e di classificarla, attraverso il modello proposto, secondo i livelli essenziali delle prestazioni. Perché ciò sia possibile bisogna dotarsi di uno strumento di lavoro che renda univoca e omogenea la materia dei servizi sociali in relazione alla programmazione e gestione delle prestazioni del sistema integrato sociale.

A completare il quadro relativo all'attuazione della l.r. 11/2016, dopo l'adozione del presente documento seguirà l'approvazione da parte della Giunta regionale di due deliberazioni che costituiscono tasselli importanti per la sostenibilità del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Tali provvedimenti riguardano:

- a) l'organizzazione e la gestione degli uffici di piano distrettuali;
- b) le linee guida regionali per l'integrazione sociosanitaria e la contestuale rivisitazione della deliberazione della Giunta regionale 2 marzo 2018, n. 149.

## **1. Il Nomenclatore degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio**

Il 29 ottobre 2009 la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha approvato un documento denominato “Nomenclatore interregionale degli interventi e dei servizi sociali”, successivamente aggiornato nel 2013, identificandolo come “strumento di mappatura degli interventi e dei servizi sociali, attraverso la descrizione e definizione di tutte le voci desunte confrontando, integrando e raccordando le classificazioni previste per gli interventi e servizi sociali nelle Regioni”.

La finalità era quella di offrire “un linguaggio comune utilizzabile dai programmatori e dagli operatori, finalizzato anche a facilitare l'identificazione dei livelli essenziali di assistenza sociale, rendendo possibile il confronto su voci omogenee tra i diversi sistemi di welfare regionali.” Al fine di facilitare quanto descritto in premessa anche la Regione Lazio, come altre regioni si dota di un nomenclatore degli interventi e dei servizi sociali, di seguito descritto.

Il nomenclatore dei servizi, degli interventi e delle strutture socioassistenziali della Regione Lazio, allegato alla deliberazione di approvazione del presente documento, è stato realizzato con lo scopo di codificare in maniera omogenea l'offerta dei servizi sociali presenti sul territorio, ma ha anche l'intento di fornire, ai comuni e ai distretti sociosanitari, uno strumento con cui riclassificare la spesa comunale e distrettuale secondo la missione 12 dei bilanci pubblici armonizzati, attraverso l'utilizzo di un linguaggio condiviso ai fini della lettura della spesa sociale.

### **Struttura del nomenclatore regionale**

Nel realizzare il nomenclatore degli interventi, dei servizi, delle strutture socioassistenziali della Regione Lazio si è tenuto conto dell'Allegato 2 al Decreto Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali del 22 agosto 2019, n. 103, istitutivo del SIOSS (Sistema Unico dell'Offerta Sociale) emanato ai sensi dell'articolo 24, comma 3 del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147.

Si è inoltre fatto riferimento al Nomenclatore degli Interventi e Servizi Sociali versione anno 2013 a cura del CISIS - Centro Interregionale per i Sistemi Informatici, geografici e Statistici, così come indicato dal Piano Sociale Regionale “PRENDERSI CURA, UN BENE COMUNE” (Capitolo O - paragrafo O.2)

L'allegato 2 del Decreto Ministeriale suddivide l'offerta dei servizi e degli interventi in 5 MACROATTIVITA':

1. Accesso Valutazione e Progettazione
2. Misure per il sostegno e l'inclusione sociale
3. Interventi per la domiciliarità
4. Centri servizi, diurni e semiresidenziali
5. Strutture comunitarie e residenziali.

A queste tipologie di macroattività è stata aggiunta quella relativa alle “Azioni di sistema.”

Sono state poi individuate otto fasce di utenza alle quali si rivolgono i servizi:

1. Famiglia e Minori,
2. Anziani autosufficienti,
3. Persone con disabilità
4. Anziani non autosufficienti
5. Povertà

6. Disagio adulti
7. Donne vittime di violenza
8. Immigrati e nomadi

I primi sei tipi di utenza sono previsti anche dal già citato Allegato 2 del Decreto Ministeriale.

Si sono volute considerare in aggiunta, in quanto alcuni Servizi/Strutture sono realizzati per rispondere ai bisogni specifici di questi gruppi di persone, altre due tipologie di fasce di utenti:

- le donne vittime di violenza;
- gli immigrati, in particolare i titolari di protezione internazionale, i minori stranieri non accompagnati e i nomadi.

Ad ogni tipologia di servizio/struttura è stato assegnato un codice composto a sua volta da due sottocodici, il primo si riferisce alla definizione del SIOSS mentre il secondo fa riferimento alla classificazione del CISIS, opportunamente ridefiniti a seconda delle necessità.

Ad ogni voce del nomenclatore e all'interno del glossario sono riportati i relativi riferimenti legislativi in modo da fornire un richiamo normativo certo che colloca la voce nella disciplina regionale. In particolare, quando una tipologia di prestazioni rientra tra quelle elencate dall'articolo 22 della l.r. 11/2016, che individua i Livelli essenziali delle prestazioni sociali, ciò viene specificato in una apposita colonna, che identifica la prestazione come rientrante nei LEPS.

A completamento del nomenclatore è stato realizzato il Glossario nel quale accanto ad ogni codifica e tipologia di servizio/struttura/intervento viene esplicitata la descrizione e la normativa di riferimento.

L'uso del Nomenclatore permeerà le attività di programmazione, monitoraggio e rendicontazione dei nuovi Piani sociali di zona e attraverso questa classificazione dei servizi e delle strutture si potrà ottenere una lettura uniforme dei fenomeni, una comparabilità a livello territoriale dello stato dei livelli delle prestazioni. Si tratta di uno strumento innovativo e potente su cui poggiare il nuovo modello dei Piani sociali di zona.

Utilizzando il nomenclatore sarà possibile individuare documenti di rendicontazione della spesa ma anche di mappatura dei servizi e delle strutture presenti sul proprio territorio. Il singolo servizio/intervento/struttura sarà individuato inserendo la codifica, la sigla relativa alla classe di utenza, l'articolo della l. r. 11/2016 che lo individua come LEPS, l'anno di riferimento e la denominazione del distretto socio-sanitario.

Di seguito si riportano due tipologie di stringhe esemplificative LEPS/NON LEPS:

Servizio sociale professionale nel distretto socio sanitario VT3

| Codice Nomenclatore | Tipologia di utenza | Art della L.R.11/2016 che individua il servizio/struttura come LEPS | LEPS/NO LEPS | ANNO DI PROGRAMMAZIONE | DISTRETTO |
|---------------------|---------------------|---|--------------|------------------------|-----------|
| A2_D1               | MULTI UTENZA        | 24  | LEPS         | 2020                   | VT3       |

Unità di strada distretto socio sanitario VT3

| Codice Nomenclatore | Tipologia di utenza | Art della L.R.11/2016 che individua il servizio/struttura come LEPS | LEPS/NO LEPS | ANNO DI PROGRAMMAZIONE | DISTRETTO |
|---------------------|---------------------|---|--------------|------------------------|-----------|
| B7_B3               | P/DIP/SM/IM         | _   | NO LEPS      | 2020                   | VT3       |

Il codice del nomenclatore sarà altresì utilizzato per individuare gli interventi contenuti nei singoli Piani sociali di zona di ciascun ambito territoriale al fine del monitoraggio dell'attuazione degli stessi per ogni specifico anno di programmazione, nonché per costituire una banca dati degli interventi attuati sul territorio al fine dell'implementazione del Sistema informativo regionale.

## **2. I Livelli essenziali delle prestazioni sociali**

### **2.1 Normativa statale in materia di LEPS**

Lo Stato ha come materia di legislazione esclusiva, in base all'articolo 117, comma 2, lettera m) della Costituzione, la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale".

In Italia, l'assistenza sociale è realizzata attraverso un complesso di interventi nazionali, regionali e comunali, che rivestono le forme della prestazione economica e/o del servizio alla persona. A differenza di quanto avviene in campo sanitario, dove i livelli essenziali di assistenza (LEA) indicano nel dettaglio le prestazioni erogate attraverso il Servizio sanitario nazionale, le politiche sociali sono interpretate diversamente a seconda della regione o perfino del comune di riferimento, anche perché le risorse per le politiche sociali provengono dal finanziamento plurimo dei tre livelli di governo (Stato, Regioni e Comuni), secondo dotazioni finanziarie presenti nei rispettivi bilanci.

L'articolo 8 della legge 5 maggio 2009, n. 42 (Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione) prevede, tra i principi e i criteri direttivi che i decreti legislativi di attuazione della stessa devono rispettare, la "classificazione delle spese connesse a materie di competenza legislativa di cui all'articolo 117, terzo e quarto comma, della Costituzione", con particolare riferimento alle "spese riconducibili al vincolo dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione", cioè ai LEPS e la loro quantificazione economica nel rispetto dei costi standard nazionali. Lo stesso articolo individua con quali entrate statali dette spese sono finanziate "in modo da garantire nelle predette condizioni il finanziamento integrale in ciascuna regione". È prevista inoltre la soppressione dei trasferimenti statali diretti al finanziamento dei LEPS.

La legge statale quindi sempre nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli impegni assunti dall'Italia in sede comunitaria stabilisce come determinare i LEPS di cui lo Stato dovrebbe garantire il finanziamento integrale. Secondo il decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68 (Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario) i LEPS sono stabiliti prendendo a riferimento macroaree di intervento secondo materie ciascuna omogenea al proprio interno per tipologia di servizi offerti. Per ciascuna macroarea sono definiti i costi e i fabbisogni standard. La macro area in cui rientra il sistema integrato regionale dei servizi e degli interventi sociali è l'assistenza.

L'articolo 13 del d.lgs. 68/2011 ha previsto lo svolgimento di una ricognizione dei livelli essenziali delle prestazioni che le Regioni a Statuto Ordinario effettivamente garantiscono e dei relativi costi "nelle materie diverse dalla sanità". Tale ricognizione è stata affidata al SOSE (Soluzioni per il Sistema Economico SpA) che, in collaborazione con l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) e avvalendosi del Centro Interregionale di Studi e Documentazione delle Regioni e delle Province autonome (CINSEDO), ha svolto tale mandato.

Nell'ambito delle spese oggetto di analisi sono state considerate tutte le spese relative ai servizi erogati in ogni Regione. Va evidenziato che l'ambito regionale di erogazione dei servizi è inteso, quindi, come ambito territoriale di aggregazione dei dati e non come ente territoriale responsabile dell'offerta.

Di seguito si riporta la Tabella contenuta nel documento del SOSE che riporta i dati ricogniti sui livelli di prestazioni essenziali erogati dalla Regione Lazio:



| Macro- livello di servizio  | Obiettivo di servizio  | 2010   |         |                        | 2012   |         |                        |
|---|--|--|---------|------------------------|--|---------|------------------------|
|   |  | Totale spesa impegnata (esclusa compartecipazione SSN) | Utenti  | Costo medio per utente | Totale impegnata (esclusa compartecipazione SSN) | Utenti  | Costo medio per utente |
| SERVIZIO PER L'ACCESSO E LA PRESA IN CARICO DA PARTE DELLA RETE ASSISTENZIALE | ACCESSO  | 7.442.182  | 120.222 | 61,9                   | 5.561.476  | 135.058 | 41,18                  |
|   | PRESA IN CARICO  | 21.758.970   | 132.625 | 164,06                 | 22.243.277                                       | 134.670 | 165,17                 |
|   | PRONTO INTERVENTO SOCIALE  | 6.219.328  | 41.941  | 148,29                 | 5.729.825  | 28.244  | 202,87                 |
| SERVIZI E MISURE PER FAVORIRE LA PERMANENZA A DOMICILIO                       | ASSISTENZA DOMICILIARE   | 100.877.913  | 35.308  | 2.857,08               | 106.719.955                                      | 38.497  | 2.772,16               |
|   | SERVIZIO DI PROSSIMITA'  | 389.592  | 187     | 2.083,38               | 26.945   | 13      | 2.072,69               |
| CENTRI DIURNI E SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA                                 | ALTRI SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA                                  | 769.039  | 362     | 2.124,42               | 2.941.072  | 737     | 3.990,60               |
|   | CENTRI DIURNI  | 54.340.324   | 270.877 | 200,61                 | 47.921.482                                       | 215.814 | 222,05                 |
| SERVIZI TERRITORIALI A CARATTERE RESIDENZIALE PER LA FRAGILITA'               | COMUNITA'/RESIDENZE A FAVORE DEI MINORI E PER PERSONE CON FRAGILITA' | 193.996.185  | 24.159  | 8.029,98               | 243.242.970                                      | 32.844  | 7.406,01               |
| MISURE DI INCLUSIONE SOCIALE E DI SOSTEGNO AL REDDITO                         | INTERVENTI E MISURE PER FACILITARE INCLUSIONE E AUTONOMIA            | 81.262.716   | 78.637  | 1.033,39               | 151.029.101                                      | 95.810  | 1.576,34               |
|   | MISURE DI SOSTEGNO AL REDDITO  | 76.540.932   | 72.187  | 1.060,31               | 63.524.213                                       | 62.589  | 1.014,94               |
| RESIDUALE   | RESIDUALE  | 38.685.912   | 71.491  | 541,13                 | 35.702.790                                       | 70.596  | 505,73                 |
| totale macro-livelli  |  | 582.283.093  | 847.996 | 686,66                 | 684.643.106                                      | 814.872 | 840,18                 |

Si rappresenta che laddove lo Stato ha focalizzato l'attenzione esclusivamente sull'attitudine alla spesa sociale delle Regioni e sui fabbisogni standard, la Regione Lazio con la L.R. n. 11/2016 ed il nuovo Piano Sociale Regionale, nella propria competenza esclusiva in materia sociale, intende adottare una programmazione di dettaglio, che metta in luce anche la qualità della spesa sociale:

- aggregando i dati rilevati per singoli LEPS e non solo per obiettivi di servizio;
- aggregando i dati al livello territoriale del distretto sociosanitario e per interventi sempre a carico della Missione 12 del bilancio (Diritti sociali, Politiche sociali e Famiglia).

## 2.2 I LEPS nella Regione Lazio

L.R.11/2016 – art.22

La legge quadro sull'assistenza (legge 328/2000) ha stabilito che i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) corrispondono all'insieme degli interventi garantiti, sotto forma di beni o servizi, secondo le caratteristiche fissate dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale, e attuati nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali. Più precisamente, l'articolo 22 al comma 2 individua l'area del bisogno (per esempio: povertà, disagio minorile, responsabilità familiare, dipendenze, disabilità) e quindi le prestazioni e gli interventi idonei a soddisfare quei bisogni, senza giungere tuttavia a una definizione puntuale dei servizi.

