

Regione Lazio

Atti della Giunta Regionale e degli Assessori

Deliberazione 26 aprile 2017, n. 214

Legge regionale 10 agosto 2016 n. 11, art. 47 comma 2. Approvazione della proposta del Piano sociale regionale denominato "Prendersi cura, un bene comune".

Oggetto: Legge regionale 10 agosto 2016 n. 11, art. 47 comma 2. Approvazione della proposta del Piano sociale regionale denominato “Prendersi cura, un bene comune”.

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA dell'Assessore alle Politiche Sociali, Sport e Sicurezza;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza e al personale regionale”;

VISTO il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale” e successive modificazioni;

VISTO il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 “Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della L. 15 marzo 1997, n. 59”;

VISTA la legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;

VISTA la legge regionale 10 agosto 2016, n. 11 “Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio”;

VISTO il 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” e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA la legge regionale 20 novembre 2001, n. 25 “Programmazione, bilancio e contabilità della Regione”;

VISTA la legge regionale 31 dicembre 2016, n. 17 “Legge di stabilità regionale 2017”;

VISTA la legge regionale 31 dicembre 2016, n. 18 “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2017 – 2019”;

VISTA la deliberazione di Giunta regionale 31 dicembre 2016, n. 857 “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2017-2019. Approvazione del "Documento tecnico di accompagnamento", ripartito in titoli, tipologie e categorie per le entrate ed in missioni, programmi e macroaggregati per le spese”;

VISTA la deliberazione di Giunta regionale 31 dicembre 2016, n. 858 “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2017-2019. Approvazione del "Bilancio finanziario gestionale", ripartito in capitoli di entrata e di spesa;

VISTA la deliberazione di Giunta regionale 17 gennaio 2017, n. 14 “ Applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 10, comma 2 e articolo 39, comma 4, del decreto

legislativo 23 giugno 2011, n.118 e successive modifiche, e ulteriori disposizioni per la gestione del bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2017-2019;

- VISTA la deliberazione di Giunta regionale 14 marzo 2017, n. 118 “Variazioni del bilancio regionale 2017-2019, in applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 42, commi da 9 a 11, del decreto legislativo 23 giugno 2011 n. 118 e successive modifiche”;
- VISTA la deliberazione di Giunta regionale del 21 marzo 2017, n. 126 “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2017-2019. Assegnazione dei capitoli di spesa alle strutture regionali competenti, ai sensi dell'articolo 1, comma 6, lettera c), della legge regionale 31 dicembre 2016, n. 18”;
- VISTA la deliberazione di Giunta regionale 14 dicembre 2015, n. 721 “Modifica del regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 (Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale) e successive modificazioni, nonché del relativo allegato B”;
- VISTA la legge regionale 10 agosto 2016, in particolare, l'art. 46 comma 1, il quale dispone che la Regione Lazio si doti di un Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, denominato “Piano sociale regionale” integrato con la programmazione in ambito sanitario ed in materia educativa e formativa, del lavoro, culturale, sportiva ed abitativa;
- DATO ATTO che con la determinazione dirigenziale 23 dicembre 2014, n. G 18706 si è proceduto all'indizione della gara in economia, tramite procedura negoziata di cottimo fiduciario, per l'affidamento di servizi di assistenza tecnico-scientifica ed operativa per l'elaborazione partecipata del nuovo Piano sociale regionale, con invito rivolto ad otto Università del Lazio componenti il Comitato Regionale di Coordinamento delle Università del Lazio (CRUL) risultate, a seguito di indagine sul sito informatico ufficiale del medesimo CRUL, in possesso delle caratteristiche e delle competenze necessarie allo svolgimento dell'incarico;
- DATO ATTO che con determinazione dirigenziale 10 agosto 2015 n. G09969, si è proceduto alla aggiudicazione definitiva della suddetta gara in favore dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata, in ATS con Forum Nazionale e Regionale del Terzo Settore e Associazione Oasi, sulla base dell'acquisizione degli esiti valutativi rimessi dalla Commissione di gara, istituita con determinazione dirigenziale 2 marzo 2015, n.G02084;
- PRESO ATTO che con contratto sottoscritto dalle parti in data 26 gennaio 2016, registrato dall'Ufficiale rogante con numero Reg. cronologico 18577/2016, si è provveduto a definire le modalità e le tempistiche della collaborazione, nonché ogni altro onere connesso all'espletamento dell'incarico;
- PRESO ATTO altresì, che con determinazione dirigenziale 2 agosto 2016, n. G08866:
- si è definito un nuovo cronoprogramma delle attività complessive affidate all'Università degli Studi di Roma Tor Vergata, fissando al 15 dicembre 2016 il termine per la conclusione dell'incarico e per la presentazione del documento finale dello schema di Piano, senza oneri aggiuntivi per le parti e nel rispetto delle

modalità di svolgimento del servizio oggetto di affidamento, previste dal Capitolato di gara;

- sono stati individuati due diversi livelli organizzativi per la gestione del processo di elaborazione partecipata del nuovo Piano sociale regionale:
 - Comitato di coordinamento, in cui è presente sia la componente tecnica amministrativa della Direzione regionale (direttore e dirigenti) sia la componente politica per garantire la piena coerenza con l'indirizzo politico e strategico dell'amministrazione.
Il suddetto Comitato, nello specifico, aveva il compito di sovrintendere alla redazione del Piano, alla articolazione delle proposte, alla assunzione degli impegni in esso contenuti, di coordinare e monitorare lo sviluppo e l'implementazione del Piano stesso, in relazione con l'Università incaricata dell'assistenza tecnico - scientifica e con gli altri organi del Piano allo scopo di garantire la piena coerenza del documento alle Linee di indirizzo della Giunta regionale;
 - Tavoli tematici, istituiti volta per volta su specifici temi e materie, presieduti dai dirigenti competenti o funzionari delegati per i servizi interessati e partecipati da esperti e tecnici del territorio, dei distretti, del Terzo Settore, delle ASL, ed altri, con compiti di approfondimento tecnico;

DATO ATTO che si è ritenuto necessario procedere alla elaborazione del Piano sociale regionale attraverso un percorso ad alto grado di partecipazione e trasparenza, capace di coinvolgere tutti gli attori sociali e di acquisirne i contributi;

DATO ATTO che con il verbale "Documento riepilogativo e finale del percorso di elaborazione partecipata del nuovo Piano sociale regionale", sottoscritto dai componenti il Comitato di coordinamento, di cui alla determinazione dirigenziale n. G 08866/2016, veniva:

- espresso il parere favorevole sullo schema definitivo del Piano sociale regionale denominato "Prendersi cura, un bene comune", costituito dallo Schema di Piano sociale (testo) e dall'Allegato "Profilo sociale";
- ritenuta conclusa la prima fase di predisposizione del Piano stesso;
- rimesso il documento alla Giunta regionale per il suo recepimento, ai sensi dell'art. 47, comma 1 della L.R. 11/16, per il successivo avvio delle consultazioni previste dalla stessa norma;

VISTO l'art. 47 della legge regionale 10 agosto 2016, n. 11 che, al comma 1, dispone che "lo schema del Piano sociale regionale è predisposto dalla Giunta regionale ed è sottoposto al parere della Conferenza permanente per la programmazione socio sanitaria regionale di cui all'art. 55, di Roma Capitale, della delegazione del CAL, delle reti associative di secondo livello del terzo settore, dell'Osservatorio permanente sulle famiglie, di cui all'art. 10 della l.r. 32/01 e successive modifiche, delle consulte di settore e delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative;

VISTA la deliberazione di Giunta regionale 14 febbraio 2017, n. 57 con la quale si è recepito e fatto proprio lo schema del Piano sociale regionale, denominato "Prendersi

cura, un bene comune”, predisposto al termine di un lungo percorso partecipativo consentendo, così, di avviare la procedura di acquisizione del parere da parte dei soggetti deputati per legge;

DATO ATTO che con nota del 24 febbraio 2017, prot. n. 99338 è stato rimesso ai soggetti interessati, di seguito indicati, il documento concernente lo schema del nuovo Piano sociale regionale, oggetto della suindicata D.G.R. 57/17, per l’acquisizione del previsto parere ai fini della prosecuzione dell’iter di approvazione del Piano:

- Roma Capitale – Sindaco e Assessore alla Persona, Scuola e Comunità solidale ;
- Consiglio delle Autonomie Locali – Delegazione di concertazione con la Giunta;
- Consulta regionale per i problemi della disabilità e dell’handicap;
- CGIL – CISL – UIL;
- AGCI Lazio – Confcooperative Lazio – Lega Coopsociali Lazio;

DATO ATTO che, alla data di elaborazione della presente deliberazione, dalla struttura competente a cui è affidato il coordinamento amministrativo di tutto il percorso di costruzione del nuovo Piano sociale regionale, Direzione regionale Salute e politiche sociali – Area Politiche per l’inclusione, sono stati acquisiti i seguenti pareri:

- Roma Capitale, con nota prot. n.17871 del 24 marzo 2017;
- AGCI Lazio – Confcooperative Lazio – Lega Coopsociali Lazio, con nota del 27 marzo 2017;

RITENUTO in merito alle osservazioni pervenute dai soggetti suindicati di riscontrare alcuni suggerimenti inerenti:

- I servizi per l’abitare/servizi residenziali;
- Forme e percorsi per la continuità assistenziale ospedale – territorio;
- Affidamento familiare;
- Servizi semiresidenziali;
- Requisiti e criteri per lo sviluppo dei centri interculturali per bambini e giovani stranieri ed italiani;
- Gruppi integrati di lavoro;
- Sistema Informativo/ Mappatura dei soggetti e delle competenze;
- Indicatori e standard per migliorare la misurabilità degli obiettivi programmatici;

DATO ATTO ancora, che si è reso necessario apportare modifiche al testo dello schema del nuovo Piano sociale regionale, di cui alla D.G.R. 57/17, per la parte relativa alla Tabella delle risorse finanziarie per l’anno 2017, a seguito delle variazioni - adeguamenti tecnici al bilancio, per l’esercizio finanziario corrente, approvati con apposita deliberazione di Giunta regionale 14 marzo 2017, n. 118;

CONSIDERATO che, come già sottolineato, tutto il processo di costruzione del documento programmatico è stato, comunque, caratterizzato dalla partecipazione e che gli aspetti qualificanti dello schema di Piano, prima dell’adozione della stessa D.G.R. 57/17, sono stati riportati, a cura dell’Assessorato, in un elaborato sintetico oggetto di

confronto con organismi di rappresentanza istituzionale, del mondo dell'associazionismo e delle parti sociali, i quali hanno espresso un convinto apprezzamento per la scelta operata, nonché per gli obiettivi strategici e di servizio nello stesso individuati;

RITENUTO per quanto sopra, di procedere, in conformità alle disposizioni contenute nel comma 2 dell'art. 47 della L.R.11/16, all'approvazione della proposta del nuovo Piano sociale regionale da sottoporre, a seguire, all'esame del Consiglio regionale;

RIBADITO che la presente deliberazione non comporta finalizzazioni dirette di spesa, in quanto ai fini dell'utilizzazione delle risorse necessarie per ciascun intervento previsto dal Piano, si provvederà con successivi atti deliberativi, in conformità a quanto stabilito con la deliberazione di Giunta regionale 17 gennaio 2017, n. 14 e fatto salvo quanto previsto dalla manovra di finanza pubblica, di cui all'art. 1 commi 680 e seguenti della legge 208/2015, con riferimento alle risorse statali;

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa, che si intendono integralmente richiamate:

- 1) di prendere atto che, in risposta alla richiesta di parere inoltrata con nota prot. n. 9938 del 24 febbraio 2017, ai vari soggetti indicati al comma 1, dell'art. 47 della L.R. 11/16, sono pervenuti riscontri da parte di Roma Capitale e AGCI Lazio – Confcooperative Lazio – Lega Coopsociali Lazio;
- 2) di recepire nel testo dello schema del nuovo Piano sociale regionale, alcune osservazioni e suggerimenti attinenti, in particolare:
 - I servizi per l'abitare/servizi residenziali;
 - Forme e percorsi per la continuità assistenziale ospedale – territorio;
 - Affidamento familiare;
 - Servizi semiresidenziali;
 - Requisiti e criteri per lo sviluppo dei centri interculturali per bambini e giovani stranieri ed italiani;
 - Gruppi integrati di lavoro;
 - Sistema Informativo/ Mappatura dei soggetti e delle competenze;
 - Indicatori e standard per migliorare la misurabilità degli obiettivi programmatici;
- 3) di dare atto che si è reso necessario apportare ulteriori modifiche al testo dello schema del nuovo Piano sociale regionale, di cui alla D.G.R. 57/17, per la parte relativa alla Tabella delle risorse finanziarie per l'anno 2017, a seguito delle variazioni - adeguamenti tecnici al bilancio, per l'esercizio finanziario corrente, approvati con apposita deliberazione di Giunta regionale 14 marzo 2017, n. 118;

- 4) di approvare con le suddette modifiche, ai sensi del comma 2 dell'art. 47 della L.R. 11/16, la proposta del nuovo Piano sociale regionale denominato "Prendersi cura, un bene comune", allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale dello stesso, predisposto, come indicato nelle premesse del presente atto, al termine di un percorso partecipato di costruzione da sottoporre, a seguire, all'esame del Consiglio regionale;
- 5) di ribadire che la presente deliberazione non comporta finalizzazioni dirette di spesa, in quanto ai fini dell'utilizzazione delle risorse necessarie per ciascun intervento previsto dal Piano, si provvederà con successivi atti deliberativi, in conformità a quanto stabilito con la deliberazione di Giunta regionale 17 gennaio 2017, n. 14 e fatto salvo quanto previsto dalla manovra di finanza pubblica, di cui all'art. 1 commi 680 e seguenti della legge 208/2015, con riferimento alle risorse statali.

Il direttore della Direzione regionale Salute e politiche sociali è incaricato di esperire tutti gli atti necessari e conseguenti all'attuazione della presente deliberazione.

La presente deliberazione viene pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e diffusa sui siti internet www.regione.lazio.it e www.socialelazio.it.



REGIONE
LAZIO

Piano Sociale

**PRENDERSI
CURA,
UN BENE
COMUNE**



Le parole chiave del Piano sociale

Il Piano sociale triennale della Regione Lazio ha come principio guida quello della **centralità della persona nella comunità**; intorno ad essa devono ruotare politiche, progettualità, servizi e strutture specifiche. In particolare, sono individuabili cinque parole chiave che lo contraddistinguono:

- l'impostazione centrata sui **livelli essenziali delle prestazioni** (al momento non esigibili, ma definiti come obiettivi di servizio), in luogo dell'approccio, ormai obsoleto per quanto radicato, centrato sulle categorie;
- la logica dell'**integrazione**, che va perseguita a diversi livelli: integrazione delle politiche e degli attori (istituzionali e non), dei programmi e dei processi, dei servizi e degli interventi, delle risorse umane, strumentali e finanziarie;
- l'approccio di **prossimità alla persona**, che privilegia interventi domiciliari, centrati su: la permanenza nel proprio contesto di vita, il sostegno all'abitare, l'inclusione nella comunità di appartenenza, la predisposizione di soluzioni abitative che riproducano le condizioni di vita familiari;
- l'**innovazione** nei processi partecipativi, nello sviluppo di comunità responsabili e mutualistiche, nel coinvolgimento nella co-progettazione delle organizzazioni di terzo settore e nella valutazione di impatto delle attività, dei progetti e delle politiche;
- un approccio basato **conoscenza** approfondita dei cambiamenti sociali, dell'offerta di strutture e servizi, delle vulnerabilità e delle prese in carico per la programmazione di interventi personalizzati.

Sulla base di una consapevole scelta metodologica, l'indice del Piano segue in modo organico la previsione dei contenuti di cui all'articolo 46 della legge 11/2016. Inoltre è orientato alla **costruzione di processi di programmazione** più efficaci e qualitativi nelle politiche sociali regionali nel loro complesso, piuttosto che essere organizzato per voci di "bisogno" o di "target", al fine di evitare il rischio di politiche programmatiche cosiddette a "canne d'organo".

Sommario

| | |
|--|----|
| Le parole chiave del Piano sociale | 2 |
| Schema del Piano sociale | 7 |
| Introduzione..... | 7 |
| Contesto normativo..... | 7 |
| Principi e valori di riferimento | 8 |
| Caratterizzazione del Piano..... | 8 |
| A. Obiettivi..... | 11 |
| Obiettivi generali..... | 11 |
| Obiettivi specifici..... | 11 |
| Obiettivo 1: superare la soglia della povertà..... | 11 |
| Obiettivo 2: lavorare insieme | 11 |
| Obiettivo 3: non lasciare nessuno solo | 12 |
| Obiettivo 4: assicurare servizi di qualità in tutti i territori | 12 |
| Obiettivo 5: accedere più facilmente ai servizi sociali e sociosanitari..... | 12 |
| Obiettivo 6: generare autonomia..... | 12 |
| Obiettivo 7: offrire servizi adeguati ai bisogni delle persone | 12 |
| Obiettivo 8: conoscere di più per fare meglio..... | 12 |
| B. Stati di bisogno, miglioramento dei servizi e azioni prioritarie..... | 13 |
| Stati di bisogno | 13 |
| Miglioramento dei servizi e degli interventi | 13 |
| Aree prioritarie di intervento..... | 14 |
| Transizioni tra i servizi..... | 14 |
| Cittadini e cittadine in crescita | 15 |
| Giovani risorse..... | 17 |
| Accoglienza e integrazione dei nuovi cittadini e delle nuove cittadine..... | 18 |
| Violenza di genere | 21 |
| Principi e valori di riferimento | 24 |
| Principi e valori di riferimento | 24 |
| Principi e valori di riferimento | 24 |
| Principi e valori di riferimento | 25 |
| C. Livelli essenziali delle prestazioni..... | 26 |
| Uno sguardo generale | 26 |

| | |
|--|----|
| Segretariato sociale e Punto Unico di Accesso | 29 |
| Indicatori e standard del servizio | 31 |
| Servizio sociale professionale | 31 |
| Indicatori e standard del servizio | 33 |
| Emergenza e pronto intervento sociale | 33 |
| Indicatori e standard del servizio | 34 |
| Domiciliarità | 35 |
| Indicatori e standard del servizio | 38 |
| Residenzialità | 38 |
| Indicatori e standard del servizio | 43 |
| Semiresidenzialità | 44 |
| Indicatori e standard del servizio | 45 |
| D. Parametri per la valutazione delle condizioni di accesso prioritario | 46 |
| E. Modalità di verifica dei risultati..... | 47 |
| Il sistema di monitoraggio regionale: indicatori analitici locali | 48 |
| Organizzazione territoriale per gli adempimenti valutativi | 48 |
| F. Modalità di erogazione delle prestazioni e condizioni di esigibilità..... | 49 |
| G. Modalità di raccordo fra programmazione regionale e locale | 51 |
| Il ciclo programmatorio | 51 |
| Il Piano di Zona | 53 |
| La programmazione di area vasta..... | 54 |
| Strumenti di raccordo programmatico | 55 |
| H. Entità e modalità di finanziamento del sistema integrato..... | 55 |
| Fondo Sociale Regionale..... | 68 |
| Risorse | 68 |
| Parametri per la determinazione del sistema tariffario e della compartecipazione degli utenti ai costi delle prestazioni..... | 74 |
| I. Innovazione | 75 |
| Co-progettazione | 75 |
| Co-housing..... | 77 |
| Valutazione di impatto sociale di processi, servizi e attività..... | 81 |
| Mutualità territoriale per la resilienza sociale | 83 |
| L. Fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali | 85 |
| M. Coordinamento e integrazione dei servizi..... | 86 |

| | |
|--|-----|
| Definizione del modello di governance delle politiche sociali regionali..... | 87 |
| Linee guida per l'integrazione sociosanitaria..... | 88 |
| Programmazione regionale congiunta tra sociale e sanitario | 89 |
| Definizione degli ambiti territoriali, quali ambiti ottimali per la programmazione ed erogazione degli interventi sociali e sanitari | 91 |
| Linee guida ai territori per la programmazione integrata e la ricomposizione delle fonti di finanziamento nel budget di distretto..... | 92 |
| Creazione di luoghi unici di accoglienza e presa in carico (Segretariato sociale, PUA - Punto Unico di Accesso e Casa della Salute)..... | 94 |
| Valutazione multidimensionale integrata | 99 |
| Progettazione personale e budget di salute | 100 |
| Il progetto personale..... | 101 |
| Sistema informativo e Cartella sociosanitaria..... | 105 |
| Raccordo con le politiche attive del lavoro, dell'immigrazione, abitative, ambientali, della sicurezza dei cittadini e delle cittadine, culturali, educative, ricreative, sportive e del tempo libero..... | 108 |
| N. Formazione e aggiornamento degli operatori sociali..... | 109 |
| O. Osservatorio sociale regionale e Sistema informativo | 110 |
| La fruizione delle informazioni e dei processi conoscitivi nelle comunità territoriali | 111 |
| Verso la multiutility..... | 111 |
| O.1 Disegno e realizzazione del Sistema informativo dei servizi sociali, a partire dai risultati e dalle criticità delle esperienze pregresse (LR 11/2016, art. 49). | 113 |
| Sistema informativo integrato. Supporto decisionale, Cartella sociosanitaria e open data. | 113 |
| O.2 Azioni e risorse da attivare nel triennio per l'attivazione e il funzionamento dell'Osservatorio regionale e del Sistema informativo | 114 |
| P. Programmazione partecipata e coinvolgimento dei fruitori dei servizi | 116 |
| Attuazione del Piano | 117 |
| Misure e azioni per l'attuazione del nuovo Piano sociale | 118 |
| Cronogramma delle azioni per l'attuazione del Piano sociale regionale | 119 |
| Allegato – Profilo sociale del Lazio..... | 121 |
| La popolazione residente | 121 |
| La crescita demografica e le dinamiche naturali..... | 128 |
| Natalità e mortalità | 132 |

| | |
|--|-----|
| I saldi naturali e migratori | 133 |
| Struttura per età della popolazione e indicatori demografici..... | 136 |
| Stato civile | 141 |
| La popolazione straniera residente..... | 142 |
| La crescita demografica e le dinamiche naturali..... | 144 |
| Natalità e mortalità | 148 |
| I saldi naturali e migratori | 149 |
| Struttura per età della popolazione straniera e indicatori demografici | 151 |
| Permessi di soggiorno..... | 152 |
| Le famiglie..... | 154 |
| Condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze | 155 |
| La spesa media mensile familiare | 165 |
| Povertà relativa | 167 |
| Il giudizio e la percezione delle famiglie | 172 |
| Condizioni abitative..... | 173 |
| Persone con limitazioni funzionali (ex-Disabilità) | 174 |
| Vulnerabilità sociale e materiale..... | 176 |
| Livello di istruzione e abbandoni scolastici | 186 |
| Cause di morte..... | 189 |
| Persone senza dimora | 192 |

Schema del Piano sociale

Una Regione che si prende cura e protegge

Introduzione

Contesto normativo

La programmazione del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali e socio-sanitari nel Lazio si inserisce nel contesto normativo che regola il settore a livello regionale e nazionale, tenendo conto del quadro programmatico europeo ed internazionale (Sustainable Development Goals, definiti nel quadro della 2030 Agenda for Sustainable Development adottata nel settembre 2015 e operativa dal 2016).

A livello regionale esso è diretta espressione delle disposizioni contenute nella legge regionale 10 agosto 2016, n. 11 (Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio). Si completa, inoltre, con il Piano Operativo Regionale FSE 2014-2020 e con i programmi di intervento per lo sviluppo e l'inclusione sociale emanati recentemente dalla Giunta regionale.

Nella redazione del Piano sociale si fa riferimento alla programmazione dei servizi sanitari, in un'ottica di progressiva integrazione socio-sanitaria, di cui è evidente segno anche la recente unificazione delle Direzioni regionali relative alla Sanità e al Sociale. Il Piano si collega, inoltre, alle diverse programmazioni in materia educativa e formativa, del lavoro, culturale, sportiva e abitativa.

A livello nazionale, oltre a tener conto delle norme che stanno innovando l'assetto della governance istituzionale (ad esempio in merito alle Province e alle Città Metropolitane), il Piano si inquadra nel contesto della legge 328/2000 e delle successive leggi sul welfare, alcune delle quali approvate recentemente e ancora in fase di regolamentazione e implementazione (es. legge 141/2015 sull'agricoltura sociale; legge delega 106/2016 di riforma del terzo settore e del servizio civile universale, legge 112/2016 sul cosiddetto "Dopo di noi").

Il Piano regionale è stato redatto in coerenza con gli obiettivi del Programma Operativo Nazionale Inclusione e dei Piani nazionali di intervento per specifici gruppi target (es. Piano di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva, Piano disabilità). Nella predisposizione del Piano si è tenuto conto anche di quanto previsto nel disegno di legge 2494, attualmente in discussione in Parlamento, che prevede non solo l'istituzione di una misura nazionale di contrasto della povertà e dell'esclusione sociale, denominata "Reddito di inclusione", ma anche il rafforzamento del coordinamento degli interventi in materia di servizi sociali, al fine di garantire in tutto il territorio nazionale i livelli essenziali delle prestazioni, come previsto dal dettato costituzionale.

Principi e valori di riferimento

Il Piano sociale fa propri i valori indicati nella legge regionale 11/2016 (in particolare negli artt. 1, 2, 5, 7 e 68), con riferimento ai principi contenuti nella Costituzione italiana e nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, oltre agli impegni contenuti nelle diverse Convenzioni sottoscritte dallo Stato italiano (es. Convenzioni ONU sui diritti del fanciullo, Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, Convenzione di Istanbul, ecc.).

Il Piano punta a garantire a tutti un facile accesso a prestazioni sociali e socio-sanitarie di qualità, mediante una solida infrastrutturazione sociale, che superi gli elementi di criticità evidenziati dall'attuale sistema regionale. Esso propone un modello di welfare comunitario, fondato sul principio di sussidiarietà, in cui il prendersi cura è un bene comune, condiviso da tutte le componenti sociali, chiamate ad assumere impegni e iniziative per l'interesse generale della collettività. Il sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali disegnato dal Piano è espressione di un "welfare plurale", centrato sulla collaborazione sinergica tra soggetti diversi, in cui – mentre si riconosce, valorizza e sostiene l'apporto sostanziale della famiglia, della società civile dei corpi intermedi e del terzo settore – risalta anche il ruolo fondamentale delle istituzioni nel garantire i diritti di tutti, in modo equo, assicurando prestazioni qualificate, efficaci e appropriate anche nel rispetto di un "lavoro buono".

Il Piano si sviluppa a partire da una visione che assume come centrale il benessere della persona, sia come singolo individuo sia nelle formazioni in cui si aggrega, in particolare la famiglia e le comunità locali. Questa ottica impone un forte impegno da parte di tutti gli attori sociali per superare la separatezza che in molti casi caratterizza ancora il sistema dei servizi, con linee di intervento "a canne d'organo", che generano inefficienze e ostacolano i percorsi di accesso alle prestazioni. Il Piano si caratterizza perciò per una chiara e decisa volontà di integrazione socio-sanitaria, su tutti i livelli (istituzionale, programmatico, operativo, professionale ed economico-finanziario), al fine di rispondere in modo organico alle situazioni multiproblematiche.

La programmazione regionale intende rafforzare inoltre la connessione dei servizi socio-assistenziali con la formazione, il lavoro e in generale con il mondo produttivo, in un'ottica di welfare generativo e di empowerment personale e comunitario, in grado di prevenire e contrastare i rischi dell'intrappolamento nella povertà e nei circuiti assistenzialistici. In questo contesto si valorizzano le potenzialità espresse dalla cooperazione sociale e dal welfare aziendale.

Caratterizzazione del Piano

Il Piano si articola secondo lo schema proposto dal comma 2 dell'art. 46 della legge 11/2016. Si propone come uno strumento "asciutto", concreto e operativo. Gli obiettivi da raggiungere e le azioni da realizzare sono quelli

realisticamente ipotizzabili con le risorse disponibili, entro un triennio. Non un "libro dei sogni", quindi, né un semplice e generico elenco di buone intenzioni.

In tutti i casi pertinenti, vengono segnalati indicatori di processo e di risultato osservabili e misurabili, in modo da consentire la verifica dello stato di attuazione del Piano e del grado di raggiungimento degli obiettivi.

In relazione alle diverse tematiche, il Piano individua azioni di tipo regolamentare, amministrativo, programmatico e operativo, che impegnano la Regione, gli enti locali, altre istituzioni e le organizzazioni del terzo settore.

Il Piano rimanda in taluni casi a misure che saranno adottate dalla Giunta regionale. Il seguente elenco illustra le deliberazioni che saranno predisposte e approvate dalla Giunta nel periodo di attuazione del Piano, in coerenza con il dettato della legge 11/2016:

1. definizione di criteri e modalità per l'erogazione di contributi di assistenza economica e di assegni di cura per persone con disagio economico (art. 25);
2. determinazione dei requisiti e delle modalità per il funzionamento del servizio di assistenza domiciliare e dei programmi di aiuto alla persona (art. 26);
3. individuazione di tipologie di strutture residenziali multiutenza e/o polifunzionali, anche a carattere sperimentale (art. 31);
4. definizione di criteri e modalità per l'accreditamento delle strutture e dei servizi socioassistenziali (art. 32);
5. individuazione dei Distretti sociosanitari, in coerenza con l'articolazione dei Distretti sanitari (art. 43);
6. elaborazione di linee guida per l'organizzazione e il funzionamento dell'Ufficio di Piano; individuazione dei requisiti per la nomina del coordinatore dell'Ufficio di Piano; definizione delle modalità di partecipazione della ASL all'Ufficio di Piano (art. 45);
7. regolamentazione del sistema informativo: tipologia dei dati da acquisire, modalità per la raccolta e l'elaborazione dei dati, risorse da impegnare per la realizzazione delle attività, modalità per la fornitura delle informazioni sui servizi agli utenti (art. 49);
8. elaborazione di linee guida in merito all'organizzazione, alla dotazione organica e alle modalità di finanziamento del Punto Unico di Accesso - PUA (art. 52);
9. approvazione di linee guida per la definizione della metodologia di integrazione sociosanitaria basata su progetti personalizzati sostenuti da budget di salute (art. 53);
10. deliberazione in merito alla costituzione e al funzionamento della Conferenza per la programmazione sociosanitaria regionale; determinazione della costituzione e del funzionamento del gruppo di lavoro per il supporto tecnico alla Conferenza (art. 55);

11. individuazione di modalità e criteri per la valutazione della qualità degli interventi e dei servizi sociali e sociosanitari (art. 61);

12. disciplina dell'organizzazione e del funzionamento dell'Ufficio di tutela e garanzia dei diritti degli utenti (art. 62);

13. definizione della composizione e del funzionamento dell'Osservatorio regionale delle politiche sociali (art. 63).

In via transitoria, fino all'approvazione del Piano sociale da parte del Consiglio regionale, la Giunta adotterà con proprio atto le seguenti misure, così come previsto dall'art. 71 della LR 11/2016:

- determinazione dei criteri di riparto delle risorse finanziarie tra i Distretti;
- definizione di linee guida per i Piani di Zona e l'utilizzo delle relative risorse;
- definizione della quota di risorse da riservare per progetti di interesse regionale.

Completa il presente Schema di Piano l'allegato:

- Profilo sociale del Lazio

A. Obiettivi

Obiettivi generali

Il Piano assume gli obiettivi di benessere elencati nell'art. 4 della legge 11/2016, in coerenza con gli obiettivi nazionali ed europei, per fare del Lazio una "regione che si prende cura e protegge", al fine di:

- rimuovere gli ostacoli relazionali, sociali ed economici che limitano la libertà e l'uguaglianza dei cittadini e delle cittadine e il pieno sviluppo della persona;
- contrastare la solitudine, la povertà, l'esclusione sociale e la disuguaglianza di genere;
- ampliare le protezioni fornite dal sistema dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari per renderlo più adeguato rispetto ai bisogni emergenti e più equo e omogeneo nell'accesso alle prestazioni.

Obiettivi specifici

Il Piano si propone in particolare di raggiungere nel prossimo triennio otto specifici "obiettivi di servizio" per razionalizzare, consolidare e migliorare il sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari in tutto il territorio regionale, in favore delle persone, delle famiglie e dei gruppi a maggior rischio di esclusione sociale.

In questa sezione introduttiva gli obiettivi del Piano sono enunciati in modo necessariamente sintetico. Essi sono sviluppati e dettagliati nei capitoli seguenti, in cui vengono evidenziate in modo puntuale le azioni che saranno messe in campo per il loro raggiungimento e sono esplicitati gli indicatori di processo e di risultato utilizzati per il monitoraggio dello stato di avanzamento e per la valutazione del Piano.

Obiettivo 1: superare la soglia della povertà

Prevenire i rischi di impoverimento e ridurre le conseguenze e la cronicizzazione della povertà, con particolare riferimento alle povertà estreme, alle famiglie con figli di minore età e alle persone con disabilità che necessitano di sostegni intensivi, mediante misure di sostegno al reddito integrate con interventi personalizzati di accompagnamento ed empowerment. Introdurre il reddito di dignità.

Obiettivo 2: lavorare insieme

Aumentare la coesione delle comunità locali, migliorando il clima di fiducia, la collaborazione e il lavoro in rete tra i soggetti che hanno responsabilità socio-assistenziali, compresi i destinatari degli interventi e le loro famiglie, anche attraverso le reti di solidarietà del privato sociale. Promuovere un welfare comunitario caratterizzato da azioni di prevenzione, affermazione dei diritti, progettazione partecipata e sviluppo locale.

Obiettivo 3: non lasciare nessuno solo

Ridurre l'isolamento e la solitudine delle persone a maggior rischio di esclusione sociale, con particolare riferimento alle persone anziane e con disabilità che necessitano di sostegni intensivi, mediante il potenziamento dei servizi e degli interventi di prossimità e il sostegno alle famiglie, ai caregiver e alle reti di solidarietà locali.

Obiettivo 4: assicurare servizi di qualità in tutti i territori

Diminuire le incertezze in merito al diritto alle prestazioni sociali e sociosanitarie, attraverso lo sviluppo e la regolamentazione di un sistema di welfare locale caratterizzato da una solida infrastrutturazione e da una distribuzione razionale ed equa dei servizi e degli interventi essenziali, in modo omogeneo in tutto il territorio laziale, nel rispetto delle peculiarità locali, con personale adeguato e qualificato.

Obiettivo 5: accedere più facilmente ai servizi sociali e sociosanitari

Agevolare i percorsi di accesso ai servizi sociali e sociosanitari per tutta la popolazione, soprattutto per le persone più esposte al rischio di emarginazione sociale, eliminando o riducendo gli ostacoli e le barriere di tipo informativo, culturale e fisico, anche attraverso l'integrazione dei sistemi di welfare e punti unici di ingresso e passaggio tra i diversi servizi.