Il riferimento normativo nazionale è l'articolo 22 della legge n.328/2000 nel suo complesso, ma più specificatamente il comma 4 che stabilisce: "In relazione a quanto indicato al comma 2 (le aree di intervento) le leggi regionali, secondo i modelli organizzativi adottati, prevedono per ogni ambito territoriale di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), tenendo conto anche delle diverse esigenze delle aree urbane e rurali, comunque l'erogazione delle seguenti prestazioni:

- servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;
- servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;
- assistenza domiciliare;
- strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;
- centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

In tal senso, la legge 328/2000 non è stata pienamente attuata, in quanto non si è provveduto né a disegnare una programmazione nazionale dei servizi e degli interventi, né a fissare risorse certe e strutturali per i fondi rivolti alle politiche sociali, tali da rendere possibile il finanziamento dei diritti soggettivi.

La legge regionale n.11/2016, pur con diverse denominazioni e articolazioni, al Capo III (articoli 22-31) individua gli interventi e i servizi previsti nell'ambito del sistema integrato. In particolare, l'articolo 22 contiene la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali da assicurare nel territorio regionale mentre il piano sociale regionale li tratta nel capitolo C (pag. 33-61) con una articolazione più fedele alla legge n. 328/2000 (art.22 comma 4) che alla sopraccitata legge regionale. In questa sede si è scelto di seguire l'articolazione della Legge n.11/2016, facendo poi i dovuti collegamenti con il Piano Sociale Regionale e con la legge n.328/ 2000.

Escludendo il comune di Roma Capitale e i distretti sociosanitari formati da una sola amministrazione comunale (Comune di Fiumicino), la legge regionale individua nella gestione associata dei servizi sociali da parte dei comuni del distretto sociosanitario "la modalità attraverso la quale perseguire l'efficacia e l'efficienza del sistema integrato, anche al fine di garantirne il coordinamento e l'integrazione con i servizi sanitari erogati dal servizio sanitario regionale (art. 35, comma 2, l.r.11/2016). La gestione associata dei LEPS costituisce una prescrizione vincolante per i comuni e viene consentito ai comuni di poter gestire in maniera singola interventi di assistenza economica, di assistenza abitativa, di aiuto personale, di mensa sociale e accoglienza notturna, di trasporto sociale, di centri ludico-ricreativi e di aggregazione sociale, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 14, comma 28 del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78 (Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica), convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122 e successive modifiche (articolo 35, comma 4, l.r. 11/2016).

Le prestazioni inerenti gli interventi e i servizi rientranti nei livelli essenziali delle prestazioni e individuati all'articolo 22 della l.r. 11/2016 (Servizio Sociale Professionale, Segretariato Sociale e PUA, Servizio di Assistenza Domiciliare, Servizio di emergenza e Pronto Intervento Assistenziale, Strutture a ciclo residenziale e semi residenziale per soggetti con fragilità sociale, i centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario) debbono avere su tutto il territorio della Regione Lazio una gestione distrettuale ed associata. Ne consegue che i distretti sociosanitari dovranno destinare le risorse proprie di ambito e quelle trasferite dalla Regione prioritariamente al finanziamento degli interventi compresi nei LEPS e successivamente ad altri interventi sociali.

L'articolo 67 della l.r. 11/2016 prevede che "la Regione, nelle more dell'adozione della legge regionale di cui all'articolo 49 dello Statuto, a tutela degli interessi unitari regionali e nel rispetto del principio di sussidiarietà e del principio di leale collaborazione, nei casi in cui vi sia un'accertata e persistente inattività nell'esercizio delle funzioni amministrative disciplinate dalla presente legge o in caso di adozione di atti in violazione di prescrizioni vincolanti o di inadempimento agli obblighi derivanti dall'appartenenza all'Unione europea, esercita il potere sostitutivo sugli enti locali singoli o associati." Per tale finalità la Giunta regionale, sentito il CAL, assegna all'ente inadempiente un congruo termine per provvedere, decorso inutilmente il quale e sentito l'ente interessato, gli atti sono realizzati in via sostitutiva dalla Regione attraverso la nomina di un commissario ad acta.

La gestione dei LEPS a livello comunale con l'esclusione di Roma Capitale e del comune di Fiumicino, ricorrendo i presupposti di cui all'articolo 67 della l.r. 11/2016, costituisce una violazione delle modalità attuative del sistema integrato di interventi e servizi sociali, consentendo il ricorso all'esercizio del potere sostitutivo.

Di seguito vengono descritti i servizi e gli interventi ricompresi nel capo III della l.r. 11/2016, di cui alcuni sono ricompresi nei LEPS e altri sebbene facciano parte del sistema integrato sociale non sono strettamente connessi con i LEPS, come evidenziato nel nomenclatore.

## **Servizio di Segretariato Sociale e Punto unico di accesso**

**L. R. 11/2016, articoli 23 e 52.**

Nel Piano Sociale Regionale sia il segretariato sociale, sia il punto unico di accesso sono servizi trattati in modo unitario a sottolinearne la stretta connessione operativa.

Il Segretariato Sociale favorisce l'accesso dei cittadini alla rete dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari, la presa in carico da parte dei servizi sociali dei soggetti in situazione di fragilità sociale e garantisce il diritto all'informazione e all'orientamento sulle modalità di accesso alle prestazioni sociali.

Il servizio di segretariato sociale dipende dal punto di vista funzionale dall'Ufficio di piano (UdP) del distretto sociosanitario, a cui risponde in termini organizzativi ed è per legge coordinato da un assistente sociale articolo 23, comma 2, l.r. 11/2016).

Il Punto Unico di Accesso (PUA) realizza l'obiettivo previsto dalla L.R.11/2016 e dal Piano Sociale Regionale di agevolare i percorsi assistenziali dei cittadini, che devono essere integrati in quanto rispondono a bisogni complessi della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in termini di recupero e mantenimento dell'autonomia personale, d'inserimento sociale e di miglioramento delle condizioni di vita.

Il PUA, che deve essere realizzato in ogni distretto sociosanitario, si caratterizza quale modalità organizzativa che, nell'ottica di avviare percorsi assistenziali integrati, è funzionale anche alla razionalizzazione dei processi e delle risorse. Il PUA opera in collegamento con i punti di accesso decentrati presso i servizi territoriali sanitari e sociali e instaura un rapporto funzionale con il Segretariato Sociale.

## **Servizio sociale professionale**

**L.R. 11/2016, art. 24.**

Il Servizio Sociale Professionale svolge un ruolo fondamentale nel promuovere il benessere della comunità, attraverso azioni di prevenzione, di promozione sociale e di accompagnamento delle persone nei momenti di fragilità per favorirne l'autonomia e l'integrazione sociale. Deve muoversi, pertanto, in una dimensione distrettuale per garantire unitarietà ed omogeneità nell'organizzazione e nella gestione del Servizio, ma allo stesso tempo, deve promuovere in favore dei cittadini attività saldamente ancorate ai contesti territoriali.

- Il Servizio Sociale Professionale, ai sensi dell'articolo 24, comma 2, della l.r. 11/2016 in particolare,
- garantisce la definizione del piano personalizzato per ogni persona presa in carico;
  - la valutazione multidimensionale dei bisogni della persona in presenza di bisogni complessi, che richiedono l'intervento integrato di diversi servizi ed operatori;
  - il coordinamento e l'integrazione delle prestazioni socioassistenziali con quelle sanitarie e con le altre prestazioni erogate a livello territoriale quali quelle per la formazione, l'istruzione ed il lavoro.

## **Assistenza economica e assegni di cura**

**L. R. 11/2016, art.25**

L'assistenza economica, in favore di soggetti singoli o di nuclei familiari, prevede l'erogazione di diverse tipologie di contributi: a carattere di continuità finalizzati al soddisfacimento di bisogni primari; con carattere di straordinarietà per fronteggiare situazioni di emergenza e con carattere di specificità finalizzati ad esigenze e bisogni particolari, tra i quali, prioritariamente, quelli di persone non autosufficienti e fragili assistiti in famiglia.

Il sistema di erogazione delle prestazioni di assistenza economica necessita di un'integrazione con le misure e gli interventi di accompagnamento e di inclusione sociale e socio-lavorativa previsti dalla normativa nazionale in materia di Reddito di Inclusione/Reddito di cittadinanza.

Gli assegni di cura sono benefici a carattere economico o titoli validi per l'acquisto di prestazioni da soggetti accreditati del sistema integrato, finalizzati a garantire sostegno alle famiglie che si prendono cura direttamente dei familiari non autosufficienti, favorire il recupero psicosociale delle persone con disagio psichico, sostenere l'affidamento familiare dei minori e la maternità nelle situazioni di disagio economico e sociale. Come tali, presuppongono la messa a regime del sistema di accreditamento delle strutture e dei servizi.

## **Servizio di assistenza domiciliare**

**L. R. 11/2016, art. 26** - Piano Sociale Regionale "Livelli essenziali delle prestazioni"  
D.G.R. 223/2016 e D.G.R. 88/2017 (Accreditamento L.R.11/2016 art.32)

Le politiche di intervento sociale in favore dei soggetti fragili perseguono l'obiettivo del mantenimento a domicilio delle persone anziane, delle persone con disabilità e di quelle con disagio psichico al fine di garantire la permanenza e l'inclusione nel proprio contesto di vita. Tutte le azioni devono, pertanto, tendere a sviluppare l'assistenza domiciliare sia in termini quantitativi che in termini qualitativi per offrire un servizio più flessibile ed articolato, che sappia mettere in campo ogni risorsa, per evitare la solitudine e l'istituzionalizzazione.

Quanto detto deve essere concretamente perseguito attraverso la costruzione di un sistema articolato di servizi e di supporti che ponga al centro la persona e ne valorizzi e rafforzi le risorse e le capacità, sia che essa appartenga all'area dell'invecchiamento, all'area della disabilità e del disagio psichico o all'area dell'età evolutiva e giovanile. Il bisogno di assistenza deve essere oggetto di una valutazione multiprofessionale e multidimensionale, all'interno di un modello organizzativo condiviso, che consenta l'eventuale presa in carico della persona anche nelle sue necessità di natura sanitarie, attraverso la definizione del piano personalizzato di assistenza, con il relativo budget di salute.

A sostegno della flessibilità si riconosce alla persona la possibilità di scelta tra il servizio di assistenza gestito direttamente dagli enti locali o affidati a soggetti del terzo settore nel rispetto della normativa vigente (ex assistenza diretta) e gli interventi di assistenza domiciliare gestiti attraverso la scelta autonoma dell'operatore secondo quanto previsto dalle DGR 223/2016 e 88/2017 (c.d. assistenza indiretta). La Regione riconosce e valorizza la figura del "caregiver" familiare che, nel prendersi cura di anziani e disabili nel contesto familiare, rappresenta una componente informale della rete di assistenza alla persona ed una risorsa del sistema integrato dei servizi sociali, socio sanitari e sanitari.

La deliberazione della Giunta regionale 3 maggio 2016, n. 223 "Servizi e interventi di assistenza alla persona nella Regione Lazio", come modificata dalla Deliberazione 28 febbraio 2017, n. 88, definisce il sistema di accreditamento per il servizio di assistenza domiciliare. Il sistema si basa sull'istituzione a livello distrettuale di registri contenenti l'elenco dei soggetti erogatori dei servizi di assistenza domiciliare, in possesso dei requisiti organizzativi previsti, cui affidare il servizio.

## **Servizio di mensa sociale e di accoglienza notturna**

**L. R. 11/2016, art.27** - DGR 1304/2004 e s.m.i.

La mensa sociale e il centro di accoglienza notturna sono servizi gratuiti tesi a soddisfare i bisogni primari di vita delle persone che versano in gravi condizioni di disagio sociale, economico e familiare. Tali servizi offrono vitto e alloggio notturno a persone che temporaneamente non possono provvedervi e rappresentano la prima modalità di accesso al sistema integrato, ai fini della successiva definizione di un percorso di presa in carico che preveda l'individuazione dei bisogni inespressi e l'attivazione di ulteriori servizi. Tali servizi, in coerenza con gli

obiettivi fissati dal Piano Sociale regionale, dovrebbero prevedere un depotenziamento della loro natura emergenziale, per trasformarsi in servizi di prossimità territoriale, ai quali sia garantito l'accesso attraverso l'ordinaria procedura di presa in carico del sistema integrato.

I requisiti per il rilascio dell'autorizzazione all'apertura e al funzionamento dei servizi di Mensa sociale ed Accoglienza notturna ai sensi della L.R. 41/2003 e s.m.i. sono stabiliti con deliberazione della Giunta Regionale n.1304/2004 e s.m.i.

## **Servizio di emergenza e pronto intervento assistenziale**

**L. R. 11/2016, art.30** DGR 1304/2004 e s.m.i.

Il Pronto Intervento Sociale si propone di offrire una risposta concreta a situazioni di emergenza sociale, che mettono in pericolo l'integrità, l'incolumità e la dignità di persone e nuclei familiari e che richiedono interventi tempestivi. Non è sostitutivo dei servizi relativi ai bisogni dell'utente, ma opera per risolvere la situazione che ha determinato l'emergenza stessa con un intervento urgente, che dovrà essere trasformato in un progetto personalizzato dal servizio competente.

Nel Piano Sociale Regionale vengono approfonditi gli aspetti indispensabili di questo Servizio: presenza di professionalità in grado di intervenire con competenza anche su casi complessi; reperibilità telefonica 24 ore su 24 per 365 giorni l'anno; disponibilità di idonei luoghi di accoglienza temporanea diurna e notturna.

Il servizio opera in collegamento con il sistema di emergenza sanitaria, di cui all'art.5 della L.R.55/1993, ora confluito nel numero unico per le emergenze (112). Talune di queste attività hanno costi di mantenimento elevati ed è opportuno che abbiano un bacino di riferimento che comprenda più distretti sociosanitari. Infatti, lo standard quantitativo che si propone di raggiungere è l'attivazione di almeno un servizio in ogni ASL della Regione, esclusa Roma Capitale, negli orari non coperti dal funzionamento ordinario del Servizio Sociale Professionale

## **Strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali**

**L.R. 41/2003 e s.m.i.; L.R. 11/2016, art.31**, Piano Sociale Regionale "Livelli essenziali delle prestazioni"

L.R.41/2003 e s.m.i. – DGR 1305/2004 e s.m.i. (Requisiti di autorizzazione) – DGR 124/2015 e DGR 130/2018 (Requisiti di accreditamento)

Le strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, di cui alla L.R.41/2003 e successive modifiche erogano prestazioni socioassistenziali sulla base di un piano personalizzato e sono rivolte a minori, alle persone disabili, alle donne in difficoltà, alle persone anziane ed alle persone con problematiche psicosociali, ivi comprese le persone con disagio psichico.

Ai sensi della l.r. 41/2003 e dell'articolo 32 della l.r. 11/2016 le strutture e i servizi che erogano prestazioni di tipo socioassistenziale sono soggette:

- all'autorizzazione all'apertura ed al funzionamento (L.R.41/2003)
- all'accreditamento (art. 32, comma 4, l.r. 11/2016); se i soggetti gestori delle strutture private o dei servizi stipulano contratti con il sistema pubblico diventano parte della rete dei servizi pubblici.

Le strutture a ciclo residenziale si suddividono in strutture di tipo familiare che devono possedere i requisiti strutturali previsti per gli alloggi destinati a civile abitazione, strutture a carattere comunitario e strutture a prevalente accoglienza alberghiera destinate esclusivamente per le persone anziane.

In relazione alla ricettività, le denominazioni utilizzate dalla normativa regionale alle strutture socioassistenziali a ciclo residenziali sono le seguenti:

- a) strutture per minori: casa famiglia, gruppo appartamento, comunità educativa di pronta accoglienza;
- b) strutture per disabili: casa famiglia e comunità alloggio;
- c) strutture per anziani: casa famiglia, comunità alloggio, casa di riposo, casa albergo;
- d) strutture per donne in difficoltà: casa famiglia, comunità alloggio, comunità di pronta accoglienza;
- e) strutture per persone con problematiche psicosociali: casa famiglia, comunità alloggio, comunità di pronta accoglienza.

Le strutture a ciclo semiresidenziale per adulti con disabilità, per anziani e per persone con problematiche psicosociali sono strutture caratterizzate da ospitalità di tipo diurno e da un diverso grado di intensità assistenziale in relazione alla tipologia e ai bisogni dell'utenza. Tale ospitalità può essere offerta anche da strutture poste all'interno o in collegamento con le strutture a ciclo residenziale a carattere comunitario. L'attività è organizzata sotto forma di laboratorio ed è svolta in gruppi, ha come finalità l'inclusione sociale dell'utente e si caratterizza come valida alternativa all'istituzionalizzazione dell'utente.

Nella struttura a ciclo semiresidenziale sono garantiti la somministrazione dei pasti, l'assistenza agli utenti nell'espletamento delle normali attività e funzioni quotidiane, nonché specifiche attività ricreative, educative, culturali ed aggregative.

Ai fini dell'autorizzazione all'apertura e al funzionamento delle strutture socioassistenziali a ciclo residenziale e semiresidenziale si fa riferimento a quanto previsto dalla l.r. 41/2003 e dalla deliberazione della Giunta regionale 23 dicembre 2004, n. 1305 "Autorizzazione all'apertura ed al funzionamento delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale che prestano servizi socio-assistenziali. Requisiti strutturali e organizzativi integrativi rispetto ai requisiti previsti dall'articolo 11 della l.r. 41/2003" e successive modifiche, mentre per ciò che riguarda l'accreditamento il riferimento è alla deliberazione della Giunta regionale 24 marzo 2015, n. 124 "Requisiti per l'accreditamento delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale che prestano servizi socio-assistenziali nella Regione Lazio" come modificata dalla deliberazione 27 febbraio 2018, n. 130.

È necessario che venga effettuata una rilevazione sistematica e completa delle strutture residenziali e semiresidenziali presenti sul territorio, che confluisca in una apposita banca dati regionale dalla quale se ne possa desumere la rispondenza agli standard strutturali e gestionali necessari per la loro autorizzazione, definiti dall'allegato D al presente documento.

Le regole autorizzative per le strutture socioassistenziali residenziali e semiresidenziali, benché comportino già l'applicazione di standard qualitativi piuttosto elevati, rispondono all'esigenza di stabilire requisiti strutturali ed organizzativi minimi quali condizioni di idoneità all'erogazione dei relativi servizi. Il sistema di accreditamento risponde all'esigenza di fornire servizi di qualità e di regolamentare il mercato dell'offerta pubblica di servizi gestiti da privati. Ai fini dell'accreditamento vengono previsti requisiti aggiuntivi che afferiscono specificamente all'organizzazione e alla gestione del servizio ed alle prestazioni erogate e, soprattutto, vengono introdotte procedure di valutazione della qualità delle prestazioni, con il coinvolgimento degli ospiti e delle loro famiglie.

Propedeutico all'istituzione del sistema di accreditamento delle strutture socioassistenziali è l'istituzione a livello distrettuale dei registri delle strutture accreditate, con la definizione delle procedure e delle modalità per l'iscrizione e per il convenzionamento di tali strutture con il sistema pubblico dell'offerta pubblica di servizi.

## **Centri diurni**

**L.R.11/2016, art. 28** – DGR 1304/2004 e s.m.i. (Requisiti di autorizzazione)

I Centri diurni, in quanto strutture di tipo aperto che forniscono prestazioni socioeducative, di socializzazione, di aggregazione e di recupero, destinate ai soggetti in età evolutiva, alle persone con disabilità ed alle persone con disagio psichico, sono già in larga misura integrati nelle reti territoriali dei servizi; possono offrire anche prestazioni di supporto all'assistenza domiciliare ed agli anziani affetti da Alzheimer.

I requisiti per il rilascio dell'autorizzazione all'apertura e al funzionamento sono stabiliti con deliberazione della Giunta Regionale n.1304/2004 e s.m.i.

Si evidenzia che alcuni comuni utilizzano la denominazione di "centro diurno" in riferimento a strutture che ai sensi della normativa regionale hanno invece i requisiti strutturali, organizzativi e gestionali propri delle strutture a ciclo semiresidenziale di cui all'articolo 10 della l.r. 41/2003.

### **3. Nuovo Piano Sociale di Zona**

In coerenza con gli obiettivi e le priorità stabilite dalla L.R. 11/2016 e con il nuovo Piano Sociale Regionale, si intende superare il modello di Piano Sociale di Zona articolato nelle Misure e Sottomisure, così come declinate nelle “Linee guida agli ambiti territoriali individuati ai sensi dell’art. 47 comma 1 lett. c) della L.R. n. 38/96 per la redazione dei Piani Sociali di Zona”, approvate con DGR 136/2014, con un nuovo modello, che pone al centro la “persona”, la domanda di prestazioni sociali, e una nuova declinazione di welfare basata sui LEPS.

Il nuovo Piano Sociale di Zona, ai sensi dell’art. 48 della L.R. 11/2016 prevede il rispetto dei seguenti punti cardine esplicitamente ripresi dall’articolato della normativa.

#### **3.1 I punti cardine**

Il nuovo modello dei Piani Sociali di Zona (PSDZ) prevede nella sua parte descrittiva che si seguano i punti di cui all’articolo 48, comma 2 della L.R. 11/2016, ciascuno dei quali deve essere quindi esplicitato nei contenuti:

**a) gli obiettivi strategici e le priorità di intervento:** declinare nel PSDZ gli obiettivi individuati per il rafforzamento del sistema integrato “locale” di interventi e servizi sociali, che devono essere in sintonia con quelli prefissati dalla programmazione regionale, di seguito menzionati:

1) superare la soglia della povertà; 2) lavorare insieme; 3) non lasciare nessuno solo; 4) assicurare servizi di qualità in tutti i territori; 5) accedere più facilmente ai servizi sociali e socio sanitari; 6) generare autonomia; 7) offrire servizi adeguati ai bisogni delle persone; 8) conoscere di più per fare meglio; 9) garanzia nei percorsi di assistenza; 10) studio dei fenomeni sociali; 11) promuovere la partecipazione dei cittadini.

Per ciascun Piano di zona sono scelti tra gli obiettivi strategici sopra elencati e tra le priorità d’intervento declinati nel piano sociale regionale (PSR) quelli specifici e attinenti al territorio governato e adottati per la programmazione distrettuale.

È compito degli organismi di cui al comma 1 dell’articolo 44 della citata L.R. n. 11/2016 (Comitato dei sindaci, Organo dell’Unione dei comuni o del Consorzio) stabilire “*gli indirizzi e le direttive per il conseguimento delle finalità connesse con l’organizzazione e la gestione locale del sistema integrato*”, pertanto stabilire quali obiettivi strategici deve perseguire il Piano sociale di zona distrettuale.

Al fine di individuare gli obiettivi, tra quelli sopra elencati, più idonei a rispondere alla domanda sociale locale l’Ufficio di Piano a supporto dei citati organismi svolge un’attenta ricognizione dell’offerta territoriale, individua le possibili linee di intervento nelle aree ritenute strategiche. Nella scelta degli obiettivi strategici concorre la voce della comunità coinvolta a partecipare tramite soprattutto i suggerimenti e le riflessioni emerse dai Tavoli Tematici, come si approfondirà più avanti.

**b) gli obiettivi economici e finanziari da assegnare ai responsabili dell’attuazione del piano finalizzati alla loro valutazione:** la realizzazione delle priorità da perseguire nel triennio dipendono dalle risorse economiche a disposizione. La L.R. n.11/2016 prevede un sistema di finanziamento delle politiche sociali alimentato da varie fonti: risorse regionali, statali, fonti provenienti dall’Unione Europea, risorse dei comuni stessi, di soggetti privati di varia natura, delle stesse persone che usufruiscono delle prestazioni sociali e sociosanitarie. Le risorse regionali rappresentano, pertanto, solo una quota parte del budget a disposizione del Distretto per realizzare gli interventi del Piano di Zona, che dovranno essere finalizzati prioritariamente al raggiungimento dei LEPS, eliminando il finanziamento dei non LEPS.

Una sincronizzazione dei tempi di attuazione, di utilizzo dei fondi e di rendicontazione dei costi, permetterà una valutazione attendibile e funzionale alla successiva programmazione triennale.



L'attuazione di questo punto comporta la quantificazione delle risorse totali a disposizione del Piano di zona senza una iniziale allocazione delle stesse tra le diverse linee di spesa per i LEPS e le attività socioassistenziali non ricomprese in essi.

Il Comitato dei sindaci, gli organi delle Unioni o dei Consorzi determinano quindi l'importo totale dei finanziamenti che saranno oggetto del quadro finanziario del Piano Sociale di Zona.

A questo proposito nello spirito dell'articolo 4 della legge n.328/2000 e dell'articolo 64 della L.R. n.11/2016 si precisa che la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali si avvale di un finanziamento plurimo a cui concorrono, secondo competenze differenziate e con dotazioni finanziarie afferenti ai rispettivi bilanci gli Enti locali, la Regione, lo Stato e l'Unione Europea, le risorse del Sistema Sanitario Nazionale.

Il Piano Sociale di Zona quindi deve riportare il totale delle risorse per gli interventi/servizi realizzati in gestione associata con l'elencazione della provenienza dei fondi.

Nella fase preparatoria della programmazione, per determinare l'entità finanziaria del Piano sociale di Zona per un dato anno di programmazione, il Comitato dei sindaci dovrà sommare tutte le risorse presenti nelle Missioni 12 dei bilanci dei Comuni oltre che i trasferimenti Regionali o altri possibili trasferimenti al fine di definire la quota complessiva di spesa pubblica per il sistema integrato dei servizi sociali su quel dato territorio.

Queste risorse devono essere impegnate con efficacia per raggiungere gli obiettivi strategici del Piano Sociale di Zona; un attento monitoraggio e valutazione effettuato mediante l'applicazione degli indicatori che saranno individuati dall'Osservatorio regionale per le politiche sociali e approvati dalla Giunta e declinati nelle schede relativi ai singoli LEPS per garantire la verifica del raggiungimento dei risultati attesi. Ciò consente di verificare, anche, i risultati conseguiti dai responsabili dell'attuazione del Piano Sociale di Zona, nell'ambito degli obiettivi finanziari ed economici loro assegnati dal Comitato dei sindaci al momento della programmazione. Tali obiettivi, devono essere comunicati alla Regione Lazio.

**c) la programmazione e il coordinamento dei servizi e degli interventi del sistema integrato:** ai Comuni associati è stato riconosciuto un ruolo centrale e con loro si devono tracciare le politiche di intervento; di fronte a bisogni sempre più complessi e articolati, per avere risposte efficaci non è possibile fornire risposte frammentate; è necessaria una presa in carico integrata della persona e di tutti i suoi molteplici e differenziati bisogni, valorizzando la rete sociale e coordinando interventi e azioni attraverso un continuo scambio con tutti quegli attori che si muovono all'interno del welfare locale.

È necessario costruire un percorso che conduca ad una uguaglianza di tutti i cittadini, in qualunque comune risiedano, di accedere al sistema integrato di interventi e servizi sociali e socio sanitari, di usufruire delle medesime prestazioni. La base di questo percorso è l'integrazione, da perseguire a più livelli: integrazione delle politiche che ruotano intorno al benessere della persona, degli attori sociali (istituzionali e non), dei programmi e dei processi, dei servizi e degli interventi, delle risorse umane, strumentali e finanziarie.

Il Piano Sociale di Zona è l'unico strumento di programmazione: in esso sono descritti tutti gli interventi e i servizi del sistema integrato "locale", non sarà più consentita una sovrapposizione di servizi nei singoli comuni. In sintonia con quanto sopra esposto anche tutte quelle programmazioni, che in passato sono state elaborate in modo separato, come, ad esempio, il Piano distrettuale per le non autosufficienze, confluiscono nel Piano Sociale di Zona.

**d) gli strumenti e i mezzi per la realizzazione e la gestione dei servizi e degli interventi del sistema integrato.**

L'ente capofila, l'Unione o il Consorzio con i finanziamenti totali di distretto come determinati alla precedente lettera b) e con le risorse umane incardinate nell'Ufficio di Piano deve assicurare la realizzazione di tutti gli interventi, proponendosi come centrale unica di committenza oppure avvalendosi di una centrale unica di committenza / stazione unica appaltante da esso precedentemente individuata e utilizzata.

Il Comitato dei sindaci provvede con proprio atto, contestualmente all'adozione del Piano Sociale di Zona, ad assegnare gli strumenti e i mezzi per la realizzazione e la gestione dei servizi e degli interventi del sistema

integrato alla dirigenza con le relative priorità, ivi compresa la ripartizione delle necessarie risorse umane, strumentali ed economico-finanziarie;

**e) gli indirizzi per l'organizzazione e la gestione coordinata e integrata nell'ambito del distretto socio-sanitario delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, a carico dei comuni, con le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, a carico dell'azienda sanitaria locale, d'intesa con l'azienda sanitaria locale:** gli organismi di cui al comma 1 dell'articolo 44 della citata L.R. n. 11/2016 ( Comitato dei sindaci, Organo dell'Unione o del Consorzio) coerentemente con quanto deciso nella Conferenza locale sociale e sanitaria di cui all'articolo 54 della legge 11/2016 dettano gli indirizzi all'Ufficio di piano.