Obiettivo 6: generare autonomia

Aumentare l'appropriatezza, la qualità e l'efficacia degli interventi, in una logica di welfare generativo, che tiene conto non solo dei bisogni, ma anche delle risorse (attuali e potenziali) dei beneficiari, mediante l'adozione di misure che favoriscono l'autonomia personale, evitando ogni forma di dipendenza assistenzialistica.

Obiettivo 7: offrire servizi adeguati ai bisogni delle persone

Migliorare l'efficienza del sistema, mediante l'adozione di un rigoroso metodo di programmazione e valutazione, con una gestione dei servizi coerente con i bisogni locali e le caratteristiche istituzionali e socio-demografiche che caratterizzano i diversi territori della Regione, nel rispetto del CCNL.

Obiettivo 8: conoscere di più per fare meglio

Incrementare la disponibilità e l'utilizzo di informazioni tempestive e di dati affidabili che consentano una buona programmazione e gestione del sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari, fondate su una migliore conoscenza degli stati di bisogno della popolazione e delle caratteristiche quantitative e qualitative delle risorse e dell'offerta di servizi nei differenti territori.

B. Stati di bisogno, miglioramento dei servizi e azioni prioritarie

Stati di bisogno

I cambiamenti sociali avvenuti nella Regione Lazio, così come nell'intero territorio nazionale, negli ultimi 15 anni sono stati molti.

Il profilo sociale (Allegato A, parte integrante del Piano regionale) descrive nel dettaglio i principali cambiamenti socio-demografici, con particolare attenzione alle condizioni delle persone e delle famiglie, individuando, attraverso l'indice composito di vulnerabilità sociale, una chiave di lettura dei differenti stati di bisogno avvertiti nei Comuni e nei Distretti sociosanitari del territorio regionale. Tale indice è stato utilizzato, insieme all'offerta complessiva dei servizi territoriali, come base per poter sviluppare gli obiettivi e le azioni da perseguire e implementare nel triennio di vigenza del Piano sociale regionale.

Gli interventi per la vita indipendente

Il rafforzamento dell'autonomia personale e la realizzazione della **vita indipendente** devono essere perseguite attraverso la costruzione di un sistema che metta al centro la persona e ne valorizzi e rafforzi le risorse, contrasti l'esclusione e ne favorisca la permanenza nel proprio contesto di vita, evitando situazioni di isolamento ed emarginazione.

Principio ispiratore del Piano sociale della Regione Lazio è l'idea che l'intervento sociale e sociosanitario sia pensato e progettato, in prima battuta e secondo le preferenze della persona, in forma domiciliare, e che l'assistenza residenziale debba essere limitata allo stretto necessario e scelta in alternativa al mantenimento dell'abituale dimora solo qualora siano stati attivati tutti i supporti e i sostegni possibili, in un'ottica comunque riabilitativa.

In questo senso Il Piano prevede:

- il rafforzamento dell'assistenza domiciliare;
- l'attivazione dei servizi previsti nella legge sul dopo di noi;
- il sostegno ai caregiver;
- la facilitazione dell'accesso, in particolare per le persone disabili, ai servizi residenziali e semiresidenziali riabilitativi;
- l'attivazione di servizi per la fruizione delle prestazioni sanitarie da parte di persone con disabilità complessa e non collaboranti.

Miglioramento dei servizi e degli interventi

Oltre ad assicurare i livelli essenziali delle prestazioni, secondo quanto specificato nel capitolo successivo, in coerenza con le indicazioni della LR 11/2016, la Regione emanerà specifici provvedimenti finalizzati a:

- ✓ rivedere le modalità per l'erogazione delle prestazioni di assistenza economica e degli assegni di cura, assicurando la loro integrazione con le misure e gli interventi di accompagnamento e di inclusione sociale e socio-lavorativa (art. 25);
- ✓ fornire linee di indirizzo per l'organizzazione dei servizi ludico-ricreativi e per la vacanza per persone in età evolutiva, anziane e con disabilità (art. 26) e di interventi comunitari, finalizzati alla crescita del senso di appartenenza territoriale e della coesione sociale, alla mediazione dei conflitti, al consolidamento della cultura della legalità e del dialogo sociale (art. 22, comma 3);
- ✓ attivare percorsi per il miglioramento continuo del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari, a partire dalle proposte emerse durante il percorso di ascolto che ha preceduto la redazione dello Schema di Piano.

Aree prioritarie di intervento

Transizioni tra i servizi

Il passaggio tra i diversi servizi per l'abitare basati sull'età anagrafica degli utenti rappresenta un fattore che accresce il rischio di esclusione e/o di istituzionalizzazione o di discontinuità degli interventi del sistema integrato. Se da un lato è necessario confermare le peculiarità di ciascun servizio riguardo a specifiche ed omogenee necessità (personali, educative, relazionali), l'assenza di flessibilità rappresenta una criticità che è necessario affrontare.

Al fine di qualificare la gestione della transizione dai servizi per l'infanzia ai servizi per gli adulti e dai servizi per gli adulti a quelli per gli anziani sarà avviato, con particolare riferimento ai servizi per l'abitare, un processo sperimentale di accompagnamento che:

- ✓ assuma a riferimento il progetto personale di ciascuna persona interessata, redatto su preliminare valutazione multidimensionale;
- ✓ valorizzi la consapevolezza e l'autodeterminazione delle persone verso il vivere da adulti o da anziani;
- ✓ favorisca l'adozione di sostegni e servizi che consentano la maggiore autonomia e libertà di scelta possibili;
- ✓ consenta, anche in presenza di necessità di supporto intensivo, soluzioni abitative e servizi che ripropongano le dinamiche e le dimensioni familiari, contrastando situazioni sanitarie o segreganti;
- ✓ estenda, nel rispetto del principio della continuità delle relazioni e degli affetti, anche in modalità transitoria, la fattispecie delle comunità familiari ad accoglienza mista ai casi in cui le persone adulte con disabilità siano già state ospiti in età minorile;
- ✓ preveda la possibilità di passaggio graduale e accompagnato fra tipologie di strutture, onde rendere meno traumatica possibile tale transizione, con fasi di monitoraggio di eventuali difficoltà o

comportamenti problematici, e la conseguente ridefinizione del progetto personale;

- ✓ colga l'occasione del passaggio dei minorenni alla maggiore età per rivalutare, assieme all'interessato o a chi lo rappresenta, opzioni di vita autonoma, anche in forma di co-housing (cfr. legge 112/2016).

Il potenziamento dei servizi per gli anziani

L'ottica generale del Piano, come detto, è quella di mantenere il più possibile le persone nel proprio contesto di vita, favorendo il mantenimento, in particolare, dell'ambito sociale e di quello affettivo.

In questo senso, grazie all'utilizzo del Fondo Sociale Europeo, saranno potenziati i servizi dedicati alle persone anziane, con particolare attenzione a quelli di semiresidenzialità, quali centri diurni anziani fragili e centri Alzheimer, all'assistenza domiciliare, che sarà ampliata con l'estensione progressiva degli orari e della loro flessibilità quotidiana, e al sostegno per le famiglie ed i singoli che si avvalgono del supporto di assistenti familiari (badanti). Saranno inoltre disciplinate le modalità di riconoscimento e supporto dei caregiver familiari.

Nell'ottica di garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, particolare importanza rivestirà l'integrazione tra prestazioni ospedaliere, di medicina generale, specialistica ambulatoriale e l'assistenza domiciliare e sociale territoriale, al fine di contrastare il ricorso a ricoveri impropri, attraverso percorsi di dimissioni protette e forme di ospedalizzazione a domicilio, e di prevenire l'istituzionalizzazione, assicurando alla persona la permanenza nella propria abitazione.

I centri diurni, in particolare, sempre di più saranno strutture di tipo aperto in grado di fornire prestazioni di socializzazione, di aggregazione, di preservazione della vita sociale, collegati con gli altri servizi e strutture presenti sul territorio, in grado anche di fornire interventi di supporto all'assistenza domiciliare.

Cittadini e cittadine in crescita

Il Piano prevede un forte investimento sui servizi e gli interventi finalizzati ad assicurare le migliori opportunità e i diritti delle persone di minore età. Recuperando lo spirito e le indicazioni operative della legge 285/97, in coerenza con quanto previsto nel IV Piano Nazionale d'azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva, sarà predisposto un *Piano regionale per l'infanzia e l'adolescenza*, da definire in stretta collaborazione con le istituzioni scolastiche, la magistratura e la giustizia minorile, il Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza, i servizi sociali e sociosanitari territoriali, le associazioni, i soggetti di advocacy e altre realtà attive in questo settore.

Sarà dato un forte impulso al contrasto della povertà educativa (anche favorendo la creazione di sinergie tra i progetti che saranno finanziati nell'ambito dei programmi nazionali già operativi) e sarà consolidato il percorso già avviato nell'area *adozione e affidamento familiare*. In particolare, sarà assicurata la

piena funzionalità dei tavoli regionali già istituiti o da istituirsi, al fine di assicurare spazi di confronto periodico tra le realtà attive nel settore, sviluppando politiche organiche, con il coinvolgimento dei servizi territoriali, delle autorità giudiziarie minorili, delle associazioni del settore e dei genitori adottivi e affidatari.

In questo ambito:

- ✓ saranno realizzati specifici percorsi formativi per gli operatori pubblici e del terzo settore, coinvolgendo famiglie e singole persone interessate e disponibili a questo servizio;
- ✓ saranno incentivati su tutto il territorio regionale gli interventi di sostegno ai genitori adottivi, in particolare a quelli che hanno adottato minorenni disabili o di età superiore ai 12 anni;
- ✓ sarà sostenuta e diffusa la pratica degli "affidamenti ponte" dei bambini piccolissimi;
- ✓ saranno fornite direttive in merito ai sostegni economici da garantire agli affidatari, con importi stabiliti in relazione alle condizioni dell'affidato, nonché alle risorse per le coperture assicurative di cui quest'ultimo è destinatario.

Sostenere la genitorialità

Per crescere bene non basta avere due buoni genitori.

È necessario un ambiente di vita che consenta ai genitori di entrare in una relazione di sostegno e di accudimento. L'impegno della Regione Lazio è, in particolare, quello di garantire l'appropriatezza degli allontanamenti familiari, e a tal fine si intende sostenere la famiglia in una logica multidimensionale in cui il focus rimane il mondo dei bambini, dei loro affetti, e le reti sociali in cui vivono.

I centri famiglia e l'implementazione su tutto il territorio di programmi nazionali come P.I.P.P.I. (Programma di Intervento Per Prevenire l'Istituzionalizzazione), promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, con il sostegno dell'affido familiare anche in forme e modalità innovative sono strumenti messi in campo insieme a progetti formativi di sostegno ai servizi territoriali. Le adozioni nazionali e internazionali sono molto cambiate per numero di coppie disponibili all'adozione e tipologia di bambini adottabili. Soprattutto la presenza di bambini con bisogni speciali rende indispensabile riorganizzare il servizio dei Gruppi Integrati Lavoro Adozioni e il ruolo degli enti autorizzati, aumentando la possibilità per le famiglie di trovare professionalità specifiche e sostenere particolarmente il nucleo nel periodo del post adozione.

Si considera strategico un centro regionale per le adozioni che possa svolgere un ruolo di coordinamento e di supporto metodologico e di supervisione agli operatori e di sviluppo e analisi della banca dati regionale - ADOTTAMI. Rimane indispensabile la presenza dell'ente autorizzato pubblico per garantire a tutti i cittadini e le cittadine laziali un servizio di informazione e assistenza all'adozione.

Sarà garantita in ogni distretto sociosanitario l'operatività di gruppi integrati di lavoro, costituiti da specifiche professionalità della Asl e dei comuni, finalizzati al coordinamento dell'attività che i servizi sociosanitari devono svolgere, anche su richiesta dell'autorità giudiziaria, a tutela dei diritti dei minori e delle relazioni familiari.

Sarà inoltre affrontato con tutti gli attori interessati il tema dell'accoglienza dei *minorenni stranieri non accompagnati*, al fine di predisporre un sistema integrato, omogeneo e sostenibile di servizi e interventi appropriati, con nuovi standard strutturali e organizzativi per la prima e la seconda accoglienza, che tengano conto della loro particolare situazione, coerenti con le strategie adottate a livello nazionale e comunitario, nel rispetto delle Convenzioni internazionali.

Saranno infine adottate misure per rendere esplicita la peculiarità della condizione dei *nuclei mamma-bambino* in situazioni di rischio di esclusione sociale. Al riguardo, sarà aperto un tavolo di consultazione con le organizzazioni di riferimento, valorizzando le esperienze più innovative ed efficaci, compreso l'istituto dell'affidamento del nucleo familiare presso l'abitazione di famiglie affidatarie (o appartamenti autonomi in prossimità di queste). In questo ambito si lavorerà sia sulla prevenzione dei rischi, sia sui percorsi per l'autonomia, attraverso interventi di conciliazione tra lavoro ed esigenze di cura, nuove soluzioni abitative, servizi di "sostegno leggero" e reti solidali, che possano agire in funzione preventiva o integrativa dell'accoglienza residenziale. Sarà incentivato lo scambio di metodi e strumenti per la progettazione personale che integrino le dimensioni e le aspettative della donna con la condizione e la crescita del bambino. Saranno inoltre riviste le attuali regole sul sistema di accreditamento delle strutture, prevedendo sostegni finanziari coerenti con i costi dei servizi per l'intero nucleo. Nello stesso tempo saranno promossi e organizzati specifici percorsi di aggiornamento e formazione per la crescita di una comunità di pratiche motivata e competente.

Giovani risorse

Il Piano sociale intende investire sulle giovani generazioni. In questo contesto, il sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali affianca ed integra le azioni realizzate nel quadro delle politiche giovanili. La Regione sosterrà la realizzazione di Piani Locali Giovani¹, che rappresentano il processo di concertazione tra più enti, al fine di individuare obiettivi comuni per l'attuazione di politiche orientate allo sviluppo locale e all'aumento della partecipazione dei giovani ai processi decisionali, integrando servizi e iniziative nell'ambito della creatività, dell'innovazione, della formazione, del lavoro, dell'abitare, del credito, del ricambio generazionale nei luoghi decisionali.

In particolare, il Piano sociale svilupperà una serie di misure, articolate sui seguenti assi:

- ✓ promozione dell'autonomia, mediante programmi e interventi finalizzati sia a favorire soluzioni a basso costo per l'abitare (anche per gli studenti universitari fuori sede), comprese modalità innovative di co-housing (v. più avanti), sia l'orientamento e l'inclusione lavorativa, utilizzando al meglio gli strumenti a disposizione, come l'alternanza scuola-lavoro, i programmi "Garanzia Giovani" o "Torno subito", tirocini, borse-lavoro, ecc.;

¹ Rete ITER, I Piani Locali Giovani. Investimento, capitale umano, democrazia. La forma delle nuove politiche giovanili, ANCI - Dipartimento Gioventù della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma 2009

- ✓ sostegno ai percorsi di partecipazione alla vita civica e all'assunzione di responsabilità solidaristiche civiche, compreso lo sviluppo e la valorizzazione delle esperienze del Servizio civile nazionale;
- ✓ implementazione e valorizzazione, all'interno della rete di servizi residenziali, di attività e percorsi di semi-autonomia volti a preparare e formare l'adolescente all'uscita graduale e protetta dalle strutture;
- ✓ sviluppo di percorsi per l'accompagnamento all'autonomia dei neomaggiorenni in uscita da servizi e strutture di tutela e protezione sociale ;
- ✓ attivazione e messa in rete dei programmi e degli interventi finalizzati alla prevenzione e al contrasto della dispersione scolastica e della devianza (dipendenze patologiche, illegalità, comportamenti dannosi alla salute, bullismo);
- ✓ avvio di percorsi per la definizione di requisiti, criteri e idee di sviluppo dei centri interculturali dedicati a bambini e giovani stranieri ed italiani.

Il Servizio civile

Le attività riguardanti il Servizio civile sono cresciute esponenzialmente sotto diversi punti di vista.

Nell'ambito delle attività di promozione e comunicazione si è rilevato un notevole incremento della qualità e della quantità di informazioni sul Servizio civile a partire dalla valorizzazione delle esperienze e delle storie di vita dei giovani, dalla conoscenza dei progetti e del loro impatto sul territorio e da un'azione di trasparenza che coinvolge tutti gli attori e i protagonisti del settore. È fondamentale il ruolo svolto sul territorio dai giovani in Servizio civile per diffondere una cultura della solidarietà, dei diritti, dei doveri e delle responsabilità e, più in generale, della cittadinanza attiva. La promozione dei valori del Servizio e la valorizzazione dell'esperienza maturata dai giovani contribuisce a creare una leadership giovanile capace di affrontare la sfida della costruzione di un nuovo welfare di comunità.

Nell'ambito delle attività di formazione, al fine di garantire la formazione e l'aggiornamento delle figure chiave degli enti di Servizio civile (operatore locale di progetto, formatore, responsabile del Servizio civile, progettista), si è cercato di realizzare una proposta formativa uniforme e di qualità attraverso la valorizzazione dell'esperienza e del ruolo svolto fino ad oggi dai formatori accreditati al livello regionale. Altro obiettivo è stato quello di creare una community di formatori della Regione Lazio, così da promuovere la collaborazione tra i formatori dei diversi enti e garantire percorsi formativi omogenei e di qualità per i volontari.

Nell'ambito delle attività di monitoraggio il fine è verificare i processi di gestione dei progetti e le modalità attraverso cui questi perseguono obiettivi e risultati e, soprattutto, favoriscono la crescita culturale, sociale, civica e professionale dei giovani in servizio. Per garantire il raggiungimento di questi obiettivi è stata implementata una "survey online" che segue periodicamente l'andamento dei progetti. Si è scelto, inoltre, di analizzare l'impatto sociale dei progetti, verificandone la sostenibilità e l'efficacia per il percorso formativo e professionale dei giovani. Coerentemente alle linee guida nazionali, la Regione Lazio sostiene l'implementazione della certificazione delle competenze dei volontari per garantire il riconoscimento delle attività e delle competenze acquisite.

Attualmente, oltre al bando ordinario 2017 e al bando straordinario a favore delle aree e delle popolazioni colpite dal terremoto, è prevista l'apertura di uno sportello in cui la Regione ha un ruolo di indirizzo e di coordinamento per favorire la progettazione, la co-progettazione e l'aggregazione tra gli enti. Quest'esigenza nasce alla luce della nuova normativa che ha istituito il Servizio Civile Universale e per garantire una maggiore integrazione dei progetti di Servizio civile con i programmi regionali, distrettuali e comunali nell'ambito delle politiche sociali.

Infine, si è rilevato un grande incremento nel numero degli enti accreditati all'albo regionale del Servizio civile: nel 2016 pari quasi al 30% (attualmente 321 enti accreditati).

Accoglienza e integrazione dei nuovi cittadini e delle nuove cittadine

La Regione Lazio, con la legge regionale n. 10 del 14 luglio 2008 (Disposizioni per la promozione e la tutela dell'esercizio dei diritti civili e sociali e la piena

uguaglianza dei cittadini stranieri immigrati), ha definito il sistema di governo territoriale per l'accoglienza e l'integrazione sociale dei migranti e determinato le finalità generali verso le quali orientare le proprie politiche. La stessa legge, nel prendere atto del mutato contesto nel quale la migrazione si realizza, nonché della stratificazione della popolazione straniera sul territorio, ha individuato dispositivi di programmazione, regolazione e attuazione degli interventi in favore degli immigrati, che prevedono la valorizzazione di pratiche interistituzionali e di sussidiarietà, in un approccio globale ed integrato al tema.

A favore di richiedenti asilo e titolari di protezione, in particolare, ha previsto il concorso regionale alla tutela del diritto di asilo e il sostegno agli Enti locali e agli altri soggetti, pubblici e privati, che prestano servizi finalizzati all'accoglienza e all'integrazione.

L'integrazione di Rom, Sinti e Caminanti

La Regione Lazio, in attuazione delle indicazioni contenute all'interno della Strategia Nazionale di inclusione dei Rom, Sinti e Caminanti, con delibera del 17 febbraio 2015 n. 63 ha istituito il tavolo regionale. La legge regionale 10 agosto 2016 n. 11 ha inoltre rafforzato la tutela di queste popolazioni.

È stato costruito un percorso di collaborazione tra privato sociale ed istituzioni regionali realizzato con la costituzione di tavoli tematici in merito alle strategie di intervento da attuare per l'inclusione delle popolazioni Rom, Sinti e Caminanti, atte a superare gli ostacoli attraverso azioni di sistema e di indirizzo. Gli incontri sono stati organizzati per esaminare la situazione esistente, le criticità e le buone pratiche, per elaborare proposte di indirizzo relative alle quattro aree di intervento: casa, istruzione, salute e lavoro.

Nell'ottica di un'implementazione delle azioni volte all'integrazione degli attori istituzionali e del privato sociale, dei processi e dei servizi, il percorso partecipativo è stato fondamentale per comprendere la complessità delle situazioni in cui attualmente vivono queste popolazioni e fondamentale per porre in essere l'elaborazione di linee guida territoriali per migliorare la capacità degli enti di realizzare una piena inclusione sociale.

Gli incontri hanno permesso un confronto tra le diverse competenze ed esperienze e tra gli attori istituzionali e sociali, ed un'analisi tra le specifiche peculiarità dei vari territori tenendo presenti i quattro assi della Strategia.

Il lavoro dei tavoli tematici ha dato luogo all'elaborazione di contributi utili per rafforzare una strategia regionale e che periodicamente potranno fornire indicazioni utili per la programmazione regionale finalizzata alla realizzazione di politiche adeguate per lo sviluppo e l'integrazione sociale delle popolazioni Rom Sinti e Caminanti nonché al superamento delle discriminazioni.

In questo ambito, il Piano sociale prevede:

- ✓ un monitoraggio continuo e specifico dei flussi migratori per una migliore e tempestiva conoscenza del fenomeno, anche finalizzata ad una programmazione omogenea degli interventi;

- ✓ il potenziamento dell'accoglienza diffusa e misure di sostegno ai Comuni che garantiscono accoglienza ai richiedenti e ai titolari di protezione internazionale;
- ✓ una migliore integrazione tra il sistema di accoglienza governativo e quello SPRAR;
- ✓ una maggiore fluidità tra le varie fasi del percorso di accoglienza residenziale dei richiedenti e dei titolari di protezione internazionale;
- ✓ la promozione di responsabilità condivise, incentivando la collaborazione intra-istituzionale (sociale, sanitario, educativo, della formazione e del lavoro), inter-istituzionale e delle partnership territoriali;
- ✓ lo sviluppo di "patti" locali necessari per rispondere in modo globale ai bisogni e alla domanda di empowerment e d'integrazione dei beneficiari di protezione, e più in generale delle persone straniere immigrate;
- ✓ una specifica formazione degli operatori pubblici e del privato sociale;
- ✓ un forte impulso all'apprendimento linguistico, all'inserimento socio-lavorativo e alla partecipazione attiva alla vita economica, sociale e culturale, in particolare delle seconde generazioni;
- ✓ la promozione di una cultura aperta alla solidarietà e all'accoglienza, anche mediante azioni di contrasto allo stigma, alle discriminazioni e allo sfruttamento;
- ✓ un confronto permanente attraverso il consolidamento e la piena funzionalità del tavolo tematico avviato.

Tra gli interventi rivolti a fasce fragili o vulnerabili della popolazione beneficiaria di protezione, di particolare rilevanza è quello rivolto alle vittime di tratta, anche minorenni, a scopo di sfruttamento sessuale, di grave sfruttamento lavorativo o di coinvolgimento in attività illegali e nell'accattonaggio.

Le politiche per i rifugiati

La legge regionale del 14 luglio 2008 n. 10 "Disposizioni per la promozione e la tutela dell'esercizio dei diritti civili e sociali e la piena uguaglianza dei cittadini stranieri immigrati" ha definito il sistema di governo territoriale per l'accoglienza e l'integrazione sociale dei migranti e determinato le finalità generali verso le quali orientare le politiche della Regione Lazio.

Il Piano sociale prevede un monitoraggio continuo sui flussi migratori finalizzato ad una programmazione omogenea degli interventi, il sostegno ad incrementare l'accoglienza diffusa e misure di potenziamento dei servizi ai Comuni che la garantiscono.

Il Piano promuove l'attivazione di responsabilità condivise, incentivando la collaborazione intra-istituzionale e lo sviluppo di "patti" locali mirati a rispondere in modo globale ai bisogni, il sostegno alla formazione degli operatori pubblici e del privato sociale, l'apprendimento linguistico ed un confronto permanente attraverso la piena funzionalità del tavolo tematico avviato, nonché la promozione di una cultura aperta alla solidarietà e all'accoglienza, anche mediante azioni di contrasto allo stigma, alle discriminazioni e allo sfruttamento.

Di particolare rilevanza sono le misure rivolte alle vittime di tratta, anche minorenni, a scopo di sfruttamento sessuale e lavorativo o di coinvolgimento in attività illegali.

Violenza di genere

Le Nazioni Unite definiscono la "violenza di genere" come "ogni atto legato alla differenza di sesso che provochi o possa provocare un danno fisico, sessuale, psicologico o una sofferenza della donna, compresa la minaccia di tali atti, la coercizione o l'arbitraria privazione della libertà sia nella vita pubblica che nella vita privata"². Circa il 20-25% delle donne in Europa ha subito atti di violenza fisica almeno una volta nel corso vita adulta e oltre il 10% ha subito violenza sessuale. Il 45% delle donne ha subito qualche forma di violenza; il 12-15% delle donne in Europa è vittima della violenza domestica che, nell'UE, causa ogni giorno la morte di sette donne³.

La Regione Lazio, nel rispetto della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, adottata ad Istanbul l'11 maggio 2011 e ratificata in Italia il 27 giugno 2013, nel quadro del Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere adottato con DPCM del 7 luglio 2015, riconosce che ogni forma e grado di violenza contro le donne rappresenta una violazione dei diritti umani fondamentali e ostacola il raggiungimento della parità tra i sessi.

Il principale riferimento normativo del Lazio è costituito dalla legge regionale del 19 marzo 2014, n. 4 "Riordino delle disposizioni per contrastare la violenza contro le donne in quanto basata sul genere e per la promozione di una cultura del rispetto dei diritti umani fondamentali e delle differenze tra uomo e donna".

Il tema è ripreso dalla legge regionale 11/2016, che all'art. 15 afferma che "il sistema integrato sostiene la tutela delle persone vittime di violenze sessuali, abusi psicologici, maltrattamenti, sfruttamento e di atti persecutori di cui all'articolo 612 bis del codice penale, anche in ambito familiare o lavorativo, nonché delle donne gestanti o madri in situazione di disagio sociale, attraverso la realizzazione di interventi e servizi di rete in grado di offrire una risposta adeguata e appropriata". La Regione, in attuazione di quanto previsto dalla legge 4 del 2014, ha istituito una "Cabina di regia" (con compiti di coordinamento degli interventi e formulazione di proposte) e l'Osservatorio regionale sulle pari opportunità e la violenza alle donne. La legge 4 prevede inoltre l'elaborazione del Piano triennale contro la violenza. Il Piano sociale ed il Piano contro la violenza dovranno reciprocamente integrarsi, nella considerazione che le politiche di contrasto e prevenzione della violenza di genere non ricadono esclusivamente nell'ambito sociale.

Nel corso del 2016 la Giunta regionale ha adottato diverse misure, tra cui la Deliberazione n. 614 del 18 ottobre 2016, con cui ha approvato specifiche linee guida per l'offerta di servizi uniformi su tutto il territorio regionale, nonché i requisiti minimi strutturali e organizzativi dei centri antiviolenza, delle case rifugio e delle case di semi-autonomia. Il Piano sociale intende sostenere e consolidare il processo avviato con la legge regionale 4/2014, organizzando gli interventi su tre linee programmatiche.

² Dichiarazione in occasione della Conferenza Mondiale sui diritti umani, tenutasi a Vienna nel 1993.

³ Fonte: Commissione europea, 31 gennaio 2014.

Il contrasto e la prevenzione della violenza di genere

La Regione Lazio, in attuazione di quanto previsto dalla legge regionale n. 4 del 19 marzo 2014 "Riordino delle disposizioni per contrastare la violenza contro le donne in quanto basata sul genere e per la promozione di una cultura del rispetto dei diritti umani fondamentali e delle differenze tra uomo e donna", ha istituito una "Cabina di regia" con compiti di coordinamento degli interventi e formulazione di proposte e l'Osservatorio regionale sulle pari opportunità e la violenza alle donne. La legge prevede inoltre l'elaborazione del Piano triennale contro la violenza, che, integrandosi vicendevolmente con il Piano sociale, strutturerà a 360 gradi le politiche di contrasto e prevenzione.

Il tema della violenza di genere è ripreso dall'art. 15 della legge regionale 11/2016.

Nel corso del 2016 la Giunta regionale ha inoltre adottato diverse misure, tra cui la Deliberazione n. 614 del 18 ottobre 2016, con la quale ha approvato specifiche linee guida per l'offerta di servizi, uniformi su tutto il territorio regionale, da parte delle strutture preposte al contrasto della violenza di genere, nonché i requisiti minimi strutturali e organizzativi dei Centri antiviolenza, delle Case rifugio e delle Case di semi-autonomia.

Il Piano sociale intende sostenere e consolidare il processo avviato, organizzando gli interventi su alcune linee programmatiche volte al rafforzamento della governance, incentivando il lavoro di rete con tutti gli attori, favorendo l'inserimento dei servizi di contrasto alla violenza di genere nella programmazione sociosanitaria locale. Il Piano sociale si propone di promuovere azioni volte all'aumento della qualità degli interventi monitorando l'applicazione delle linee di indirizzo sui requisiti riguardanti i servizi e rafforzando la formazione e l'aggiornamento del personale che opera nei servizi e negli enti pubblici e privati dedicati a questo settore. Infine, intende offrire un sostegno alla prevenzione incentivando i programmi di intervento finalizzati alla promozione di una cultura del rispetto dei diritti e delle differenze di genere, aumentando il sostegno alle reti e promuovendo iniziative di informazione, sensibilizzazione ed educazione.

Infrastrutturazione e governance del sistema

- aumento e diffusione omogenea di centri, servizi e strutture specializzate su tutto il territorio regionale, tenendo conto dei differenti fabbisogni;
- incentivazione del lavoro in rete con tutti gli attori che intervengono in questo campo, favorendo il pieno inserimento dei servizi di contrasto della violenza di genere nella programmazione sociosanitaria locale in coerenza con la programmazione regionale, così come previsto dalla legge n. 4 del 2014;
- promozione della collaborazione intra e inter istituzionale nei processi di programmazione, realizzazione e valutazione dei servizi, anche attraverso l'azione della "Cabina di regia";
- raccolta e analisi sistematica di dati sui fenomeni collegati con la violenza di genere, con il supporto dell'Osservatorio regionale.

Qualità e appropriatezza degli interventi

- monitoraggio dei processi di attuazione delle linee di indirizzo emanate con DGR n. 614 del 18 ottobre 2016, con cui sono state definite modalità omogenee di funzionamento delle strutture che erogano servizi per donne che hanno subito violenza e i/le loro figli/e, al fine di garantire standard qualificati nella presa in carico delle vittime di violenza in tutto il territorio regionale;
- avvio e realizzazione di un percorso di formazione e aggiornamento del personale che opera nei servizi e nelle strutture pubbliche e private attive in questo settore, in collaborazione con gli Ordini e le associazioni professionali, le Università e i Centri specializzati per la formazione;

- promozione e sostegno ad innovazioni di processo finalizzate all'identificazione e alla presa in carico tempestiva di situazioni a rischio, evitando l'aggravamento di condizioni che potrebbero evolvere negativamente;
- sostegno ad interventi, anche sperimentali, finalizzati alla realizzazione di programmi rivolti al recupero dei responsabili di maltrattamento.

Prevenzione

- incentivazione di programmi di intervento finalizzati alla promozione di una cultura del rispetto dei diritti e delle differenze di genere, contrastando ogni ideologia basata su relazioni di prevaricazione, che legittima la violenza maschile nelle relazioni intime, nell'ambito familiare, lavorativo e sociale;
- sostegno alle organizzazioni e alle reti territoriali che operano nel campo della prevenzione e del contrasto della violenza nei confronti delle donne, anche attraverso forme di auto e mutuo aiuto;
- promozione di iniziative di informazione, sensibilizzazione ed educazione, da attuarsi a livello regionale e locale, anche con il concorso delle istituzioni scolastiche e dei mezzi di comunicazione.

Il reinserimento dei detenuti

L'art.27 della Costituzione Italiana sancisce il principio secondo il quale *"le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato"*. La Regione Lazio, nell'ambito delle proprie competenze, promuove il miglioramento della condizione carceraria con l'obiettivo di:

1. sostenere un sistema attivo di opportunità trattamentali che consentano di garantire alla persona privata della libertà migliori prospettive per il futuro;
2. favorire il ricorso a misure alternative alla detenzione, potenziando il sistema integrato di rete sociale regionale;
3. migliorare la qualità del trattamento intramurario, cofinanziando attività in coordinamento con l'amministrazione penitenziaria.

L'art. 15 dell'Ordinamento Penitenziario, adottato con la legge 354/1975 (norme che regolano l'esecuzione della pena detentiva e quindi della riforma penitenziaria), attribuisce al lavoro un ruolo centrale nel processo rieducativo e di risocializzazione del condannato, rappresentando uno strumento indispensabile ai fini rieducativi e del reinserimento socio-lavorativo. Infatti, a partire dalla L.193/2000 *"Norme per favorire l'attività lavorativa dei detenuti"*, sono introdotti nell'Ordinamento strumenti e azioni per favorire la creazione e la gestione del lavoro di persone in esecuzione penale, dentro e fuori dal carcere. Si evidenzia la comune volontà di collaborazione della Regione Lazio (Direzioni Salute e Politiche Sociali, Lavoro, Formazione) e del Ministero della Giustizia (Prap, UEPE, Giustizia Minorile), sancita da ultimo, nel maggio 2014, da un protocollo d'intesa tra le due amministrazioni, finalizzato ad attuare azioni a sostegno di programmi di reinserimento di persone in esecuzione di pena. In sintesi, sono previste le seguenti azioni:

- informazione, orientamento, counseling e bilancio di competenze ed abilità, accompagnamento in forma individuale e/o di gruppo per favorire l'accesso alle varie opportunità e costruire percorsi adeguati alle specifiche esigenze;
- formazione per l'acquisizione di competenze di base, trasversali e/o tecnico-professionali, anche per il conseguimento di qualifiche professionali;
- tirocini formativi ai sensi della DGR 511/2013 con indennità di partecipazione mensile;
- attività laboratoriali all'interno degli istituti penitenziari con indennità di frequenza;
- attività di sensibilizzazione del contesto economico sociale per il potenziamento delle opportunità occupazionali e dell'incontro domanda-offerta di lavoro
- attività di sostegno della rete familiare ed amicale.