**f) le risorse finanziarie e la relativa ripartizione degli oneri tra azienda sanitaria locale e comuni per l'erogazione a livello distrettuale delle prestazioni socio-sanitarie di cui alla lettera e):** sulla base degli indirizzi per l'organizzazione e la gestione coordinata e integrata vengono quantificati i costi della quota sociale dei servizi sociosanitari a fronte delle prestazioni sanitarie attivate dalla ASL nel territorio dell'ambito sociale.

**g) le modalità per realizzare il coordinamento con gli enti che gestiscono i servizi territoriali, con particolare riferimento ai servizi educativi e scolastici e a quelli gestiti dall'amministrazione penitenziaria e della giustizia:** individuare e formalizzare percorsi che conducano ad una gestione integrata delle politiche sociali e con le politiche attive del territorio, in una visione di pianificazione territoriale unitaria, allo scopo di promuovere, nei diversi attori sociali, maggiore consapevolezza e responsabilità del loro ruolo di attivatori sociali. In questo modo il benessere della persona è realmente posto al centro, con i suoi molteplici e differenziati bisogni e si ha, inoltre, l'opportunità di integrare nuovi attori, prestazioni e risorse del territorio per offrire servizi appropriati ai diversi target.

L'Ufficio di Piano deve, pertanto, fare accordi, protocolli, tavoli di lavoro, partecipazione ai Tavoli Tematici con il mondo della Scuola, dell'Autorità giudiziaria e dei Centri per l'Impiego, ed eventualmente coinvolgere il Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale, il Garante dell'infanzia per i minori sottoposti a cura ed assistenza, le direzioni degli Istituti penali e penitenziari, le direzioni sanitarie delle REMS, gli uffici dell'esecuzione penale esterna, , come soggetti di consultazione che insistono per competenza specifica e territoriale sui relativi distretti sociosanitari, nonché le Università per favorire collaborazioni tra le funzioni di assistenza e quelle di ricerca.

**h) le modalità e gli strumenti per il monitoraggio sullo stato dei bisogni e del sistema locale dei servizi che consentano la misurabilità degli obiettivi assegnati e l'identificazione delle inefficienze:** nel Piano Sociale Regionale sono fissati gli standard quantitativi da raggiungere e gli indicatori di qualità da utilizzare per misurare il grado di attuazione degli interventi. Obiettivo della Regione nel prossimo triennio è implementare un sistema di monitoraggio amministrativo e finanziario attraverso una piattaforma informatica, costantemente implementata dai dati immessi dagli Uffici di Piano, che consentirà la verifica dei bisogni e dell'attuazione dei Piani Sociale di Zona. Gli strumenti di monitoraggio saranno comunicati ai distretti socio sanitari a seguito della loro elaborazione e del parere dell'Osservatorio regionale delle politiche sociali che per legge coordina e realizza le azioni di monitoraggio del sistema dell'offerta e della domanda dei servizi sociali, della spesa sociale della Regione e degli enti locali, dello stato di attuazione del piano sociale regionale e dei piani sociali di zona, della qualità dei servizi erogati, nonché dei risultati delle politiche sociali adottate a livello regionale e locale.

**i) i criteri per la valutazione di impatto della programmazione effettuata a livello locale:** l'intervento sociale produce un cambiamento, che deve essere positivo e misurabile; è necessario misurare l'effetto che genera non solo sui diretti beneficiari, ma su tutta la collettività. La valutazione di impatto sociale necessita di una pluralità di fonti da cui raccogliere i dati da tradurre in informazioni, fondamentale quella rappresentata dai portatori di interesse (gli stakeholder). Seguendo tale percorso si costruisce un giudizio valutativo partecipativo, nel quale si sottolinea il ruolo nuovo conferito al terzo settore, non più soltanto redistributivo, ma anche produttivo.

La sua rilevazione spetta all'Ufficio di Piano che utilizzerà indicatori specifici alla dimensione da misurare, ma l'analisi, la lettura di questi dati deve essere partecipata, al fine di coinvolgere tutti gli operatori alla ricerca di nuovi possibili cambiamenti. Anche in questo caso preliminarmente l'Osservatorio regionale delle politiche sociali detterà una metodologia unitaria da adottare in tutti i distretti sociosanitari del Lazio.

**j) le forme e le modalità di partecipazione dei cittadini e degli utenti al controllo della qualità dei servizi:** tra gli obiettivi del Piano Sociale Regionale vi è la costruzione di un nuovo welfare inclusivo; attraverso l'inclusione dei cittadini nel processo produttivo dei servizi si garantisce un welfare di qualità e democratico.

È necessario lavorare per rendere consapevole la collettività delle criticità e coinvolgerla nella ricerca del cambiamento. Il Piano Sociale di Zona si propone, pertanto di sostenere tutte le azioni che i Distretti socio sanitari compiranno per mantenere i legami sociali, rafforzare la coesione sociale attraverso la messa in rete di tutte le forze presenti sul territorio del pubblico e del privato sociale.

La Regione, in collaborazione con i principali stakeholder locali, definirà linee guida e strumenti per coinvolgere tutti gli attori sociali (compresi gli utenti e le loro famiglie) nella programmazione e nella valutazione degli interventi e dei servizi del sistema integrato.

Il Piano Sociale di Zona è pubblicato nella sezione Amministrazione trasparente dei siti istituzionali dei Comuni e delle Aziende sanitarie locali per la parte elaborata congiuntamente.

La L.r. 11/2016 agli artt. 56 e 57 vincola, inoltre, i Distretti sociosanitari all'adozione della Carta Sociale del cittadino, dopo l'approvazione del Piano Sociale di Zona, con il coinvolgimento del terzo settore, delle organizzazioni sindacali e delle parti sociali, delle associazioni degli utenti e dei consumatori, nonché dei soggetti pubblici e privati gestori dei servizi.

In coerenza con la Carta Sociale del cittadino, gli enti gestori, ai sensi dell'art. 57 della L.r. 11/2016 adottano la carta dei servizi. Entrambi i documenti devono essere portati a conoscenza degli utenti con ogni mezzo idoneo a garantirne la massima diffusione, come sottolineato nei commi 3 di entrambi gli articoli della legge regionale sopracitata.

La risultante di questo percorso sarà un documento di programmazione organico che, oltre a quanto sopra descritto, dovrà contenere la rappresentazione operativa dei servizi e degli interventi del sistema integrato sociale e socio sanitario, primi fra tutti "quelli pertinenti ai livelli essenziali delle prestazioni". Il documento programmatico così formato, denominato Piano Sociale di Zona, viene trasmesso alla competente Direzione Regionale per la valutazione istruttoria di rispondenza con il Piano Sociale Regionale e con le indicazioni del presente documento, al termine della quale verrà espresso un parere riguardo alla programmazione distrettuale presentata. Il Piano Sociale di Zona, presentato, resta in vigore per un triennio, nel corso del quale può essere modificato o aggiornato anno per anno da parte degli organismi di indirizzo e programmazione dei distretti socio-sanitari.

Secondo quanto previsto dall'articolo 50 della l.r. n. 11 del 2016 la coerenza dei piani sociali di zona alle indicazioni del PSR costituisce il presupposto per l'erogazione delle risorse finanziarie regionali.

### **3.2 Superamento dell'articolazione in Misure e Sottomisure del Piano Sociale di Zona**

In questo percorso di accompagnamento al nuovo Piano Sociale di Zona, di seguito si fornisce una tabella di raccordo tra le Misure ed i LEPS, quale strumento di guida per gli Uffici di Piano in fase programmatica al superamento degli interventi del sistema integrato ricompresi nelle Misure, in favore di una loro più adeguata ricollocazione all'interno delle prestazioni rientranti nelle macroattività SIOSS.

Mediante la nuova riclassificazione, basata sulla catalogazione del Nomenclatore regionale, si favorisce una elaborazione e redazione dei Piani Sociali di Zona più agevole ed omogenea. Questa nuova

rappresentazione, inoltre, è rispondente alle indicazioni previste dal decreto interministeriale per la definizione del Fondo FNPS 23 novembre 2017 (allegato 1), in merito alle nuove modalità di rilevazione dei dati e di rendicontazione, consentendo in tal modo un allineamento tra gli interventi e le prestazioni sociali di cui alla l.r. 11/2016 e le Macroattività declinate nell'Allegato 2 al decreto ministeriale 22 agosto 2009 costitutivo del SIOSS.

**TABELLA CORRISPONDENZA MISURE /MACROATTIVITA' SIOSS/INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI/LEPS**

| <b>MISURE DGR<br/>136/2014</b> | <b>DESCRIZIONE</b>  | <b>MACROATTIVITÀ SIOSS</b>                               | <b>INTERVENTI E SERVIZI<br/>SOCIALI/LEPS</b>                        | <b>RIFERIMENTI<br/>NORMATIVI<br/>l.r. 11/2016</b> |
|--------------------------------|---|--|---|---|
| <b>MISURA 1 e 2</b>            | <b>Servizio Sociale<br/>professionale e<br/>Segretariato Sociale<br/>per informazione e<br/>consulenza al singolo<br/>e ai nuclei familiari</b> | <b>Accesso, valutazione e<br/>progettazione</b>          | Segretariato Sociale/PUA  | art. 23 e art.<br>52                              |
|                                |   |  | Servizio Sociale<br>professionale                                   | art. 24   |
|                                |   |  | Centri antiviolenza<br>(Sportello)                                  | (art. 5 l.r.<br>4/2016)                           |
|                                | <b>Servizio di Pronto<br/>Intervento Sociale<br/>per le situazioni di<br/>emergenza e<br/>personale</b>   | <b>Misure per il sostegno<br/>e l'inclusione sociale</b> | Pronto Intervento<br>Sociale e interventi per le<br>povertà estreme | art. 30   |
|                                | <b>Assistenza<br/>Domiciliare</b>   | <b>Interventi per favorire<br/>la domiciliarità</b>      | Assistenza domiciliare<br>socio-assistenziale                       | art. 26   |
|                                |   |  | Assistenza domiciliare<br>integrata con i servizi<br>sanitari       | art. 26   |
|                                |   |  | Trasporto sociale   | art. 35,<br>comma 4                               |
|                                |   |  | Sostegno socioeducativo<br>domiciliare                              | art. 26   |
|                                | <b>Strutture residenziali<br/>e semiresidenziali per</b>  | <b>Strutture comunitarie e<br/>residenziali</b>          | Alloggi per accoglienza di<br>emergenza                             | art. 27   |

| MISURE DGR<br>136/2014 | DESCRIZIONE  | MACROATTIVITÀ SIOSS                                  | INTERVENTI E SERVIZI<br>SOCIALI/LEPS   | RIFERIMENTI<br>NORMATIVI<br>l.r. 11/2016            |   |                           |
|------------------------|--|--|--|---|---|---------------------------|
|                        | <b>soggetti con fragilità<br/>sociali</b>                            |  | Strutture per minori a<br>carattere familiare  | art. 31   |   |                           |
|                        |  |  | Strutture comunitarie a<br>carattere socio-<br>assistenziale                               | art. 31   |   |                           |
|                        |  |  | Strutture a ciclo<br>residenziale  | art. 31   |   |                           |
|                        |  |  | Strutture di accoglienza<br>notturna per povertà<br>estrema                                | art.27  |   |                           |
|                        |  |  | Integrazione<br>retta/voucher per<br>strutture residenziali                                |   |   |                           |
|                        |  | <b>Centri servizi, diurni e<br/>semiresidenziali</b> | Centri con funzione<br>socio-assistenziale   | art. 28 -<br>art.31                                 |   |                           |
|                        |  |  | Centri servizi per povertà<br>estrema  | art. 27   |   |                           |
|                        |  |  | Integrazione<br>retta/voucher per centri<br>diurni   | art. 28, c.1<br>art. 31                             |   |                           |
|                        |  | <b>Misura 3</b>                                      | <b>Interventi legge<br/>regionale 20/2006<br/>(non autosufficienza)</b>                    | <b>Interventi per favorire<br/>la domiciliarità</b> | Assistenza domiciliare<br>socio-assistenziale                 | art. 26                   |
|                        |  |  | <b>Interventi in favore di<br/>soggetti affetti da SLA<br/>e disabilità<br/>gravissima</b> |   | Assistenza domiciliare<br>integrata con i servizi<br>sanitari | art. 26<br><b>comma 4</b> |
|                        |  |  | Assegno di cura  | Art. 25   |   |                           |
|                        | <b>Interventi in favore di<br/>soggetti affetti da<br/>Alzheimer</b> | <b>Centri servizi, diurni e<br/>semiresidenziali</b> | Integrazione<br>retta/voucher per centri<br>diurni   | art. 28, c. 1<br>art. 31                            |   |                           |

| <b>MISURE DGR<br/>136/2014</b> | <b>DESCRIZIONE</b>                         | <b>MACROATTIVITÀ SIOSS</b>                           | <b>INTERVENTI E SERVIZI<br/>SOCIALI/LEPS</b>               | <b>RIFERIMENTI<br/>NORMATIVI<br/>l.r. 11/2016</b> |
|--------------------------------|--|--|--|---|
|                                |  |  | Centri con funzione socio-assistenziale                    | art. 28, c. 1                                     |
|                                |  |  | Centri e attività a carattere socio-sanitario              | art. 28   |
| <b>Misura 4</b>                | <b>Affidamento familiare</b>               | <b>Misure per il sostegno e l'inclusione sociale</b> | Integrazioni al reddito                                    | art. 25   |
|                                | <b>Interventi per la tutela dei minori</b> | <b>Strutture comunitarie e residenziali</b>          | Struttura residenziale a carattere familiare e comunitario | art. 31   |
|                                |  | <b>Centri servizi, diurni e semiresidenziali</b>     | Centri con funzione socio-educativa-ricreativa             | art.28  |
|                                |  | <b>Misure per il sostegno e l'inclusione sociale</b> | Sostegno socio educativo territoriale o domiciliare        | art. 26;<br>art. 28, c. 1                         |
| <b>Misura 5</b>                | <b>NON PIÙ FINANZIATA*</b>                 |  |  |   |
| <b>Misura 6</b>                | <b>Contrasto alla povertà</b>              | <b>Misure per il sostegno e l'inclusione sociale</b> | Assistenza economica, buoni pasto, buoni spesa etc.        | art. 25   |
|                                | <b>Contrasto al disagio abitativo</b>      | <b>Misure per il sostegno e l'inclusione sociale</b> | Contributi economici per alloggio (affitto e utenze)       | art. 25   |
|                                | <b>Provvidenze disagiati psichici</b>      | <b>Misure per il sostegno e l'inclusione sociale</b> | Assegni di cura  | art. 25   |

- La misura 5 era relativa agli interventi per il contrasto alle dipendenze. Tali interventi non vengono più finanziati con le risorse relative ai piani di zona distrettuali ma con risorse specifiche.