Terzo settore e impresa sociale

Negli ultimi anni si è sempre più affermato quello che viene definito terzo settore, termine che racchiude il variegato mondo associativo e della cooperazione; in particolare, con il riconoscimento di uno status sociale ed economico, avvenuto negli anni '80, di ambito diverso dallo Stato e dell'Industria, si è sempre più consolidato il ruolo di snodo fra cittadinanza organizzata, anche in forma di impresa sociale, ed Istituzioni, soprattutto a livello locale.

Non a caso la nuova legge 6 giugno 2016, n. 106 "Delega al Governo per la riforma del terzo settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del servizio civile universale" ribadisce il ruolo centrale e specifico del terzo settore anche in relazione al sistema integrato di interventi e servizi socio assistenziali. L'art. 4 comma 1 lettera o) recita testualmente:

"o) valorizzare il ruolo degli enti nella fase di programmazione, a livello territoriale, relativa anche al sistema integrato di interventi e servizi socio-assistenziali nonché di tutela e valorizzazione del patrimonio culturale, paesaggistico e ambientale e individuare criteri e modalità per l'affidamento agli enti dei servizi d'interesse generale, improntati al rispetto di standard di qualità e impatto sociale del servizio, obiettività, trasparenza e semplificazione e nel rispetto della disciplina europea e nazionale in materia di affidamento dei servizi di interesse generale, nonché criteri e modalità per la verifica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni;"

Si tratta dell'esplicitazione del compito di valorizzazione del ruolo del terzo settore che spetta agli enti pubblici, anche alla luce della ventennale esperienza maturata a seguito dell'approvazione della legge 328/2000, che dedica al rapporto tra sistema di servizi e enti del terzo settore la massima attenzione. L'art. 1 comma 4 recita testualmente:

"4. Gli enti locali, le regioni e lo Stato, nell'ambito delle rispettive competenze, riconoscono e agevolano il ruolo degli organismi non lucrativi di utilità sociale, degli organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, degli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese operanti nel settore nella programmazione, nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali."

La stessa legge presenta uno specifico articolo sul terzo settore, l'art. Art. 5. (Ruolo del terzo settore) che prevede, tra l'altro, l'atto di indirizzo e coordinamento del Governo. Il suddetto Decreto, D.P.C.M. 30 marzo 2001, introduce, tra le altre cose, sia le modalità di affidamento della gestione dei servizi che quelle per le istruttorie pubbliche per la co-progettazione con i soggetti del terzo settore.

La nuova legge regionale 10 agosto 2016 n° 11 recepisce, aggiorna e sistematizza le modalità di valorizzazione e di relazione tra gli enti pubblici ed il terzo settore. In particolare al Capo IV "Soggetti del sistema integrato", l'articolo 39 è specificamente dedicato al terzo settore; al comma 1 recita:

"1. Nel rispetto del principio di sussidiarietà, la Regione e gli enti locali riconoscono e agevolano il ruolo degli enti del terzo settore e promuovono la partecipazione attiva degli stessi nelle fasi di programmazione, progettazione e realizzazione concertata del sistema integrato". Il Comma 2 è la lista dettagliata di tutti gli enti del terzo settore, a legislazione vigente.

Da segnalare l'art. 5 comma 2 che alla lettera f) impegna la Regione ad attivare procedure partecipative dei cittadini e delle organizzazioni sociali ai processi di programmazione e co-progettazione degli interventi e dei servizi, concertazione con le organizzazioni sindacali. Sul percorso di co-progettazione La Regione Lazio ha stilato delle linee guida "Dal partenariato pubblico/privato alla co-progettazione per un nuovo welfare generativo e di comunità" che rappresentano un percorso nuovo di relazione tra i sistemi pubblici e le organizzazioni del terzo settore sulla base di responsabilità e ruoli definiti.

Salute mentale

Progetti per l'autonomia, gruppi appartamento, progetti di supporto all'abitare, progetti finalizzati all'inclusione e all'inserimento socio-lavorativo

Il lavoro e la vita indipendente sono universalmente considerati obiettivi fondamentali della riabilitazione psichiatrica, nonché aspetti determinanti dell'inclusione sociale. Negli ultimi dieci anni nei Dipartimenti di Salute Mentale del Lazio sono state implementate pratiche innovative nell'area della residenzialità psichiatrica. Tali pratiche sono coerenti con i più recenti indirizzi internazionali (ONU, OMS, Unione Europea) e nazionali (Progetti Obiettivo e, più recentemente, il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale 2013-2020), che raccomandano la valorizzazione della partecipazione attiva di utenti e familiari nei progetti terapeutici e riabilitativi riguardanti le persone con disturbi mentali gravi.

In alternativa alla residenzialità istituzionale, basata su un continuum di soluzioni residenziali che, come risulta dall'esperienza e dalla letteratura, tendono a rigenerare forme di neo-istituzionalizzazione, allontanamento dalle comunità di appartenenza e dipendenza istituzionale a lungo termine, sono state realizzate soluzioni di vita indipendente con adeguato supporto domiciliare e reperibilità sulle 24 ore dei servizi di salute mentale.

I progetti vengono formulati andando incontro fin dall'inizio alle preferenze degli utenti per ciò che riguarda la collocazione, gli arredi, i conviventi, le modalità di assistenza, in sinergia con i diversi stakeholder coinvolti (familiari, amministratori di sostegno, servizi sociali).

Si è constatato ben presto come in tal modo vengano attivate le "parti sane" del paziente (esercizio dell'autodeterminazione, responsabilizzazione), poiché le risposte ai bisogni degli utenti per come essi li esprimono vengono fornite attraverso una rete di collaborazione in cui ciascun attore può attivare le proprie competenze verso una finalità comune, il benessere e la soddisfazione delle persone a cui gli interventi sono diretti. La risposta appropriata ai bisogni reali ha favorito l'interruzione dei circuiti di revolving door, abbattendo i ricoveri. La stabilità residenziale, nel lungo periodo, risulta essere infatti di circa il 95%.

L'"architettura istituzionale" che sorregge la continuità dei progetti è necessariamente flessibile e variabile, poiché si tende ad utilizzare il potenziale che ciascuna situazione può offrire (se riconosciuta e valorizzata), anziché applicare un modello standardizzato e impersonale. In alcuni casi, ad esempio, l'utente stesso è titolare del canone di locazione; in altri, temporaneamente, interviene una onlus di cui familiari e utenti sono membri.

La rete assistenziale è garantita dai servizi di salute mentale, in costante coordinamento con i servizi sociali, i familiari e associazioni di volontariato, e quotidianamente gli utenti sono in contatto con essa.

La Regione Lazio, consapevole dell'importanza di questo rinnovamento, ha posto tra gli obiettivi dei piani operativi 2016-2018 la regolamentazione degli standard per i progetti per l'autonomia degli utenti (gruppi appartamento, progetti di supporto all'abitare, progetti finalizzati all'inclusione e all'inserimento socio-lavorativo) e ha, altresì, costituito con determina n. G13954¹ del 25 novembre 2016 un apposito gruppo. L'obiettivo è di includere la disabilità derivante da disturbi psichiatrici nel piano sociale regionale alla stregua di quanto stabilito dal piano di azioni nazionale per la salute mentale che richiama tra l'altro la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità delle nazioni unite².

¹ Istituzione del gruppo di lavoro per la definizione e regolamentazione degli standard per i progetti per l'autonomia degli utenti (sostegno abitativo, gruppi appartamento, progetti di supporto all'abitare, progetti finalizzati all'inclusione e all'inserimento socio-lavorativo).

² Convention on the Rights of Persons with Disabilities (in sigla CRPD).

C. Livelli essenziali delle prestazioni

Uno sguardo generale

La questione dei livelli essenziali delle prestazioni ^[1] sociali (LEPS) è da anni al centro dell'attenzione dei decisori e degli operatori sociali. In un contesto di progressivo (ancorché incerto) decentramento regionale delle responsabilità nel settore dell'assistenza, la determinazione dei LEPS rimane praticamente l'unica garanzia normativa per un sistema di servizi sociali in grado di assicurare in tutto il territorio nazionale pari opportunità e non discriminazione nell'accesso alle prestazioni sociali.

Riguardo ai Leps, si sono consolidate due interpretazioni di fondo: per alcuni autori i LEPS devono essere intesi (solo) come standard quantitativi e qualitativi obbligatori, quale condizione strutturale per assicurare una omogenea offerta di servizi in tutto il territorio nazionale; per altri invece essi si qualificano più propriamente come "diritti soggettivi", e quindi esigibili nei confronti della Pubblica Amministrazione, per determinate prestazioni sociali, al verificarsi di specifiche situazioni di bisogno.

In realtà le due accezioni sono intimamente connesse. Il loro rapporto si può cogliere facilmente se si considera la determinazione operativa dei LEPS come un atto complesso di tipo processuale, che comprende diversi passaggi:

1. l'indicazione di quali diritti è necessario tutelare ai sensi del dettato costituzionale, nonché dei soggetti titolari di tali diritti ^[2];
2. la descrizione delle condizioni che richiedono l'erogazione di specifiche prestazioni, finalizzate alla rimozione o riduzione degli ostacoli che impediscono l'esercizio di fondamentali diritti sociali, nonché la precisazione dei soggetti accreditati a certificare lo stato di bisogno che attiva l'obbligo di erogare le prestazioni previste dalla legge;
3. la specificazione quantitativa e qualitativa (livelli) delle prestazioni essenziali da garantire ai soggetti titolari dei diritti, in quanto sostanzialmente relazionate con tali diritti;
4. la determinazione degli standard dei servizi (in termini di risorse umane e strumentali, di organizzazione, di distribuzione territoriale, ecc.) che devono essere assicurati dalla pubblica amministrazione (direttamente o indirettamente) per la fornitura delle prestazioni;
5. la previsione dei costi di tali servizi e delle risorse finanziarie necessarie per il loro funzionamento (con l'eventuale riparto degli oneri tra diversi soggetti, compresi eventualmente i beneficiari stessi);
6. la determinazione delle procedure che possono essere attivate dagli aventi diritto per rendere esigibili tali prestazioni;
7. l'indicazione delle responsabilità dei diversi livelli di governo per l'attuazione dei servizi e delle prestazioni da erogare, compresa la possibilità di intervento sussidiario e sostitutivo.

Come è noto, il tema dei livelli essenziali delle prestazioni sociali ha trovato una sua prima sistemazione normativa nell'articolo 22 della legge quadro 328/2000. Il comma 2 di questo articolo elenca nove interventi definiti come "livello essenziale delle prestazioni sociali", senza però alcuna specificazione quantitativa o qualitativa. L'unica determinazione operativa è quella contenuta nel comma 4 dello stesso articolo, che elenca cinque tipologie di servizi (chiamati qui "prestazioni") che devono essere comunque erogati in ogni ambito territoriale corrispondente al Distretto sanitario ^[3].

La riforma del Titolo V della Costituzione, a meno di un anno di distanza dall'approvazione della legge 328, sancisce la competenza legislativa esclusiva delle Regioni nel settore dei servizi sociali, affidando però allo Stato in via esclusiva la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" (art. 117, comma 2, lettera m).

Il concetto dei livelli essenziali ha così acquisito un valore costituzionale, che si configura in relazione all'esercizio dei diritti che, in quanto tali, devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, sulla base del principio di uguaglianza, senza vincoli precostituiti. L'autonomia legislativa delle Regioni nel settore dei servizi sociali trova qui un limite invalicabile, reso evidente anche dal nuovo articolo 120 della Costituzione, che prevede che il Governo nazionale possa sostituirsi agli altri organi istituzionali quando lo richieda "la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali".

Dopo 15 anni dalla riforma del Titolo V della Costituzione, il Parlamento non ha però ancora approvato la legge che determina i LEPS, né ha avviato un processo legislativo in questo senso.

È da osservare però che il disegno di legge 2494, attualmente in discussione al Parlamento, prevede che l'introduzione di una misura nazionale di contrasto della povertà e dell'esclusione sociale, denominata reddito di inclusione, sia "individuata come livello essenziale delle prestazioni da garantire uniformemente in tutto il territorio nazionale" (art. 1, comma a).

Nelle more della completa attuazione del dettato costituzionale, le Regioni sono comunque chiamate ad esercitare una propria specifica responsabilità in questo campo ^[4].

La legge regionale del Lazio 11/2016 ha raccolto questa opportunità. Il comma 2 dell'art. 22 elenca le seguenti sette tipologie di servizi, indicate come livelli essenziali:

1. Servizio di Segretariato sociale per favorire l'accesso ai servizi, mediante l'informazione e la consulenza ai cittadini;
2. Servizio sociale professionale;
3. Punto Unico di Accesso, garantito in ogni Distretto sociosanitario;
4. Pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza;

5. Servizio di assistenza domiciliare per soggetti e nuclei familiari con fragilità sociali e con le prestazioni di cura sociali e sanitarie integrate;
6. Strutture residenziali e centri di accoglienza;
7. Strutture semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali o diurni a carattere comunitario.

In questo capitolo si riprende ciascuna delle tipologie di servizi indicate sopra, specificando per ognuna di esse le modalità con cui la Regione e gli enti locali garantiranno l'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali nel prossimo triennio.

Gli obiettivi di servizio di seguito indicati saranno progressivamente validati, entro il prossimo triennio, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, mediante un confronto costruttivo con tutti gli attori sociali interessati, sulla base dei dati che saranno resi disponibili dal Sistema informativo sociale e dall'Osservatorio regionale delle politiche sociali, con riferimento agli stati di bisogno della popolazione, all'offerta dei servizi presenti sul territorio e alle risorse disponibili per il raggiungimento delle mete che saranno programmate nel successivo Piano sociale. Al fine di migliorare la misurabilità degli obiettivi programmati, laddove ancora non siano stati individuati verranno progressivamente definiti indicatori numerici per tutti i servizi.

[1] In letteratura si interpreta il termine "prestazione" non come singola azione, ma come un intervento organico multidimensionale, atto a prevenire, eliminare o ridurre il bisogno sociale e/o le sue conseguenze. Il termine comprende dunque erogazioni monetarie e/o in natura, servizi alla persona e al nucleo familiare, "mix" di erogazioni monetarie e di interventi, ecc.

[2] È necessario distinguere tra diritto "soggettivo" e "individuale". È infatti acquisita (anche se solo recentemente) l'attribuzione del "diritto soggettivo" anche a soggetti collettivi (come ad esempio uno specifico nucleo familiare).

[3] "... le leggi regionali, secondo i modelli organizzativi adottati, prevedono per ogni ambito territoriale (...), comunque l'erogazione delle seguenti prestazioni: a) servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari; b) servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari; c) assistenza domiciliare; d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali; e) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario".

[4] Cfr. art. 2 comma 2 della legge 328/00: "I soggetti di cui all'articolo 1, comma 3 [Enti locali, Regioni e Stato], sono tenuti a realizzare il sistema di cui alla presente legge che garantisce i livelli essenziali di prestazioni, ai sensi dell'articolo 22".

Segretariato sociale e Punto Unico di Accesso

Obiettivo del Piano sociale regionale è di assicurare, nell'arco del triennio considerato, a tutti i cittadini e le cittadine della Regione:

- il diritto all'accesso alla rete dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari;
- il diritto all'informazione e alla presa in carico;
- il diritto al progetto personale e alla conseguente definizione del budget di salute.

Per il perseguimento di tale obiettivo è essenziale:

1. La definizione di un sistema unificato di accesso ai servizi e agli interventi, che preveda criteri e modalità comuni. Ciò richiede in particolare:

- la connessione logistico-operativa tra il Segretariato sociale comunale e il Punto Unico di Accesso distrettuale, al fine di assicurare alle persone un'adeguata informazione, orientamento e accompagnamento ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari del territorio, anche attraverso lo svolgimento competente di funzioni di pre-valutazione e l'eventuale attivazione dell'unità di valutazione multidisciplinare;

- la predisposizione di percorsi integrati e unificati per usufruire dei vari servizi di rete, anche tramite la definizione condivisa di procedure specifiche;

- la costituzione di unità professionali integrate tra Comuni e ASL, per la definizione dei progetti personali a partire dalla valutazione multidimensionale della situazione personale e ambientale di chi accede al sistema integrato. Tali strutture operano su base distrettuale e assumono i caratteri di una équipe multiprofessionale, la cui composizione può variare in ragione delle competenze professionali richieste dalle specifiche condizioni della persona e/o della famiglia. Le funzioni di valutazione e di progettazione svolte dall'equipe vengono esercitate avvalendosi di strumenti di valutazione multimodale periodicamente rivisti e corretti in rapporto all'evoluzione scientifica delle metodologie valutative e dell'esperienza maturata a seguito della loro applicazione.

2. La strutturazione del processo che, garantendo modalità di scambio di informazioni tra servizi anche attraverso lo strumento della Cartella sociosanitaria, renda più facilmente realizzabile l'integrazione, assicuri la continuità assistenziale e permetta di adeguare nel tempo il progetto personale.

3. La ri-programmazione periodica (annuale e pluriennale) sociale, sanitaria e sociosanitaria. Ciò comporta la predisposizione di un Sistema informativo che offra a tutti gli attori della rete, che concorrono alle decisioni, un quadro conoscitivo organico e sistematico. Il funzionamento e la manutenzione della rete richiede una precisa responsabilità tecnica

di gestione, identificabile in una struttura integrata (l'Ufficio sociosanitario, come descritto nel successivo capitolo M), unitariamente individuata da Comuni e ASL, capace di monitorare e stimolare tutti i processi operativi.

La costituzione di equipe multiprofessionali a livello distrettuale e l'erogazione congiunta di prestazioni sociali, sanitarie e sociosanitarie favoriscono condizioni operative unitarie fra figure professionali diverse (sanitarie e sociali).

Tale integrazione, di natura professionale, garantisce il massimo di efficacia nell'affrontare i bisogni complessi che richiedono la predisposizione di una risposta altrettanto complessa, frutto di un processo che si compone di tre fasi fondamentali:

- la valutazione multidimensionale;
- la progettazione personale;
- il monitoraggio e la valutazione dei risultati.

La realizzazione dell'integrazione professionale richiede tre condizioni di supporto:

1. La partecipazione delle figure professionali alla definizione delle linee programmatiche e organizzative dei servizi, in relazione alle specifiche competenze e in funzione della realizzazione di processi di intervento congiunti, coerenti e qualificati, che consentano la gestione condivisa delle responsabilità.

2. La predisposizione di un Sistema informativo per la raccolta dei dati, indispensabile a livello micro per la predisposizione e il monitoraggio del progetto personale, e a livello macro per la programmazione e valutazione del sistema integrato territoriale.

3. La previsione di percorsi formativi comuni, cui partecipino operatori sociali e sanitari, appartenenti sia ai servizi degli enti locali che a quelli della ASL, ma aperti anche ad altri soggetti, sia pubblici che privati, profit e non profit. L'obiettivo è di garantire il coinvolgimento di tutte le componenti della governance locale, allo scopo di potenziare le funzioni di programmazione, gestione e valutazione del sistema delle prestazioni, e di favorire lo sviluppo dell'integrazione a livello locale. Il confronto fra esperienze, culture, riferimenti teorici e operativi è, infatti, condizione indispensabile per la definizione di linguaggi, metodi e strumenti condivisi.

Indicatori e standard del servizio

| Servizio | LR 11/16 | Standard quantitativi | Indicatori qualitativi |
|--|-------------------|---|--|
| Sistema unificato di accesso: Segretariato sociale e PUA | Artt. 23, 52 e 53 | <p>Garantire in ogni Distretto sociosanitario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 Ufficio sociosanitario quale strumento di integrazione tra l'Ufficio di Piano e l'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD); • 1 Casa della Salute che integri le funzioni del Segretariato sociale e del PUA; • 1 Unità di Valutazione Multidimensionale, composta da personale sanitario della ASL e personale sociale dei Comuni singoli o associati. | <ul style="list-style-type: none"> • Accessibilità; • fruibilità; • continuità e flessibilità oraria; • professionalità impegnate; • formazione congiunta; • procedure e strumenti condivisi; • integrazione sociosanitaria; • coordinamento con gli altri servizi territoriali, pubblici o privati; • tempistica certa tra il riconoscimento del diritto e l'attuazione del progetto personale (erogazione delle prestazioni). |

Servizio sociale professionale

Il lavoro sociale è stato organizzato, nel tempo, prevalentemente in base al criterio dei "gruppi target". Ciò ha prodotto, in linea di tendenza, una progressiva specializzazione degli operatori e un miglioramento delle capacità di risposta in relazione alle diverse aree di intervento. Ma tale impostazione ha prodotto anche, come conseguenza, la categorizzazione dei bisogni e il rischio di classificare le persone in base ad una loro caratteristica o condizione.

La semplificazione che ne è derivata ha portato benefici in termini tecnico-amministrativi, ma è risultata fortemente in contrasto con l'esperienza soggettiva della singola persona, che si sviluppa nella sua unitarietà in un determinato contesto di vita e non può essere spaccettata per competenze. Inoltre ha reso sempre più complicato per il sistema di welfare fornire alle persone una risposta integrata e continuativa.

In futuro è quindi auspicabile il superamento di un tale approccio per gruppi e per categorie. Nella pratica, infatti, una stessa persona e una singola famiglia esprimono molteplici domande sociali, cui occorre fornire risposte in un'ottica unitaria e orientata al contesto.

Ciò apre all'opportunità di un cambiamento nella direzione di un modello di Servizio sociale di comunità. Tale assetto organizzativo guarda al territorio come luogo di formazione della domanda sociale, ma anche come risorsa utile ad una sua rielaborazione e possibile soluzione.

Di fronte alla crescente complessità sociale non è più possibile, oggi, fornire risposte standardizzate: gli stili di vita, i modelli familiari, i rapporti di lavoro sono molto più diversificati di quanto non accadeva in passato. La semplificazione per gruppi target ha prodotto un'offerta di servizi preordinati e settoriali, che risulta inadeguata ad affrontare le concrete situazioni di vita. L'unica risposta possibile alla complessità del tessuto sociale è rappresentata dalla creazione di una rete altrettanto complessa e articolata, in grado di rispondere, in modo integrato, ai bisogni nelle loro infinite associazioni, evitando frammentazione, duplicazione di interventi e dispersione delle risorse, e favorendo la condivisione delle responsabilità connesse alla costruzione del benessere collettivo.

Al livello di Servizio sociale ciò presuppone di sviluppare strategie di intervento integrate con tutti gli attori attivi a livello territoriale e di coinvolgere direttamente la persona e la sua famiglia nelle scelte che riguardano la loro vita o aspetti di essa.

In particolare:

- Le condizioni di vita delle persone sono diverse, come diversi sono i bisogni e gli obiettivi personali e familiari, gli operatori sociali devono quindi considerare la persona e la sua famiglia come co-protagonisti a pieno titolo dell'azione sociale, riconoscendo loro il diritto ad una progettazione personale che ne preveda il diretto coinvolgimento.
- Le prestazioni sociali devono ispirarsi al principio della prossimità alla persona. Devono favorire la permanenza nel proprio contesto di vita e promuovere l'inclusione nella comunità di appartenenza.
- Gli operatori sociali devono fornire ai cittadini ed alle cittadine tutte le informazioni e tutti gli elementi utili all'esercizio della libertà di scelta o della scelta fra soluzioni alternative.
- Tutte le risorse, non solo pubbliche, che solitamente vengono mobilitate per far fronte ad una situazione di bisogno devono essere messe a sistema nell'ambito del progetto personale, favorendo la corresponsabilità della sua attuazione.

Indicatori e standard del servizio

| Servizio | LR 11/2016 | Standard quantitativi | Indicatori qualitativi |
|--------------------------------|------------|---|---|
| Servizio sociale professionale | Art. 24 | <ul style="list-style-type: none"> • Riduzione del 50% dell'esternalizzazione della funzione; • 1 assistente sociale del Distretto sociosanitario, a tempo pieno, ogni 6.000 residenti. <p>Con deliberazione regionale sarà definito un range tra 5.000 e 7.000 abitanti in relazione a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gli esiti della diagnosi di comunità; • le dimensioni e le caratteristiche orografiche del territorio di riferimento; • la presenza di persone non residenti in condizioni di disagio socio-economico. | <ul style="list-style-type: none"> • Adeguatezza della dotazione organica; • stabilità contrattuale delle risorse umane; • esperienza, specializzazione e formazione continua del personale; • prevenzione del turnover e del rischio di burn-out; • uso degli strumenti: progetto personale e budget di salute. |

Emergenza e pronto intervento sociale

Il servizio di emergenza e pronto intervento sociale, previsto dall'articolo 30 della LR 11/2016, è finalizzato ad intervenire in maniera tempestiva e flessibile in risposta a situazioni impreviste e imprevedibili, a favore di una o più persone che, per situazioni contingenti, sono sprovviste dei mezzi necessari al soddisfacimento dei bisogni primari di vita e si trovano in situazioni di grave disagio che richiedono un aiuto immediato per salvaguardare l'integrità e la dignità personale.

L'obiettivo è quello di garantire protezione e tutela materiale, sociale e giuridica attraverso l'attivazione di interventi di pronta accoglienza, assicurando la soddisfazione immediata dei bisogni primari e vitali della persona.

Il servizio è strettamente collegato con i servizi sociali territoriali ed è svolto in collegamento con il sistema di emergenza sanitaria, ora confluito nel numero unico per le emergenze (112).

Il servizio si svolge generalmente fuori degli orari d'accesso ai consueti servizi di assistenza sociale, tranne casi particolarmente complessi (come ad esempio nel territorio di Roma Capitale).

È rivolto ad adulti, uomini e donne, disabili o anziani con limitata autonomia e in condizioni di improvvisa e impreveduta necessità assistenziale. Sono escluse le persone che mettono in atto comportamenti pericolosi (di competenza dei servizi di ordine pubblico) o che risultano in evidente stato di bisogno di cure e assistenza sanitarie, per le quali sono previsti altri canali di intervento.

Lo spirito del servizio di pronto intervento sociale è di offrire una prima risposta di bassa soglia all'emergenza: non rappresenta perciò un percorso sostitutivo, né una via preferenziale della presa in carico ordinaria.

Ogni ambito territoriale individua proprie modalità di organizzazione del servizio, che può prevedere anche il ricorso a convenzioni e accordi con altri sistemi di emergenza (sanitaria e di ordine pubblico). In ogni caso, deve essere assicurata l'efficacia e la tempestività degli interventi di emergenza, mediante la reperibilità telefonica 24 ore su 24, 365 giorni l'anno. Il servizio deve essere gestito da professionalità in grado di intervenire in modo competente su casi particolari e complessi. Inoltre dovrà essere assicurata la disponibilità di idonei luoghi di accoglienza temporanea (diurna e notturna).

Per un'organizzazione ottimale del pronto intervento sociale, nei casi appropriati sarà utile ricercare accordi con altri ambiti, per organizzare il servizio in modo da assicurare la qualità delle prestazioni realizzando le necessarie economie di scala, in rapporto alla frequenza e consistenza delle situazioni che le richiedono.

Indicatori e standard del servizio

| Servizio | LR 11/2016 | Standard quantitativi | Indicatori qualitativi |
|---|------------|---|--|
| Servizio di emergenza e pronto intervento assistenziale | Art. 30 | <ul style="list-style-type: none"> • 1 servizio operante nel territorio di Roma Capitale; • 1 servizio in ogni ASL negli altri territori, negli orari non coperti dal funzionamento ordinario del servizio sociale. | <ul style="list-style-type: none"> • Accessibilità (anche telefonica); • tempestività; • integrazione con gli altri servizi di emergenza; • integrazione con i servizi sociali ordinari. |

Domiciliarità

La partecipazione alla vita della società è un bisogno e un diritto fondamentale di ogni cittadino e di ogni cittadina. Le reti relazionali rappresentano una risorsa fondamentale per la salute delle persone. Il sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali deve, pertanto, porsi come obiettivo quello di contrastare l'esclusione, favorendo la permanenza della persona nel proprio contesto di vita, evitando fenomeni di isolamento e di emarginazione, e quindi prevenendo l'istituzionalizzazione e consolidando processi di deistituzionalizzazione.

A tale scopo, il Piano sociale della Regione si fonda sui seguenti criteri di azione:

- Tutte le persone hanno diritto di scegliere liberamente dove, come e con chi vivere, evitando ogni situazione segregante, di esclusione o di isolamento, e ricevendo i supporti di intensità adeguata alle specifiche condizioni personali e ambientali. Alla persona e alla famiglia devono essere fornite tutte le informazioni e tutti gli elementi utili all'esercizio consapevole della libertà di scelta o della scelta fra soluzioni alternative.
- Tutte le politiche sociali devono ispirarsi al principio della prossimità alla persona e garantire la permanenza e l'inclusione nel proprio contesto di vita. In tale quadro l'offerta residenziale deve rappresentare l'ultima ratio ed essere attivata solo qualora siano venute meno tutte le possibilità di intervento domiciliare o di soluzioni alternative, oppure quando sia necessario un ricovero transitorio di emergenza.
- La capacitazione, il rafforzamento dell'autonomia personale, la realizzazione della vita indipendente devono essere concretamente perseguite 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.
- Le prestazioni di assistenza domiciliare socio assistenziale e sociosanitaria e per la vita indipendente devono essere pensate all'interno di una progettazione personale che integri misure, sostegni, servizi e trasferimenti monetari (dal supporto alla genitorialità al contrasto dell'impoverimento, dall'assistenza personale autogestita alle attività di socializzazione, ai sostegni per l'abitare ecc.). Inoltre, nell'ambito del progetto personale possono trovare spazio anche le risorse private attivate o da attivare congiuntamente all'intervento pubblico, che entrano in questo modo a far parte della rete dei servizi di sostegno alla domiciliarità e di supporto all'inclusione sociale.

Azioni:

- Rafforzare l'integrazione tra assistenza domiciliare sociale e sanitaria, attraverso la programmazione sociosanitaria congiunta, la predisposizione di un modello organizzativo condiviso, la valutazione multidimensionale della persona e la redazione del progetto personale, con il relativo budget di salute.

- Potenziare l'offerta domiciliare socioassistenziale e sociosanitaria, attraverso l'estensione progressiva degli orari in funzione dell'intensità dei supporti necessari alla persona, e garantire la flessibilità oraria e giornaliera.
- Assicurare ai cittadini e alle cittadine, in tutti i Distretti sociosanitari e garantendone la trasportabilità, la possibilità di scegliere il mix più appropriato di interventi, erogati in forma diretta, indiretta o mista, e in combinazione con altre prestazioni, da definire nell'ambito del progetto personale.
- Garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, attraverso l'integrazione tra prestazioni ospedaliere, di medicina generale, specialistica ambulatoriale e l'assistenza domiciliare e sociale territoriale, al fine di contrastare il ricorso a ricoveri impropri, anche con forme di ospedalizzazione a domicilio, e di prevenire l'istituzionalizzazione, assicurando alla persona la permanenza nella propria abitazione.
- Disciplinare, attraverso deliberazione della Giunta regionale, le modalità di riconoscimento e supporto dei caregiver familiari, riconoscendo il loro ruolo e sostenendo la loro qualità di vita.
- Favorire, nell'ambito della progettazione personale, la messa in rete dell'offerta di prestazioni sociali e sociosanitarie non solo pubbliche, ma anche private e non profit.
- Individuare un sistema di indicatori che consentano di riconoscere le situazioni di isolamento e segregazione (anche in ambito domiciliare) presenti o potenziali, compresi indicatori per rilevare condizioni di disagio e sofferenza dell'operatore domiciliare, e diffondere tali strumenti ai servizi sociali e sociosanitari.
- Adottare politiche e programmare percorsi di formazione e aggiornamento rivolti a tutto il personale coinvolto nei servizi domiciliari; prevedere momenti di supervisione e confronto tra operatori per superare eventuali criticità e/o condizioni di disagio e sofferenza; favorire occasioni di scambio di saperi ed esperienze tra operatori domiciliari e caregiver familiari.

Secondo i dati forniti dall'ISTAT, a livello nazionale meno del 20% delle famiglie con almeno una persona con limitazioni funzionali ha usufruito, nel 2013, di servizi pubblici a domicilio. E la carenza assistenziale non è colmata neppure dai servizi domiciliari a pagamento: infatti, oltre il 70% delle famiglie non usufruisce di alcun tipo di assistenza domiciliare, né privata né pubblica.

(Fonti: ISTAT, Regione Piemonte, "Tutela della salute e accesso alle cure. Anno 2013", luglio 2014).

Concentrandosi in particolare sulle persone con disabilità gravi, più della metà della popolazione giovane e adulta (da 0 a 64 anni) con gravi disabilità non riceve assistenza dai servizi pubblici, non ricorre al mercato dei servizi di cura

privati e non può contare sull'aiuto di familiari non conviventi. Il carico assistenziale insiste quindi completamente sui familiari conviventi.

La quota più consistente di persone con disabilità gravi under 65 vive con i propri genitori (49,9%). Di queste, oltre la metà (54%) può contare solo sui caregiver familiari. Da segnalare come particolarmente critica è la condizione di coloro che vivono con genitori anziani (poco più del 30%).

Tra coloro che invece vivono da soli, il 54% ricorre unicamente all'aiuto dei familiari non conviventi e ben il 20% non riceve alcun tipo di aiuto (né familiare, né dei servizi pubblici o privati). Ciò appare tanto più preoccupante se si pensa che ben oltre la metà (58,2%) delle persone con disabilità gravi che vivono da sole dichiara di poter contare su risorse economiche scarse o insufficienti.

(Fonti: ISTAT, "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone affette da disabilità grave prive del sostegno familiare. Audizione dell'Istituto nazionale di statistica", ottobre 2014).