#### **4. Fase preparatoria alla programmazione dei Piani Sociali di Zona**

Il percorso che conduce alla stesura del Piano Sociale di Zona si può suddividere in tre fasi: programmazione, definizione/elaborazione del Piano Sociale di Zona e valutazione.

Prima di passare alla fase programmatica vera e propria del Piano Sociale di Zona, ciascun distretto socio-sanitario deve procedere alla "FOTOGRAFIA" del proprio territorio attraverso:

1) il censimento dello stato della spesa sociale dei Comuni associati; in tal modo ciascun distretto rappresenta la spesa sociale secondo un quadro puntuale e facilmente riscontrabile sia con i bilanci degli enti capofila e dei comuni dei distretti socio-sanitari, sia con la spesa sociale finalizzata dalla stessa Regione. Tale operazione si attua secondo due modalità parallele, riclassificando dapprima le spese sostenute dai singoli Comuni/distretto per ciascun programma della Missione 12 (Tabella A) e quindi parametrando ai livelli essenziali delle prestazioni sociali (Tabella B). L'intento è quello di fornire ai comuni e ai distretti socio-sanitari uno strumento unico con cui riclassificare sia la spesa comunale che distrettuale.

La **Tabella A** di seguito riportata rappresenta l'attitudine alla spesa sociale di ogni comune afferente al proprio distretto e quella sostenuta da ogni distretto socio sanitario.

Tabella A

| Stato della spesa sociale totale della Missione 12 nell'esercizio finanziario... |   |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|
| NOME DISTRETTO - ESERC.FINANZIARIO ... (ex. RM 5.1- 2020)                        |   |  |  |  |  |
| COMUNI ASSOCIATI DEL DISTRETTO   | N. ABITANTI   | MISSIONE 12  |  |  |  |
|  |   | A<br>PROGRAMMA   | B<br>SPESA EROGATA ES.<br>FIN...COME DA<br>RENDICONTO... | C<br>COSTO PRO CAPITE<br>PER PROGRAMMA | D<br>%DI SPESA PER PROGRAMMA RISPETTO<br>AL TOT.SPESA COMUNALE/DISTRETTO<br>(1*o 2*o 3*) |
| comune 1   |   | programma 01- interventi per l'infanzia e i minori e per asilo nido  |  |  |  |
|  |   | programma 02 - interventi per la disabilità  |  |  |  |
|  |   | programma 03 -interventi per gli anziani   |  |  |  |
|  |   | programma 04 - interventi per i soggetti a rischio di esclusione sociale   |  |  |  |
|  |   | programma 05 - interventi per le famiglie  |  |  |  |
|  |   | programma 06 - interventi per il diritto alla casa   |  |  |  |
|  |   | programma 07 - programmazione e governo della rete dei servizi socio-sanitari e sociali (UDP- servizio sociale professionale e segretariato sociale) |  |  |  |
|  |   | programma 08 - cooperazione e associazionismo  |  |  |  |
|  |   | 1*   | TOT. SPESA COMUNE  |  |  |
| Comune 2   |   | programma 01- interventi per l'infanzia e i minori e per asilo nido  |  |  |  |
|  |   | programma 02 - interventi per la disabilità  |  |  |  |
|  |   | programma 03 -interventi per gli anziani   |  |  |  |
|  |   | programma 04 - interventi per i soggetti a rischio di esclusione sociale   |  |  |  |
|  |   | programma 05 - interventi per le famiglie  |  |  |  |
|  |   | programma 06 - interventi per il diritto alla casa   |  |  |  |
|  |   | programma 07 - programmazione e governo della rete dei servizi socio-sanitari e sociali (UDP- servizio sociale professionale e segretariato sociale) |  |  |  |
|  |   | programma 08 - cooperazione e associazionismo  |  |  |  |
|  |   | 2*   | TOT. SPESA COMUNE  |  |  |
| Distretto Socio sanitario  |   | programma 01- interventi per l'infanzia e i minori e per asilo nido  |  |  |  |
|  |   | programma 02 - interventi per la disabilità  |  |  |  |
|  |   | programma 03 -interventi per gli anziani   |  |  |  |
|  |   | programma 04 - interventi per i soggetti a rischio di esclusione sociale   |  |  |  |
|  |   | programma 05 - interventi per le famiglie  |  |  |  |
|  |   | programma 06 - interventi per il diritto alla casa   |  |  |  |
|  |   | programma 07 - programmazione e governo della rete dei servizi socio-sanitari e sociali (UDP- servizio sociale professionale e segretariato sociale) |  |  |  |
|  |   | programma 08 - cooperazione e associazionismo  |  |  |  |
|  |   | 3*   | TOT. SPESA DISTRETTO                                     |  |  |
| 4  | TOT. FONDI (1*+2*+3*)   |  |  |  |  |
| A  | I programmi sono relativi alla Missione 12.   |  |  |  |  |
| B  | Gli importi da inserire sono relativi a quelli dell'ultima rendicontazione approvata.   |  |  |  |  |
| C  | L'importo da inserire è dato dal rapporto tra quello inserito nella colonna B e il numero di abitanti dell'anno di programmazione.      |  |  |  |  |
| D  | % di spesa relativa a ciascun importo della colonna B per il totale della spesa sociale del Comune o del Distretto( riga 1* o 2* o 3*). |  |  |  |  |

8



La **Tabella B** seguente mostra la qualità della spesa sociale, evidenziando la percentuale di risorse investite nelle prestazioni rientranti nei LEPS – come individuati negli articoli della l.r. 11/2016 - ed il peso di ogni singolo LEPS all'interno della spesa sociale complessiva fotografata nella Tabella A.

Tale rilevazione è necessaria per mettere in risalto l'allocazione delle risorse tra gli interventi e rimodulare in tal modo la spesa sulla base del fabbisogno precedentemente individuato per poter così massimizzare le risorse prioritariamente in favore dei LEPS.

**Tabella B: riclassificazione della spesa per Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (art. 22 L.R. n. 11/2016)**

**Riclassificazione della spesa sociale per singoli LEPS**

| LEPS  | Riferimen<br>ti l.r.<br>11/2016 | N. ABITANTI | ENTE                         | A  | B               | C   |
|---|---------------------------------|-------------|------------------------------|--|-----------------|---|
|   |                                 |             |                              | COSTO TOTALE PER<br>SINGOLO LEPS DI<br>RIFERIMENTO DA<br>RENDICONTO ANNO ... | SPESA PROCAPITE | % DEL COSTO DEL<br>SINGOLO LEPS SULLA<br>SPESA TOTALE FONDI<br>(Riga 4* - Tab. A) |
| Servizio di segretariato<br>sociale                           | Art. 23                         |             | Comune 1                     |  |                 |   |
|   |                                 |             | Comune 2                     |  |                 |   |
|   |                                 |             | Distretto socio<br>sanitario |  |                 |   |
|   |                                 | TOTALE      |                              |  |                 |   |
| Punto unico di accesso<br>alle prestazioni<br>socio sanitarie | Art. 52                         |             | Comune 1                     |  |                 |   |
|   |                                 |             | Comune 2                     |  |                 |   |
|   |                                 |             | Distretto socio<br>sanitario |  |                 |   |
|   |                                 | TOTALE      |                              |  |                 |   |
| Servizio sociale<br>professionale                             | Art. 24                         |             | Comune 1                     |  |                 |   |
|   |                                 |             | Comune 2                     |  |                 |   |

|   |                          |        |                           |  |  |  |
|---|--------------------------|--------|---------------------------|--|--|--|
|   |                          |        | Distretto socio sanitario |  |  |  |
|   |                          | TOTALE |                           |  |  |  |
| Servizio di assistenza domiciliare e assistenza domiciliare integrata | Art. 26                  |        | Comune 1                  |  |  |  |
|   |                          |        | Comune 2                  |  |  |  |
|   |                          |        | Distretto socio sanitario |  |  |  |
|   |                          | TOTALE |                           |  |  |  |
| Pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza              | Art. 30                  |        | Comune 1                  |  |  |  |
|   |                          |        | Comune 2                  |  |  |  |
|   |                          |        | Distretto socio sanitario |  |  |  |
|   |                          | TOTALE |                           |  |  |  |
| Centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario   | Art. 27 e Art. 28, c. 1; |        | Comune 1                  |  |  |  |
|   |                          |        | Comune 2                  |  |  |  |
|   |                          |        | Distretto socio sanitario |  |  |  |
|   |                          | TOTALE |                           |  |  |  |
| Strutture residenziali e semiresidenziali per                         | Art. 31                  |        | Comune 1                  |  |  |  |
|   |                          |        | Comune 2                  |  |  |  |

|                                |          |   |                           |                               |  |  |
|--------------------------------|----------|---|---------------------------|-------------------------------|--|--|
| soggetti con fragilità sociali |          |   | Distretto socio sanitario |                               |  |  |
|                                | TOTALE   |   |                           |                               |  |  |
|                                |          |   |                           | <b>TOTALE SPESA LEPS</b><br>€ |  |  |
|                                |          |   | <b>D</b>                  | <b>%</b>                      |  |  |
|                                | <b>A</b> | deve essere indicata la spesa certificata da ultimo rendiconto approvato per ciascun LEPS   |                           |                               |  |  |
|                                | <b>B</b> | indicare la cifra ricavata dal rapporto tra gli importi inseriti nella colonna A ed il numero di abitanti di ciascun comune/ distretto. |                           |                               |  |  |
|                                | <b>C</b> | % di spesa di ciascun LEPS rispetto alla spesa totale, ricavata quest'ultima dalla riga 4 della Tabella A.                              |                           |                               |  |  |
|                                | <b>D</b> | rapporto tra totale spesa per i LEPS e totale spesa sociale ricavata quest'ultima dalla riga 4 della Tabella A                          |                           |                               |  |  |

Le due Tabelle A e B, debitamente compilate, vanno inserite nella parte introduttiva del nuovo Piano Sociale di Zona.

2) la rilevazione di dati e informazioni quali-quantitativi riguardanti i comuni afferenti a ciascun distretto socio sanitario

3) l'elaborazione da parte dell'Ufficio di Piano, con l'ausilio delle informazioni ricavate, di un quadro analitico dell'offerta, della domanda sociale ed una rappresentazione sotto l'aspetto geografico e demografico.

Dal confronto tra l'attitudine alla spesa sociale, la qualità della spesa (LEPS/non LEPS) ed il fabbisogno rilevato, il Comitato Istituzionale, al quale l'Ufficio di Piano presenta i dati rilevati ed elaborati, procede ad individuare, "OBIETTIVI e PRIORITÀ" per la successiva programmazione sociale, il tutto al fine di ridurre la frammentazione del welfare locale ed il raggiungimento di una più efficace lettura del bisogno.

## **5. La Programmazione del Piano sociale di zona**

### 1. Prima fase – programmazione

Al termine del percorso illustrato in precedenza l'Ufficio di Piano, ricevuti gli indirizzi di cui ai punti a) e b) dell'articolo 48, comma 2, lettere a) e b) della l.r. 11/2016, procede all'elaborazione di un'ipotesi di Piano sociale di Zona. Questa fase deve esplicitare le modalità con cui realizzare gli obiettivi strategici e le priorità di intervento, ed esplicitare gli strumenti e i mezzi per la realizzazione e la gestione dei servizi e degli interventi del sistema integrato, declinando le risorse umane, finanziarie e strumentali ricogniti, ivi compresa l'utilizzazione dei sistemi informativi e le modalità di relazione con l'azienda sanitaria locale di riferimento (convenzione o accordo di programma ai sensi dell'articolo 52, comma 3 l.r. 11/2016).

In materia di integrazione sociosanitaria, il Piano Sociale di Zona deve indicare gli indirizzi per l'organizzazione e la gestione coordinata e integrata, nell'ambito del distretto sociosanitario, delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, a carico dei comuni, con le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, a carico dell'azienda sanitaria locale, in modo da riassumerle in un cruscotto unico di utenza e servizi, evitando sovrapposizioni.

L'Ufficio di Piano individua, nel dettaglio, le modalità di gestione dei singoli interventi prevedendo tempi, risorse umane, finanziarie e forme di affidamento dei servizi (appalti e/o coprogettazione). In questo momento programmatico si può ipotizzare su quali servizi ed interventi fare ricorso al metodo della "co-progettazione", ovvero della progettazione partecipata e del lavoro in rete sul territorio, nel rispetto della normativa in materia di trasparenza e pubblicità.

In materia di procedure per la coprogettazione gli uffici di piano seguono quanto stabilito dalla normativa nazionale, con particolare riferimento al codice dei contratti (decreto legislativo n. 50 del 2016) e dal codice del terzo settore (in particolare l'articolo 55 del decreto legislativo n. 117 del 2017), nonché dalle linee guida approvate dalla Regione Lazio con deliberazione della Giunta regionale 13 giugno 2017, n. 326.

Si evidenzia che durante il periodo di emergenza epidemiologica (vedi par. 9) sono stata emanate alcune disposizioni di legge in deroga alla normativa del codice dei contratti pubblici come ad esempio l'articolo 48 del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla L. 24 aprile 2020, n. 27 e successive modifiche in materia di prestazioni alternative all'attività dei centri diurni socioassistenziali che hanno previsto esplicitamente il ricorso al metodo della coprogettazione, le esperienze maturate vanno considerate propedeutiche alle attività di coprogettazione nella definizione del percorso per l'approvazione dei Piani sociali di zona distrettuali.

I diversi attori sociali ed istituzionali vengono coinvolti nella governance delle politiche sociali locali, allo scopo di corresponsabilizzarli e rafforzare il senso di appartenenza verso progetti e programmi della rete locale dei servizi. Tali processi partecipativi di co-progettazione territoriale si realizzano attraverso partnership tra ente pubblico e soggetti del terzo settore, così da costruire politiche pubbliche con il coinvolgimento dell'intera società civile, in attuazione dei principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare ai sensi dell'art. 55 del decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 (Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106) e nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo 18 aprile 2016 n. 50 (Codice dei contratti pubblici).