Indicatori e standard del servizio

| Servizio | LR 11/2016 | Standard quantitativi | Indicatori qualitativi |
|------------------------------------|------------|---|--|
| Servizio di assistenza domiciliare | Art. 26 | <p>Garantire in ogni Distretto sociosanitario:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● l'implementazione del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI); ● l'estensione della quota di persone con limitazioni funzionali che fruiscono di servizi pubblici a domicilio; ● l'estensione delle ore erogate in funzione dell'intensità dei supporti necessari alla persona, rilevata in fase di valutazione; ● la possibilità di scelta tra assistenza diretta, indiretta o mista. | <ul style="list-style-type: none"> ● Libertà di scelta; ● capacità-zione ed empowerment; ● integrazione sociosanitaria; ● integrazione con le altre prestazioni di carattere sociale e sociosanitario, pubbliche e private, presenti sul territorio; ● flessibilità oraria e giornaliera; ● continuità assistenziale e prevenzione dell'istituzionalizzazione; ● competenza e formazione continua di chi è coinvolto nei servizi domiciliari; ● prevenzione del rischio di burn-out. |

Residenzialità

Adottare il principio della prossimità alle persone e promuovere la loro partecipazione alla vita della comunità determina una gerarchia nelle prestazioni da erogare e richiede un ripensamento delle attuali soluzioni residenziali in senso abitativo, in particolare:

- L'intervento sociale e sociosanitario deve essere pensato e progettato, in prima battuta e secondo le preferenze della persona, in forma domiciliare; l'assistenza residenziale deve essere limitata allo stretto necessario e scelta in alternativa al mantenimento dell'abituale dimora solo qualora siano stati attivati tutti i supporti e i sostegni possibili.
- Devono essere favorite soluzioni che concorrono a realizzare il progetto di vita e a supportare l'ambiente familiare della persona.
- La Regione e le istituzioni territoriali devono compiere ogni sforzo mirato alla deistituzionalizzazione delle persone che vivono in strutture che non assecondano i loro bisogni e preferenze, attraverso l'attivazione di

sostegni e servizi per l'abitare che permettano la fuoriuscita da tali strutture, ma anche attraverso il divieto alla realizzazione di nuove strutture che riproducano situazioni "segreganti" vietandone l'accreditamento e, di conseguenza, qualsiasi finanziamento diretto o indiretto.

- I servizi per l'abitare devono riprodurre le condizioni di vita familiare, essere attivati nella forma più decentrata possibile e garantire il collegamento con la comunità di riferimento. I servizi devono essere integrati nel tessuto sociale e aperti alla relazione con il territorio. Luoghi che assomiglino il più possibile a una casa, che non accolgano le persone come degenti o malate, che non recidano il rapporto con il contesto in cui le persone crescono.

- Nel quadro dei servizi per l'abitare le persone devono poter esercitare, nell'ambito della progettazione personale, il proprio diritto di scelta.

Azioni:

- Procedere nell'arco del triennio, sulla base di indicatori condivisi, a una rilevazione sistematica e completa delle strutture segreganti presenti sul territorio regionale e garantire percorsi di dimissione delle persone segregate attraverso l'elaborazione di progetti personali.

- Definire, sulla base dei dati forniti dal Sistema informativo, il fabbisogno di servizi per l'abitare sul territorio regionale e pianificarne nel triennio la realizzazione, garantendo alla popolazione un ventaglio di soluzioni.

- Elaborare linee guida regionali per la definizione di un procedimento unico di accreditamento sociosanitario che superi le attuali modalità e procedure, prendendo a riferimento i criteri introdotti dalla Norma UNI 11010/2016 "Servizi socio sanitari e sociali - Servizi per l'abitare e servizi per l'inclusione sociale delle persone con disabilità (PcD) - Requisiti del servizio", e negando l'accreditamento e qualsiasi finanziamento diretto o indiretto a strutture potenzialmente segreganti;

- Determinare obiettivi di servizio connessi ai servizi per l'abitare che assumano come riferimento la Norma UNI 11010/2016 "Servizi socio sanitari e sociali - Servizi per l'abitare e servizi per l'inclusione sociale delle persone con disabilità (PcD) - Requisiti del servizio" e monitorarne il raggiungimento.

- Consentire alle persone che fruiscono dei servizi per l'abitare di arricchire le proprie competenze e abilità e ritardare per quanto più possibile la perdita dell'autonomia garantendo l'erogazione continua di sostegni professionali, educativi, assistenziali e informali congruenti con la valutazione multidimensionale e inseriti nell'ambito di un progetto personale redatto con la partecipazione attiva della persona o di chi la rappresenta.

I servizi per l'abitare devono, in particolare, rispettare i seguenti criteri e modalità operative:

Accesso e dimissioni

- ai fini dell'accesso ai servizi per l'abitare, deve essere garantita l'informazione, accessibile e comprensibile, di tutte le opportunità alternative al servizio e dei relativi supporti a tali scelte, anche in situazioni di indigenza, con la finalità di rendere effettiva la libertà di scelta della persona o di chi la rappresenta;
- l'ammissione al servizio deve essere preceduta dalla redazione, concordata e condivisa con l'interessato o con chi lo rappresenta, di un progetto personale, in seguito alla valutazione multidimensionale e di contesto e con l'accurata valutazione delle possibilità di successive soluzioni alternative;
- il progetto personale deve contenere indicazioni precise sui sostegni e gli interventi necessari per il raggiungimento degli obiettivi previsti, incluse le indicazioni relative alle fasi di ammissione e dimissione dal servizio; esso deve prevedere la configurazione di azioni e interventi orientati in modo intenzionale ed efficace alla persona, tesi al mantenimento e raggiungimento progressivo del personale livello di autonomia e autodeterminazione possibile; deve inoltre contenere, fin dall'inizio, elementi riferibili al contesto di vita della persona (famiglia, comunità, luoghi, attività esterne ecc.) e prevenire l'allontanamento dalla comunità originale di riferimento;
- il progetto personale deve essere monitorato e valutato periodicamente, con il coinvolgimento della persona o chi la rappresenta, ai fini di eventuali revisioni, tenendo anche in considerazione le concrete ipotesi di soluzioni abitative in autonomia anche successive;
- l'accesso al servizio può essere relativo a situazioni emergenziali (personali, familiari o contestuali);
- l'accesso al servizio può essere previsto in via transitoria e come percorso per l'acquisizione o il rafforzamento dell'autonomia personale in vista di successive soluzioni abitative in autonomia o in co-housing;
- la dimissione dal servizio e l'eventuale passaggio ad altre soluzioni abitative deve essere concordata con la persona interessata o con chi la rappresenta e deve prevedere azioni di supporto al cambiamento;
- ogni eventuale variazione di servizio erogato (passaggio fra servizi diversi e alternativi) deve essere regolato in base al progetto personale di ciascuno e prescindere da qualsivoglia discriminazione per età o condizione.

Regole di coabitazione

- garantire l'accessibilità delle informazioni, comprese quelle per la sicurezza, ricorrendo anche a figure di mediazione o a strumenti di lettura facilitata;
- assicurare la comprensione e la condivisione delle regole di convivenza, e la loro eventuale revisione; la persona deve essere posta nella condizione di esprimere le proprie opinioni e preferenze sull'organizzazione del servizio, nonché di manifestare l'accettazione o il rifiuto delle attività proposte;
- favorire il mantenimento di abitudini, hobby, interessi ecc. che la persona possedeva e coltivava prima dell'ingresso nel servizio;
- favorire condizioni di relazioni interpersonali e di reciprocità tipiche della vita familiare ivi incluse le responsabilità di ognuno;
- strutturare gli ambienti di vita in funzione dell'accessibilità, dei bisogni, delle preferenze e dello sviluppo della persona;
- favorire la flessibilità dei tempi delle attività della coabitazione in funzione dei progetti personali, dei bisogni, delle preferenze e dello sviluppo della persona;
- garantire e rispettare gli spazi privati, la riservatezza e le inclinazioni e preferenze personali;
- garantire la gestione del proprio denaro, oggetti e beni personali (anche non economicamente rilevanti); nei casi di significative limitazioni in tali attività la gestione del denaro e dei beni della persona devono rispettare il massimo della trasparenza;
- garantire l'opportunità di scegliere e di chiedere ragionevolmente il cambio dell'operatore o assistente di riferimento; partecipare alla valutazione e monitoraggio periodici del personale;
- garantire la promozione della salute e di tutte le forme di prevenzione e responsabilizzazione nella cura di sé anche attraverso la verifica periodica dell'appropriatezza prescrittiva;
- rendere disponibili e accessibili i media, nonché gli strumenti di informazione e partecipazione offerti anche dalle tecnologie informatiche, al fine di ridurre i rischi di isolamento e l'esclusione.

Relazioni con il contesto sociale di riferimento

- consentire alla persona il massimo grado di inclusione con l'ambiente sociale di riferimento anche ricorrendo a interventi e figure di mediazione o a strumenti tecnologici o associazioni di advocacy;
- la fruizione dei servizi per l'abitare non può determinare a priori l'esclusione dalla fruizione di altri servizi territoriali o ausili;
- favorire e garantire lo svolgimento della vita quotidiana all'esterno del servizio (ad esempio per il lavoro, la frequenza a centri diurni, le relazioni e le attività nel territorio, anche di tipo ricreativo);

- favorire e garantire il mantenimento di relazioni con il contesto sociale di riferimento (comunità, reti informali, persone), sia con iniziative esterne che incentivando l'ingresso nel servizio;
- garantire l'informazione, accessibile e comprensibile, di tutte le opportunità offerte dal contesto territoriale, anche di tipo ludico, e favorire la creazione di nuove relazioni sociali;
- prevedere la correlazione dei servizi per l'abitare con gli altri servizi del territorio, compresi quelli di trasporto e di supporto personale extra domiciliare.

Protezione da abusi e maltrattamenti

Il servizio deve adottare la procedura per la prevenzione e la gestione dell'evento avverso inteso come qualsiasi evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno alla persona, non intenzionale e indesiderabile (vedasi, *Ministero della Salute: Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità, giugno 2011* e *Decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 per la parte relativa all'analisi e prevenzione dei rischi di reato*).

Inoltre:

- il servizio deve prevedere specifiche politiche e procedure di supporto per garantire che la persona sia protetta da ogni forma di abuso fisico e psicologico, maltrattamento, trattamento degradante o negligenza che la possa esporre a rischi ingiustificati;
- le politiche e le procedure adottate e programmate devono essere disponibili e comunicate alle persone e a chi le rappresenta, a tutto il personale e a chi entra in relazione con la persona sin dal momento della selezione e nelle fasi di formazione;
- il servizio deve evidenziare le azioni adottate o programmate utili a prevenire, rilevare e correggere qualsiasi deviazione dal corretto comportamento che ogni operatore deve tenere con la persona, compresa l'analisi di indicatori di condizioni di disagio e sofferenza dell'operatore stesso (ad esempio monitoraggio del burn-out);
- il servizio deve registrare ogni genere di eventi, situazioni e comportamenti che possano configurarsi come potenziali condizioni di abuso, maltrattamento e rischio per l'incolumità delle persone e valutarne la consistenza e la necessità di intervento;
- nel caso in cui si verificano episodi di abuso, maltrattamento, trattamenti degradanti o negligenza, fermi restando gli obblighi di legge, tutti gli eventi, indipendentemente dalla loro gravità o casualità, devono essere registrati; devono essere previste specifiche procedure di supporto e consulenza (anche in forma di consulenza alla pari) alla persona per affrontare in modo appropriato le conseguenze fisiche e psicologiche dell'evento; devono essere garantite adeguate informazioni affinché possa adire eventualmente alle vie legali e devono essere previste delle

procedure di supporto nel caso la persona non si possa rappresentare da sola;

- fra le forme di abuso è incluso l'uso - non emergenziale, eccezionale e limitato - della contenzione e del ricorso alla sedazione.

Indicatori e standard del servizio

| Servizio | LR 11/2016 | Standard quantitativi | Indicatori qualitativi |
|----------------|------------|--|--|
| Residenzialità | Art. 31 | <p>Garantire in ogni Distretto sociosanitario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il monitoraggio delle condizioni di chi vive attualmente in struttura; • la riduzione dei tempi medi di permanenza nelle strutture residenziali; • la definizione di un procedimento unico di accreditamento sociosanitario; • l'elaborazione di linee guida regionali che prendano a riferimento i criteri introdotti dalla Norma UNI 11010/2016 "Servizi socio sanitari e sociali - Servizi per l'abitare e servizi per l'inclusione sociale delle persone con disabilità (PcD) - Requisiti del servizio"; • la riqualificazione e l'adeguamento delle strutture residenziali esistenti in funzione delle linee guida elaborate dalla Regione; • la manutenzione straordinaria e la messa in sicurezza dei beni pubblici destinati al sociale; • la ristrutturazione di edifici pubblici inutilizzati per la creazione di soluzioni abitative innovative e per il co-housing; • la creazione di servizi per l'abitare che riproducano le condizioni di vita familiari. | <ul style="list-style-type: none"> • Libertà di scelta; • accessibilità; • rispetto della privacy; • capacitazione ed empowerment; • integrazione sociosanitaria; • integrazione con le altre prestazioni di carattere sociale e sociosanitario, pubbliche e private, presenti sul territorio; • mantenimento di relazioni con il contesto sociale di riferimento (comunità, reti informali, persone) e partecipazione alle attività realizzate all'esterno (anche di tipo ricreativo); • competenza e formazione continua di chi è coinvolto nei servizi residenziali; • prevenzione del rischio di burn-out; • protezione da ogni forma di abuso, maltrattamento, trattamento degradante o negligenza. |

Semiresidenzialità

Le strutture a ciclo semiresidenziale sono caratterizzate dall'erogazione di servizi diurni. Possono prevedere diversi gradi di intensità dei supporti forniti, in relazione ai bisogni delle persone. Devono garantire l'espletamento delle normali attività e funzioni della vita quotidiana. E prevedere attività ricreative, educative, culturali e aggregative.

Rientrano nella semiresidenzialità i centri diurni: strutture di tipo aperto che forniscono prestazioni socioeducative, di socializzazione, di aggregazione e di recupero, destinate a bambini e ragazzi di minore età, alle persone con disabilità o disagio psichico, agli anziani con Alzheimer. Il centro diurno deve essere collegato con i servizi e le strutture presenti sul territorio e può fornire anche interventi di supporto all'assistenza domiciliare, decisi nell'ambito di quell'insieme di prestazioni definito nel progetto personale.

Parliamo di semiresidenzialità anche nel caso dei centri diurni anziani fragili, che hanno una funzione di mantenimento della persona all'interno della comunità di appartenenza, di aggregazione e di preservazione della vita sociale.

Possiamo far rientrare in quest'ambito anche la mensa sociale e il centro di accoglienza notturna: 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.

Indicatori e standard del servizio

| Servizio | LR 11/2016 | Standard quantitativi | Indicatori qualitativi |
|--------------------|-------------------|---|---|
| Semiresidenzialità | Artt. 27, 28 e 31 | <p>Omogeneizzare la rete territoriale dei servizi semiresidenziali in relazione a tutte le tipologie previste dalla normativa regionale, con particolare riferimento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ludoteche; • laboratori per l'autonomia delle persone con disabilità; • centri di aggregazione giovanile; • centri anziani fragili; • mense sociali e centri di accoglienza notturna. | <ul style="list-style-type: none"> • Accessibilità; • fruibilità; • capacitazione ed empowerment; • integrazione sociosanitaria; • integrazione con le altre prestazioni di carattere sociale e sociosanitario, pubbliche e private, presenti sul territorio; • creazione di relazioni con il contesto sociale di riferimento (comunità, reti informali) e partecipazione alle attività realizzate sul territorio (anche di tipo ricreativo); • competenza e formazione continua di chi è coinvolto nei servizi semiresidenziali; • prevenzione del rischio di burn-out; • protezione da ogni forma di abuso, maltrattamento, trattamento degradante o negligenza. |

D. Parametri per la valutazione delle condizioni di accesso prioritario

La legge 11/2016 (art. 6, comma 4) dispone che l'accesso al sistema integrato sia garantito prioritariamente alle persone che versano nelle seguenti condizioni:

- A. povertà o situazione economica disagiata;
- B. incapacità fisica, psichica o sensoriale, totale o parziale, a provvedere autonomamente alle proprie esigenze con particolare riguardo a chi è privo di tutela familiare;
- C. non autosufficienza dovuta all'età o alla malattia;
- D. difficoltà all'inserimento nella vita sociale attiva, nel mercato del lavoro e nella frequenza scolastica obbligatoria;
- E. persone sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali.

Secondo l'articolo 6, comma 5, della stessa legge, la definizione dei parametri per la valutazione delle condizioni che danno diritto all'accesso prioritario al sistema dei servizi territoriali spetta ai Distretti sociosanitari, sulla base di indicatori univoci e omogenei stabiliti nel Piano sociale regionale, allo scopo di rendere uniformi i criteri di accesso e le modalità di erogazione dei servizi in tutto il territorio laziale.

La valutazione dei bisogni della persona concerne le condizioni personali, familiari e socio-ambientali. Essa pertanto deve tener conto delle limitazioni funzionali, delle restrizioni nelle attività e nella partecipazione, dell'intensità dei supporti necessari, degli ostacoli e degli elementi di facilitazione che caratterizzano il contesto di vita, delle condizioni economiche, della situazione familiare, della condizione abitativa, dell'esistenza di una rete parentale e/o amicale, delle limitazioni nell'inclusione sociale, scolastica, lavorativa e/o nell'accesso alla formazione continua, del disagio psichico, della dipendenza da sostanze, della presenza di eventuali condizioni di irregolarità/illegalità.

Il reddito non costituisce motivo di esclusione dal sistema integrato degli interventi e servizi territoriali, ma rappresenta un elemento rilevante ai fini della definizione della priorità di accesso e della prefigurazione di possibili soluzioni alternative all'intervento pubblico. A parità di bisogno viene, infatti, riconosciuta priorità al titolare del reddito più basso.

Azioni:

- Costituire un gruppo di lavoro partecipato e rappresentativo dei diversi stakeholder che rediga le Linee guida ai Distretti sociosanitari per la definizione dei parametri di valutazione delle condizioni di accesso prioritario al sistema integrato e dei relativi tempi di attuazione (da emanare entro novanta giorni dalla data di pubblicazione del Piano regionale - LR 11/2016, art. 6, comma 5).

E. Modalità di verifica dei risultati

Le risorse che il soggetto pubblico impegna per le politiche sociali devono creare valore e raggiungere gli obiettivi, ossia devono essere usate, con efficienza e appropriatezza, per creare un sistema di welfare di elevata qualità, garantendo accesso ed equità per tutti i cittadini e le cittadine. Con queste premesse, il monitoraggio e la valutazione si pongono come gli strumenti da cui derivano le informazioni per impostare un processo di comunicazione trasparente con le persone e tramite i quali il soggetto pubblico assume le proprie responsabilità sui risultati conseguiti. La valutazione è una fase necessaria per consentire la verifica dei risultati raggiunti dal sistema rispetto agli obiettivi individuati nell'ambito della pianificazione strategica.

L'obiettivo della Regione Lazio per i prossimi anni è quello di realizzare un miglioramento continuo degli indicatori monitorati attraverso la piattaforma informatica, con il contributo scientifico e sussidiario dell'Osservatorio regionale delle politiche sociali, partecipato anche dai soggetti del terzo settore, per ridurre le situazioni di esclusione sociale e rispondere ai bisogni della popolazione in difficoltà, con la finalità trasversale di perseguire l'equilibrio di equità sostanziale.

In attuazione dell'art. 48, comma 2, lettere h) e i), della LR 11/2016, la Regione, attraverso la Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali, implementa un sistema di monitoraggio amministrativo e finanziario, anche attraverso una piattaforma informatica, atto a verificare i bisogni del territorio e l'attuazione dei Piani di Zona per ciascun indicatore, misurando anche i parametri di accesso ai servizi secondo i criteri previsti per le condizioni di accesso prioritario di cui al capitolo D. Per il tramite dell'Ufficio di Piano i Distretti sociosanitari sono tenuti ad alimentare costantemente il sistema di monitoraggio regionale, pena l'interruzione del trasferimento delle risorse finanziarie. Il protrarsi di tali inadempienze comporterà l'attivazione di penali amministrative e la riduzione dei trasferimenti sino al ripristino del livello medio di spesa stabilito dall'Ufficio di Piano per l'anno di riferimento. Gli Uffici di Piano sono tenuti a redigere e trasmettere alla Regione una relazione consuntiva annuale, ai sensi dell'art. 50, comma 2, della LR 11/2016, contenente tutti gli elementi necessari per la verifica programmatica, amministrativa e contabile dei servizi e degli interventi attuati dal singolo Piano di Zona. La presentazione della relazione consuntiva e l'adempimento degli obblighi di monitoraggio rappresentano la *conditio sine qua non* per la liquidazione del saldo delle risorse stanziato dal presente Piano per l'anno finanziario di riferimento, oltre che per l'attribuzione e il trasferimento delle premialità raggiunte come disciplinato dal capitolo sulle risorse finanziarie del presente Piano.

Il sistema di monitoraggio regionale: indicatori analitici locali

La Regione Lazio intende elaborare e condividere con i Distretti sociosanitari e con tutti i soggetti pubblici e privati coinvolti nella programmazione sociale un sistema di monitoraggio analitico comune, che misuri le azioni della rete territoriale dei servizi e degli interventi integrati. La definizione di specifici indicatori servirà a realizzare l'architettura dei campi analitici presenti nella piattaforma per il monitoraggio dello stato di avanzamento dei progetti e dei servizi presenti sul territorio e per offrire un sistema di valutazione che misuri l'efficacia delle scelte programmatiche e degli interventi condotti. Il sistema regionale di monitoraggio e valutazione si pone come obiettivo l'individuazione e la condivisione di strumenti per la raccolta dei dati e di indicatori che consentano comparazioni e raffronti temporali, e richiede l'impegno da parte di tutti gli attori coinvolti nel fornire le informazioni e nel rielaborarle, anche al fine di costruire report sintetici utili sia agli amministratori, per riorientare la loro azione, sia ai cittadini, per conoscere i servizi attivati, le scelte organizzative e gli effetti prodotti. Si tratta di un percorso che intende evidenziare, confermare, correggere o abbandonare le strade scelte e intraprese, fino a diventare parte integrante e qualificante della programmazione delle politiche sociali, e va inteso come un'occasione di crescita e di miglioramento continuo a più livelli, pur configurandosi come un'attività di controllo sull'efficacia delle politiche e sulla correttezza dei processi di realizzazione dei servizi e della spesa equivalente.

È necessaria un'iniziale condivisione, con i soggetti coinvolti, delle finalità e degli obiettivi del monitoraggio nel suo complesso. Vanno considerate le caratteristiche e le responsabilità dei soggetti pubblici e privati presenti nel contesto, le aspettative, le motivazioni e le precondizioni che possono favorire una concertazione relativa ad aspetti e questioni da inserire nel lavoro di monitoraggio. Il sistema proposto consiste in diverse fasi e in una serie di strumenti (set di indicatori inseriti nella piattaforma, compilati in modo progressivo e costante) che alla fine di ogni anno permetteranno una puntuale verifica in merito alla qualità ed efficacia degli interventi sistemici in tutto il territorio regionale, in stretto rapporto con l'Osservatorio regionale. Tale sistema di controllo costituirà il data-set di indicatori di base su cui costruire la successiva fase di valutazione d'impatto sociale prevista nel successivo capitolo I.

Organizzazione territoriale per gli adempimenti valutativi

I Distretti sociosanitari, attraverso l'Ufficio di Piano, devono organizzarsi con risorse, competenze, professionalità e una metodologia proprie per lo svolgimento delle funzioni di programmazione, gestione, amministrazione e valutazione. Organizzativamente ciascuna di queste funzioni deve essere presidiata da un referente, al quale ogni attore del processo può e deve rivolgersi. Esso sarà anche il referente per i responsabili degli uffici regionali.

Per garantire continuità all'Ufficio di Piano, è indispensabile che il Coordinatore che sarà individuato disponga delle competenze adatte alle funzioni che dovrà

esercitare, che il suo incarico sia almeno triennale, e che possa garantire un impegno per un numero adeguato di ore settimanali.

Un passaggio cruciale sarà l'elaborazione di indicatori di monitoraggio della qualità dei processi in atto, che costituiranno per la Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali il presupposto di attribuzione delle premialità su base annuale ai Distretti più virtuosi e che saranno definiti sulle seguenti possibili aree di valutazione:

- Il miglioramento della qualità dei processi di governance sociale.
- L'attivazione e/o l'implementazione della gestione associata.
- La costituzione dei Consorzi tra Comuni per la gestione integrata dei servizi.
 - L'innovazione del sistema di progettazione e attivazione dei servizi di ambito.
 - Il miglioramento della qualità dei servizi di accesso e presa in carico tramite il PUA integrato.
 - L'adeguatezza e tempestività della spesa annuale.
 - La qualità e l'efficacia dei servizi attivati.
 - La capacità di cofinanziamento da parte dei Comuni e/o il reperimento di ulteriori risorse finanziarie provenienti dal contesto economico locale.
 - L'innovatività dei processi attivati in ambito sperimentale.
 - Il grado di implementazione e il rispetto della tempistica del Sistema informativo regionale.

F. Modalità di erogazione delle prestazioni e condizioni di esigibilità

Una delle finalità principali del Piano sociale, come già anticipato nel capitolo C, consiste nell'individuare gli obiettivi di servizio da garantire in modo uniforme su tutto il territorio regionale, e ciò in termini di:

- modalità di accesso al sistema integrato;
- diritto alla presa in carico, con la garanzia di tempi certi;
- progettazione personale, con la definizione del mix più appropriato di servizi, interventi e trasferimenti, e relative modalità di gestione (diretta, indiretta o mista) e finanziamento;
 - partecipazione attiva della persona, o della sua famiglia, nella definizione del proprio progetto personale;
 - esercizio consapevole della libertà di scelta o della scelta fra soluzioni alternative.

La fissazione di obiettivi di servizio consente di effettuare una pianificazione verosimile delle risorse necessarie e fornisce ai Distretti sociosanitari importanti parametri di riferimento per la programmazione territoriale.

Per identificare correttamente gli obiettivi di servizio occorre fare riferimento a tre indicatori:

- **il fabbisogno:** si tratta di individuare il parametro più appropriato per soddisfare la domanda potenziale, nella convinzione che su tutto il territorio di riferimento debbano essere garantite determinate prestazioni (o volumi di prestazioni o risorse finanziarie) in rapporto a entità predefinite (come ad esempio il numero di abitanti). Il vantaggio di tali indicatori consiste nel fatto che permettono di effettuare calcoli numerici in modo abbastanza agevole, non essendo strettamente ancorati a bisogni manifesti, possono essere applicati anche a prestazioni di carattere promozionale o preventivo. Lo svantaggio consiste, invece, nel fatto che essi risultano statici e poco flessibili rispetto alle peculiarità locali e alle esigenze specifiche legate a determinate aree di intervento;

- **la dinamica temporale:** si tratta di prevedere l'andamento nel tempo della domanda potenziale e quindi di stimare l'entità della crescita delle prestazioni (o dei volumi di prestazioni o delle risorse finanziarie) da garantire. La dinamica nel tempo deve essere necessariamente calcolata in modo più empirico rispetto a quanto avviene per i fabbisogni, e deriva dalle analisi compiute sui dati raccolti dal Sistema informativo e dai risultati di indagini specifiche condotte dall'Osservatorio regionale;

- **gli standard di qualità:** si tratta di selezionare alcuni criteri qualitativi per il sistema integrato e/o per le prestazioni sociali e sociosanitarie, e di fissare gli standard da assicurare su tutto il territorio regionale. Anche in questo caso le finalità sono quelle di omogeneizzazione territoriale e di sviluppo dei servizi, sul piano però della qualità.

Ovviamente, nel fissare gli obiettivi di servizio, occorre tener conto della loro finanziabilità e realizzabilità.

Infine, alla luce dei mutamenti delle condizioni socio-demografiche a livello locale, è indispensabile riesaminare costantemente i fabbisogni complessivi calcolati per il triennio, per verificarne la congruità rispetto agli andamenti effettivi e alle trasformazioni avvenute a livello nazionale, regionale e di singolo Distretto sociosanitario.

Per evitare che le scelte effettuate non corrispondano al sentire della collettività, non risultino appropriate rispetto ai bisogni e divengano fonte di conflitto invece che di coesione sociale, è necessario che siano sostenute da analisi rigorose della situazione, ma soprattutto risultino il frutto di un processo di condivisione, che negozi i punti di vista soggetti per renderli oggettivi.

Solo attraverso una prassi di governance allargata è possibile, infatti, radicare un'assunzione di responsabilità da parte della comunità. E questo è vero, non soltanto nella fase di analisi della situazione e di individuazione delle priorità, ma anche in quella di implementazione e valutazione dei risultati.

G. Modalità di raccordo fra programmazione regionale e locale

Il ciclo programmatico

I servizi sociali e sociosanitari sono spesso "schiacciati" sulle emergenze, in una logica "re-attiva" che genera stress lavorativo, inefficienze, scarsa efficacia e bassa qualità delle prestazioni. Il Piano sociale intende contribuire a superare questi rischi, proponendo, a tutti i livelli, un approccio centrato sul ciclo della programmazione. Si tratta quindi di organizzare il lavoro secondo un percorso coerente, che parte dall'analisi dei bisogni e delle risorse per identificare obiettivi, priorità e mete da raggiungere. In ragione di queste si programmano, implementano e gestiscono le attività, i cui esiti vengono valutati in modo rigoroso, per fornire gli elementi di giudizio, fondati sulla realtà, su cui si baserà la nuova pianificazione.

Il capo VI della legge regionale 11/2016 considera in primo luogo due livelli territoriali per la programmazione del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali:

- quello dell'intera Regione (artt. 33, 46 e 47);
- quello dei Comuni associati nei Distretti sociosanitari (artt. 35 e 48).

I due livelli di programmazione non sono indipendenti, ma sequenziali. La pianificazione locale, elaborata a partire dai bisogni e dalle risorse del territorio, è definita in coerenza con le priorità e gli obiettivi del Piano regionale, in quanto concorre al loro raggiungimento. Nello stesso tempo, l'analisi degli elementi che emergono dalle problematiche locali e dai risultati ottenuti nei vari territori costituiscono la base per l'individuazione delle strategie di intervento e per la programmazione regionale.

Assicurare coerenza tra i due livelli programmatici non è superfluo, né un obbligo burocratico. Non basta perciò che i Piani sociali di Zona contengano riferimenti formali alle misure e agli indicatori previsti nel Piano regionale, né che questo accenni in modo generico alle situazioni e alle problematiche dei diversi territori. Si tratta invece di un impegno sostanziale, necessario per la creazione di un sistema integrato di servizi e interventi in grado di rispondere in modo armonico ed equo ai differenti bisogni della popolazione, in tutto il territorio del Lazio.

Il raccordo tra la programmazione regionale e quella locale esige l'adozione di diverse misure che favoriscano una più razionale e fluida comunicazione tra tutti gli attori sociali, con regole chiare e procedure più semplici. Nello stesso tempo, una maggiore armonizzazione delle diverse programmazioni sarà facilitata dalla previsione di fondi sufficientemente certi, erogati entro tempi che permettano di evitare difficoltà nella pianificazione, allocazione e gestione delle risorse, riducendo il rischio di discontinuità dei servizi.

Funzionale a entrambe le azioni sopra indicate è la necessaria conoscenza delle situazioni sostanziali dei territori sui quali esse andranno a essere realizzate, in modo da poterle calibrare in coerenza con i bisogni emergenti e in seguito verificarne l'efficacia. In questo senso il raccordo tra la programmazione regionale e quella locale dovrà passare attraverso due attività, tra loro interconnesse e coordinate: da un lato, un lavoro di monitoraggio costante, consistente in un'analisi del bisogno da aggiornarsi annualmente a livello regionale su base quali-quantitativa, anche a mezzo dell'implementazione di un sistema informativo uniforme; dall'altro, un'attività di analisi e studio dei dati così ricavati, associata alla lettura condivisa tra Regione e Uffici di Piano di appositi report di medio termine degli interventi attuati a livello territoriale.

In alcuni casi sarà necessario mettere a disposizione servizi di assistenza tecnica per le amministrazioni che manifestano difficoltà nella programmazione dei servizi e nell'utilizzo coerente e tempestivo delle risorse disponibili. Al riguardo la Regione adotterà strumenti utili a sostenere normativamente il processo di stabilizzazione del personale tecnico impegnato nei servizi.

Il Piano prevede inoltre un forte investimento in azioni di governance finalizzate alla creazione di forme stabili per la gestione associata dei servizi e degli interventi sociali (Consorzi o Unioni dei Comuni) e per il buon funzionamento dell'Ufficio di Piano, che costituisce la struttura tecnico-amministrativa nella quale, attraverso opportune forme di coordinamento, si realizza l'integrazione tra i Comuni associati e la ASL competente per territorio.

L'organizzazione e il funzionamento dell'Ufficio di Piano sono stabiliti, ai sensi dell'art. 45, 4° comma della legge regionale 11/2016, da apposite linee guida regionali, che ne armonizzeranno alla legislazione vigente le modalità già stabilite nello schema tipo di regolamento adottato con deliberazione della Giunta regionale del 24 giugno 2014, n. 395.

L'azione strategica dell'Ufficio di Piano si realizza essenzialmente attraverso la circolazione delle informazioni, l'attivazione di tavoli di lavoro tematici e di ordine generale, momenti di verifica e valutazione dei risultati raggiunti; le attività devono coinvolgere i Comuni, il distretto, i cittadini e le cittadine singoli o associati, il terzo settore e le organizzazioni sindacali, in un'ottica che considera i vari soggetti protagonisti dell'intero processo programmatico.

I Comuni associati nei distretti sociosanitari sono tenuti a garantire il regolare funzionamento dell'Ufficio di Piano attraverso l'individuazione delle necessarie risorse umane e finanziarie proprie, eventualmente integrate da una quota di quelle regionali, nel rispetto delle disposizioni dei contratti collettivi nazionali di lavoro vigenti e del principio dell'onnicomprendività del trattamento economico dei pubblici dipendenti nei limiti previsti per la spesa del personale.

Qualora presso i Comuni associati non siano presenti figure professionali idonee, ovvero i Comuni stessi non siano in grado, per motivi organizzativo-funzionali, di mettere a disposizione le suddette unità di personale, ivi compreso il

Coordinatore, i Comuni associati acquisiscono le risorse umane necessarie ricorrendo agli strumenti contrattuali previsti dalla normativa vigente.

A seguito dell'approvazione dell'Accordo di Programma con la ASL, quest'ultima può distaccare proprie unità di personale presso il Comune o l'Ente Capofila, da assegnare all' Ufficio di Piano per lo svolgimento delle attività connesse alla gestione associata dei servizi sociali e specificatamente ad attività di integrazione sociosanitaria.

Il Piano di Zona

La programmazione locale si concretizza essenzialmente nel Piano sociale di Zona, i cui modelli saranno elaborati tenendo conto dell'esperienza acquisita in questi anni e delle sollecitazioni dei responsabili degli Uffici di Piano. Sarà adottato un approccio meno rigido e, come tale, più rispondente ai mutevoli bisogni del territorio, con margini di flessibilità che lascino spazio alle responsabilità dei decisori locali, assicurando comunque la coerenza tra il quadro programmatico locale e quello regionale.

Il Piano sociale di Zona ha durata triennale e viene aggiornato annualmente. I nuovi modelli - approvati con deliberazione della Giunta regionale (LR 11/2016, artt. 48, 50 e 71) - saranno elaborati in modo da consentire un'articolazione "a matrice", in grado di incrociare i livelli essenziali dei servizi e degli interventi (di accesso e presa in carico, comunitari, di lotta alla povertà e all'emarginazione sociale, a carattere domiciliare, diurno, a temporalità limitata, residenziale), con i relativi gruppi target (popolazione in generale, famiglie, minori, persone anziane, con disabilità, gruppi particolarmente vulnerabili).

Il Piano sociale di Zona è predisposto dall'Ufficio di Piano e approvato dagli organismi di indirizzo e programmazione di cui all'articolo 44 della legge regionale 11/2016, d'intesa con l'Azienda Sanitaria Locale competente (limitatamente alle attività sociosanitarie), con il coinvolgimento sostanziale delle organizzazioni sindacali e delle reti associative di secondo livello del terzo settore - volontariato, Aps, cooperazione sociale - delle Consulte sulla disabilità, delle associazioni di utenti e familiari e a seguito di percorsi di redazione partecipata inclusiva, in appositi tavoli tematici, delle organizzazioni di primo livello e di associazioni di cittadini e utenti.

I tavoli tematici sono convocati dall'Ufficio di Piano, che ne individuerà la platea dei partecipanti anche attingendo agli appositi albi e registri regionali degli organismi del terzo settore aventi sedi legali o operative nei rispettivi territori. Di ciascun tavolo tematico dovranno essere convocati almeno due incontri annuali, uno dei quali preliminare alla programmazione territoriale - per il censimento dei bisogni, l'emersione di nuovi e la valutazione degli interventi in corso - e uno successivo, per la verifica della programmazione svolta.

Tali meccanismi di partecipazione presuppongono la predisposizione, in capo all'Ufficio di Piano, di un sistema di monitoraggio e valutazione che da un lato

presieda a scelte di programmazione e di affidamento dei servizi quanto più possibile rispondenti ai bisogni rilevati e, dall'altro, consenta una valutazione ex-post del Piano sociale di Zona in termini di impatto, da condividersi con le realtà operanti sul territorio di riferimento.

Un aiuto alla costruzione del Piano di Zona potrebbe arrivare anche dalla redazione di una mappa delle forze e delle competenze pubbliche e private in campo. Quindi, oltre all'analisi sui servizi pubblici del territorio, un approfondimento sulla quantità e qualità degli organismi del terzo settore operanti e sulle competenze espresse nelle politiche di welfare; ciò al fine di fotografare in maniera maggiormente esaustiva le forze e le debolezze presenti sul territorio.

Il Piano sociale di Zona si configura come lo strumento di programmazione di tutti gli interventi e i servizi del sistema integrato locale da realizzare nell'ambito del Distretto sociosanitario. È comprensivo dunque delle diverse programmazioni che in passato sono state elaborate in modo separato (ad es. Piano distrettuale per le non autosufficienze, interventi sociali per la popolazione soggetta a provvedimenti dell'autorità giudiziaria ed ex carcerati, progetti per la prevenzione delle dipendenze patologiche e per il reinserimento socio-lavorativo degli ex tossicodipendenti e altre misure che riguardano il settore socio-assistenziale).

Esso distingue, senza separare, la programmazione delle azioni di welfare rivolte alle persone, alle famiglie, ai gruppi e alla cittadinanza da quelle di sistema, che rispondono a responsabilità istituzionali (pianificazione, monitoraggio, autorizzazioni, impegno e rendicontazione delle risorse, vigilanza e valutazione).

Il Piano di Zona non ha solo la funzione di una corretta programmazione tecnico-amministrativa delle risorse finalizzate alla realizzazione del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali nel territorio. Esso è anche uno strumento che, improntato all'utilizzo di un linguaggio chiaro e comprensibile da tutti, garantisce la comunicazione e la partecipazione dei cittadini e delle cittadine e degli attori sociali in tutte le fasi del ciclo programmatico. Si tratta di un aspetto costituente l'essenza stessa dell'intero processo programmatico, che senza un adeguato livello di partecipazione risulterebbe un esercizio burocratico e rischierebbe di essere inefficace. Il Piano deve pertanto essere messo a disposizione di tutti gli interessati, nel rispetto dei criteri di accessibilità, anche in versioni semplificate e facilmente comprensibili dai non addetti ai lavori.

La programmazione di area vasta

Il raccordo tra le diverse programmazioni sociali non si esaurisce però solo tra il livello regionale e quello distrettuale. Se si prende in considerazione l'intera legge regionale 11/2016, nonché la particolare configurazione del Lazio (in cui spicca la presenza di Roma Capitale), si comprende come si rendano necessarie anche altre programmazioni, ad un livello intermedio:

- quella della Città metropolitana di Roma Capitale e delle Province;
- quella che riguarda Roma Capitale, con i suoi Municipi.

Per quanto riguarda la Città metropolitana di Roma Capitale e le Province, l'art. 34 della LR 11/2016 prevede che, nelle more della riforma costituzionale e delle relative norme di attuazione, questi enti territoriali di area vasta esercitino alcune funzioni concernenti l'assistenza alle persone con disabilità sensoriali e concorrano alla programmazione e realizzazione degli interventi per la protezione, l'accoglienza e l'inclusione delle donne vittime di violenza (anche con figli) e dei cittadini e delle cittadine immigrati, richiedenti asilo, rifugiati e titolari di protezione.

In relazione a Roma Capitale, l'art. 36 della LR 11/2016 prevede che essa concorra alla determinazione degli obiettivi della programmazione sociale e sociosanitaria della Regione, nonché alla loro specificazione e attuazione nel proprio territorio, adottando, in conformità ai contenuti del Piano sociale regionale, propri atti per la pianificazione e la realizzazione del sistema integrato, avvalendosi degli organi di decentramento amministrativo previsti dal proprio statuto (i Municipi).

La Giunta regionale, contestualmente all'approvazione degli schemi-tipo per i Piani di Zona, sentite le parti interessate e in accordo con i decisori di Roma Capitale, fornirà linee guida per la programmazione di area vasta. In particolare, saranno fornite indicazioni per la specifica programmazione sociale dei Municipi, di Roma Capitale e della Città Metropolitana. I relativi Piani dovranno in ogni caso assicurare l'interfacciabilità con quelli degli altri territori, in modo da consentire una visione unitaria dell'intera programmazione regionale e il trattamento di dati comparabili.

Strumenti di raccordo programmatico

La complessa articolazione che caratterizza il territorio del Lazio esige una strumentazione in grado di assicurare un forte raccordo e coordinamento tra i diversi livelli territoriali, per garantire la coerenza degli obiettivi e il confronto tra i processi e i risultati raggiunti in ciascun ambito.

A tal fine, la Giunta regionale, contestualmente all'approvazione degli schemi-tipo per i Piani sociali di Zona, adotterà i seguenti provvedimenti:

- revisione e rafforzamento delle Consulte e dei Tavoli di confronto tematici, che dovranno avere operatività stabile, con incontri periodici;
- promozione e attivazione dei "Tavoli interdistrettuali di coordinamento degli Uffici di Piano", a livello di ASL;
- organizzazione della "Cabina di regia" del Piano sociale regionale, con compiti di monitoraggio e assistenza tecnica.

H. Entità e modalità di finanziamento del sistema integrato

Il sistema di welfare integrato della Regione Lazio è forte di un'elevata componente pubblicistica, rappresentata da vari soggetti istituzionali, Comuni singoli e associati, Comunità montane e Consorzi di Comuni, che offrono

prestazioni e servizi socioassistenziali e sociosanitari ai cittadini ed alle cittadine laziali gestiti prevalentemente in maniera etero-diretta, a fronte di una discreta applicazione dei principi della sussidiarietà orizzontale tra pubblico e privato e del principio di libera scelta da parte della persona del fornitore di servizio. Sul piano istituzionale l'organizzazione dei servizi ha una dimensione territoriale e di popolazione servita dagli enti gestori ridotta e parcellizzata rispetto a quella delle ASL di riferimento, che, a seguito del processo di accorpamento territoriale realizzato in quest'ultimo biennio, oggi comprendono nei propri confini più enti gestori dei servizi socioassistenziali e sociosanitari. L'attuale sistema dei servizi e degli interventi presenta elementi di criticità in termini di efficienza, efficacia e non omogeneità dei servizi sul territorio dovuti principalmente ad una mancanza di innovazione nell'erogazione delle prestazioni, e crescita dei costi di gestione. Tali criticità trovano la loro ragion d'essere in fattori strutturali, quali:

- eccessiva frammentazione territoriale degli enti locali gestori delle funzioni sociali;
- conseguente moltiplicazione dei costi soprattutto di natura amministrativa, suddivisi in spese per gli organi direzionali, per i servizi di gestione del personale e dell'area economico-finanziaria, necessari all'erogazione dei servizi e degli interventi sui territori di riferimento, che incidono sul costo finale delle prestazioni erogate alla persona;
- difficoltà di programmazione zonale e di programmazione dell'area dell'integrazione sociosanitaria per la compresenza sul territorio di un'unica ASL e di più enti gestori dei servizi socioassistenziali e sociosanitari.

Nelle seguenti tabelle, elaborate sulla base degli ultimi dati ISTAT^[1] disponibili, si può evidenziare quanto è stato speso nella Regione Lazio per il sistema delle politiche sociali.

I Comuni singoli e associati della Regione dichiarano una spesa complessiva di 943.960.660, per un valore pro-capite di 171 euro, a fronte dei 117 euro della media nazionale.

Tab. 1 - Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per Regione e ripartizione geografica - Anno 2012 e PIL pro-capite per Regione e ripartizione geografica - Anno 2014 (valore assoluto e pro-capite in euro)

| | Spesa dei Comuni singoli o associati * | Spesa pro-capite** | PIL pro-capite |
|---------------|--|--------------------|----------------|
| Piemonte | 570.559.389 | 131 | 27.763 |
| Valle d'Aosta | 35.251.923 | 277 | 37.028 |
| Liguria | 194.458.735 | 124 | 29.026 |
| Lombardia | 1.191.204.826 | 122 | 35.044 |

| | | | |
|--------------------|---------------|-----|--------|
| Bolzano | 134.061.445 | 264 | 39.894 |
| Trento | 134.234.247 | 254 | 33.943 |
| Veneto | 540.019.419 | 111 | 30.034 |
| Fr. Venezia Giulia | 294.340.028 | 241 | 27.856 |
| Emilia Romagna | 728.663.415 | 167 | 32.487 |
| Toscana | 491.761.585 | 134 | 28.926 |
| Umbria | 78.587.048 | 89 | 23.916 |
| Marche | 167.172.094 | 108 | 25.247 |
| Lazio | 943.960.660 | 171 | 31.673 |
| Abruzzo | 80.014.005 | 61 | 23.122 |
| Molise | 13.110.393 | 42 | 20.326 |
| Campania | 268.931.332 | 47 | 16.822 |
| Puglia | 268.130.230 | 66 | 16.919 |
| Basilicata | 38.331.446 | 66 | 18.740 |
| Calabria | 48.270.637 | 25 | 16.177 |
| Sicilia | 384.521.522 | 77 | 17.031 |
| Sardegna | 376.807.482 | 230 | 19.791 |
| Nord-ovest | 1.991.474.873 | 126 | 32.468 |
| Nord-est | 1.831.318.554 | 159 | 31.358 |
| Centro | 1.681.481.387 | 144 | 29.419 |
| Sud | 716.788.043 | 51 | 17.509 |
| Isole | 761.329.004 | 115 | 17.711 |
| ITALIA | 6.982.391.861 | 117 | 26.548 |

* Si intende la spesa in conto corrente di competenza impegnata nel 2012 per l'erogazione dei servizi o degli interventi socio-assistenziali da parte di Comuni singoli e associati. Sono incluse le spese per il personale, per l'affitto di immobili o attrezzature e per l'acquisto di beni e servizi (spesa gestita direttamente). Nel caso in cui il servizio venga gestito da altre organizzazioni (ad esempio: cooperative sociali) la spesa è data dai costi dell'affidamento a terzi del servizio (spesa gestita indirettamente). La spesa è indicata al netto della compartecipazione degli utenti e del Servizio Sanitario Nazionale.

** Rapporto tra la spesa dei Comuni singoli e associati e la popolazione residente nella Regione o nella ripartizione geografica.

Nell'ambito della spesa sociale regionale, la quota di spesa afferente alla Provincia di Roma risulta pari all'88%, per una spesa pro-capite di 207 euro, significativamente superiore alla media laziale. Alle restanti Province afferisce il restante 12% della spesa sociale rilevata, per valori pro-capite tutti inferiori, in modo consistente, alla media regionale.

Tab. 2 - Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati nel Lazio per Provincia - Anno 2012 (valore assoluto e spesa pro-capite in euro)

| | Spesa dei Comuni singoli o associati | Spesa pro-capite* |
|-----------|--------------------------------------|-------------------|
| Lazio | 943.960.660 | 171 |
| Viterbo | 23.101.957 | 74 |
| Rieti | 17.024.184 | 109 |
| Roma | 833.606.047 | 207 |
| Latina | 35.944.794 | 66 |
| Frosinone | 34.283.678 | 70 |

* Rapporto tra la spesa dei Comuni singoli e associati e la popolazione residente nella Regione o nella Provincia.

Per quanto attiene agli enti gestori delle funzioni sociali, il 94,82% della spesa sociale regionale è ascrivibile ai singoli Comuni e il 4,70% ai Distretti sociosanitari; residuale è invece la quota afferente agli enti associativi. Diversa appare la situazione media nazionale, dove la percentuale della spesa relativa ai Comuni è del 75,53%, mentre la quota dei Consorzi è del 6,01%.

Tab. 3 - Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per ente gestore, per Regione Lazio e ripartizione geografica - Anno 2012 (distribuzione percentuale)

| | Comune | Distretto sociale | Comunità montana | Consorzio | ASL | Unione di Comuni | Altra associazione di Comuni |
|----------|--------|-------------------|------------------|-----------|-------|------------------|------------------------------|
| Lazio | 94,82 | 4,70 | 0,04 | 0,04 | - | 0,40 | - |
| Nord- | 76,98 | 4,14 | 2,61 | 15,09 | 0,58 | 0,54 | 0,06 |
| Nord-est | 60,40 | 8,23 | 0,18 | 2,08 | 12,09 | 4,31 | 12,69 |
| Centro | 84,90 | 3,80 | 0,41 | 4,75 | 4,08 | 0,89 | 1,17 |
| Sud | 70,29 | 27,97 | 1,46 | 0,11 | - | 0,17 | - |
| Isole | 92,36 | 7,56 | - | - | - | 0,08 | - |
| ITALIA | 75,53 | 7,95 | 1,04 | 6,01 | 4,32 | 1,53 | 3,63 |

Guardando alle fonti di finanziamento del sistema integrato degli interventi e servizi sociali, emerge che nel Lazio il 72,5% della spesa è coperto dai Comuni con risorse proprie, a fronte del 67,2% registrato a livello Italia. Il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali finanzia il sistema laziale solo per il 4,0%, a fronte dell'8,0% registrato nella media del Paese, mentre è in linea col dato nazionale la quota relativa ai Fondi regionali (16,8% nel Lazio).

Tab. 4 - Spesa sociale dei Comuni singoli e associati per fonte di finanziamento, per Regione Lazio e ripartizione geografica - Anno 2012 (distribuzione percentuale)

| | Fondo indistinto per le politiche sociali (a) | Fondi regionali vincolati per le politiche sociali (b) | Fondi vincolati per le politiche sociali dallo Stato o dall'UE (c) | Altri trasferimenti da enti pubblici | Trasferimenti o fondi da privati | Risorse proprie dei Comuni | Risorse proprie degli enti associativi |
|----------|---|--|--|--------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|--|
| Lazio | 4,0 | 16,8 | 5,7 | 0,9 | 0,1 | 72,5 | - |
| Nord- | 6,5 | 9,5 | 1,7 | 2,2 | 1,9 | 76,1 | 2,1 |
| Nord-est | 5,0 | 21,5 | 1,5 | 1,4 | 2,0 | 65,9 | 2,7 |
| Centro | 4,9 | 15,7 | 4,1 | 1,7 | 0,5 | 71,8 | 1,3 |
| Sud | 13,4 | 9,8 | 5,1 | 7,2 | 0,8 | 59,4 | 4,3 |
| Isole | 24,2 | 31,8 | 3,5 | 1,0 | 0,7 | 38,2 | 0,6 |
| ITALIA | 8,0 | 16,5 | 2,7 | 2,1 | 1,4 | 67,2 | 2,1 |

(a) Quota nazionale e quota regionale o provinciale nel caso di Province Autonome.

(b) Fondi regionali (o provinciali nel caso di Province Autonome) vincolati per le politiche sociali (esclusa la quota regionale o provinciale del fondo indistinto).

(c) Esclusa la quota nazionale del fondo indistinto.

Così come accade a livello nazionale, oltre l'80% della spesa sociale dei Comuni laziali singoli e associati è destinato a tre aree di utenza, anche se con percentuali differenti rispetto alla media italiana: il 43,5% è rivolto a Famiglie e minori (contro il 40,0% della media nazionale), il 23,0% alla Disabilità (contro il 24,3%) e il 15,2% agli Anziani (contro il 19,1%).

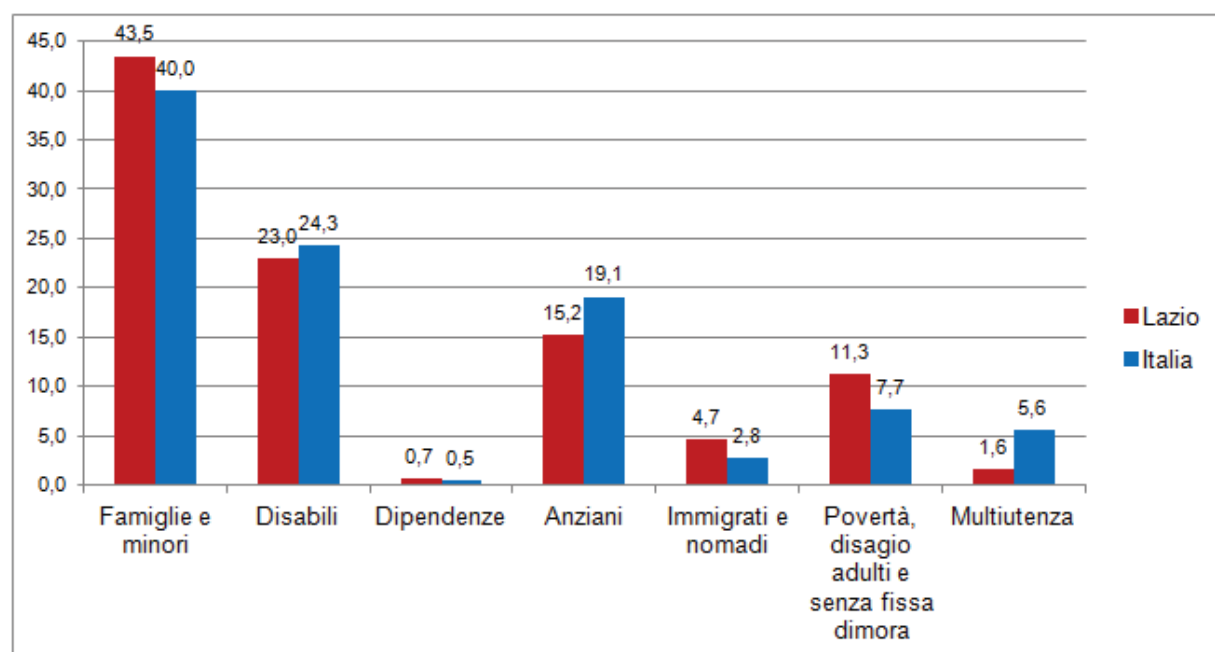
Una distribuzione della spesa diversa da quella registrata a livello Italia si rileva invece per le aree Immigrati e nomadi (4,7% vs 2,8% nazionale) e Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora (11,3% vs 7,7%).

Tab. 5 - Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per area di utenza, per Regione e ripartizione geografica - Anno 2012 (valore assoluto in euro)

| | Famiglie e minori | Disabili | Dipende nze | Anziani | Immigrati e nomadi | Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora | Multiutenza |
|-------------|-------------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|--|-------------|
| Piemonte | 205.925.144 | 149.236.991 | 425.050 | 118.019.137 | 14.329.608 | 43.009.901 | 39.613.558 |
| Valle | 9.148.526 | 259.211 | 0 | 24.129.760 | 381.120 | 1.043.158 | 290.148 |
| Liguria | 96.451.011 | 23.755.890 | 1.388.348 | 39.868.576 | 3.023.791 | 15.240.285 | 14.730.834 |
| Lombardia | 492.192.688 | 323.343.705 | 3.245.738 | 212.760.246 | 25.425.057 | 66.110.500 | 68.126.892 |
| Bolzano | 33.820.937 | 51.975.387 | 3.071.040 | 23.491.510 | 11.874.771 | 9.827.800 | 0 |
| Trento | 52.298.976 | 31.317.365 | 179.427 | 29.958.383 | 294.058 | 9.515.067 | 10.670.971 |
| Veneto | 174.228.035 | 145.180.931 | 3.549.404 | 121.772.610 | 15.992.480 | 39.175.432 | 40.120.527 |
| F.V. Giulia | 73.960.662 | 84.861.780 | 548.454 | 82.594.649 | 5.789.358 | 27.880.203 | 18.704.922 |
| Em. Rom. | 363.362.790 | 119.768.600 | 4.011.193 | 122.372.959 | 24.523.634 | 35.893.465 | 58.730.774 |
| Toscana | 195.471.380 | 86.732.829 | 1.695.984 | 116.975.566 | 16.697.893 | 40.851.517 | 33.336.416 |
| Umbria | 43.650.645 | 11.391.681 | 557.885 | 10.252.857 | 2.845.047 | 4.585.656 | 5.303.277 |
| Marche | 60.264.753 | 47.969.198 | 778.615 | 24.040.495 | 2.891.636 | 6.963.311 | 24.264.086 |
| Lazio | 410.853.660 | 216.857.134 | 6.934.916 | 143.717.205 | 44.393.275 | 106.497.824 | 14.706.646 |
| Abruzzo | 35.804.396 | 22.309.172 | 336.989 | 14.123.481 | 732.070 | 3.248.032 | 3.459.865 |
| Campania | 125.166.410 | 58.659.998 | 747.822 | 50.158.027 | 4.192.269 | 15.362.973 | 14.643.833 |
| Puglia | 116.153.212 | 50.039.809 | 2.246.020 | 46.877.428 | 7.189.607 | 26.374.604 | 19.249.550 |
| Basilicata | 14.287.158 | 10.074.217 | 459.344 | 7.158.540 | 979.797 | 3.615.400 | 1.756.990 |

| | | | | | | | |
|------------|---------------|---------------|------------|---------------|-------------|-------------|-------------|
| Calabria | 18.605.094 | 10.942.566 | 512.767 | 9.630.972 | 2.469.315 | 4.497.857 | 1.612.066 |
| Sicilia | 172.340.710 | 98.617.444 | 1.776.494 | 68.502.272 | 9.320.654 | 23.943.369 | 10.020.579 |
| Sardegna | 92.398.151 | 149.460.067 | 1.520.693 | 64.968.925 | 1.413.483 | 53.490.891 | 13.555.272 |
| Nord-ovest | 803.717.369 | 496.595.797 | 5.059.136 | 394.777.719 | 43.159.576 | 125.403.844 | 122.761.432 |
| Nord-est | 697.671.400 | 433.104.063 | 11.359.518 | 380.190.111 | 58.474.301 | 122.291.967 | 128.227.194 |
| Centro | 710.240.438 | 362.950.842 | 9.967.400 | 294.986.123 | 66.827.851 | 158.898.308 | 77.610.425 |
| Sud | 316.517.625 | 154.267.293 | 4.364.119 | 130.785.993 | 15.642.772 | 53.777.808 | 41.432.433 |
| Isole | 264.738.861 | 248.077.511 | 3.297.187 | 133.471.197 | 10.734.137 | 77.434.260 | 23.575.851 |
| ITALIA | 2.792.885.693 | 1.694.995.506 | 34.047.360 | 1.334.211.143 | 194.838.637 | 537.806.187 | 393.607.335 |

Graf. 1 - Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per area di utenza, per Regione Lazio e Italia - Anno 2012 (distribuzione percentuale)



Il Lazio presenta valori di spesa pro-capite superiori alla media nazionale in quasi tutte le aree di utenza, con valori che si discostano dalla media della propria ripartizione e si avvicinano a quelli registrati nelle Regione nel Nord.

Tab. 6 - Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per area di utenza, per Regione e ripartizione geografica - Anno 2012 (valore pro-capite* in euro)

| | Famiglie e minori | Disabili | Dipendenze | Anziani | Immigrati e nomadi | Povert , disagio adulti e senza fissa dimora | Multiutenza |
|---------------|-------------------|----------|------------|---------|--------------------|--|-------------|
| Piemonte | 131 | 3.875 | 0 | 114 | 38 | 16 | 9 |
| Valle d'Aosta | 194 | 307 | 0 | 883 | 43 | 13 | 2 |
| Liguria | 187 | 2.173 | 1 | 93 | 26 | 17 | 9 |
| Lombardia | 130 | 4.117 | 0 | 104 | 26 | 11 | 7 |
| Bolzano | 155 | 21.628 | 7 | 251 | 290 | 31 | 0 |
| Trento | 242 | 12.417 | 0 | 285 | 6 | 29 | 20 |
| Veneto | 91 | 3.892 | 1 | 121 | 34 | 13 | 8 |
| F. V. Giulia | 177 | 7.604 | 1 | 280 | 58 | 38 | 15 |
| Em. Rom. | 237 | 4.232 | 1 | 123 | 52 | 13 | 13 |
| Toscana | 148 | 2.679 | 1 | 132 | 50 | 18 | 9 |
| Umbria | 133 | 1.363 | 1 | 49 | 31 | 9 | 6 |
| Marche | 103 | 4.283 | 1 | 68 | 21 | 7 | 16 |
| Lazio | 181 | 4.060 | 1 | 127 | 98 | 31 | 3 |
| Abruzzo | 63 | 1.783 | 0 | 49 | 10 | 4 | 3 |
| Molise | 48 | 824 | 0 | 40 | 9 | 3 | 2 |
| Campania | 42 | 706 | 0 | 52 | 26 | 4 | 3 |
| Puglia | 58 | 1.065 | 1 | 60 | 80 | 10 | 5 |
| Basilicata | 54 | 1.482 | 1 | 60 | 70 | 10 | 3 |
| Calabria | 20 | 469 | 0 | 25 | 35 | 4 | 1 |
| Sicilia | 70 | 1.699 | 0 | 72 | 70 | 8 | 2 |

| | | | | | | | |
|------------|-----|-------|---|-----|----|----|----|
| Sardegna | 128 | 8.517 | 1 | 194 | 42 | 50 | 8 |
| Nord-ovest | 136 | 3.855 | 0 | 112 | 29 | 13 | 8 |
| Nord-est | 162 | 5.302 | 1 | 152 | 52 | 17 | 11 |
| Centro | 158 | 3.445 | 1 | 114 | 66 | 22 | 7 |
| Sud | 46 | 880 | 0 | 50 | 38 | 6 | 3 |
| Isole | 83 | 3.282 | 1 | 103 | 64 | 18 | 4 |
| ITALIA | 113 | 2.990 | 1 | 107 | 46 | 15 | 7 |

*I valori pro-capite sono il rapporto tra la spesa e la popolazione di riferimento per ogni area di utenza.

Soffermandosi in modo specifico sulla situazione della Regione Lazio emerge come la quota più significativa della spesa sociale, pari a 410.853.660 euro, sia indirizzata all'area Famiglie e minori, di cui 270.071.792 sono destinati agli asili nido (definizione che comprende, oltre agli asili nido tradizionali, i micronidi e le sezioni primavera) sia per le strutture comunali che per le rette e i contributi pagati dai Comuni per gli utenti degli asili nido privati.

Sugli andamenti registrati nel Lazio incide in modo preponderante il comportamento del territorio della Provincia di Roma, che, lo ricordiamo, pesa per l'88% sulla spesa sociale complessiva dei Comuni singoli e associati della Regione. In particolare, ciò emerge con estrema evidenza riguardo alla spesa pro-capite, che pone il Lazio in una posizione medio-alta della classifica regionale in ragione principalmente degli elevati livelli di spesa pro-capite rilevati nella Provincia di Roma, a fronte di valori calcolati nelle restanti Province che appaiono in linea con quelli del Mezzogiorno.

Tab. 7 - Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per area di utenza nel Lazio per Provincia - Anno 2012 (valore assoluto in euro)

| | Famiglie e minori | Disabili | Dipendenze | Anziani | Immigrati e nomadi | Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora | Multiutenza |
|-----------|-------------------|-------------|------------|-------------|--------------------|--|-------------|
| Lazio | 410.853.66 | 216.857.134 | 6.934.916 | 143.717.205 | 44.393.275 | 106.497.824 | 14.706.646 |
| Viterbo | 7.390.588 | 4.331.932 | 216.590 | 8.378.309 | 725.003 | 1.361.391 | 698.144 |
| Rieti | 6.495.460 | 3.301.964 | 423.183 | 4.164.985 | 266.821 | 959.817 | 1.411.954 |
| Roma | 369.354.969 | 192.688.361 | 5.539.849 | 117.366.052 | 39.772.126 | 99.432.386 | 9.452.304 |
| Latina | 14.754.409 | 9.738.230 | 276.427 | 5.959.487 | 927.366 | 2.809.946 | 1.478.929 |
| Frosinone | 12.858.234 | 6.796.647 | 478.867 | 7.848.372 | 2.701.959 | 1.934.284 | 1.665.315 |

Sebbene, ovviamente, i livelli di spesa in valori assoluti risultino maggiori nella Provincia di Roma per tutte le aree di utenza, possiamo evidenziare, osservando la distribuzione percentuale della spesa in ogni singola Provincia, come Viterbo, Rieti e Frosinone dedichino all'area Anziani quote significativamente superiori alla media regionale (rispettivamente 36,3%, 24,5% e 22,9%, a fronte del 15,2% del Lazio), ponendola come seconda area maggiormente finanziata a differenza di ciò che accade a livello regionale ma anche nazionale.

Tab. 8 - Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per area di utenza nel Lazio per Provincia - Anno 2012 (distribuzione percentuale)

| | Famiglie e minori | Disabili | Dipendenze | Anziani | Immigrati e nomadi | Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora | Multiutenza |
|-----------|-------------------|----------|------------|---------|--------------------|--|-------------|
| Lazio | 43,5 | 23,0 | 0,7 | 15,2 | 4,7 | 11,3 | 1,6 |
| Viterbo | 32,0 | 18,8 | 0,9 | 36,3 | 3,1 | 5,9 | 3,0 |
| Rieti | 38,2 | 19,4 | 2,5 | 24,5 | 1,6 | 5,6 | 8,3 |
| Roma | 44,3 | 23,1 | 0,7 | 14,1 | 4,8 | 11,9 | 1,1 |
| Latina | 41,0 | 27,1 | 0,8 | 16,6 | 2,6 | 7,8 | 4,1 |
| Frosinone | 37,5 | 19,8 | 1,4 | 22,9 | 7,9 | 5,6 | 4,9 |

Tab. 9 - Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per area di utenza nel Lazio per Provincia - Anno 2012 (valore pro-capite* in euro)

| | Famiglie e minori | Disabili | Dipendenze | Anziani | Immigrati e nomadi | Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora | Multiutenza |
|-----------|-------------------|----------|------------|---------|--------------------|--|-------------|
| Lazio | 181 | 4.060 | 1 | 127 | 98 | 31 | 3 |
| Viterbo | 60 | 1.457 | 1 | 121 | 29 | 7 | 2 |
| Rieti | 110 | 2.278 | 3 | 114 | 26 | 10 | 9 |
| Roma | 225 | 4.966 | 2 | 143 | 109 | 39 | 2 |
| Latina | 61 | 1.795 | 1 | 58 | 28 | 8 | 3 |
| Frosinone | 63 | 1.426 | 1 | 78 | 137 | 6 | 3 |

* I valori pro-capite sono il rapporto tra la spesa e la popolazione di riferimento per ogni area di utenza.

La spesa sociale complessiva dei Comuni singoli e associati della Regione viene destinata per oltre il 50% alle strutture: percentuale di molto superiore a quella media nazionale e una tra le più alte registrate nelle Regioni.

Tab. 10 - Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per tipologia di interventi e servizi, per Regione Lazio e Italia - Anno 2012 (valore assoluto in euro e distribuzione percentuale)

| | | Interventi e servizi | Trasferimenti denaro | in | Strutture |
|--------|------|----------------------|-------------------------|----|---------------|
| Lazio | v.a. | 291.851.998 | 176.540.050 | | 475.568.612 |
| | % | 30,9 | 18,7 | | 50,4 |
| ITALIA | v.a. | 2.715.647.200 | 1.771.010.751 | | 2.495.733.910 |
| | % | 38,9 | 25,4 | | 35,7 |

Oltre alla spesa sociale dei Comuni singoli e associati, possiamo identificare anche le risorse erogate dall'INPS in riferimento al territorio regionale, le prime di natura previdenziale e le seconde di natura assistenziale.

| Tipologia di pensione | Importo lordo totale annuale pensioni (migliaia euro) | Importo lordo medio annuale pensioni (euro) |
|--|---|---|
| Vecchiaia e anzianità | 18.833.285 | 19.841,03 |
| Invalidità | 1.807.172 | 12.800,3 |
| Superstiti | 4.119.547 | 10.050,25 |
| Indennitarie | 262.272 | 5.568,29 |
| Invalidità civile | 1.620.543 | 4.908,49 |
| Pensioni sociali | 568.772 | 5.667,03 |
| Guerra | 196.480 | 5.676,32 |
| Pensioni integrate al minimo | 1.773.707 | 6.542,22 |
| Maggiorazioni di cui all'art. 38 della | 782.032 | 7.879,73 |

La legge regionale 11/2016 prevede un sistema plurimo di finanziamento delle politiche sociali che riconosce la prima titolarità della spesa ai Comuni suddivisi nei vari Distretti sociosanitari e la compartecipazione alla Regione nei suoi diversi livelli istituzionali. Le fonti di finanziamento che confluiscono nel Fondo Sociale Regionale sono descritte nell'art. 64 della predetta legge e si distinguono in vari livelli: risorse statali (Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e altri Fondi nazionali finalizzati); risorse regionali; risorse provenienti da organismi dell'Unione europea. Anche le persone che utilizzano i servizi sono chiamate a farsi carico di una piccola quota dei costi delle prestazioni sociali e sociosanitarie erogate negli ambiti dei Piani di Zona. La quota viene stabilita con lo strumento della situazione economica equivalente (ISEE).

Al finanziamento del welfare regionale e dei suoi servizi contribuiscono, infine, soggetti privati di varia natura quali le fondazioni di origine bancaria, l'associazionismo e il volontariato attraverso il 5 per mille, soggetti imprenditoriali, e, non in misura minore, le donazioni filantropiche.