## 2. Una seconda fase di partecipazione.

Una volta redatta la proposta di Piano sociale di zona ed individuati gli attori coinvolti nella condivisione e rielaborazione del Piano Sociale di Zona di seguito specificati, l'Ufficio di Piano convoca i Tavoli Tematici, articolati secondo le macroattività indicate nel Nomenclatore. Tali tavoli devono essere convocati almeno due volte l'anno: uno preliminare alla programmazione territoriale definitiva per la condivisione dei bisogni censiti, l'emersione di nuove criticità e la valutazione degli interventi in corso e uno successivo per la verifica e la valutazione della programmazione realizzata.

Gli attori coinvolti sono individuati tra le reti associative di secondo livello del Terzo settore (L.R. n.11 art.39), tra gli attori delle altre politiche (del lavoro, della scuola, abitative, ecc.) poiché il benessere della persona si raggiunge tentando di dare una risposta unitaria ai suoi molteplici bisogni. In questa fase il documento potrà essere oggetto di rimodulazione. Inoltre, ai sensi dell'articolo 42 della l.r. 11/2020, deve essere garantita l'informazione completa, la consultazione e la concertazione con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

La Regione ha previsto nella l.r. 11/2016 che le organizzazioni di volontariato e le reti associative di secondo livello del terzo settore siano coinvolte nella fase istruttoria di elaborazione del piano di zona ed esprimano parere sulla proposta di piano. Pertanto, gli uffici di piano dei distretti sociosanitari sono tenuti a convocare tavoli di confronto con le organizzazioni sindacali e le reti associative del terzo settore al fine di illustrare la proposta di piano.

Al termine di questa seconda fase l'UDP in base al confronto con gli attori sociali fissa le modalità di realizzazione e gestione degli interventi e servizi.

## 3. Ultima fase di stesura definitiva e approvazione:

Stesura definitiva del nuovo modello di PSDZ che segue il seguente schema:

- Introduzione

1. Gli obiettivi strategici e le priorità di intervento **(punto cardine a)**
2. Gli obiettivi economici e finanziari da assegnare ai responsabili dell'attuazione del piano finalizzati alla loro valutazione. Descrizione della struttura organizzativa dell'ufficio di Piano e risorse destinate. **(punto cardine b)**
3. Stato e riclassificazione della spesa per singolo comune e per singolo LEPS relativo all'esercizio finanziario 2019 (da aggiornare annualmente) e importo complessivo delle risorse finanziarie del Piano di zona **(Tabella A e B fase preparatoria)**.
4. Stati di bisogno, miglioramento dei servizi **(descrizione punti 2 e 3 fase preparatoria, punto cardine c)**
5. Livelli essenziali delle prestazioni **(target di programmazione e collegamento con la singola scheda descrittiva)**
6. Attività socioassistenziali non rientranti nel LEPS (target di programmazione e collegamento con la scheda descrittiva)
7. Attività sociosanitarie (Quadro delle attività sociosanitarie su cui acquisire l'intesa con il distretto sanitario e definizione delle relative risorse) **(punti cardine e ed f)**
8. relazione sulle attività di partenariato svolte **(punto cardine g e comma 5 articolo 48)**
9. Sistema di monitoraggio delle attività previste nel Piano **(punti cardine h, i, j)**
10. **Schede di progettazione**
11. **Scheda riassuntiva dei servizi e degli interventi (Tabella C)**
12. **Schema riepilogativo per macro attività (Tabella D)**

Allegati

- Verbali dei tavoli di partenariato e di consultazione con il Terzo Settore e con le OO.SS.;
- intesa con il distretto sanitario;
- elenco di autorizzazioni o accreditamenti delle strutture socioassistenziali finanziate;
- i modelli per singolo LEPS / per interventi non LEPS;
- Appendice statistica

**Per ogni LEPS si inseriscono tante schede quanti sono gli interventi/servizi riconducibili a quel LEPS;** qualora lo stesso intervento sia realizzato in via transitoria anche a livello comunale dovrà essere inserita anche la scheda ad esso relativa specificando quando questo intervento assumerà la forma associata distrettuale.

Il format/modello da utilizzare è quello di seguito allegato:

**Schede di progettazione**

**LEPS art. ....**

**Altro**

**Denominazione intervento/servizio:**

---

**Annualità: 2021-2023**

**Distretto socio-sanitario:**



Scheda di progettazione LEP art..../Altro

INTERVENTO: ...

2021-2023

Distretto socio-sanitario:

Macroattività Decreto FNPS allegato D e SIOSSCodifica

Macrotipologia

**Descrizione sintetica dell'intervento (gestione distrettuale/comunale, obiettivi, target utenza, attività, orari, sede):**

Organizzazione dell'Intervento/Servizio sul territorio. Presenza di un Regolamento. Indicazione se gestione distrettuale o comunale:

(se comunale allegare la scheda descrittiva dell'intervento trasmessa dal Comune all'Udp)

Obiettivi:

Target utenza:

Attività:

Orari:

Sede:

Se trattasi di struttura, verificare l'esistenza del relativo atto di autorizzazione al funzionamento ai sensi della L.R. n 41/2003 e s.m.i. e DGR 1304/2004 e s.m.i. – DGR 1305/2004 e s.m.i. e di quello di accreditamento ai sensi della L.r.11/2016 art. 32 e DGR 124/2015 e DGR 130/2018 e di seguito riportarne gli estremi:

**UTENZA**

**Numeri utenti 2019**

**Utenza prevista nel triennio 2021-2023**

**2021** \_\_\_\_\_

**2022** \_\_\_\_\_

**2023** \_\_\_\_\_

**Esistenza di una lista d'attesa?**

SI'

NO

**Se sì quantificare il numero di utenti in attesa:** \_\_\_\_\_

**Esistenza di una graduatoria distrettuale/sovradistrettuale?**

SI'

NO

Se sì, indicare i criteri in base ai quali è stata redatta:

**MODALITÀ DI AFFIDAMENTO DELL'INTERVENTO/ SERVIZIO**

**Titolo giuridico e durata dell'affidamento dell'intervento/servizio:**

**(procedura ad evidenza pubblica, affidamento diretto, gestione diretta, altro)**

---

---

**Soggetto erogatore del servizio:**

---

---

**Indicare il numero e le figure professionali coinvolte:**

---

---

**RISORSE FINANZIARIE**

**Costo totale intervento/servizio (prima annualità):**

€ \_\_\_\_\_

**Quota regionale:**

€ \_\_\_\_\_

**Cofinanziamento (specificare Comuni/ASL/Altro):**

€ \_\_\_\_\_

**Se prevista compartecipazione da parte degli utenti, quantificare:**

€ \_\_\_\_\_

**Standard quantitativi Risultati attesi**

**Individuati successivamente dall'Osservatorio delle politiche sociali e approvati dalla Giunta**

**Metodologia e indicatori scelti per la misurazione degli obiettivi:**

---

---



Il Piano Sociale di zona contiene inoltre l'importo delle risorse finanziarie programmate rappresentate in un apposito schema coerente con il Nomenclatore degli interventi e dei servizi sociali di cui al paragrafo 1 del presente documento. Al fine di uniformare le modalità di rappresentazione della spesa tra livello distrettuale, regionale e statale, le risorse finanziarie programmate dovranno essere allocate nello schema riepilogativo di seguito riportato nella Tabella D, dove viene indicato il dato aggregato a livello di macroattività per ogni intervento e servizio di ciascuna Area.

**Tabella D**

| Attività      |   |     | Aree Assistenziali   |                         |            |                             |         | Quota di natura socio sanitaria a carico della Asl            |  |
|---------------|---|-----|--|-------------------------|------------|-----------------------------|---------|---|--|
| Macroattività | Interventi e servizi sociali                  |     | Area 1   |                         | Area 2     |                             | Area 3  | costituzione<br>si/no; eventuale quantificazione<br>ammontare |  |
|               |   |     | Famiglia e Minori  | Anziani autosufficienti | Disabilità | Anziani non autosufficienti | Povertà |   | Disagio adulti, dipendenze, salute mentale |
| A.            | Accesso, valutazione e progettazione          | A.1 | Segretariato Sociale   |                         |            |                             |         |   |  |
|               |   | A.2 | Servizi sociale professionale  |                         |            |                             |         |   |  |
|               |   |     | PUA  |                         |            |                             |         |   |  |
| A.3           | Centri anti violenza                          |     |  |                         |            |                             |         |   |  |
| B.            | Misure per il sostegno e l'inclusione sociale | B.1 | Integrazione al reddito  |                         |            |                             |         |   |  |
|               |   | B.2 | Sostegno socio educativo territoriale o domiciliare                      |                         |            |                             |         |   |  |
|               |   | B.3 | Sostegno socio-educativo scolastico                                      |                         |            |                             |         |   |  |
|               |   | B.4 | Supporto alle famiglie e alle reti familiari                             |                         |            |                             |         |   |  |
|               |   | B.5 | Attività di mediazione   |                         |            |                             |         |   |  |
|               |   | B.6 | Sostegno all'inserimento lavorativo                                      |                         |            |                             |         |   |  |
|               |   | B.7 | Pronto intervento sociale e interventi per la povertà                    |                         |            |                             |         |   |  |
|               |   | B.8 | Altri interventi per l'integrazione e l'inclusione sociale               |                         |            |                             |         |   |  |
| C.            | Interventi per favorire la domiciliarità      | C.1 | Assistenza domiciliare socio-assistenziale                               |                         |            |                             |         |   |  |
|               |   | C.2 | Assistenza domiciliare Integrata con servizi sanitari                    |                         |            |                             |         |   |  |
|               |   | C.3 | Altri interventi per la disabilità                                       |                         |            |                             |         |   |  |
|               |   | C.4 | Trasporto sociale  |                         |            |                             |         |   |  |
| D.            | Centri servizi, diurni e semi-residenziali    | D.1 | Centri con funzione socio-educativa-ricreativa                           |                         |            |                             |         |   |  |
|               |   | D.2 | Centri con funzione socio-assistenziale                                  |                         |            |                             |         |   |  |
|               |   | D.3 | Centri e attività a carattere socio-sanitario                            |                         |            |                             |         |   |  |
|               |   | D.4 | Centri servizi per povertà estrema                                       |                         |            |                             |         |   |  |
|               |   | D.5 | Integrazione retta/ voucher per centri diurni                            |                         |            |                             |         |   |  |
| E.            | Strutture comunitarie e residenziali          | E.1 | Alloggi per accoglienza di emergenza                                     |                         |            |                             |         |   |  |
|               |   | E.2 | Alloggi protetti   |                         |            |                             |         |   |  |
|               |   | E.3 | Strutture per minori a carattere familiare                               |                         |            |                             |         |   |  |
|               |   | E.4 | Strutture comunitarie a carattere socio-assistenziale                    |                         |            |                             |         |   |  |
|               |   | E.5 | Strutture comunitarie a carattere socio-sanitario                        |                         |            |                             |         |   |  |
|               |   | E.6 | Strutture di accoglienza notturna per povertà estrema                    |                         |            |                             |         |   |  |
|               |   | E.7 | Servizi per Aree attrezzate di sosta per comunità rom, sinti e caminanti |                         |            |                             |         |   |  |
|               |   | E.8 | Integrazione retta/ voucher per strutture residenziali                   |                         |            |                             |         |   |  |

Al termine del percorso il responsabile dell'Ufficio di Piano sottopone il documento al Comitato Istituzionale dei Sindaci/Assemblea Consortile/ Presidenti dei Comuni delle Unioni, che ne deliberano l'adozione. Seguirà l'invio dello stesso attraverso PEC alla Direzione regionale per l'Inclusione sociale per l'acquisizione del parere. I distretti socio sanitari dovranno esplicitare poi, le modalità partecipative dei cittadini, utenti, operatori pubblici e privati per misurare il cambiamento prodotto sui diretti beneficiari e sulla collettività (Tavolo tematico valutativo).

Ai fini di una lettura immediata, di seguito si riporta schematicamente il percorso di predisposizione del Piano Sociale di Zona.

|  |  |
|--|--|
| FASE PREPARATORIA: FOTOGRAFIA                                      | a) Censimento dello stato della spesa dei Comuni associati secondo Tabella A e Tabella B   |
|  | b) Rilevazione dei fabbisogni e dell'offerta dei servizi (elaborazione di dati di informazione quali-quantitativi riguardanti i comuni afferenti a ciascun distretto sociosanitario)                                   |
|  | c) Elaborazione da parte dell'Ufficio di Piano, con l'ausilio delle informazioni ricavate, di un quadro analitico dell'offerta, della domanda sociale ed una rappresentazione sotto l'aspetto geografico e demografico |
| FASE 1 PROGRAMMAZIONE  | 1a) Definizione degli obiettivi strategici e delle priorità di intervento da esplicitare nel Psdz  |
|  | 1b) Definizione delle risorse con l'indicazione della loro provenienza   |
|  | 1c) Elaborazione di un'ipotesi di Piano di Zona  |
|  | 1d) Individuazione delle modalità di gestione dei singoli interventi prevedendo tempi, risorse umane, finanziarie e forme di affidamento dei servizi (appalti e/o coprogettazione)                                     |
|  | 1e) Individuazione degli attori coinvolti nella costruzione del PdiZ, che dovranno partecipare ai Tavoli Tematici preliminari.   |
| FASE 2 PARTECIPAZIONE  | 2a) Partecipazione: convocazione Tavoli tematici e coinvolgimento nella fase istruttoria delle organizzazioni sindacali e reti associative di secondo livello del Terzo Settore. (allegare verbali relativi)           |
|  | 2b) Eventuale rimodulazione della proposta di Piano di Zona a seguito del confronto  |
|  | 2c) Individuazione da parte dell'Ufficio di Piano delle modalità di realizzazione e gestione degli interventi e servizi.   |
| FASE 3 DEFINIZIONE FINALE DEL PIANO SOCIALE DI ZONA - APPROVAZIONE | 3a) Compilazione della Tabella allegata C per la allocazione delle risorse economiche  |
|  | 3b) Compilazione delle schede descrittive per ogni intervento/servizio riconducibili ad ogni singolo LEPS, con il supporto del Nomenclatore, utilizzando il format allegato al presente documento                      |
|  | 3c) Descrizione, per ogni singolo intervento, degli indicatori di monitoraggio individuati per la valutazione del raggiungimento degli standard quantitativi e qualitativi.  |
|  | 3d) Presentazione del Piano Sociale di Zona al Comitato Istituzionale/Assemblea consortile/Presidenti dell'Unione dei Comuni per la sua adozione   |
|  | <b>3e) Trasmissione del documento alla Regione Lazio entro il 30 aprile 2021</b>   |
|  | 3f) Stabilire le modalità ed i luoghi per la pubblicizzazione del Piano Sociale di Zona.   |
| FASE 4 VALUTAZIONE   | 4a) Stabilire le modalità partecipative dei cittadini, utenti, operatori pubblici e privati per misurare il cambiamento prodotto sui diretti beneficiari e sulla collettività – Tavolo tematico valutativo             |

## **6. Le risorse e la loro ripartizione tra i distretti sociosanitari**

Al fine di stabilire la quota annuale da destinare ai distretti sociosanitari per il finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (ex misure 1 e 2), la Giunta regionale si è attenuta ai nuovi criteri indicati nel Piano Sociale Regionale e definiti nella deliberazione della Giunta regionale 19 dicembre 2019, n. 971 ed ha, pertanto, provveduto, con determinazione n. G00472 del 21 gennaio 2020, a ripartire le relative risorse per il finanziamento dei piani di zona 2019.