Il raggiungimento degli obiettivi individuati dal Piano sociale regionale è strettamente collegato alle risorse finanziarie disponibili per la loro realizzazione. Relativamente alle risorse finanziarie la Regione si muove dunque in un'ottica che è insieme di integrazione e miglioramento organizzativo delle risorse disponibili nelle comunità locali, risorse economiche, strutturali e umane già organizzate nei Distretti sociosanitari e destinate dai Comuni alle politiche sociali, alle quali vanno aggiunte le risorse economiche trasferite agli ambiti dal Fondo Sociale Regionale che finanzia il sistema articolato dei Piani di Zona, secondo un criterio di ripartizione costruito sulla base di un indice composto dalla densità demografica, dall'indice di isolamento territoriale, dagli indici di vulnerabilità sociale e dai criteri di salvaguardia per i Comuni di piccola dimensione.

Resta, in ogni caso, l'obbligo di provvedere, comunque, alla copertura finanziaria delle prestazioni connesse ai livelli essenziali di assistenza sociale. La Regione definisce così un "sistema di governance multilivello" di politiche coordinate e integrate dell'Unione Europea, dello Stato, della Regione e dei Comuni.

I Comuni, titolari delle funzioni amministrative relative alla realizzazione delle attività e degli interventi sociali, garantiscono risorse finanziarie, le quali, affiancandosi alle risorse messe a disposizione dello Stato, dalla Regione e dagli utenti, assicurano il raggiungimento di livelli di assistenza adeguati ai bisogni espressi dal proprio territorio.

La Giunta regionale del Lazio, di concerto con i Comuni singoli e/o associati, individua una quota capitaria sociale, necessaria per assicurare i livelli essenziali e omogenei delle prestazioni.

La legge regionale 11/2016 ribadisce che questo intervento finanziario della Regione ha carattere contributivo, rispetto all'intervento primario comunale, ed è finalizzato a sostenere il consolidamento su tutto il territorio regionale della rete

dei servizi sociali definiti nei vari Distretti sociosanitari, in modo che essi siano qualitativamente omogenei e rispondenti alle effettive esigenze delle comunità locali. Le risorse del Fondo Sociale Regionale sono prioritariamente destinate alla contribuzione finanziaria dei Piani di Zona conformi alle indicazioni e agli obiettivi fissati dalla Regione attraverso il Piano sociale. Il Fondo Regionale per la gestione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali è ripartito annualmente tra gli enti gestori delle attività socioassistenziali e sociosanitarie, secondo i criteri individuati dalla Giunta regionale.

Fondo Sociale Regionale

Il Fondo viene pertanto ripartito in quattro parti:

- trasferimenti ordinari ai Distretti sociosanitari (quota non inferiore all'80% del totale) a carattere contributivo e perequativo, rispetto all'impegno finanziario dei Comuni, per il mantenimento e il sostegno del sistema degli interventi e dei servizi sociali e sociosanitari, e in particolare per l'attuazione degli obiettivi di servizio correlati ai livelli essenziali delle prestazioni sociali e all'attivazione dei PUA;
- fondo di solidarietà interistituzionale (quota non inferiore al 5% del totale richiedibile una sola volta nel corso del triennio) per interventi urgenti non programmabili ed eccezionali che creano squilibri nelle finanze degli enti locali tenuti all'erogazione delle prestazioni, e comunque previa presentazione del rendiconto delle spese ordinarie sino ad allora sostenute e di una relazione tecnica corredata di una pianificazione finanziaria, che giustifichi la richiesta dell'intervento economico aggiuntivo.
- interventi di interesse regionale, (art. 46, comma 2, lettera j) e interventi che assumono valenza di strumenti di qualificazione del sistema e di progressiva attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni, di sperimentazione di azioni trasversali e di interventi conseguenti ad obblighi di legge (utilizzando le risorse non destinate agli interventi precedenti e comunque non superiori al 5% del totale);
- interventi di premialità per i Distretti che hanno dimostrato un'elevata performance sugli indicatori di cui al capitolo E, per interventi innovativi di cui al seguente capitolo I (usando le risorse non destinate agli interventi precedenti e comunque per una quota non superiore al 10% del totale).

Risorse

Le risorse finanziarie complessive a disposizione della Regione Lazio per l'attuazione del Piano sociale regionale sono indicate nelle seguenti Tabelle di Previsione Programmazione triennale, i cui dati sono stati ricavati dai documenti tecnici di accompagnamento del bilancio regionale 2017-2019 approvati dalla

Giunta regionale con le deliberazioni del 31/12/2016 n. 857 e 858 e, limitatamente al bilancio per l'esercizio finanziario 2017, successive variazioni- adeguamenti tecnici apportati con deliberazione del 14/3/2017 n. 118:

| RISORSE STANZIATE PER L'ANNUALITA' 2017 | | | |
|--|----------------------|--------------------|----------------|
| MISSIONE 12 PROGRAMMA | RISORSE REGIONALI | RISORSE STATALI | TOTALI |
| 01- Interventi per l'infanzia e i minori e per asili nido | 11.000.000,00 | 5.592.624,00 | 16.592.624,00 |
| 02- Interventi per la disabilità | 13.690.000,00 | 36.925.763,63 | 50.615.763,63 |
| 03- Interventi per gli anziani | 100.000,00 | | 100.000,00 |
| 04-Interventi per soggetti a rischio di esclusione sociale | 7.128.582,96 | 5.074.967,00 | 12.203.549,96 |
| 05 -Interventi per le famiglie | 6.570.000,00 | 865.650,00 | 7.435.650,00 |
| 07-Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali | 38.512.225,00 | 25.851.385,82 | 64.363.610,82 |
| 08- Cooperazione e associazionismo | 400.000,00 | | 400.000,00 |
| TOTALI | 77.400.807,96 | 74.310.390,45 | 151.711.198,41 |

| RISORSE STANZIATE PER L'ANNUALITA' 2018 | | | |
|--|----------------------|--------------------|----------------|
| MISSIONE 12 PROGRAMMA | RISORSE REGIONALI | RISORSE STATALI | TOTALI |
| 01- Interventi per l'infanzia e i minori e per asili nido | 10.500.000,00 | | 10.500.000,00 |
| 02- Interventi per la disabilità | 13.040.000,00 | 35.217.000,00 | 48.257.000,00 |
| 03- Interventi per gli anziani | 2.000.000,00 | | 2.000.000,00 |
| 04-Interventi per soggetti a rischio di esclusione sociale | 5.280.000,00 | | 5.280.000,00 |
| 05 -Interventi per le famiglie | 6.500.000,00 | | 6.500.000,00 |
| 07-Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali | 38.500.000,00 | 24.341.883,00 | 62.841.883,00 |
| 08- Cooperazione e associazionismo | 400.000,00 | | 400.000,00 |
| TOTALI | 76.220.000,00 | 59.558.883,00 | 135.778.883,00 |

| RISORSE STANZIATE PER L'ANNUALITA' 2019 | | | |
|--|----------------------|--------------------|----------------|
| MISSIONE 12 PROGRAMMA | RISORSE REGIONALI | RISORSE STATALI | TOTALI |
| 01- Interventi per l'infanzia e i minori e per asili nido | 10.500.000,00 | | 10.500.000,00 |
| 02- Interventi per la disabilità | 12.940.000,00 | 35.217.000,00 | 48.157.000,00 |
| 03- Interventi per gli anziani | 2.000.000,00 | | 2.000.000,00 |
| 04-Interventi per soggetti a rischio di esclusione sociale | 5.280.000,00 | | 5.280.000,00 |
| 05 -Interventi per le famiglie | 6.500.000,00 | | 6.500.000,00 |
| 07-Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali | 38.500.000,00 | 24.341.883,00 | 62.841.883,00 |
| 08- Cooperazione e associazionismo | 300.000,00 | | 300.000,00 |
| TOTALI | 76.020.000,00 | 59.558.883,00 | 135.578.883,00 |

Le somme riportate nelle tabelle che precedono, limitatamente all'annualità 2017, sono integrate da:

- risorse statali erogate per l'attuazione della legge 112/2016 "Dopo di noi", il cui primo decreto attuativo assegna al Lazio la somma di euro 9.090.000,00 per la prima annualità, che si realizzerà nel 2017;
- risorse statali concesse per il finanziamento di Programmi distrettuali per la vita indipendente delle persone con disabilità, relative ai bandi ministeriali

2014-2015-2016 la cui attuazione andrà a regime nel 2017, per un ammontare complessivo di 5.300.000,00 euro (compreso il cofinanziamento regionale del 20%);

Per la piena realizzazione degli obiettivi individuati, oltre alle risorse indicate nelle tre tabelle sopra riportate, saranno utilizzati i fondi provenienti dal POR FSE 2014-2010 – obiettivo tematico 9 – ammontanti complessivamente a 132.000.000,00 di euro, come da tabella dettagliata di seguito riportata, la cui utilizzazione è stata avviata e andrà a pieno regime nel triennio di vigenza del Piano.

| RISORSE FINANZIARIE DEL POR FSE 2014-2010. OBIETTIVO TEMATICO 9-INCLUSIONE SOCIALE E LOTTA ALLA POVERTA' | | | | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|
| Azioni | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Totale 2014-2020 |
| Interventi per contrastare il rischio di povertà | 2.710.605,82 | 2.970.638,26 | 3.712.166,36 | 3.786.459,90 | 3.862.237,92 | 3.939.530,02 | 4.018.361,72 | 25.000.000,00 |
| Progetti sportivi per l'inclusione sociale | 758.969,63 | 831.778,71 | 1.039.406,58 | 1.060.208,77 | 1.081.426,62 | 1.103.068,41 | 1.125.141,28 | 7.000.000,00 |
| Azioni di formazione a sostegno del lavoro per lo sviluppo dei Servizi all'infanzia | 4.336.969,31 | 4.753.021,21 | 5.939.466,17 | 6.058.335,83 | 6.179.580,68 | 6.303.248,03 | 6.429.378,76 | 40.000.000,00 |
| Azioni di formazione sostegno lavoro Servizi cronicità e terza età | 6.505.453,97 | 7.129.531,82 | 8.909.199,25 | 9.087.503,75 | 9.269.371,02 | 9.454.872,05 | 9.644.068,14 | 60.000.000,00 |
| TOTALI | 14.311.998,73 | 15.684.970,00 | 19.600.238,36 | 19.992.508,25 | 20.392.616,24 | 20.800.718,51 | 21.216.949,90 | 132.000.000,00 |

All'utilizzazione delle suddette risorse, per ciascun intervento complessivo, si provvede con successiva deliberazione in conformità a quanto stabilito con la delibera di Giunta regionale n. 14 del 17 gennaio 2017.

Nella fase di pianificazione finanziaria dei servizi e dei livelli essenziali previsti dal Piano, una quota di risorse è stata destinata a cofinanziare le attività sociali a rilevanza sanitaria e all'attivazione dei Punti Unici d'Accesso (art. 46, comma 2, lettera h). Tale quota è prevista all'interno della quota generale dell'80% dei trasferimenti finanziari ai Distretti sociosanitari.

L'adozione del Piano sociale richiede inoltre una disciplina della fase di transizione. Gli strumenti di programmazione zonale dovranno transitare dai tempi e dalle annualità di programmazione regionale precedenti, attuati con linee guida ex legge n. 328/2000, ai tempi e alle disposizioni contenute nel presente Piano, nonché nelle disposizioni di attuazione operativa che verranno successivamente emanate.

Nella prima annualità di attuazione del presente Piano, è pertanto necessario avviare, strutturando un sistema di assistenza governato dalla Direzione Regionale, una omogeneizzazione economica e strutturale tra i diversi Piani di Zona, in maniera che la loro attuazione successiva coincida con il periodo di vigenza del Piano sociale regionale. Questa esigenza, oltre ad essere necessaria formalmente, è ancora più necessaria operativamente in quanto consentirà di applicare uniformemente il modello di valutazione e monitoraggio e la messa in atto delle azioni previste dal Piano alle stesse scadenze per tutti. Una tale sincronizzazione dei tempi di attuazione e dell'utilizzo dei fondi garantirà, inoltre, la possibilità di prevedere un coordinamento delle misure di interesse generale e della rendicontazione dei costi, che permetterà una seria valutazione funzionale alla successiva programmazione triennale.

Stanti tali premesse, si indicano i principi guida da seguire nel percorso di sincronizzazione dei Piani di Zona:

- prevedere l'emanazione di una procedura di revoca e/o rideterminazione del riparto dei fondi delle annualità precedenti ai Distretti che, trovandosi in ritardo, non potranno completare l'attuazione delle annualità precedenti prima dell'uniforme avvio di attuazione dei nuovi Piani di Zona triennali;
- prevedere una graduazione, sulla base dei dati in possesso, delle date di presentazione dei Piani di Zona, della certificazione della spesa, del monitoraggio dei servizi, nella determinazione del periodo di ritardo e conseguentemente dell'entità dei fondi da revocare e/o rideterminare;
- garantire la continuità dei servizi e degli interventi fino alla partenza dei nuovi Piani di Zona, anche attraverso una proroga di quelli già in essere da parte degli ambiti sociali;
- garantire agli ambiti virtuosi, che sono in linea con i tempi di presentazione dei Piani di Zona o che sono addirittura in anticipo con l'attuazione degli stessi, una compensazione di risorse che vada a coprire i servizi fino all'avvio di quelli previsti nei nuovi Piani di Zona;
- riprogrammare l'impiego delle risorse recuperate che verranno a determinarsi.

Parametri per la determinazione del sistema tariffario e della compartecipazione degli utenti ai costi delle prestazioni

Nel rispetto dell'autonomia dei Comuni, la Regione Lazio per garantire uniformità nei criteri di accesso al sistema integrato dei servizi ed a maggior tutela dei diritti dei cittadini e delle cittadine laziali, propone modalità di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti. A tale fine si forniscono ai Comuni associati in Ambiti territoriale strumenti condivisi che saranno previsti da un'apposita deliberazione della Giunta regionale che sarà emanata entro 90 gg. dall'approvazione del Piano sociale regionale.

In base al predetto disposto normativo, alla Regione Lazio spetta la funzione di individuare le soglie minime di esenzione e massime di compartecipazione, mentre è lasciata all'autonomia decisionale dei Comuni associati in Ambiti Territoriali la facoltà di definire, con proprio regolamento, sia le soglie minime che quelle massime alternative se più favorevoli alle esigenze dei propri cittadini, sia di definire fasce intermedie di reddito e relativa quota di compartecipazione comprese fra le soglie minima e massima.

La quota di compartecipazione dell'utente al costo del servizio è strettamente correlata alla sua situazione reddituale e patrimoniale. Per il calcolo dell'indicatore di situazione economica equivalente ISEE dovrà essere acquisita la Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) concernente la situazione reddituale e patrimoniale del richiedente la prestazione agevolata, nonché quella di tutti i componenti il nucleo familiare che andrà redatta conformemente al DPCM 159/2014. Il dichiarante potrà presentare una nuova dichiarazione sostitutiva prima della scadenza in caso di variazione della propria situazione familiare e/o patrimoniale. A tali indicatori reddituali saranno affiancati altri indicatori previsti dalla predetta deliberazione.

Si prevede per il prossimo triennio operativo una messa a regime del citato sistema attraverso il consolidamento delle procedure di inserimento dei dati degli utenti nella piattaforma online da parte delle amministrazioni competenti. In questo modo ed in tempi brevi, gli Uffici di Piano e la Direzione Regionale avranno a disposizione una banca dati contenente l'anagrafica di tutti gli utenti dei servizi con la possibilità di monitorare e studiare le situazioni reddituali e familiari di ciascuno ed eventualmente apportare le dovute modifiche al sistema delle tariffe regionali.

Il monitoraggio delle suddette tariffe garantisce inoltre che l'erogazione del servizio avvenga nel rispetto dei livelli minimi individuati da questo Piano sociale regionale. Esse si applicano ai servizi residenziali e semiresidenziali accreditati il cui costo si pone anche solo in parte a carico dell'ente pubblico. Sono esclusi pertanto i servizi privati non accreditati/convenzionati la cui fruizione è totalmente a carico dei cittadini/utenti.

Attraverso l'istituto dell'accreditamento e la definizione pubblica delle tariffe da corrispondere ai soggetti accreditati per le prestazioni erogate, la Regione Lazio intende garantire l'offerta dei servizi dando garanzia e certezza ai cittadini ed alle cittadine di un buon livello qualitativo dei servizi e della loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale.

I. Innovazione

L'area dell'innovazione è trasversale a tutti gli ambiti di interesse affrontati nel Piano sociale triennale.

I criteri per l'individuazione di aree, processi, servizi riferibili all'innovazione saranno stabiliti attraverso una specifica delibera di giunta.

Di seguito si individuano alcune tematiche che potranno essere oggetto di sperimentazione e di innovazione.

Co-progettazione

Le linee guida che verranno condivise e costruite allo scopo di individuare nuovi strumenti di governance del welfare della Regione Lazio, attraverso la co-progettazione e la cogestione tra enti pubblici e terzo settore, costituiscono una grande novità per la Regione. La co-progettazione nasce con la funzione di allargare la governance delle politiche sociali locali per corresponsabilizzare maggiormente i soggetti in campo e per rafforzare il senso di appartenenza verso i progetti e i programmi di politica pubblica promossi.

La co-progettazione ha per oggetto la definizione progettuale di iniziative, interventi e attività complesse, tenendo conto delle priorità strategiche evidenziate e condivise dall'ente pubblico, da realizzare in termini di partnership tra quest'ultimo e i soggetti del terzo settore individuati in conformità a una procedura di selezione pubblica.

Si tratta quindi di una modalità con cui si vuole migliorare l'efficienza e l'efficacia delle azioni in campo del welfare comunitario, promuovere processi partecipativi di co-progettazione territoriale, individuare promuovere e sostenere progetti di innovazione sociale, di welfare territoriale e inclusione attraverso azioni di prevenzione, promozione dei diritti, sviluppo locale.

Da un punto di vista metodologico, infatti, la co-progettazione è un metodo per costruire politiche pubbliche coinvolgendo risorse e punti di vista diversi, provenienti dal soggetto pubblico e dal terzo settore. Di per sé oggi la spinta ad una rinnovata relazione tra il pubblico e il terzo settore avviene spesso anche indipendentemente dallo strumento contrattuale che si utilizza e la ricerca continua da parte delle persone di risposte a problemi in costante aumento e cambiamento non interroga più solo l'amministrazione pubblica, ma l'intera società civile: singoli cittadini e cittadine e realtà organizzate del terzo settore.

L'idea della co-progettazione prende piede in tempi recenti perché sia gli enti locali, sia i soggetti del privato sociale si trovano oggi ad agire in una cornice che supera il tradizionale rapporto committente-fornitore che aveva caratterizzato la loro relazione fino a qualche tempo fa.

Dunque, la co-progettazione rappresenta una forma di collaborazione tra PA e soggetti del terzo settore per la realizzazione di attività e interventi, in base al principio di sussidiarietà, e fonda la sua funzione sui principi di trasparenza, partecipazione, corresponsabilità e sostegno dell'impegno privato nella funzione sociale

Utilizzando gli strumenti tecnici operativi di queste nuove modalità di welfare e aumentando le responsabilità condivise ne consegue un cambiamento nell'approccio culturale, passando dal concetto di "problema" a quello di "bisogno".

Il terzo settore, attraverso questo strumento, viene posto davanti ad un'ulteriore sfida, e cioè partecipare alla relazione di partenariato con l'Ente Pubblico, per lo più, non come singole organizzazioni, ma costituendo un'aggregazione, una sorta di "pre-partenariato" tra diverse organizzazioni del terzo settore.

Il DPCM 2001 all'art.1 prevede che le regioni:

- adottino specifici indirizzi per promuovere il miglioramento della qualità dei servizi e degli interventi, anche attraverso la definizione di specifici requisiti di qualità;
- favoriscano la pluralità di offerta dei servizi e delle prestazioni, nel rispetto dei principi di trasparenza e semplificazione amministrativa;
- favoriscano l'utilizzo di forme di aggiudicazione o negoziali che consentano la piena espressione della capacità progettuale ed organizzativa dei soggetti del terzo settore;
- favoriscano forme di co-progettazione promosse dalle amministrazioni pubbliche interessate, che coinvolgano attivamente i soggetti del terzo settore per l'individuazione di progetti sperimentali ed innovativi, al fine di affrontare specifiche problematiche sociali;
- definiscano adeguati processi di consultazione con i soggetti del terzo settore e con i loro organismi rappresentativi riconosciuti come parte sociale.

Nella co-progettazione devono essere soddisfatte le seguenti condizioni:

- a. attraverso la co-progettazione le Amministrazioni pubbliche saranno supportate e coadiuvate dai soggetti del terzo settore nella ricerca di soluzioni tecniche utilizzabili per l'attuazione di progetti innovativi, che abbiano come obiettivo il soddisfacimento della domanda di servizi individuati dall'Amministrazione.

- b. I soggetti della co-progettazione devono essere scelti con una procedura aperta a tutti i soggetti del terzo settore. La collocazione all'interno del Piano di Zona assume caratteristiche strategiche rispetto al modello di sussidiarietà.
- c. La titolarità delle scelte dovrà rimanere in capo all'Amministrazione, la co-progettazione dovrà riguardare interventi innovativi e sperimentali di attività complesse e dovranno essere messe in comune le risorse per l'attuazione di obiettivi e progetti condivisi.
- d. I soggetti che intendono manifestare il proprio interesse a partecipare all'attività di co-progettazione dovranno essere in possesso di tutti i requisiti giuridici di affidabilità giuridico-economico-finanziaria di tutti i soggetti del partenariato.
- e. La partecipazione dei soggetti del terzo settore nelle fasi 1, 2 e 3 dovrà essere svolta a titolo gratuito e dovrà essere specificato in fase di selezione che non potranno essere riconosciuti corrispettivi.
- f. Dovranno essere definiti in maniera chiara i limiti dell'attività di co-progettazione.
- g. gli elaborati progettuali dei soggetti che intendono partecipare dovranno contenere: analisi dei problemi, obiettivi, metodi e modalità d'interventi, proposta organizzativa e gestionale, analisi dei costi, specifiche sulla modalità di co-partecipazione. A tal fine i soggetti che vorranno prendere parte al processo, nel definire il progetto dovranno individuare interessi/modalità d'azione comuni e definire la struttura di governance, le rispettive quote di budget e le modalità d'integrazione.

Co-housing

La questione dell'abitare è uno dei fattori su cui si basa l'inclusione sociale. La situazione abitativa è di primaria importanza nella costruzione di percorsi di benessere delle comunità. In questo settore il co-housing rappresenta una linea innovativa di intervento che il Piano sociale intende attivare nel prossimo triennio.

I co-housing sono composti da abitazioni private corredate da spazi e servizi comuni, progettati e realizzati, fin dalla concezione del progetto, in collaborazione con i loro futuri fruitori. Le strutture di co-housing combinano infatti l'autonomia dell'abitazione privata (che garantisce la libertà e la riservatezza dei singoli e delle famiglie) con i vantaggi di servizi, risorse e ambienti condivisi, sia interni che esterni.

L'esperienza ha messo in evidenza i molti aspetti positivi del co-housing, sia dal punto di vista microsociale che da quello macrosociale. Si tratta di soluzioni abitative che:

- ✓ in un contesto di progressiva riduzione della numerosità dei nuclei familiari e di aumento delle famiglie monopersonali contribuiscono a contrastare e ridurre la solitudine, soprattutto delle persone anziane;
- ✓ promuovono rapporti basati sul rispetto e la comunicazione consapevole, relazioni di buon vicinato, condivisione, mutuo aiuto e responsabilità sociale;
- ✓ favoriscono le relazioni tra pari e intergenerazionali, la conciliazione del lavoro con le responsabilità familiari, l'inclusione sociale e la protezione comunitaria dei soggetti più deboli (bambini, anziani, persone con disabilità);
- ✓ migliorano la sostenibilità ambientale ed economica, mediante la generazione di economie di scala, la riduzione degli sprechi, il risparmio energetico, il recupero e riuso di beni pubblici e privati, l'autoproduzione di beni e servizi;
- ✓ promuovono l'auto-organizzazione, la mutua collaborazione, la cittadinanza attiva e la partecipazione alla vita civica;
- ✓ favoriscono l'adozione di misure al miglioramento dell'abitabilità, della salute, della sicurezza e dell'accessibilità dell'abitare, anche mediante la riduzione delle barriere architettoniche e culturali;
- ✓ promuovono l'etica dei beni comuni e generano un diffuso benessere personale e collettivo;
- ✓ contribuiscono a rivitalizzare il territorio, generando una migliore qualità della vita e lo sviluppo di relazioni positive tra gli abitanti.

In questo contesto, tenendo conto delle migliori esperienze realizzate nel Lazio e in altre regioni, il Piano sociale prevede la sperimentazione di diverse forme di co-housing, non necessariamente alternative tra loro, tra cui il co-housing intergenerazionale, il co-housing di paese e il co-housing agricolo-montano.

Co-housing intergenerazionale

Sono ormai numerose le esperienze di co-housing intergenerazionali realizzate in diversi contesti geografici e sociali. In molti casi sono stati utilizzati a fini abitativi immobili, in genere di proprietà pubblica, in cui persone singole e famiglie di diversa età sono andate a convivere, in un clima di collaborazione e aiuto reciproco, in condizioni che assicurano la riservatezza familiare e personale. In alcuni casi sono stati avviati anche processi di accompagnamento di soggetti vulnerabili, con operatori che curano gli aspetti socio-assistenziali e relazionali, fondamentali per garantire una buona qualità della vita e positive relazioni di convivenza. Dal punto di vista delle soluzioni architettoniche, le abitazioni e gli ambienti comuni sono organizzati in maniera tale che possano essere applicate tecnologie di domotica e misure di sicurezza personale e collettiva.

La Regione intende sostenere e incentivare nuove azioni sperimentali di co-housing intergenerazionale, anche con l'obiettivo di fornire maggiori opportunità di socialità e di convivenza alle persone anziane, che allunghino il loro tempo di autosufficienza, allontanando così la prospettiva dell'accoglienza in strutture residenziali. Il tutto con costi accessibili, poiché si generano economie di scala e le spese vengono suddivise tra gli ospiti.

L'offerta abitativa dovrà prevedere adeguati spazi di privacy, aspetto spesso fortemente compromesso nella generalità delle strutture residenziali.

La creazione di questa filiera innovativa di co-housing sociale, mentre riduce i costi, in particolare per il ricorso alle assistenti familiari personali, va ad arginare in modo sostanziale il fenomeno dell'isolamento e della fragilità dell'anziano, generando nello stesso tempo benefici concreti per le persone più giovani, dal punto di vista economico, operativo e relazionale. La coabitazione potrà favorire infatti anche lo sviluppo di relazioni tra pari, generando, ad esempio, nuove possibilità di co-working e di co-production tra i giovani.

Co-housing di paese

Sono numerosi nel Lazio i piccoli comuni e i borghi che si stanno spopolando, con il rischio di una vera e propria "desertificazione antropica". Spesso in questi paesi sono rimaste poche famiglie, molte delle quali composte da anziani che vivono soli, con molte case vuote ed edifici pubblici vuoti o sottoutilizzati.

Il co-housing di paese prevede di inserire una componente di nuovi residenti in questi piccoli centri abitati, che comunque hanno mantenuto ancora un proprio tessuto vitale. Si potrebbe ad esempio individuare un'area centrale del paese, dove attrezzare alcune case da destinare ad abitazione di persone anziane, prevedendo una serie di servizi comuni forniti da équipe di operatori socio sanitari (assistenti, animatori, fisioterapisti, infermieri, ecc.), con soluzioni operative organizzate secondo modelli di servizio pensati su misura per le reali esigenze dei residenti (sia autoctoni che acquisiti).

In questo modo potrebbe essere coniugato il desiderio delle persone anziane di continuare (o andare) ad abitare in luoghi gradevoli e interessanti, a misura d'uomo, in un contesto ricco di relazioni interpersonali e socialmente attivo.

Il tessuto urbano del paese sarebbe così rivitalizzato, conservato, riqualificato e valorizzato: si può interrompere il processo di abbandono e favorire il ripopolamento. Si genera un impulso all'economia locale creando un volano di nuovi bisogni commerciali e professionali; non solo quindi opportunità di lavoro per le figure assistenziali necessarie agli assistiti, ma anche opportunità per rispondere alle nuove esigenze create dall'indotto che ne consegue inevitabilmente. La realizzazione di progetti di questa natura risponderebbe anche al bisogno di inclusione sociale e di incontro tra generazioni, valorizzando il dialogo e lo scambio culturale tra narrazione e tradizione da una parte e senso di responsabilità e progettualità dall'altra.

Co-housing agricolo-montano

Negli ultimi decenni stiamo assistendo ad un aumento spaventoso del rischio idrogeologico, con manifestazioni frequenti di calamità naturali come frane o alluvioni. Tutto questo si manifesta ancora più drammaticamente a causa della fragilità dei territori, aggravata da fenomeni di spopolamento delle aree rurali con conseguente riduzione delle attività di gestione e manutenzione, con una ulteriore accelerazione dei fenomeni di degrado. Contemporaneamente è aumentato il patrimonio edilizio rurale dismesso per deperimento o cessata funzione.

La situazione è particolarmente delicata nelle aree montane della Regione. In questi territori si è ridotta soprattutto l'attività agricola e con essa, anche pur se a più lungo termine, la biodiversità e la bellezza paesaggistica dei luoghi. Alle quote più elevate e meno accessibili i terreni vengono spesso abbandonati, e prima o poi riconquistati dal bosco.

Gli scenari futuri mettono in luce un sistema rurale delle aree interne e montane a rischio, con una perdita progressiva e costante di popolazione. Il futuro dell'agricoltura di montagna è in pericolo e con esso molto della cultura che rappresenta. Solo una diversa considerazione del ruolo dell'agricoltura rispetto alla conservazione dei paesaggi colturali tipici, alle produzioni alimentari di qualità, alla tutela degli spazi, alla difesa dell'ambiente e del territorio potrà garantire nuove forme di socialità e di sviluppo.

All'agricoltura delle aree interne e montane – che tanto ha dato alla difesa dell'ambiente ed alla valorizzazione della specificità delle produzioni – deve essere garantita non solo la sopravvivenza, ma anche il necessario sostegno.

In questo contesto, in una logica di sviluppo globale, in cui le strategie di tipo economico e sociale si intersecano e collaborano, la Regione intende sperimentare azioni di co-housing e di co-working (agricolo e non) in aree rurali e montane, incentivando la programmazione di un nuovo modello di insediamento residenziale che coniughi aspettative e possibilità delle persone interessate alla riqualificazione del territorio e al recupero del patrimonio edilizio esistente, secondo le finalità della legge 141/2015 sull'agricoltura sociale, anche attraverso la creazione di sinergie con il Piano di sviluppo rurale 2014-2020. In questo contesto si prevede l'inserimento lavorativo di soggetti con disabilità o altre forme di vulnerabilità sociale. Ciò favorirà la creazione di opportunità occupazionali sia per giovani (italiani e stranieri) sia per chi ha perso il lavoro, oltre a contrastare lo spopolamento delle aree interne, riattivando le economie locali. Tutto ciò permetterà la costruzione di un tessuto sociale più vitale, caratterizzato da scambi intergenerazionali e interetnici, con una crescita culturale in un contesto attivo, propositivo e solidale.

Valutazione di impatto sociale di processi, servizi e attività

La valutazione d'impatto sociale 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. Ciò significa che le attività realizzate da un'organizzazione non sono mai circoscrivibili e limitabili ma riverberano i loro effetti ad ampio spettro, come accade per la goccia che colpisce lo specchio dell'acqua e irraggia la propria azione su un'ampia superficie, non solo sul punto colpito. Le organizzazioni mirano dunque a perseguire il loro scopo (mandato), ma ciò ha conseguenze ben più ampie di quelle programmate in modo puntuale. Così, l'impatto diventa "sociale" perché investe più sfere del vivere, più portatori di interesse, più soggetti (persone o altre organizzazioni).

La valutazione di impatto sociale, quando applicata con un approccio partecipato, necessita di una pluralità di fonti da cui raccogliere i dati da tradurre in informazioni e, nel contempo, non può prescindere dal contributo degli stakeholder per il lavoro di "traduzione" dei dati in informazioni valutative. Ciò significa che la valutazione di impatto porta a costruire un "giudizio valutativo partecipato" attraverso lo svolgimento di un piano di ricerca.

La valutazione di impatto si articola quindi sul livello della ricerca valutativa in cui devono essere esplicitati inizialmente gli obiettivi valutativi e la definizione del mandato. In particolare il disegno valutativo si struttura come segue:

- Le domande valutative: quali effetti positivi/negativi si manifestano a seguito delle attività dell'organizzazione sul suo territorio di riferimento? È possibile misurarli?
- Il campo semantico delle variabili: la suddivisione dell'impatto sociale in dimensioni rilevanti, come ad esempio l'integrazione con le politiche pubbliche, lo sviluppo di relazionalità sul territorio, la riproduzione di relazioni, la trasformazione dei bisogni, la rilevanza della comunicazione.
- Gli attori della valutazione d'impatto: ossia i beneficiari diretti, indiretti e la comunità di riferimento.
- Le tecniche e gli strumenti di rilevazione, che variano a seconda del tipo di valutazione svolta: ad esempio l'analisi delle fonti documentali per l'autovalutazione, integrata da un set di interviste semi strutturate e/o focus group per gli indicatori più complessi in etero valutazione.
- Il sistema di reporting: basato sull'analisi statistica dei dati quantitativi raccolti attraverso il modello e una ulteriore analisi dei giudizi espressi tramite l'interpretazione dei dati qualitativi.

In ogni caso, le definizioni di impatto sociale sono – per le ragioni sopra esposte – svariate. Per dare una seppur minima panoramica, riportiamo nel seguito una

piccola silloge di definizioni di impatto sociale elaborate da studiosi ed esperti nazionali e internazionali:

- L'impatto sociale è la capacità di un'organizzazione di contribuire ad un cambiamento in un determinato campo d'azione modificando lo status quo di una persona o di una comunità destinatari dell'attività sociale. [Perrini e Vurro 2013]
- L'impatto sociale è l'attribuzione delle attività di un'organizzazione ai risultati sociali complessivi di più lungo termine. [EVPA 2013]
- Il concetto di impatto sociale è definito come il cambiamento non economico creato dalle attività delle organizzazioni e dagli investimenti. [Emerson et al. 2000; Epstein e Yuthas 2014]
- L'impatto sociale è la porzione di *outcome* totale che si è verificata come risultato diretto dell'intervento, al netto di quella parte che avrebbe ugualmente avuto luogo anche senza l'intervento. [Clark et al. 2004]
- L'impatto sociale viene definito come il cambiamento sostenibile di lungo periodo (positivo o negativo; primario o secondario) nelle condizioni delle persone o nell'ambiente che l'intervento ha contribuito parzialmente a realizzare. [Zamagni 2015]

Ora, possiamo dire che la valutazione d'impatto sociale:

- ha valenza interna (per poter programmare) ed esterna (per poter stimare la propria capacità di incidere);
- si deve realizzare con il coinvolgimento dei portatori di interesse (proprio perché si tratta di impatto "sociale" e perché ha natura non oggettiva ma intersoggettiva);
- può avvenire a livello dei singoli, delle comunità o dell'intera società (a seconda della portata dell'organizzazione);
- dipende in buona misura non solo dall'organizzazione ma anche dal contesto in cui questa opera (si pensi a un contesto recalcitrante e invece a uno favorevole e alla differente difficoltà di generare impatto);
- la sua rilevazione può avvenire tramite l'impiego di misuratori dati (indicatori o altri strumenti), la sua interpretazione invece ha bisogno di una lettura partecipata.