È opportuno evidenziare fin d'ora che, in una visione futura, emerge la difficoltà di aggiornare le quote del riparto con i medesimi criteri, in quanto uno degli indici dettati dal Piano Sociale Regionale, l'indice di vulnerabilità, presenta per sua natura difficoltà nell'aggiornamento annuale; pertanto si è avviato un percorso di riflessione sull'individuazione di nuovi criteri più agevoli e semplici da aggiornare e da introdurre in futuri aggiornamenti del Piano Sociale regionale.

Riguardo al meccanismo contabile di riprogrammazione delle risorse regionali destinate ai Piani di Zona, la normativa previgente all'attuale L.R. n.11/2016 prevedeva l'istituzione nel bilancio distrettuale di un fondo la cui consistenza era definita dalle risorse regionali trasferite ma non utilizzate e non gravate da obbligazioni giuridicamente vincolanti, la cui consistenza doveva essere periodicamente certificata.

Tali somme erano utilizzate per finanziare i Piani di Zona dell'anno successivo, ed erano utilizzate dai distretti sociosanitari in alternativa a nuovi trasferimenti regionali nella parte eccedente la quota di assegnazione annuale, andando a diminuire l'impegno regionale.

La legge regionale 21 febbraio 2020, n. 1 "Misure per lo sviluppo economico, l'attrattività degli investimenti e la semplificazione", all'articolo 14, comma 7, prevede quanto segue:

"Al fine di consentire l'utilizzazione delle risorse erogate dalla Giunta regionale nell'ambito della programmazione antecedente all'approvazione del piano sociale regionale di cui alla deliberazione consiliare 24 gennaio 2019, n. 1 (Piano sociale regionale denominato "Prendersi cura, un bene comune"), che non siano oggetto di obbligazioni giuridicamente vincolanti alla data di entrata in vigore della presente legge nei bilanci dei comuni capofila e degli enti responsabili della gestione associata del sistema dei servizi sociali, con deliberazione della Giunta regionale si provvede alla ricognizione ed alla destinazione per le medesime finalità, a valere sul triennio 2020-2022, delle risorse regionali e statali trasferite a diverso titolo ai distretti sociosanitari negli anni 2014-2019, fermo restando il vincolo di destinazione delle risorse statali."

Quindi la Giunta regionale, con propria deliberazione 5 maggio 2020, n 233 (Legge regionale 27 febbraio 2020, n. 1 "Misure per lo sviluppo economico, l'attrattività degli investimenti e la semplificazione". Ricognizione delle risorse trasferite ai distretti socio sanitari e individuazione dei nuovi termini per la scadenza dei procedimenti di cui alle deliberazioni della Giunta regionale 17 dicembre 2019, n.971 e 17 marzo 2020, n.115), ha approvato la ricognizione delle risorse assegnate ai distretti socio sanitari a valere sulle risorse regionali e statali a partire dal 2014 fino al 31 dicembre 2019,

La suddetta delibera ha inoltre fissato al 31 luglio 2020 il termine di presentazione da parte dei distretti sociosanitari della rendicontazione dei piani di zona relativamente all'annualità 2019 e precedenti e del piano sociale di zona per l'annualità 2020.

## **7. L'attività istruttoria regionale**

Ai fini dell'esercizio da parte dei competenti uffici regionale dell'attività istruttoria legata all'erogazione delle risorse finanziarie, di seguito viene evidenziato il percorso con le tempistiche da rispettare:

- **ENTRO 30 APRILE 2021:** trasmissione alla Regione del NUOVO MODELLO DI PSDZ, triennio di riferimento 2021-2023, con successiva presa d'atto da parte della struttura regionale competente.

Da tale ultima data ha inizio il procedimento istruttorio al fine di esprimere un parere riguardo alla programmazione distrettuale presentata. Tale iter ripercorre quello già vigente nella passata programmazione. Nella fase istruttoria la regione potrà richiedere integrazioni e correzioni a secondo della rispondenza

L'istruttoria regionale si concluderà con un provvedimento di presa d'atto della programmazione distrettuale. In caso di parere negativo sulla programmazione la struttura direzionale responsabile invierà una apposita nota al distretto socio-sanitario esplicativa dei motivi ostativi all'espressione di un parere favorevole.

La Regione Lazio sta procedendo ad un aggiornamento della piattaforma informatica in base alla quale precedentemente si caricavano i documenti programmatici dei piani di zona e si svolgeva l'attività di monitoraggio finanziario. Una volta testata la nuova applicazione la direzione regionale provvederà con propria circolare ad esplicitare gli adempimenti a carico dei distretti sociosanitari.

- **ENTRO IL 31 DICEMBRE 2021:** presentazione dell'eventuale aggiornamento del PSDZ per l'anno 2022.
- **ENTRO IL 30 APRILE 2022:** presentazione dell'eventuale aggiornamento del PSDZ per l'anno 2023.

In relazione alle modalità di rendicontazione delle spese sostenute per l'attuazione dei piani sociali di zona da parte dei distretti sociosanitari la determinazione dirigenziale n. G11760 del 1° ottobre 2015 (Approvazione del Manuale di rendicontazione delle spese sostenute dagli ambiti territoriali socio assistenziali del Lazio per l'attuazione delle misure dei Piani sociali di zona), in vigore della legge regionale 1 settembre 1996, n. 38 – abrogata poi dalla l.r. 11/2016 -, ne ha codificato le fasi del procedimento per l'approvazione.

Il procedimento riguardava il controllo e l'approvazione della rendicontazione di un'annualità di programmazione delle risorse regionali assegnate per i Piani sociali di zona ad un singolo ambito territoriale e si concludeva con un atto amministrativo/contabile dirigenziale che certificava l'utilizzo delle risorse stesse, individuando al contempo le risorse ancora libere da assegnare al Fondo di programmazione e Governo di cui all'allegato 2 della Deliberazione di Giunta regionale n. 88 del 2012.

Con la citata DGR 223/2020 il sistema per la quantificazione del fondo di programmazione è cambiato e anche il procedimento di rendicontazione della spesa sociale andrà rivisto con successivo provvedimento regionale che potrà identificare anche indicatori che valutano e promuovono il valore della cooperazione sociale e dell'associazionismo.

Si procederà pertanto ad aggiornare il Manuale di rendicontazione rendendolo coerente con il nuovo modello dei Piani sociali di zona che passano dall'organizzazione per misura alla programmazione per livello essenziale delle prestazioni.

## **9. Attuazione, monitoraggio e valutazione. Ruolo dell'Osservatorio regionale delle politiche sociali**

Una volta ottenuto il parere regionale avrà inizio l'attività attuativa del Piano sociale di zona e le operazioni di monitoraggio dello stesso. In un percorso evolutivo delle azioni di governance locale e di supporto alle attività proprie dell'Ufficio di Piano, è indispensabile soffermarsi sulle attività di monitoraggio e valutazione degli interventi e servizi inseriti nel Piano sociale di Zona, "attività integrante e qualificante della programmazione delle politiche sociali", come sottolinea il Piano Sociale Regionale.

La rilevazione sistematica di informazioni e dati, sia di tipo qualitativo (valutazione) che quantitativo (monitoraggio), è propedeutica: alla misurazione dello stato di attuazione dei progetti (valutazione in itinere), ad eventuali modifiche da apportare al progetto originario, alla valutazione dell'efficacia degli interventi al loro termine; ai vantaggi apportati ai diretti beneficiari ed al contesto circostante (valutazione ex post).

Attraverso gli strumenti del monitoraggio e della valutazione, il soggetto pubblico si espone e si assume le proprie responsabilità sui risultati conseguiti. La Giunta regionale, in collaborazione con l'Osservatorio regionale delle politiche sociali elaborerà indicatori per misurare la qualità di ciascun servizio/progetto del PsdZ.

L'Osservatorio regionale delle Politiche sociali "coordina e realizza le azioni di monitoraggio del sistema dell'offerta e della domanda dei servizi sociali, della spesa sociale della Regione e degli enti locali, dello stato di attuazione del piano sociale regionale e dei piani sociali di zona, della qualità dei servizi erogati, nonché dei risultati delle politiche sociali adottate a livello regionale e locale" (articolo 63, comma 1, della l.r. 11/2020).

La deliberazione della Giunta regionale 24 aprile 2019, n. 250 ha stabilito la composizione ed il funzionamento e con decreto del Presidente n. T00043 del 27 febbraio 2020 sono stati nominati i componenti del primo Osservatorio che dureranno in carica per tre anni.

L'Osservatorio avrà un ruolo fondamentale per il monitoraggio e la valutazione dei servizi e degli interventi con particolare attenzione per l'elaborazione degli indicatori per la misurazione della qualità in attuazione di quanto indicato nel piano sociale regionale, con particolare riferimento alla modalità di verifica dei risultati e al sistema di monitoraggio regionale e locale (ved. paragrafo E, pag. 57 e seg.). Un riferimento per l'Osservatorio potrà essere costituito anche dalle indicazioni contenute dalla deliberazione della Giunta regionale 19 febbraio 2019, n. 81 (Approvazione delle "Linee Guida Regionali per la misurazione dell'impatto sociale).

Appena possibile, le informazioni rilevate potranno essere inserite in una piattaforma informatica regionale direttamente dagli Uffici di Piano. In tal modo si contribuirà a costruire un sistema regionale di monitoraggio e valutazione.

Affinché programmazione e metodologia applicata non restino astratte rappresentazioni delle politiche sociali locali, è necessario che in questa fase si evidenzino i criteri scelti per il monitoraggio dei singoli interventi e per la valutazione dei risultati degli stessi su tutta la collettività.

Per garantire la effettiva partecipazione di cittadini, utenti e operatori pubblici e privati ai processi di valutazione e la conseguente traduzione di quanto da essi rilevato sulla programmazione successiva, è necessario rendere "effettivi" e formalizzare i luoghi di confronto e i meccanismi partecipativi.

Nell'ottica dell'implementazione del sistema integrato dei servizi sociali come programmati in attuazione del Piano Sociale Regionale, uno degli elementi innovativi ai quali sottoporre l'azione programmatoria è costituita dalla valutazione d'impatto sociale che, secondo quanto riportato dallo stesso



*Piano, “è finalizzata alla ricostruzione, alla misurazione e alla stima degli effetti positivi o meno, attesi o inattesi, di un programma o di un progetto, rispetto ai beneficiari diretti e, in generale, alla platea dei portatori di interesse – in primo luogo rinvenibili sul territorio. L’impatto sociale è una ricaduta generata da pressoché tutte le organizzazioni, siano esse pubbliche o private, profit o non profit e così via “.*

Al fine di rendere effettiva, dal prossimo PSDZ, la valutazione di impatto relativamente ai servizi/interventi in esso presenti, l’attuazione partecipata a livello di distretto socio-sanitario è condizione preliminare del processo di stesura. Per gli interventi di nuova istituzione, la prima valutazione ex post, in un lasso temporale non superiore all’anno, costituisce elemento necessario per una misurazione quali-quantitativa dalla quale poter trarre indicazioni per la continuazione o modifica dell’intervento.

L’espletamento del percorso partecipativo e l’individuazione dei criteri per la valutazione d’impatto della programmazione costituiscono, per i prossimi anni, elementi essenziali dell’istruttoria regionale sui Piani Sociali di Zona, pertanto la loro carenza ne impedisce la positiva presa d’atto.

La misurazione del fabbisogno presuppone l’individuazione di una quantità di servizi che tutti i Distretti sono tenuti ad assicurare, e rappresenta, pertanto, lo snodo fondamentale attraverso il quale passano l’efficacia e l’efficienza dei servizi erogati territorialmente, confermando l’ambito/distretto come la dimensione ottimale per la programmazione e la costruzione dei Piani di zona.

## **10. Rimodulazione della Programmazione 2021-2023 alla luce delle buone pratiche attivate per rispondere ai bisogni derivanti dall'epidemia Covid-19.**

Fermo restando il percorso unitario, sopra delineato, da realizzare per la programmazione locale su tutto il territorio regionale, è inevitabile prendere atto dell'attuale fase emergenziale determinata dall'epidemia da Covid-19, delle criticità emerse, delle misure adottate per contrastarne gli effetti negativi su tutti i cittadini, in particolar modo sui soggetti più fragili.

La riflessione, l'elaborazione e la stesura di questo documento sono avvenute antecedentemente al periodo emergenziale sanitario e sociale determinato dalla epidemia da Covid-19, evento che ha determinato uno stravolgimento nella programmazione distrettuale e un ripensamento e una rimodulazione di alcuni servizi essenziali di cui si deve tener conto.

L'esperienza vissuta in questa fase di emergenza sanitaria, economica e sociale, avrà delle ripercussioni negli anni a venire non solo per l'aspetto economico, ma anche per aver fatto emergere risorse e potenzialità inaspettate e riflessioni che vanno approfondite.

Si è constatato, innanzitutto quanto sia fondamentale, soprattutto in momenti di crisi gravi, che il territorio possa contare su una sua regia unica e forte, che sappia prendere rapidamente misure per contrastare o quanto meno ridurre gli effetti delle emergenze e che sia in grado di collaborare e confrontarsi da un lato con i servizi territoriali comunali e dall'altra con le Direzioni Regionali interessate.

Questo ruolo di cabina di regia dei servizi e degli interventi del sistema integrato, sostenuto dalla normativa vigente, deve essere svolto dall'Ufficio di Piano che deve, però, essere messo in condizioni di operare efficacemente, potendo contare su risorse economiche, strumentali, professionali e per la formazione adeguate al compito.

Si dovrà, quindi, mettere i Distretti Socio-Sanitari nella condizione di poter implementare l'efficienza degli Uffici di Piano, consentendo agli stessi una flessibilità maggiore sia nell'organizzazione che nella programmazione dei servizi e degli interventi supportati dalla stessa Regione).