Nel corso del triennio di vigenza del Piano sociale alcuni processi, servizi e attività saranno sottoposti in via sperimentale ad un percorso di valutazione di impatto sociale, che tenga conto delle seguenti dimensioni:

- Esemplarità e trasferibilità degli interventi.
- Integrazione con le politiche pubbliche del territorio di riferimento.
- Sviluppo relazionalità associativa sul territorio.
- Sviluppo relazionalità individuale.
- Trasformazione dei bisogni individuati.
- Rilevanza della comunicazione sociale.
- diritti individuali dentro le organizzazioni/partecipazione alla gestione.

Per ciascuna dimensione saranno applicati indicatori specifici che consentiranno di misurare qualitativamente e quantitativamente l'impatto sociale.

Mutualità territoriale per la resilienza sociale

L'idea guida è quella di sviluppare forme di mutualità nei territori per generare resilienza e benessere diffuso.

Si parte dal presupposto che le criticità dei territori sono omologhe alle criticità dei modi classici di intervento sociale. A causa quindi del depauperamento delle risorse economiche e dell'indebolimento dei legami forti connessi alle dinamiche attuali, evidenziate in altre parti del Piano, stiamo assistendo a una crisi sempre maggiore del sistema dei servizi alla persona esclusivamente basato sull'offerta pubblica. Per questo da più parti si volge lo sguardo verso forme di protezione integrative mutualistiche, sul modello storico delle Società di Mutuo Soccorso, oppure forme di protezione meramente assicurative mediate da grandi gruppi privati.

Il principio di mutualità può raccogliere molto più delle sole esigenze sanitarie, e inoltre presenta delle potenzialità di sviluppo enormi a livello territoriale. Attraverso i sistemi mutualistici territoriali è possibile superare il meccanismo distorsivo per cui a tutelarsi dal rischio di povertà possono essere solamente coloro che poveri non sono, e quindi in grado di pagare il costo di una polizza assicurativa o di un'assistenza privata. Questo perché, fondamentalmente, i beni che divengono oggetto di mutuo scambio all'interno della comunità sono beni non esclusivamente monetari. Competenze, relazioni, risorse materiali e immateriali, fiducia, tempo e spazi: tutto questo fa parte del sistema di protezione mutualistico di comunità.

Le caratteristiche comuni a queste nuove forme di mutualità possono essere così sintetizzate:

- A. la pari dignità fra coloro che appartengono al gruppo che si ispira alla mutualità, indipendentemente dalla diversa condizione sociale ed economica, temporanea o permanente, di ciascun membro del gruppo;
- B. la condivisione delle risorse non solo di tipo finanziario, ma anche e soprattutto sociali e relazionali;
- C. un patto di reciprocità di gruppo aperto anche all'esterno;
- D. la libertà di scelta nell'appartenenza alla mutualità che consente il recupero dell'individualità nelle scelte per il benessere;
- E. la possibilità di avere multi-appartenenze per dare l'opportunità alle persone di sperimentare altre forme di supporto e di impegno sociale senza subire giudizi morali o coercizioni sociali del gruppo;
- F. una soglia di accesso finanziaria molto bassa (o addirittura inesistente) per coinvolgere nella mutualità anche coloro che temporaneamente o strutturalmente hanno difficoltà finanziarie;

G. soglie di accesso culturali e sociali facilmente superabili senza dover assumere responsabilità totalizzanti;

H. una semplicità nella descrizione delle attività oggetto di mutualità, premessa per la loro popolarità, ovvero sia per la costruzione delle condizioni necessarie per la comprensione da parte di persone che dispongono di strumenti culturali e simbolici a bassa complessità.

Invece di promuovere interventi progettuali di sviluppo locale si intende riprendere, riformulare e riproporre il concetto di mutualità, declinandolo secondo l'ottica territoriale. Lo si vuole proporre in forme nuove come chiave di volta per intervenire nei territori della Regione Lazio. In particolare, si vuole coinvolgere i territori, i gruppi, le organizzazioni di terzo settore, le fondazioni di comunità, le istituzioni locali e le imprese nella promozione di esperienze mutualistiche che sappiano attivare e connettere risorse umane e materiali in una formula di reciprocità e mutuo sostegno, non limitandosi alla mutua assistenza, ma innovando il concetto stesso di mutualità per diffonderlo e renderlo una pratica sociale diffusa e autosostenentesi.

La nuova mutualità è intesa come sviluppo dell'economia sociale informale nelle forme di:

- economia di supporto: tutti i servizi di supporto all'economia dei soci nell'ambito socio-educativo;
- sviluppo e messa in rete di gruppi di interesse, come nel caso della mutualità classica, ma basata su interessi comuni a difesa dei beni comuni (ambiente, cultura, educazione, sociale, green economy, sport e tempo libero, turismo sostenibile e valorizzazione beni culturali);
- sviluppo di partenariati strategici con altri soggetti del non profit, delle imprese (ambito della *corporate social responsibility*) e delle imprese sociali, del settore pubblico finalizzati ad integrazioni aperte per lo sviluppo di policy territoriali;
- sperimentazione di nuovi modelli di intervento per e con i territori;
- emersione sul territorio di reti informali, basate su ICT e nuove tecnologie, finalizzate a ridurre i costi dei servizi e prodotti;
- coerenza degli interventi con gli obiettivi delle programmazioni dei POR locali;
- messa a sistema dello scambio e della sperimentazione di buone pratiche;
- efficienza dell'uso delle risorse economiche secondo la logica di rete;
- campagne di comunicazione e informazione per sensibilizzare la popolazione su tematiche strategiche;
- partenariati con soggetti della ricerca pubblici e privati finalizzati al *crossing knowledge*;

- incremento dei processi e delle attività di prevenzione per accrescere la capacità di resilienza in occasione di disastri naturali e di crisi sociali acute.

La questione dei servizi sociosanitari ed educativi viene interpretata nell'ottica integrativa e non sostitutiva rispetto al sistema di welfare pubblico, attraverso la creazione di un "network sociale" che ruota attorno alla figura del socio-consumatore-utente. Anche rispetto alle offerte di servizi, partendo da un'analisi dei bisogni e dalla mappatura dei servizi già offerti, si vuole proporre una modalità di intervento innovativa che prenda in considerazione strumenti e forme che si stanno sviluppando negli ultimi anni (vedi il riferimento alla finanza sociale, al microcredito, e a servizi che si riferiscono alla "nuova mutualità" quali il crowdfunding, il bike e car-sharing, il co-working, le start up culturali) per far fronte ai nuovi bisogni e alle nuove forme di vulnerabilità.

Progettare forme di mutualità territoriale significa quindi contribuire a creare organismi di partecipazione per la cittadinanza, che coniugano i principi di sussidiarietà con quelli di solidarietà reciproca. L'integrazione di questi meccanismi di mutualità con le prestazioni offerte dalle organizzazioni di terzo settore rappresenta quindi una sostanziale via di sviluppo verso un welfare dove tutti i soggetti che operano nel sociale siano protagonisti e responsabili allo stesso livello del benessere delle comunità.

L. Fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali

La rilevazione puntuale del fabbisogno regionale di strutture residenziali e semiresidenziali presenta attualmente delle criticità, in assenza di un funzionante Sistema informativo dei servizi sociali (SISS) e dell'implementazione della Cartella sociosanitaria (vedi capitolo O del presente Piano).

Pertanto, nel periodo di vigenza del Piano sociale:

- per le strutture sociosanitarie, si farà riferimento ai parametri stabiliti a livello nazionale (LEA) e a livello regionale, ove già definiti nell'ambito della programmazione sanitaria per le varie tipologie assistenziali;
- per le strutture socioassistenziali il fabbisogno verrà definito successivamente all'implementazione del SISS e della Cartella sociosanitaria. Quindi sarà possibile stimare il relativo fabbisogno solo alla fine del triennio di applicazione del Piano.

Il calcolo del fabbisogno complessivo regionale di strutture residenziali e semiresidenziali, sociosanitarie e socioassistenziali, non è il risultato di una semplice operazione matematica, ma un processo continuativo di apprendimento e pianificazione, determinato da fattori sociali, tecnici e politico-finanziari.

Gli obiettivi da raggiungere devono quindi essere sviluppati tenendo conto di vari aspetti di natura tecnica e politica. Nella determinazione dei valori di riferimento occorre tener conto dei risultati di una programmazione regionale

orientata a privilegiare soluzioni che garantiscano alla persona la permanenza nella propria abitazione e nel proprio contesto di vita. Ed evitare, quindi, un'offerta di servizi territoriali, con i conseguenti investimenti economici, sovradimensionata o non congruente con le politiche regionali.

In quest'ottica occorre, inoltre, definire non solo il fabbisogno di strutture ma anche la loro tipologia, in direzione della creazione di servizi abitativi innovativi, di soluzioni che riproducano le condizioni di vita familiari, di prestazioni che garantiscano l'inclusione sociale nella comunità di appartenenza.

M. Coordinamento e integrazione dei servizi

I mutamenti intervenuti nel quadro demografico e socioeconomico (allegato A) esigono un cambiamento delle politiche pubbliche. Di fronte a bisogni sempre più complessi e articolati non è più possibile fornire risposte frammentate e settoriali, ma occorre programmare e implementare risposte unitarie e continuative, che considerino la persona, la famiglia e la comunità di appartenenza nella loro interezza, interconnessione e globalità.

Non è più possibile operare attraverso una progettazione degli interventi che non sia tarata sulla singola persona e sulla singola famiglia, e che non offra risposte integrate capaci di rispondere simultaneamente a bisogni differenziati.

È necessario costruire un percorso chiaro e sostenibile per garantire l'esigibilità dei diritti ed eliminare le disuguaglianze territoriali nell'accesso al sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Tali obiettivi possono e devono essere raggiunti attraverso una logica di integrazione, che va perseguita a diversi livelli: integrazione delle politiche e degli attori (istituzionali e non), dei programmi e dei processi, dei servizi e degli interventi, delle risorse umane, strumentali e finanziarie.

È necessario adottare approcci e strategie che siano in grado di elevare la capacità di lettura e risposta ai bisogni, garantendo l'integrazione tra i diversi livelli e strumenti di governo del sistema, al fine di accrescere la qualità del welfare regionale, e per suo tramite la qualità della vita delle persone e delle comunità locali.

Gli strumenti individuati per realizzare l'integrazione sono:

- Definizione del modello di governance delle politiche sociali regionali.
- Linee guida per l'integrazione sociosanitaria.
- Unificazione delle Direzioni regionali in materia sociale e sanitaria.
- Programmazione regionale congiunta tra sociale e sanitario.
- Definizione degli ambiti territoriali, quali ambiti ottimali per la programmazione ed erogazione degli interventi sociali e sanitari.

- Linee guida ai territori per la programmazione integrata e la ricomposizione delle fonti di finanziamento nel budget di distretto.
- Creazione di luoghi unici di accoglienza e presa in carico (Segretariato sociale, PUA e Casa della Salute).
- Progettazione personale e budget di salute.
- Sistema informativo e Cartella sociosanitaria.
- Raccordo con le politiche attive del lavoro, dell'immigrazione, abitative, ambientali, urbanistiche, della sicurezza dei cittadini e delle cittadine, culturali, educative, ricreative, sportive e del tempo libero

Per ciascuno di questi aspetti, il Piano fornisce indirizzi e linee di azione.

La formulazione delle indicazioni operative, sulla base degli indirizzi regionali, sarà invece demandata a successive disposizioni attuative.

Ciò permetterà, peraltro, di valorizzare e accrescere le occasioni di confronto, tra le istituzioni e con i soggetti del privato sociale, tra i referenti istituzionali e professionali, al fine di favorire lo scambio di saperi ed esperienze. Nonché di garantire un percorso di costruzione condivisa dei contenuti e degli strumenti che consentono l'integrazione.

Definizione del modello di governance delle politiche sociali regionali

Il perseguimento dell'obiettivo di integrazione, che come già evidenziato investe diversi livelli: istituzionale e di comunità locale, professionale e tecnico-strumentale, programmatoria, gestionale ed economico-finanziaria, passa necessariamente attraverso la definizione di un modello di governance delle politiche sociali regionali (il cui disegno emerge in varie parti di questo Piano). L'attenzione è focalizzata sulla ricomposizione delle politiche e degli interventi a livello di Distretto sociosanitario, nel quadro degli indirizzi forniti dalla Regione e in funzione delle singole scelte programmatiche, elaborate in base alle diverse diagnosi di comunità che evidenziano caratteristiche ed esigenze dei singoli territori.

Ciò permette di realizzare un equilibrio tra le ragioni dell'autonomia e quelle dell'unitarietà, di contemperare le esigenze di differenziazione e quelle di uniformità, al fine di contrastare le disomogeneità territoriali che attualmente caratterizzano il sistema degli interventi e dei servizi sociali e sociosanitari nel Lazio, consentendo al tempo stesso di disegnare il sistema integrato sulla base dei connotati territoriali. Al centro la volontà di favorire lo sviluppo complessivo del sistema, accrescere la qualità della vita delle comunità locali e fornire risposte appropriate e prossimali alla popolazione.

In riferimento particolare ai Distretti sociosanitari a composizione pluricomunale, in linea con quanto disposto dalla legge quadro 328/2000, la legge regionale 11/2016 prevede la gestione associata delle funzioni sociali, quale strumento di garanzia dell'efficienza e dell'efficacia del sistema, anche al fine di favorire il

coordinamento e l'integrazione con i servizi sanitari. Nello specifico, tra le forme associative previste dalla normativa vigente, la Regione promuove e incentiva il ricorso al consorzio, e in particolare al consorzio di funzioni, ossia a forme associative giuridicamente autonome, che consentono di superare il limite del frazionamento comunale nella gestione delle funzioni sociali. A tale scopo la Regione si impegna a fornire assistenza tecnica costante e a prevedere una specifica riserva di risorse per incentivare lo start up, proprio in direzione dell'implementazione sui territori delle forme consortili.

In questa prospettiva gli indirizzi contenuti nel presente Piano sociale individuano come soggetto di riferimento il Distretto sociosanitario, inteso come soggetto unitario, che programma, implementa e valuta la rete integrata degli interventi e dei servizi sociali a livello distrettuale, gestendo in forma associata non soltanto le risorse affluenti dalla Regione, ma l'insieme delle funzioni sociali di cui sono titolari i Comuni del Distretto e le relative risorse impegnate, che confluiscono nel bilancio del Consorzio. Analogamente quando si fa riferimento alle dotazioni di personale o all'Ufficio di Piano e all'Ufficio sociosanitario (quale modalità organizzativa di raccordo tra la programmazione sociale e sanitaria locale, come successivamente illustrato), il Piano sociale fa riferimento alla dotazione professionale e agli organi tecnici del Distretto sociosanitario e non dei singoli Comuni di cui esso risulta composto. Ciò significa anche che il Piano di Zona non si limita a programmare gli interventi finanziati con le risorse afferenti al Fondo Regionale, ma rappresenta lo strumento di programmazione dell'intero sistema dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari del Distretto, di cui il consorzio rappresenta l'ente gestore.

Linee guida per l'integrazione sociosanitaria

La crescente complessità dei bisogni, che riguardano sia la sfera del sociale che del sanitario, rende sempre più difficile tracciare confini precisi tra competenza sanitaria e sociale e richiede un approccio che accompagni le persone nell'accesso alle diverse opportunità, coinvolgendole direttamente nella costruzione delle risposte.

Occorre superare la giustapposizione di interventi diversi, con diverse regie, diverse letture dei fenomeni e diversi approcci operativi per consolidare le forme di integrazione, allo scopo di evitare sia il rischio di sovrapposizioni e duplicazioni, sia quello di lasciare senza risposta rilevanti aree di bisogno.

Diventa quindi cogente, a tutti i livelli territoriali, definire percorsi di analisi e lettura congiunta del territorio, programmare in maniera condivisa, unificare i modelli operativi e gestionali, e i percorsi di monitoraggio e valutazione. Tutto ciò in maniera strutturata e permanente.

La programmazione sociale, all'interno di un modello integrato di attori e servizi, deve essere pensata per connettere le azioni promosse da tutti gli attori del welfare. Al contrario, una programmazione, pur efficiente ed efficace, ma che si

limiti alla pura gestione delle risorse destinate al sociale alimenta la frammentazione delle risposte.

La costruzione di un sistema di welfare territoriale che sia realmente integrato esige di ricomporre:

- le informazioni e le conoscenze che alimentano le decisioni;
- le risposte offerte sul territorio;
- le risorse impiegate;
- le modalità operative e gestionali;
- gli strumenti di monitoraggio e valutazione.

Come stabilito dalla normativa nazionale (legge quadro 328/2000 e D.lgs 502/1992 e successive modifiche e integrazioni) il Distretto sociale e il Distretto sanitario rappresentano il fulcro dell'integrazione, il "luogo" del collegamento e della collaborazione tra sociale e sanitario. Ciò impegna fortemente entrambi i sistemi, sia sul piano programmatico e amministrativo che su quello operativo, e richiede una serie di azioni correlate che dovranno essere attuate nell'arco del prossimo triennio.

Azioni:

- Formazione e aggiornamento congiunti del personale del servizio sociale e sanitario, per la creazione di una base conoscitiva comune, di un linguaggio condiviso e di modelli operativi unificati.
- Programmazione territoriale triennale (aggiornata annualmente) integrata, attraverso il collegamento tra il Piano di Zona e il Programma delle Attività Territoriali (PAT) che dovranno contenere un identico capitolo, elaborato congiuntamente, sui LEA sociosanitari.
- Definizione, nell'ambito del capitolo integrato di cui al punto precedente, di un piano di sviluppo sociosanitario di breve, medio e lungo periodo che, sulla base degli indirizzi programmatori e in funzione dell'analisi di comunità, definisca l'offerta e il suo finanziamento, nonché le modalità di erogazione, i criteri di qualità, gli indicatori di valutazione dei risultati e degli impatti.
- Predisposizione di convenzioni o accordi di programma per la definizione delle modalità di collaborazione a livello distrettuale.
- Messa in rete dei servizi sociali e sanitari nel Distretto integrato, attraverso la costruzione di una porta unica di accesso al sistema integrato dei servizi territoriali, sia in termini di una sede condivisa, che di approcci, metodi e strumenti comuni.
- Integrazione e interoperabilità dei sistemi di raccolta dei dati sociali e sanitari.

Programmazione regionale congiunta tra sociale e sanitario

Uno dei presupposti per la realizzazione di un sistema regionale degli interventi e dei servizi sociali che sia realmente integrato è il raccordo tra la

programmazione sociale e sanitaria, così da garantire, nel rispetto delle singole specificità, la condivisione dei principi e degli obiettivi del sistema e definire strategie e strumenti operativi comuni.

L'esistenza tra il sociale e il sanitario di due organizzazioni molto diverse tra loro, ma anche di culture, linguaggi e modalità operative differenti, complica le possibilità di integrazione. È quindi necessario, da una parte, portare avanti e istituzionalizzare modalità di programmazione congiunte a livello regionale e territoriale, e dall'altra parte elaborare eventuali piani settoriali in forma interdisciplinare.

La programmazione è una funzione strategica per la costruzione del sistema di welfare. Essa consente, a partire da un'analisi attenta delle comunità locali, di individuare obiettivi e priorità di intervento, sulla base dei quali definire le azioni da realizzare, le risorse necessarie, le modalità di attuazione.

Il Piano regionale si propone di:

- Superare la programmazione settoriale in favore di una programmazione congiunta tra l'area sociale e sanitaria, ma anche con l'area educativa, della formazione, del lavoro, culturale, sportiva e dell'abitare (art. 46 LR 11/2016). Soltanto un approccio integrato, nell'analisi dei bisogni, nelle scelte degli obiettivi e delle priorità d'intervento e nell'adozione degli strumenti attuativi, può permettere di fornire risposte appropriate alla complessità dei bisogni sociali.
- Costruire un sistema fondato su criteri e modalità comuni, che contrasti l'attuale frammentazione delle risposte e la loro differenziazione a livello territoriale. Un sistema che garantisca l'accesso unificato ai servizi e agli interventi e operi attraverso progetti personali redatti con la partecipazione attiva della persona e/o della sua famiglia.
- Realizzare l'integrazione istituzionale, organizzativa e professionale tra i servizi, per garantire apporti multidimensionali e multidisciplinari nel processo di definizione e di implementazione delle risposte alle persone, alle famiglie e alle comunità locali.
- Favorire lo sviluppo di comunità, attraverso il coinvolgimento di tutti i soggetti che, a vario titolo, sono chiamati a svolgere un ruolo nel riconoscimento e nell'affermazione dei diritti sociali. L'accesso ai servizi deve essere assicurato non solo tramite la capacità di accogliere e orientare, ma anche svolgendo funzioni di accompagnamento e mediazione verso l'utilizzo delle opportunità presenti nei territori. Occorre entrare a contatto diretto con i luoghi di vita delle persone, privilegiando soluzioni prossimali che permettano la permanenza nel proprio contesto ambientale e relazionale. In tal senso andrebbero anche colte le opportunità che si verranno a creare, sul medio-lungo periodo, con la prevista riorganizzazione obbligatoria della Medicina convenzionata (MMG, PLS, Specialisti) in aree sub-distrettuali per la tutela della salute di non più di 30.000 abitanti per ciascuna Aggregazione Funzionale

Territoriale monoprofessionale (AFT) e la creazione su aree più vaste, ma sempre distrettuali, di Unità Complesse di Cure Primarie pluriprofessionali (UCCP) a cui le AFT faranno obbligatoriamente riferimento.

Il perseguimento di tali obiettivi richiede, in primo luogo, il raccordo tra tutti gli strumenti di programmazione regionale.

Una volta approvati dal Consiglio regionale, il Piano sociale e il Piano sanitario diventano un modello vincolante per tutto il settore sociale, sociosanitario e sanitario. E quindi tutti i piani settoriali e tutti i piani territoriali devono orientare la loro attività secondo i principi e gli indirizzi fissati dal Piano sociale e dal Piano sanitario regionali.

I motivi per i quali la Regione Lazio non ha un proprio Piano sanitario, ma un Programma operativo, e si accinge oggi a predisporre e approvare un Piano sociale, e non già un Piano sociosanitario integrato, dipendono dall'attuale momento storico, legato al Piano di rientro dal disavanzo sanitario e alla nomina di un Commissario ad acta. La Regione non può allo stato attuale predisporre un Piano sociosanitario, proprio perché non ha la potestà programmatica nel settore sanitario. L'ormai prossima uscita dal commissariamento e l'attuale programmazione sociale, che getta le basi per una effettiva integrazione sociosanitaria, rappresentano quindi i presupposti per una successiva programmazione regionale integrata.

Definizione degli ambiti territoriali, quali ambiti ottimali per la programmazione ed erogazione degli interventi sociali e sanitari

I Distretti sociali e sanitari rappresentano gli ambiti territoriali e organizzativi ottimali per la programmazione ed erogazione delle prestazioni sociali e sanitarie e di quelle sociosanitarie integrate.

Per ottimizzare il coordinamento delle iniziative in campo sociale e sanitario, il bacino di utenza del Distretto sociale è individuato in coerenza con quello del Distretto sanitario. Questa coerenza territoriale e l'obiettivo di una stretta cooperazione tra il settore sociale e quello sanitario giustificano la definizione di Distretto sociosanitario (art. 43 della legge 11/2016).

Attualmente il territorio della Regione Lazio si suddivide complessivamente in 51 Distretti sociosanitari (DGR del 5 luglio 2016, n. 384). Alcuni comprendono più Comuni, che la legge sollecita ad esercitare in maniera associata le funzioni sociali loro demandate. Altri coincidono con il territorio di un solo Comune. Mentre nel caso di Roma Capitale i Distretti sociosanitari corrispondono ai Municipi in cui si articola l'amministrazione capitolina.

Secondo l'art. 43 della LR 11/2016 i Distretti sociosanitari sono individuati con deliberazione della Giunta regionale, a seguito della consultazione della Conferenza locale per la sanità.

Ciascun Distretto sociosanitario deve disporre di almeno una sede distrettuale in cui collocare tutti i servizi sociosanitari pubblici e, nei limiti del possibile, anche i servizi e le iniziative sociali del terzo settore. Una porta unica di accesso, la Casa della Salute, che si configura come un luogo di integrazione dei servizi sanitari, sociali e sociosanitari, attraverso l'assolvimento delle funzioni di informazione, accoglienza, analisi preliminare, orientamento, accompagnamento, valutazione multiprofessionale e multidimensionale e progettazione personale, grazie all'uso di modalità e strumenti operativi condivisi (tra cui l'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale – UVMD per la presa in carico dei casi complessi DCA 431/2012).

In tal modo si promuove una cooperazione fattiva tra il settore sociale e quello sanitario, tra le diverse istituzioni coinvolte e tra queste e il mondo associativo.

A seconda delle dimensioni e delle caratteristiche del territorio, oltre alla sede distrettuale, possono essere previste anche delle sedi decentrate (secondo un modello a rete di tipo "Hub & Spoke", con spoke che hanno la sola funzione di front-office situati presso i vari presidi territoriali) al fine di garantire quanto più possibile la prossimità ai cittadini ed alle cittadine.

All'interno della Casa della Salute opera un'equipe di Distretto formata dagli operatori dei servizi sociali e del settore sanitario. Tale equipe può avvalersi anche del personale di altri servizi.

Azioni:

- Realizzazione effettiva del Distretto sociosanitario integrato attraverso la fattiva collaborazione tra i servizi sociali e sanitari.
- Costituzione di una Casa della Salute in ogni Distretto, con eventuali sedi decentrate in relazione alle dimensioni e caratteristiche dei singoli territori.
- Qualificazione del personale al lavoro di equipe, all'utilizzo di strumenti di valutazione e progettazione condivisi, alla collaborazione intersettoriale e multidisciplinare, attraverso interventi di formazione e aggiornamento congiunti.
- Intensificazione del collegamento e della collaborazione tra il Distretto e le organizzazioni del non profit e del volontariato.
- Intensificazione della collaborazione con le scuole e il mondo della formazione professionale e del lavoro, con i Tribunali, le forze dell'ordine, nonché con gli enti competenti in materia abitativa, culturale e sportiva.

Linee guida ai territori per la programmazione integrata e la ricomposizione delle fonti di finanziamento nel budget di distretto

Per garantire sui territori l'integrazione tra sociale e sanitario è necessario che la costruzione del processo di integrazione avvenga già a partire dalla fase di programmazione delle politiche sul territorio.

A tale scopo è opportuno prevedere forme di coordinamento tra i rispettivi Uffici preposti alla programmazione, organizzazione e gestione dei servizi erogati a livello distrettuale: l'Ufficio di Piano per l'ambito sociale e l'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD) per il versante sanitario.

Le attuali sfide poste dagli andamenti socio-demografici ed economici richiedono una programmazione sovra-settoriale degli interventi; i servizi sociali e la sanità devono riflettere congiuntamente sulle condizioni del territorio di riferimento, affrontando insieme le criticità, alla ricerca di soluzioni integrate.

In altre parole è necessaria una programmazione congiunta delle politiche territoriali, del sistema di offerta e del finanziamento dei servizi e degli interventi, nonché della loro erogazione e dei livelli di qualità. Ciò richiede la condivisione, nei rispettivi strumenti di programmazione territoriali, delle scelte strategiche e operative, nonché l'elaborazione di un piano di sviluppo sociosanitario di breve, medio e lungo periodo. A tale scopo, i gruppi di programmazione delle due aree, sociale e sanità, devono poter coordinare le loro attività e collaborare strettamente con i vari uffici e servizi all'interno e all'esterno delle rispettive amministrazioni.

Per garantire la programmazione congiunta, il coordinamento, il finanziamento e la gestione integrata delle prestazioni sociosanitarie, la singola ASL e gli enti locali del relativo Distretto sociosanitario stipulano una convenzione o accordo di programma, secondo uno schema tipo approvato con deliberazione della Giunta regionale.

Azioni:

- Costituzione di un Ufficio sociosanitario per la programmazione territoriale delle politiche sociali e sanitarie integrate.
- Realizzazione di una diagnosi congiunta di comunità, attraverso l'analisi concomitante di indicatori di natura sociale e sanitaria.
- Programmazione territoriale triennale (aggiornata annualmente) integrata, attraverso il collegamento tra il Piano di Zona e il Programma delle Attività Territoriali (PAT) che dovranno contenere un identico capitolo, elaborato congiuntamente, sui LEA sociosanitari.
- Costruzione di un sistema di indicatori e di strumenti di raccolta delle informazioni univoci per la verifica del conseguimento degli obiettivi di integrazione individuati, sulla base dei quali valutare l'operato del direttore del Distretto sanitario e del responsabile dell'Ufficio di Piano (art. 51, comma 5, LR 11/2016).
- Creazione di un budget unico di distretto, che ricomponga le risorse economiche destinate dalla ASL e dai Comuni associati del Distretto sociosanitario alla gestione ed erogazione coordinata e integrata delle prestazioni sociosanitarie, in coerenza con gli obiettivi di programmazione definiti in maniera congiunta (art. 51, comma 6, LR 11/2016).

- Individuazione di indicatori standard di efficacia e di efficienza per misurare le prestazioni e la spesa che devono essere assegnati a responsabili identificabili (art. 51, comma 6, LR 11/2016).

Creazione di luoghi unici di accoglienza e presa in carico (Segretariato sociale, PUA - Punto Unico di Accesso e Casa della Salute)

Le funzioni di informazione, accoglienza, accompagnamento, valutazione e progettazione personale non sono state finora attuate secondo una visione strategica unitaria, sebbene esse rivestano un ruolo fondamentale. Al contrario, la pregressa e dispendiosa dicotomia organizzativa tra sociale e sanitario ha sempre comportato il rischio di generare un uso poco appropriato delle risorse pubbliche.

Le esperienze maturate fino ad oggi consentono di utilizzare le buone pratiche esistenti di integrazione sociosanitaria, a livello gestionale e professionale, per sviluppare una programmazione regionale triennale finalizzata ad elaborare modalità di accoglienza e presa in carico congiunte, innovative e proattive, ad unificare i modelli operativi e gestionali e i percorsi di monitoraggio, analisi e valutazione dei risultati. Ciò con l'obiettivo di costruire, in modo strutturato e permanente, un "Sistema Lazio per il coordinamento e l'integrazione dei servizi e degli interventi sociosanitari", mirato a garantire ai cittadini e alle cittadine accesso, valutazione delle condizioni personali e contestuali, progettazione personale e continuità dell'assistenza.

Il Distretto, si è già evidenziato in precedenza, rappresenta il luogo istituzionale e l'ambito territoriale privilegiato dell'integrazione sociosanitaria, sia rispetto al necessario livello di omogeneità territoriale, che come interfaccia istituzionale principale tra il sistema dei servizi sociali e il sistema dei servizi sanitari.

Azioni:

- Creazione, in ogni Distretto sociosanitario, di una Casa della Salute.
- Connessione in termini logistici e operativi tra il Segretariato sociale comunale e il Punto Unico di Accesso distrettuale.
- Costituzione di unità professionali integrate tra Comuni e ASL.

Casa della Salute

Per meglio rispondere ai bisogni della popolazione in un quadro sostenibile la Regione Lazio, attraverso l'innovazione costituita dalla realizzazione delle Case della Salute (ai sensi del DCA 428/13 "Linee guida regionali per la realizzazione delle Case della salute"; DCA 40/14 "Documento sul percorso attuativo della Casa della Salute, schema di intesa e requisiti minimi"; DCA 414/2014 "Casa della Salute. Modifiche"), intende attuare un processo di riorganizzazione della rete dei servizi e degli interventi sociali, sanitari e sociosanitari in un'ottica di integrazione.

L'obiettivo che la Regione si pone, nell'arco del triennio, è quello di riorientare il sistema delle prestazioni territoriali, perfezionando la costruzione della rete sociosanitaria, secondo alcune direttive:

- approccio proattivo e di iniziativa;
- progetti personali tarati sulla valutazione delle diverse intensità di supporto necessario;
- continuità tra ospedale e territorio con il coinvolgimento attivo degli enti locali;
- prevenzione e promozione della salute con la piena partecipazione delle comunità locali.

Stanti tali premesse, il modello organizzativo del Distretto sociosanitario deve essere funzionale ad assolvere un ruolo strategico nella costituzione di reti sociosanitarie a baricentro locale e di facilitatore dei processi di integrazione e di tutela della salute dei cittadini e delle cittadine, assicurando la qualità delle prestazioni fornite dai professionisti sociali e sanitari e garantendo un'efficace risposta ai bisogni delle persone.

Inserita in questo contesto, la Casa della Salute, che costituisce un'articolazione del Distretto sociosanitario, rappresenta una concretizzazione di tale processo innovativo e un'opportunità di cambiamento delle attuali modalità organizzative di risposta alle persone e alle famiglie, non più corrispondenti alla complessità dei bisogni.

Azioni:

- Garanzia del diritto di accesso ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari territoriali attraverso il consolidamento del Punto Unico di Accesso (PUA) sociosanitario integrato, che raccordi operativamente le funzioni del PUA attuale con quelle del Segretariato sociale.
- Potenziamento della funzione distrettuale di valutazione multidimensionale e multiprofessionale attraverso l'adozione di strumenti condivisi, appropriati, uniformi, periodicamente rivisti e corretti in rapporto all'evoluzione scientifica e all'esperienza maturata a seguito della loro applicazione.
- Qualificazione della funzione di progettazione personale, con annessa definizione del relativo budget di salute.

L'attuale normativa prevede che nella Casa della Salute vi sia la presenza coordinata di medici del Distretto, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, medici specialisti territoriali e ospedalieri, psicologi, infermieri, assistenti sociali, oltre ad operatori dedicati all'accoglienza e ad altre figure professionali in relazione alla peculiarità dei singoli territori. Inoltre, per ciascuna Casa della Salute è previsto uno specifico Regolamento di funzionamento e un responsabile, che dovrebbe assolvere compiti di coordinamento del personale e delle modalità di cooperazione con i diversi gestori dei servizi.