Questa azione da sola non è sufficiente, dovrà essere sostenuta da una governance locale sempre più indirizzata verso una gestione associata delle funzioni, che escluda affidamenti nella gestione dei servizi essenziali a livello di comune singolo, al fine di garantire maggiore efficienza ed efficacia degli interventi, economie di scala, nonché stessi standard quali-quantitativi dei servizi sul territorio, afferenti ad ogni singolo ambito.

Anche se le presenti linee guida richiedono ai distretti sociosanitari una programmazione triennale dei servizi e degli interventi del sistema integrato sociale locale, in questa fase emergenziale e anche in quella immediatamente successiva è ammessa, entro certi limiti, una rimodulazione dei servizi e degli interventi in base agli input e alle esigenze che arrivano dal territorio, e l'invito è quello di riconsiderare il sistema con spirito resiliente, facendo tesoro delle esperienze vissute per riorganizzare il sistema in chiave positiva anche per fronteggiare future analoghe situazioni emergenziali.

Nell'emergenza sanitaria anche per i contenuti di cui all'articolo 48 del decreto legge n.18/2020 convertito nella legge n.27/2020 ha posto al centro dell'attività la metodologia della coprogettazione.

In quest'ottica gli atti di programmazione che la Regione ha adottato nel periodo emergenziale cioè la deliberazione n.115/2020 e la deliberazione n.243/2020 hanno rappresentato un momento anticipatorio della presente programmazione sempre in linea con il Piano Sociale Regionale vigente.

La legge 11/2016 all'art. 30 prevede il servizio di emergenza e pronto intervento quale servizio che affronta l'emergenza e l'urgenza sociale in tempi rapidi e in maniera flessibile; la DGR 115/2020, con la quale si approvano "Misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019 in materia di

servizi sociali”, contiene indicazioni operative in relazione alle misure che i comuni e gli enti capofila dei distretti sociosanitari, nonché il Comune di Roma Capitale adottano per la prevenzione e gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID-2019. Tali modalità operative potranno essere adottate al verificarsi di qualsiasi evento emergenziale.

La fase emergenziale acuta e la successiva fase di riapertura delle attività e dei servizi impongono un rafforzamento o una rimodulazione dei servizi essenziali del Piano sociale di Zona, accanto alla realizzazione di nuove modalità di erogazione delle prestazioni. Di seguito vengono riportate alcune indicazioni, contenute nella DGR 115/2020, nella DGR 243/2020 e in altri provvedimenti regionali emanati nella fase emergenziale, per orientare i distretti nel potenziamento e nella rimodulazione dei servizi:

- **Servizio sociale professionale e Segretariato sociale:** agevolare il lavoro agile per gli operatori di questi Servizi, dotandoli della strumentazione informatica necessaria allo svolgimento delle attività online. Implementarne l’organico per garantire la presa in carico del numero crescente di persone singole e nuclei familiari, che si rivolgeranno ad essi, per assicurare le attività di questi due servizi anche ai piccoli comuni, al fine di attuare le misure messe in atto per contrastare le criticità derivanti dall’epidemia. Potranno continuare a svolgere e a gestire le attività emergenziali tramite i numeri verdi già attivati o da attivare, coordinati dall’Ufficio di piano sulle priorità rispetto all’utenza. Si dovranno sostenere le reti di prossimità che sono presenti sul territorio e promuovere la collaborazione con enti del terzo settore previa stipula di convenzioni o protocolli d’intesa. Sarà necessario dare priorità a persone anziane; persone con disabilità; persone affette da disturbi psichiatrici; persone affette da gravi patologie; nuclei monofamiliari con minori a carico; persone senza fissa dimora; altre situazioni di isolamento sociale e fragilità. Sarà necessario rafforzarne il coordinamento con l’Ufficio di Piano, tramite la figura dell’assistente sociale presente nell’organico di quest’ultimo, per intercettare costantemente tramite loro eventuali nuovi bisogni socio assistenziali emergenti nei comuni.
- **Numero Verde - Teleassistenza:** valutare la prosecuzione dell’attività del numero verde dedicato e del servizio di teleassistenza, così come la possibilità di creare una piattaforma on-line per consentire la visualizzazione di un quadro organico di tutte le iniziative a sostegno delle fasce disagiate e deboli con indicazioni e modalità operative per accedervi;
- **Pronto Intervento Sociale:** implementare tale servizio, dedicandogli un congruo budget finanziario, in considerazione del ruolo primario che continuerà a svolgere e prevedere il supporto delle reti di prossimità coinvolgendo gli enti del Terzo settore per intervenire secondo necessità;
- **Mensa sociale - centri di accoglienza notturna:** prevedere l’istituzione o il prolungamento delle attività di questi servizi per soddisfare i bisogni primari di vita delle persone che versano in gravi condizioni di disagio sociale, economico e familiare come i senza fissa dimora. In merito all’**Accoglienza notturna**, si dovrà valutare la possibilità con gli enti gestori di confermare il prolungamento della permanenza giornaliera nelle strutture da parte degli assistiti anche utilizzando il supporto del volontariato, nonché di aumentare l’offerta del servizio anche utilizzando l’apporto da parte di soggetti del terzo settore sia in termini organizzativi sia in termini di disponibilità di locali.

Relativamente alla **Mensa sociale**, si dovrà valutare l’ipotesi di aumentare l’offerta e/o modificare la parte organizzativa, implementando la distribuzione di pacchi alimentari o pasti giornalieri confezionati, qualora non fosse possibile la distribuzione della mensa di pasti cucinati al momento.

Nell’eventualità dovessero riproporsi situazioni emergenziali si dovranno rispettare le disposizioni che di volta in volta verranno adottate dalle Ordinanze Presidenziali.

**Trasporto sociale:** il servizio nella fase emergenziale, dovrà essere garantito principalmente per consentire le terapie salvavita, all’interno del Distretto.

In relazione alle prescrizioni di natura tecnica da osservare nel trasporto sociale nella fase emergenziale, si fa riferimento a quelle contenute nel punto 6 dell’ordinanza presidenziale n. 37 del 30 aprile 2020:

- a) il passeggero non può occupare il posto disponibile vicino al conducente;
  - b) sui sedili posteriori nelle ordinarie vetture, al fine di rispettare le distanze di sicurezza, non potranno essere trasportati, distanziati il più possibile, più di due passeggeri qualora muniti di idonei dispositivi individuali di sicurezza. In mancanza di dispositivi potrà essere trasportato un solo passeggero;
  - c) nelle vetture omologate per il trasporto di sei o più passeggeri dovranno essere replicati modelli che non prevedano la presenza di più di due passeggeri per ogni fila di sedili, fermo restando l'uso di mascherine;
  - d) è preferibile dotare le vetture di paratie divisorie;
  - e) il conducente deve indossare dispositivi di protezione individuali;
  - f) igienizzazione e disinfezione su base quotidiana e sanificazione periodica dei mezzi adibiti a trasporto.
- **Assistenza domiciliare**, potrà rimanere attiva con tutte le misure di sicurezza per gli operatori e per le persone con disabilità previste nell'Ordinanza o Protocollo o potrà essere rimodulato il Servizio attraverso attività a distanza (laboratori, creazioni di pagine web, letture on-line...), o semplicemente garantire la consegna di generi alimentari e di prima necessità e farmaci a domicilio.
  - **strutture socioassistenziali residenziali: e semiresidenziali e centri diurni**: l'ordinanza n. Z00034 del 30 aprile 2020 ha previsto una serie di prescrizioni valide per tutte le strutture sanitarie, sociosanitari e socioassistenziali. Tali strutture devono garantire il rispetto delle misure per la prevenzione e controllo dell'infezione da SARS -COV-2 e della patologia correlata (COVID -19) di cui all'Allegato A della citata ordinanza. In particolare il personale operante:
    - a) deve svolgere la propria attività lavorativa esclusivamente all'interno di una singola struttura o, qualora la struttura sia dotata di più stabilimenti, esclusivamente all'interno del medesimo stabilimento;
    - b) deve essere dotato dei dispositivi di protezione individuale (DPI) secondo le indicazioni di cui all'Allegato A dell'ordinanza;
    - c) deve svolgere specifici percorsi formativi sull'utilizzo degli stessi, anche utilizzando piattaforme FAD. Qualora le strutture non abbiano completato il percorso formativo e/o acquisito una congrua dotazione di DPI, devono adottare misure idonee ad evitare gli spostamenti e i contatti sociali di tutto il personale operante all'interno della struttura. A tal fine, laddove sussistano le condizioni autocertificate dal singolo dipendente, ai sensi degli articoli 46, 47 e 76 del DPR 445/2000, questi potrà fare ritorno al proprio domicilio, evitando ogni contatto lungo il percorso casa-lavoro-casa e con eventuali conviventi al proprio domicilio. Nel caso non siano garantite le sopra citate condizioni la direzione della struttura dovrà allestire spazi dedicati per il pernottamento del personale.
    - d) deve essere sottoposto al controllo quotidiano in entrata e in uscita della temperatura e che i dati siano annotati su un apposito registro, anche elettronico, da custodire nel rispetto della disciplina in materia di tutela dei dati e compatibilmente con la gestione dell'emergenza. In caso di temperatura >37,5 °C si dovrà provvedere alla misurazione della saturazione di ossigeno ed annotarne parimenti i valori sul registro di cui sopra e attivare le misure di cui all'Allegato A.

Il legale rappresentante della struttura socioassistenziale deve altresì inviare, alla ASL territorialmente competente, la dichiarazione sostitutiva di atto notorio sottoscritta dal legale rappresentante, secondo il modello allegato alla citata ordinanza dell'avvenuta attuazione delle misure indicate nella presente ordinanza e dell'attuazione della formazione e dell'adeguata dotazione e utilizzo dei DPI. Ai sensi dell'ordinanza

presidenziale n. Z00039 dell'8 maggio 2020 l'ASL territorialmente competente deve rilasciare il nulla osta per l'esercizio delle attività da parte della struttura socioassistenziale.

Con l'emanazione del decreto del Presidente del Consiglio del 26 aprile 2020 è stata prevista la riattivazione delle strutture semiresidenziali e dei centri diurni per persone con disabilità (articolo 8) e il combinato disposto dell'ordinanza presidenziale n. Z00038 del 2 maggio 2020 e dell'ordinanza presidenziale n. Z00039 dell'8 maggio 2020 prevede che la loro riapertura è subordinata:

- a) all'adozione da parte della regionale di un piano regionale territoriale, che la Giunta regionale ha approvato con deliberazione 8 maggio 2020, n. 243;
- b) alla presentazione da parte del legale rappresentante della struttura, sia al Comune presso il quale insiste la medesima, sia all'Azienda sanitaria locale di riferimento, della comunicazione attestante l'adozione di tutte le misure di prevenzione e contenimento definite nel piano di cui alla lettera a);
- c) al rilascio del nulla osta da parte dell'ASL competente.

Un ulteriore aspetto che va considerato sono le modalità di lavoro a cui l'emergenza ha costretto gli Uffici di piano spesso in lavoro agile comunque incentrate sull'utilizzo della informatica e dei servizi in rete e a volte da remoto. Una modalità valida per lo scambio tra centro e periferia sono state le video conferenze che potranno essere uno strumento valido anche in periodi ordinari per semplificare la comunicazione tra i diversi soggetti del sistema.

## **11. Considerazioni conclusive**

Come già sottolineato nella premessa, la ratio del presente documento è quella di:

- a) coordinare le modalità di programmazione e realizzazione della rete dei servizi e degli interventi del sistema integrato sociale territoriale con le finalità e gli obiettivi indicati dalla legge regionale n. 11/2016 e dal piano sociale regionale approvato nel gennaio 2019;
- b) costituire un manuale e uno strumento di lavoro per i responsabili e gli operatori degli Uffici di piano;
- c) costituire un univoco riferimento, una base per un linguaggio comune, una piattaforma uniforme per gli enti del terzo settore e gli altri soggetti erogatori delle prestazioni sociali.

Con il presente documento la Giunta regionale indica una nuova modalità procedimentale per la programmazione e la realizzazione del sistema integrato sociale locale, secondo un approccio meno rigido e più rispondente ai mutevoli bisogni del territorio, con margini di flessibilità che lasciano spazio alle responsabilità dei decisori locali.

Essenziale è il coinvolgimento degli enti del terzo settore sia nel momento programmatico sia in quella gestionale, cercando di implementare il ricorso al metodo della “co-progettazione”, della progettazione partecipata e del lavoro in rete sul territorio, nel rispetto della normativa in materia di trasparenza e pubblicità. Il coinvolgimento di diversi attori sociali ed istituzionali nella governance delle politiche sociali locali ha lo scopo di corresponsabilizzarli e rafforzare il senso di appartenenza verso progetti e programmi della rete locale dei servizi nonché di migliorare il rapporto tra amministrazioni pubbliche e società civile.

Partendo dal presupposto che le politiche sociali a livello territoriale devono essere interamente governate a livello di distretto sociosanitario, il presente documento sottolinea il ruolo fondamentale dell’Ufficio di piano e la necessità del suo rafforzamento sia a livello di organico, sia a livello di risorse strumentali. Con successivo provvedimento la Regione Lazio darà ulteriori indicazioni relativamente all’organizzazione dell’ufficio di piano e alla necessaria partecipazione di alcune professionalità.

Inoltre, è emerso come sia fondamentale implementare il servizio di pronto intervento sociale in considerazione del ruolo primario che continuerà a svolgere anche nelle fasi successive all’emergenza epidemiologica nonché sostenere il supporto delle reti di prossimità coinvolgendo le famiglie e il volontariato sociale.

È da sottolineare che i distretti sociosanitari e gli uffici di piano, nonché Roma Capitale dovranno far tesoro dell’esperienza vissuta in questo periodo di emergenza causata dal COVID-19, che ha rivelato come un’unica cabina di regia territoriale possa affrontare in maniera più efficiente momenti di crisi sociali ed economiche gravi e attuare più rapidamente misure che sostengono l’erogazione di medesimi livelli di prestazioni sociali in tutto l’ambito territoriale. È emersa l’importanza di servizi generalmente sottovalutati dalla programmazione zonale ma che si sono rivelati fondamentali in questo periodo come la teleassistenza, l’istituzione di numeri verdi dedicati che possano prontamente orientare la risposta al bisogno. Tali servizi possono dimostrarsi fondamentali nella gestione dei bisogni sociali anche durante i periodi “non di crisi” e costituire la base per strutturare nuove modalità di approccio per la presa in carico delle persone in stato di bisogno.