All'interno della Casa della Salute opera, dunque, un'equipe di Distretto, formata dagli operatori dei servizi sociali e del settore sanitario, che lavorano in modo integrato e che possono avvalersi anche del personale di altri servizi.

Così delineata, la Casa della Salute è un nuovo spazio in cui si costruiscono rapporti di collaborazione tra i servizi sociosanitari e con i cittadini, si sviluppano programmi partecipati e mirati di intervento sui vari determinanti della salute e si impostano programmi di prevenzione e promozione del benessere delle persone e delle comunità locali.

È una sede territoriale di riferimento, facilmente riconoscibile, aperta, flessibile e innovativa rispetto ai tradizionali modelli organizzativi sia territoriali che ospedalieri, in cui si svolgono un insieme di attività sociali, sanitarie, sociosanitarie e di promozione della salute realizzate da professionisti provenienti da istituzioni, aree, discipline e livelli contrattuali diversi.

Essa è un luogo fisico in cui coesistono servizi di produzione verticali (deputati ad affrontare bisogni puntuali dei cittadini e delle cittadine) con percorsi orizzontali di supporto ai progetti di vita delle persone.

La Casa della Salute rappresenta un nodo strategico, strutturato e di riferimento, in forte connessione funzionale e operativa con tutta la rete sanitaria e sociale del territorio in cui insiste. Promuove e realizza l'integrazione tra Comuni e ASL, e il coordinamento con gli altri servizi territoriali e ospedalieri esistenti. Fornisce risposte ai bisogni complessi, privilegiando interventi domiciliari e la relazione con il contesto sociale della persona.

Le modalità di erogazione delle prestazioni, sia direttamente in loco che presso altri ambienti connessi in reti formalizzate (ambulatori, domicilio, residenze ecc.), sono contestualizzate in riferimento alla fattibilità e sostenibilità locali e vengono esplicitate attraverso lo specifico Regolamento di ciascuna Casa della Salute, come previsto dalla normativa. In questo senso non va posto tanto l'accento sul momento dell'erogazione, quanto sulle funzioni integrate, pianificate e implementate pariteticamente dai Comuni dell'ambito sociale e dalla ASL, ai fini del raggiungimento degli obiettivi di:

- accoglienza integrata sociosanitaria, assicurata attraverso i Punti Unici di Accesso (PUA);
- valutazione multidimensionale e progettazione personale, realizzate dalle UVM integrate;
- prevenzione e promozione della salute, con il coinvolgimento attivo delle comunità locali.

Per essere percepita dalla popolazione come una vera e propria "casa della salute" questo nuovo luogo pubblico deve poter rappresentare anche uno spazio/laboratorio innovativo, aperto al contributo di aggregazioni di operatori, professionisti, organizzazioni pubbliche o private, espressioni del terzo settore e del volontariato attive localmente, favorendo in tal senso anche la stipula di accordi di programma. L'obiettivo è di creare e alimentare un "forum sociale e

sanitario di pensiero e azione", finalizzato sia alla condivisione di strategie e progettualità locali, sia al superamento delle rigide logiche settoriali di appartenenza, che fino ad oggi hanno di frequente bloccato risorse, integrazioni, sinergie, conoscenze e competenze fondamentali per la promozione della salute e del benessere e per la costruzione di un welfare di comunità.

Alla luce dei principi guida e degli indirizzi strategici sopra riportati, il cambiamento delineato presuppone due condizioni:

- sotto il profilo interno è essenziale che tutte le articolazioni organizzative sociali e sanitarie partecipino pariteticamente alla Casa della Salute, per cogliere l'occasione di superare l'autoreferenzialità tipica dei servizi e realizzare l'integrazione, nelle sue molteplici valenze;
- sotto il profilo esterno, per conseguire gli obiettivi di miglioramento della capacità di resilienza delle persone, dei nuclei familiari e delle comunità locali e per la promozione della salute e del benessere sui territori, il sistema integrato degli interventi e servizi sociosanitari non può poggiare solo sulle strutture, le risorse e le competenze dei servizi sociali e sanitari pubblici. Al contrario, come indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, ossia in un'ottica di sviluppo della cultura della "salute in tutte le politiche" e di promozione di progettualità intersettoriali e di comunità (che interessino sociale, scuola, lavoro, sport, cultura, ambiente, urbanizzazione, mobilità, sanità), occorre coinvolgere tutti gli attori, pubblici e privati, che per finalità, ruolo e competenze possono concorrere alla tutela della salute e del benessere della comunità locale (le organizzazioni del non profit e del volontariato, le scuole, il mondo della formazione professionale e del lavoro, i Tribunali, le forze dell'ordine, gli enti competenti in materia abitativa, culturale e sportiva).

L'avvio sperimentale di questo spazio dedicato alle reti sociosanitarie, per la promozione del benessere delle comunità locali e il suo governo, costituisce l'elemento più innovativo della Casa della Salute.

Affinché tale laboratorio possa svilupparsi, nella fase di avvio occorre esercitare un'azione di stimolo alla partecipazione delle comunità locali e una funzione di accompagnamento dei territori, finalizzate a:

- accrescere la consapevolezza e l'empowerment dei cittadini e delle cittadine per una partecipazione competente al processo decisionale;
- creare tavoli di lavoro tematici stabili con i diversi portatori di interesse (Comuni, ASL, terzo settore, altri attori attivi localmente, come le scuole, i centri per l'impiego ecc.) per effettuare in maniera condivisa una diagnosi di comunità, valutare il sistema dei servizi esistente ed elaborare specifiche progettualità per il benessere della comunità di appartenenza. Progettualità che possono trovare naturale sbocco nell'ambito della programmazione territoriale, confluendo nel Piano di Zona e nel Piano

delle Attività Territoriali (PAT) elaborati all'interno del Distretto sociosanitario in cui insiste la Casa della Salute;

- monitorare e valutare, con il coinvolgimento attivo dei diversi attori della rete, i progetti di nuova introduzione, talvolta anche innovativi e sperimentali, al fine di una loro eventuale sistematizzazione ed estensione.

Punto Unico di Accesso

Il Punto Unico di Accesso (PUA) assolve una funzione strategica nel nuovo modello organizzativo regionale, funzionale a garantire ai cittadini ed alle cittadine il diritto all'accesso unitario al sistema territoriale degli interventi e servizi sociali, sanitari e sociosanitari, eliminando o semplificando i numerosi passaggi ai quali una persona e i suoi familiari devono adempiere e garantendo l'appropriatezza e la continuità delle prestazioni fornite.

Per sviluppare la funzione del PUA è necessario un forte raccordo e collegamento tra le diverse componenti sociali e sanitarie. Raccordo che deve essere sistematico, a partire da una programmazione concordata e dall'integrazione funzionale e operativa tra PUA e Segretariato sociale.

In questa nuova organizzazione sociosanitaria regionale, la struttura del PUA deve ricomporre sia l'esigenza di integrazione gestionale e professionale tra sociale e sanitario (anche attraverso la condivisione di luoghi, spazi, dotazioni tecniche e strumentali con un'ottimizzazione dell'uso delle risorse pubbliche), sia la volontà di essere vicini alle persone. Ciò può essere raggiunto attraverso la costruzione, in ogni Distretto sociosanitario, di un modello organizzativo costituito da un PUA principale, che sia funzionalmente collegato e integrato con una rete decentrata di PUA di prossimità.

Le funzioni del PUA (di front-office e back-office) si collocano quindi presso una sede territoriale principale e integrata, ma, a seconda delle dimensioni, delle caratteristiche orografiche e/o urbanistiche e dell'organizzazione dei singoli territori, è possibile attivare diversi punti d'accesso decentrati e di prossimità, situati presso i servizi territoriali già esistenti e coordinati dal PUA principale. Ciò presuppone la presenza nei punti decentrati di personale adeguatamente formato per lo svolgimento delle sole funzioni di front-office, nell'ambito di quella formazione e aggiornamento congiunti che sono stati già più volte indicati come presupposto all'implementazione di approcci e strumenti operativi uniformi.

- Il PUA principale

È il punto di accesso principale, in cui sono presenti e operano in modo integrato professionisti dei Comuni e della ASL, che assicurano le seguenti funzioni specifiche, sia di front-office che di back-office: accesso, accoglienza (ascolto, informazione), orientamento, pre-valutazione integrata con l'attivazione diretta di prestazioni in risposta a bisogni semplici oppure con l'avvio di percorsi di presa in carico attraverso l'attivazione dell'UVM nel caso di bisogni complessi.

- I PUA di prossimità

Sono punti decentrati presso i servizi territoriali già esistenti (se dotati di personale adeguatamente formato alle funzioni di front-office), come i presidi delle ASL, i presidi ospedalieri, i centri di assistenza domiciliare, i consultori, i centri di salute mentale, gli sportelli sociali attivati da enti pubblici, i centri unici di prenotazione. Essi saranno collegati tra loro nell'ottica della realizzazione di un'efficiente ed efficace rete informativa coordinata e diretta dal PUA principale.

Le risorse umane, strumentali e finanziarie per l'attivazione e il funzionamento della rete dei PUA, ivi comprese le attività di formazione del personale, sono fornite, sulla base delle Linee guida regionali, dai Comuni dei Distretti sociosanitari e dalle ASL.

Valutazione multidimensionale integrata

Successivamente all'accoglienza e alla pre-valutazione realizzate presso il PUA, nel caso di bisogni complessi che richiedono prestazioni sociosanitarie integrate, si procede all'avvio della valutazione multidimensionale, che rappresenta il presupposto per la definizione del progetto personale.

Essa si deve porre l'obiettivo di ricostruire la specifica situazione della persona, in termini di condizioni di salute, funzionamenti, limitazioni alle attività e alla partecipazione, condizioni lavorative, economiche, abitative, familiari e relazionali, ma anche obiettivi e aspirazioni, oltre che fattori contestuali in termini di ostacoli e facilitatori. Ossia tutti quegli elementi che consentono di elaborare il progetto personale, quale mix appropriato di interventi, servizi e trasferimenti in grado di supportare il progetto di vita della persona e la sua inclusione sociale.

Dunque, l'unità di valutazione multidimensionale, istituita in ogni Distretto sociosanitario della Regione, effettua la valutazione multidimensionale della situazione della persona e del suo contesto ambientale, elabora con la diretta partecipazione del cittadino o di chi lo rappresenta un progetto personale, garantisce l'effettiva presa in carico, intesa come identificazione certa delle responsabilità connesse alla realizzazione del progetto, al suo monitoraggio e adeguamento, alla valutazione dei risultati e degli impatti.

L'UVM, come disciplinato dal DCA 431/12, è un'equipe multiprofessionale sociosanitaria e multidisciplinare di tipo funzionale, la cui responsabilità è in capo al Direttore di Distretto. Essa è composta da:

- medico del Distretto individuato dal Direttore in funzione della tipologia del bisogno;
- medico di medicina generale/pediatra di libera scelta della persona;
- infermiere;
- assistente sociale.

Inoltre, in relazione alla specifica situazione, l'UVM può essere integrata da altre figure professionali afferenti sia ai servizi della ASL che ai servizi sociali dei Comuni e/o ad altri enti/istituzioni e/o organizzazioni del territorio.

Ai fini del presente Piano regionale, quando si fa riferimento all'assistente sociale dell'UVM si deve intendere l'assistente sociale designato dai Comuni del Distretto sociosanitario, proprio al fine di garantire l'integrazione tra il settore sociale e quello sanitario, tra gli enti locali e la ASL.

Attualmente l'UVM, attraverso équipe di professionisti formati ed esperti appartenenti sia ai servizi sociali che ai servizi sanitari, assicura la valutazione multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane, e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale (DCA 431/12). Tuttavia, nel modello organizzativo sociosanitario regionale, l'UVM diventerà lo strumento metodologico e operativo corrente, da attivare in tutti i casi che richiedono il ricorso a servizi integrati. Non solo, quindi, per le persone con disabilità o per gli anziani non autosufficienti, ma anche nell'ambito della salute mentale e delle dipendenze, e per tutte quelle condizioni per cui è necessario attivare supporti intensivi e percorsi integrati, come nel caso di famiglie monogenitoriali, persone vittime di violenza ecc.

Il governo del processo di presa in carico garantisce l'appropriatezza delle prestazioni e una corretta allocazione delle risorse professionali e finanziarie. Tale responsabilità deve quindi essere ricondotta pariteticamente sia al Direttore di Distretto sanitario o suo delegato che al Responsabile del Distretto sociale o suo delegato. Il luogo deputato a tale funzione viene identificato nel back-office del PUA, al fine sia di ottimizzare l'utilizzo delle risorse sociosanitarie che operano al suo interno, sia di garantire la tempestività e l'efficienza della risposta al bisogno segnalato. Tale momento di responsabilità condivisa è utile per verificare (sulla base delle informazioni acquisite) anche la disponibilità di specifiche risorse da allocare nel budget di salute, allegato al progetto personale.

Progettazione personale e budget di salute

L'obiettivo centrale delle politiche sociali, intese nel loro senso più ampio, è quello di favorire l'inclusione e garantire condizioni di pari opportunità per tutti i cittadini e le cittadine, in modo che tutti abbiano le stesse possibilità di sviluppo personale.

Ciascuna persona, e ciascuna famiglia, deve essere messa nelle condizioni di poter decidere della propria vita, secondo i propri bisogni e i propri obiettivi, la propria scala di valori e le proprie capacità. In tal senso il sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari concorre all'inclusione sociale, fornendo supporti congruenti e proporzionati alle condizioni personali e ambientali, alla piena inclusione e partecipazione sociale di ognuno in condizione di parità con gli altri membri della comunità di riferimento.

Nonostante tali presupposti, nella realtà il sistema di welfare risulta, ad oggi, tutt'altro che integrato. Esso offre risposte frammentate e parcellizzate, che spingono ancora a riferirsi all'integrazione come ad un obiettivo da raggiungere.

Un approccio basato sui diritti impone un ripensamento del sistema, che si fondi sul protagonismo della persona, considerata nella sua unitarietà, garantisca l'esigibilità delle prestazioni, produca risposte appropriate, integrate e prossimali, valorizzando anche il capitale relazionale presente nelle comunità locali.

L'articolo 53 della nuova legge regionale 11/2016 prevede la *presa in carico integrata della persona* e il *budget di salute*, al fine di introdurre strumenti operativi capaci di ricomporre la frammentazione delle prestazioni, dei costi e delle competenze tra sociale e sanità, tra Comuni e ASL. L'obiettivo è di garantire il diritto alla salute dei cittadini e delle cittadine, che - giova ricordarlo - si configura non come una semplice assenza di malattia, ma come uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, e che, come tale, richiede un sistema fortemente integrato di servizi sanitari e sociali, in grado di assicurare appropriatezza e continuità delle risposte. La centralità della persona diviene operativamente fondante del sistema solo in presenza di una sua riorganizzazione che possa garantire il rispetto del diritto di fruizione dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari in modo integrato e condiviso.

Congruentemente, nella programmazione, organizzazione ed erogazione dei servizi a livello distrettuale, la Regione introduce quindi il metodo della programmazione personale e del budget di salute.

Il progetto personale

Nell'ambito delle previsioni normative e programmatiche, tanto del versante sociale quanto di quello sanitario, annoveriamo denominazioni, definizioni e declinazioni diverse del concetto di progettazione per la persona.

L'articolo 9 della legge regionale 11/2016 disciplina il contenuto del piano personalizzato di assistenza, che deve essere "predisposto, d'intesa con il beneficiario, con il suo tutore legale o eventualmente con i suoi familiari, dal servizio sociale professionale (...), in collaborazione con le competenti strutture delle aziende sanitarie locali, al fine di coordinare e integrare gli interventi, i servizi e le prestazioni del sistema integrato (...)".

L'articolo 9 richiama anche, al comma 2, i *piani individuali per le persone con disabilità* di cui all'articolo 14 della legge quadro 328/2000. Questi ultimi, tuttavia, sempre secondo la legge 328 sono preceduti da una "valutazione diagnostico-funzionale" e non da quella "valutazione multidimensionale", recepita nella successiva normazione, che viene attivata per la predisposizione dei *piani personalizzati di assistenza*, in presenza di bisogni complessi che richiedono l'intervento di diversi servizi e operatori. Inoltre, la legge 328 non esplicita espressamente il coinvolgimento della persona con disabilità e della sua famiglia nella redazione di tale progetto, criterio invece imprescindibile dopo l'approvazione della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità,

ratificata dal nostro Paese con legge n. 18 del 3 marzo 2009. Quanto alla tipologia delle prestazioni/servizi, la legge quadro prevede che il progetto individuale comprenda le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del SSN, i servizi alla persona erogati dal Comune "in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale".

Nel tempo e negli atti legislativi e di programmazione sociale e sanitaria è possibile trovare ulteriori definizioni.

I *percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA)* sono strumenti per le persone con patologie ad elevato impatto sociale e ad alto costo in quanto delineano un percorso che, a partire dal momento della diagnosi, può garantire una presa in carico individualizzata, l'integrazione tra i vari nodi della rete e tra aspetti sociali e sanitari, la continuità ospedale-territorio, l'accesso uniforme a servizi e prestazioni in relazione alle fasi della malattia, alla sintomatologia, ai livelli di disabilità, ai bisogni.

Il *progetto riabilitativo individuale (PRI)* è lo strumento di lavoro, elaborato dal team di figure professionali coinvolte, di cui è responsabile il medico specialista in riabilitazione, che ha l'obiettivo di rendere l'intervento riabilitativo mirato, continuativo ed efficace, perché rispondente ai bisogni reali del paziente.

I *progetti terapeutico-riabilitativi individuali (PTRI)* sono percorsi integrati atti a soddisfare bisogni di salute che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale.

Il *progetto per la vita indipendente* è un progetto in cui prevale la redazione diretta della persona con disabilità che lo richiede, o di chi la rappresenta, e l'autogestione dell'assistenza personale. Si tratta quindi di un'erogazione alla persona di trasferimenti economici, in sostituzione di servizi o prestazioni di norma assicurati da enti pubblici in modalità diretta (anche convenzionata o accreditata), con la finalità di attuare le personali scelte di vita nel perseguimento della massima autonomia e inclusione.

Di progetto personalizzato si parla anche nell'ambito della scuola e del lavoro.

Il *Piano educativo individualizzato (PEI)* è un documento di natura progettuale nel quale vengono descritti gli interventi, integrati ed equilibrati tra di loro, predisposti per l'alunno con disabilità in un determinato periodo di tempo, sulla base della diagnosi funzionale e del profilo dinamico funzionale, ai fini della realizzazione del diritto all'educazione e all'istruzione. Il PEI deve essere redatto congiuntamente dagli operatori sanitari individuati dalla ASL e dal personale docente curricolare e di sostegno della scuola e, ove presente, con la partecipazione dell'insegnante operatore psicopedagogico, personale educativo scolastico, e con il coinvolgimento dei genitori dell'alunno.

Nell'ambito del lavoro si può fare riferimento al *progetto di inclusione lavorativa della persona con disabilità* che è espressione del principio del collocamento

mirato, introdotto dalla legge 68/99, ossia della "persona giusta al posto giusto". Tale progetto deve essere redatto dai servizi competenti sulla base di una valutazione bio-psico-sociale della disabilità, con la partecipazione e l'adesione della persona stessa o di chi la rappresenta, e in raccordo con i servizi sociali, sanitari, educativi e formativi del territorio. L'obiettivo è di realizzare un intervento a misura della persona con disabilità, cogliendone le aspettative, le capacità, le inclinazioni, oltre che la preparazione professionale o i presupposti di formazione.

Infine i più recenti *progetti di presa in carico del sostegno per l'inclusione attiva (SIA)* sono dei progetti di attivazione sociale e lavorativa collegati all'erogazione di un sussidio economico ai nuclei familiari con minori in condizioni di povertà. Essi si basano su una valutazione multidimensionale del bisogno dei membri del nucleo familiare, sono condivisi con le persone interessate, hanno come finalità il superamento della condizione di povertà, il reinserimento lavorativo e l'inclusione sociale, e possono quindi richiedere l'integrazione tra sistema sociale, del lavoro, sanitario, educativo, dell'istruzione e della formazione, nonché la collaborazione fra i servizi pubblici e del privato sociale.

Per "progetto personale" si intende, quindi, un'azione integrata di misure, sostegni, servizi, prestazioni, trasferimenti monetari in grado di supportare il progetto di vita della persona e la sua inclusione sociale.

Secondo la legge regionale 11/2016 (art. 53, comma 1), esso deve essere formulato dall'UVM con la diretta partecipazione della persona o di chi la rappresenta, sulla base della valutazione multidimensionale della sua specifica situazione, in termini di condizioni di salute, limitazioni alle azioni e alla partecipazione, obiettivi e aspirazioni, oltre che della valutazione del contesto ambientale nella sua accezione più ampia.

Propedeutica e correlata al progetto personale è, quindi, la valutazione multidimensionale della persona e del suo contesto di vita, e l'effettiva "presa in carico" intesa come identificazione certa delle responsabilità connesse alla realizzazione del progetto, al suo monitoraggio e adeguamento, alla valutazione dei risultati e degli impatti.

Il budget di salute

La ricomposizione delle prestazioni nel progetto personale presuppone anche la ricomposizione delle fonti di finanziamento e la riqualificazione delle risorse disponibili in funzione degli esiti della valutazione multidimensionale.

Lo strumento che la legge 11/2016 individua a tal fine è quello del budget di salute.

Per "budget di salute" si intende la definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a garantire o restituire a una persona, attraverso un progetto personale, un funzionamento sociale adeguato, alla cui elaborazione partecipano principalmente la persona stessa, la sua famiglia e la sua comunità, ottimizzando l'uso delle risorse diffuse in una logica non prestazionale e frammentata.

Evidente in questa definizione è l'imprescindibile collegamento tra il budget di salute e il progetto personale. Infatti, in assenza del secondo, il primo risulterebbe un mero strumento allocativo, funzionale a riprodurre l'attuale impiego delle risorse, che verrebbero solo ricondotte ad un nuovo, unitario, ma solo diversamente etichettato contenitore. Al contrario, in assenza del budget di salute, il progetto personale resterebbe irrealizzato nella sua completezza, incapace sia di produrre una reale integrazione dei servizi e degli interventi, sia di riorientare le risorse attualmente spese in direzione di prestazioni che siano coerenti e appropriate per quella persona in quel determinato contesto di vita.

Obiettivo prioritario del sistema operativo basato sul progetto personale e il budget di salute è quello di promuovere "*contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale*" (art. 53, comma 5, LR 11/2016) e di sostenere il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita.

Questo sistema è caratterizzato da un elevato grado di flessibilità e personalizzazione: non è legato a un tipo particolare di servizio, a uno specifico ente erogatore o a determinate modalità di erogazione. Esso pone l'accento sui determinanti sociali della salute. Infatti chi è privo di fattori di protezione sociale (è senza lavoro, ha un basso reddito, vive in contesti familiari e sociali poveri di risorse economiche, culturali e relazionali) si trova più facilmente esposto a situazioni di perdita della salute e a rischi di esclusione sociale. L'attenzione viene quindi rivolta a progetti capaci di intervenire sugli elementi costitutivi della salute, ossia: apprendimento/espressività; formazione/lavoro; casa/ habitat sociale; affettività/socialità.

In questo nuovo modello di governance il privato sociale collabora alla costruzione e allo sviluppo di sistemi integrati, che favoriscano l'attivazione dei cittadini e delle cittadine, l'inclusione sociale e lavorativa, la permanenza nel proprio contesto di vita, abitativo e affettivo-relazionale, ed evitino l'istituzionalizzazione, attraverso la riconversione della spesa per la residenzialità

Azioni:

- Introduzione di regole e strumenti comuni di programmazione, documentazione e valutazione dell'attività di progettazione, che si sostanzia in:

1. elaborazione da parte dell'UVM, con la diretta partecipazione del cittadino o di chi lo rappresenta, di un progetto personale che definisca, previa valutazione della sua specifica situazione (personale e ambientale), il mix più appropriato di prestazioni (servizi e/o trasferimenti) finalizzate a supportare il suo progetto di vita, la sua inclusione sociale e la permanenza nel contesto di vita;

2. quantificazione da parte dell'UVM delle risorse economiche, professionali e partecipative (personali, familiari, pubbliche, della comunità locale) che definiscono il budget di salute per la realizzazione del singolo progetto personale;

3. individuazione di un coordinatore della rete dei servizi e dei soggetti corresponsabili della realizzazione del progetto personale;
4. definizione di un sistema di indicatori per il monitoraggio del progetto personale e la valutazione dei risultati raggiunti, al fine di apportare eventuali modifiche legate all'evoluzione della situazione e all'effettivo conseguimento degli obiettivi di inclusione sociale;
5. predisposizione e uso di una versione informatizzata del sistema di documentazione degli accessi e dei progetti (Cartella sociosanitaria).

Sistema informativo e Cartella sociosanitaria

La piattaforma regionale per i servizi sociali permette attualmente di monitorare l'andamento dei servizi e dei progetti finanziati con il Fondo Nazionale delle Politiche Sociali. L'obiettivo del Piano è quello di una sua nuova strutturazione, che consenta il monitoraggio dell'intero sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali al di là di ciò che viene finanziato con il FNPS.

Ciò che invece emerge attualmente è, da una parte, la frammentazione gestionale delle attività di rilevazione all'interno di uno stesso settore, con il rischio di sovrapposizioni temporali, duplicazioni dei dati, perdita di informazioni, e dall'altra la difficoltà di condivisione delle informazioni tra enti diversi, che si traduce in un problema di coerenza complessiva tra le fonti informative.

Manca un sistema uniforme di rendicontazione e di analisi dell'offerta sociale, da cui deriva l'incapacità delle diverse banche dati di dialogare tra loro e, quindi, la necessità di costruire vocabolari comuni e logiche condivise di rilevazione. Limitazioni che si rivelano di ostacolo al processo decisionale, se consideriamo l'importanza di conoscere l'esistente per operare scelte in grado di migliorare la qualità della vita delle persone.

È fondamentale, infatti, che i dati vengano raccolti e organizzati nel momento stesso in cui sono prodotti e, quindi, che le attività di raccolta ed elaborazione delle informazioni non siano episodiche e frammentate, ma inserite nel lavoro quotidiano degli operatori, costituendo uno dei prodotti ordinari delle attività di gestione degli interventi. Si tratta, in altre parole, di un processo di produzione dei dati che passa attraverso richieste informative periodiche alle unità di offerta del territorio, per acquisire informazioni inerenti, certamente, l'utenza servita e i costi sostenuti, ma anche il personale impiegato, le caratteristiche strutturali e strumentali e quant'altro possa essere utile alla conoscenza della rete locale dei servizi e degli interventi sociali.

Altrettanto importante è la capacità di sviluppare rapporti intra e interistituzionali rispetto all'apporto conoscitivo che altri settori e strutture possono fornire. Pensiamo alla ricchezza in termini conoscitivi che potrebbe scaturire dalla condivisione delle informazioni prodotte nei diversi comparti amministrativi e dall'integrazione dei flussi informativi comunali con quelli di altri Sistemi informativi, in primo luogo quello sanitario.

Occorre investire sulla capacità di mettere a sistema informazioni oggi disomogenee e frammentate e di svolgere una "politica attiva sul dato", che non si limiti alla semplice archiviazione delle informazioni, ma utilizzi queste informazioni nel supportare i processi decisionali inerenti le attività di programmazione, gestione e valutazione dei servizi e degli interventi sociali e socio-sanitari. Cosa che presuppone la condivisione di un obiettivo comune tra i diversi interlocutori e la costruzione di strumenti informativi-informatici dialoganti.

Nel realizzare tale investimento, è opportuno ispirarsi alle soluzioni adottate in altri contesti regionali e a scelte prodotte a livello centrale. È, infatti, cruciale collegare quello che si fa o si farà sul territorio con quello che già viene fatto da altre Regioni, allo scopo di uniformare i vocabolari e le modalità di raccolta dei dati. Non si può non tener conto di ciò che avviene al di fuori del contesto locale, e quindi dei molteplici debiti informativi che occorre assolvere rispetto ai diversi organi dell'amministrazione pubblica. Per evitare sovrapposizioni ed eventuali scostamenti e disomogeneità nella raccolta e analisi dei dati, occorre adottare a livello locale un sistema di classificazione e strumenti di raccolta dei dati che garantiscano l'interoperabilità e che siano in sintonia con le codifiche nazionali e internazionali già esistenti, garantendo, al contempo, le informazioni specifiche necessarie alla programmazione regionale e territoriale.

In tal senso appare quindi opportuno ricorrere a strumenti tassonomici già condivisi, che costituiscono patrimonio comune del sistema integrato dei servizi a livello regionale e locale. In riferimento alle prestazioni sociali e socio-sanitarie saranno pertanto utilizzate, nella strumentazione del Sistema informativo, le definizioni indicate nel "Nomenclatore degli interventi e servizi sociali", redatto dal CISIS (Centro interregionale per i sistemi informatici, geografici e statistici), nella sua ultima edizione disponibile (2013).

In aggiunta occorre considerare anche la generale difficoltà dei Sistemi informativi di andare oltre la rappresentazione dell'offerta sostenuta dai finanziamenti pubblici, per dar conto anche di programmi e iniziative che non facciano capo all'operatore pubblico o di tipologie di intervento che non avvengano per il tramite della spesa, con l'obiettivo di rappresentare sistematicamente l'universo dei servizi e degli interventi pubblici e privati attivi sul territorio e degli attori che operano localmente.

Una criticità comunemente riscontrata dalle indagini sui Sistemi informativi regionali è quella relativa ad uno sbilanciamento di attenzione verso l'offerta di servizi. Tuttavia, altrettanto diffusa è la consapevolezza della necessità di rafforzare l'osservazione dei bisogni e delle condizioni sociali generali della popolazione. Solo sviluppando un sistema permanente di analisi della domanda sociale, nella sua accezione più ampia (di cui la domanda espressa è solo una parte), è possibile infatti costruire un profilo di comunità in grado di orientare nelle scelte. In quest'ottica, il Sistema informativo di un territorio servirebbe sì a monitorare i servizi esistenti e le risorse impiegate, ma sarebbe fondamentale anche per analizzare l'evoluzione della domanda sociale e valutare l'offerta.

In questa direzione manca un sistema di raccolta integrata dei dati di accesso delle persone al sistema di welfare locale e di archiviazione delle informazioni riguardanti la storia del singolo in rapporto ai servizi e agli interventi territoriali. La Cartella sociosanitaria integrata rappresenta lo strumento principale per la raccolta delle informazioni, la gestione dei processi, il monitoraggio e la valutazione degli interventi.

La Cartella sociosanitaria permette infatti di:

- snellire le procedure, acquisire una sola volta le informazioni sulla persona, evitando ripetizione di richieste e compilazioni di moduli identici;
- monitorare il progetto personale e l'insieme dei servizi erogati, evitando il rischio di duplicazioni e sovrapposizioni;
- favorire l'integrazione tra i servizi (sociali, sanitari, educativi, del lavoro);
- acquisire informazioni, in maniera aggregata, sulle domande dei cittadini e sulle capacità di risposta del sistema.

Sul Sistema informativo e sulla Cartella sociosanitaria per approfondimenti ed azioni specifiche si rimanda al capitolo O.

Ai fini dell'attuazione del presente Piano e nell'ottica dell'integrazione dei servizi, si applica il regolamento regionale concernente: "Trattamento dei dati sensibili e giudiziari di competenza della Giunta regionale, delle aziende Unità Sanitarie Locali, degli enti dipendenti e delle agenzie regionali, delle società e degli altri enti privati a partecipazione regionale, ai sensi degli articoli 20 e 21 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), regolamento regionale n° 11 del 30 aprile 2014 (BUR 2 maggio 2014, n.35 - Supplemento n.1). In prima attuazione, durante il primo triennio, i soggetti, le strutture e gli operatori coinvolti nello svolgimento delle attività previste dal Piano sono soggetti titolari equiparati alle Aziende Unità Sanitarie Locali di cui agli artt. 1 e 3 del suddetto Regolamento. Tutte le integrazioni o successive modifiche del Sistema informativo, previsto dal presente Piano, dovranno essere corredate di schede che descrivano i dati sensibili e giudiziari oggetto di trattamento, le finalità di interesse pubblico perseguite e le operazioni eseguibili, tali schede dovranno essere approvate dalla Regione e andranno ad integrare gli allegati al suddetto Regolamento, sulla base di tale integrazione saranno aggiornati, se necessario, i soggetti titolari di cui agli artt. 1 e 3.

Raccordo con le politiche attive del lavoro, dell'immigrazione, abitative, ambientali, della sicurezza dei cittadini e delle cittadine, culturali, educative, ricreative, sportive e del tempo libero

La promozione del benessere delle comunità locali richiede anche il coinvolgimento nel sistema integrato di soggetti, strutture, servizi, risorse e competenze ulteriori rispetto a quelle sociali e sanitarie pubbliche. Occorre, infatti, mobilitare tutti gli attori, pubblici e privati, che per finalità, ruolo e competenze possono concorrere alla tutela della salute e del benessere della comunità locale. Innanzitutto gli enti pubblici competenti in materia di istruzione, formazione e lavoro, immigrazione, politiche abitative, ambientali, della sicurezza dei cittadini e delle cittadine, culturali, educative, ricreative, sportive e del tempo libero. E non solo, risulta, infatti, strategico anche il coinvolgimento delle organizzazioni del non profit e del volontariato che si occupano dei temi connessi al welfare locale.

Azioni:

Al fine di realizzare tale raccordo la Regione intende:

- avviare al suo interno un percorso di confronto tra i diversi assessorati competenti, per condividere le strategie e favorire l'integrazione delle diverse programmazioni di settore;
- attivare modalità di consultazione stabili e sistematiche dei soggetti sociali presenti nel territorio laziale, di cui il processo di partecipazione per la stesura del Piano sociale ha rappresentato l'avvio, in direzione di una "istituzionalizzazione" della partecipazione;
- fornire supporto e assistenza tecnica ai Distretti sociosanitari per realizzare azioni di stimolo alla partecipazione delle comunità locali, finalizzate a:
 - accrescere la consapevolezza e l'empowerment delle persone rispetto alla partecipazione alle decisioni che li riguardano e che coinvolgono le proprie comunità;
 - creare tavoli di lavoro stabili, a convocazione periodica, con i diversi portatori di interesse (Comuni, ASL, terzo settore, altri attori attivi localmente, come le scuole, i centri per l'impiego, i Tribunali ecc.) per la diagnosi della comunità locale e la programmazione delle politiche;
 - monitorare e valutare, con il coinvolgimento attivo dei diversi attori della rete, il sistema degli interventi e servizi integrati attivo localmente.