

## PIANO SOCIALE INTEGRATO REGIONALE 2007/2010

### INDICE

PARTE PRIMA.....	3
GLI SCENARI DELLE POLITICHE SOCIALI.....	3
1. Gli scenari europei.....	3
1.1. Gli scenari internazionali.....	5
2. L'assetto istituzionale dopo la legge 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".....	6
2.1 Il sistema di <i>governance</i> proposto dalla legge 328/2000 per Comuni, Regioni, Province e Stato, nel rispetto della sussidiarietà e del federalismo.....	8
2.2 La riforma del titolo V della Costituzione: legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 e Livelli Essenziali delle Prestazioni.....	9
3. Il ruolo della Regione, dei Comuni, delle Province e delle Aziende di Servizi alla Persona secondo la Legge Regionale 12/06.....	19
4. Le azioni di sistema per le politiche integrate: i Piani Regolatori Sociali.....	23
4.1 Le politiche integrate per migliorare la salute, l'autonomia della persona e facilitare l'inclusione sociale.....	23
4.2 Le politiche integrate per facilitare l'inserimento nella scuola, nella formazione e nel lavoro.....	24
4.3 Collegamento con il Piano Operativo Regionale del Fondo Sociale Europeo (FSE) - Asse Inclusione Sociale.....	25
4.4 Le politiche integrate per l'immigrazione.....	27
4.5. Le politiche integrate per il contrasto al disagio economico.....	28
4.6. Le politiche integrate per le pari opportunità.....	28
5. Diritti di cittadinanza, diritti sociali e sociosanitari: un sistema di tutele a favore del cittadino.....	29
6. Dal Welfare State alla Welfare Community: orientamenti per la pianificazione locale dei servizi alla persona.....	29
7. Il ruolo del Terzo Settore.....	31
8. Il ruolo della Famiglia.....	35
PARTE SECONDA.....	38
POLITICHE DI SETTORE E PRIORITA' DEI DISTRETTI SOCIO SANITARI.....	38
1. Assetto dei servizi: Distretti sociosanitari e Ambiti sociali.....	38
1.1 Assetto organizzativo dei servizi Distrettuali e di Ambito.....	38
1.2 Interventi formativi e formazione continua.....	42
1.3. Livelli Essenziali di Assistenza.....	42
2. Indirizzi della L.R. 12/06 sulle reti integrate d'offerta del sistema sociale e sociosanitario ligure.....	43
3. Il sistema di regolazione degli erogatori (autorizzazione accreditamento e qualità).....	52
4. AZIONI INNOVATIVE O A RILEVANZA REGIONALE.....	53
4.1. POLITICHE A FAVORE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA.....	53
4.1.1. Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza.....	53
4.2. POLITICHE A FAVORE DEI MINORI E DEGLI ADOLESCENTI.....	54
4.2.1. Educatori di Strada.....	54
4.2.2. Affidamento familiare.....	54
4.2.3. Servizi per la prima infanzia e azioni a favore dei minori stranieri.....	54
4.2.4. Accoglienza famiglie e bambini ospedalizzati.....	55
4.2.5. Contrasto al drop out.....	55
4.2.6. Prevenzione per gli adolescenti nei confronti di abusi da alcool e sostanze stupefacenti.....	55
4.2.7. Progetti per l'autonomia a favore di minori e giovani in uscita dalla Comunità.....	55
4.3 POLITICHE PER LE PARI OPPORTUNITA', LA NON DISCRIMINAZIONE E LA CRESCITA SOCIALE.....	55
4.3.1. Laboratori per avviamento al lavoro dei disabili.....	55
4.3.2. Giovani madri sole.....	55
4.3.3. Sostegno alle famiglie fragili.....	56
4.3.4. Distribuzione alimentare.....	56
4.3.5. Prestiti d'onore e prevenzione dell'usura.....	56
4.3.6. Sostegno ai marittimi.....	56
4.3.7. Aiuto alle persone vittime del traffico a scopo di sfruttamento sessuale.....	56
4.3.8. Reinserimento sociale di persone in esecuzione penale e persone ex detenute.....	57
4.3.9. Sostegno e valorizzazione del lavoro di cura.....	57
4.3.10. La mediazione linguistico-culturale.....	57

4.4 PROMOZIONE DI NUOVI STILI DI VITA PER MIGLIORARE LE CONDIZIONI PSICO-FISICHE .....	57
4.4.1. La funzione degli animali da compagnia nella rete di solidarietà sociale e nella Pet Therapy.....	58
4.5 INTERVENTI SPECIFICI PER L'ENTROTERRA E I PICCOLI COMUNI .....	58
<b>PARTE TERZA.</b>	
LE RISORSE, GLI INDIRIZZI, LE VERIFICHE .....	58
1. Il finanziamento 2007/2010 .....	59
2. I criteri per il riparto ai Distretti Sociosanitari .....	60
3. Finanziamento per le azioni innovative o a rilevanza regionale .....	63
4. Il concorso alla spesa da parte del cittadino.....	63
5. Indirizzi ai distretti sociosanitari per la programmazione 2007/2010 .....	66
6. Le verifiche sulla realizzazione del Piano Regionale e dei Piani Distrettuali in rapporto al Sistema Informativo Regionale .....	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
APPENDICE AL PIANO: INDICE DI RICCHEZZA COMUNALE (IRC) (*) .....	75

## PARTE PRIMA

### GLI SCENARI DELLE POLITICHE SOCIALI

#### 1. Gli scenari europei.

##### Europa e diritti sociali

Nella ricerca sui diritti sociali nell'Unione Europea, emerge una rinnovata centralità di questo tema nel dibattito che si è aperto - soprattutto dopo la seconda metà degli anni novanta - tra comunità scientifiche nazionali e *policy-makers* sovranazionali che sta portando, anche dopo le accese discussioni sulla Costituzione Europea da parte di alcuni Stati, ad individuare un sistema di *garanzie dei diritti sociali*.

Agli inizi dell'esperienza comunitaria il dilemma ruotava intorno alla inconciliabilità dell'Europa sociale con un mercato in cerca di dinamiche perfette e di massima efficienza. Negli anni in cui l'equilibrio del mercato si andò consolidando intorno alla scelta di una moneta unica, oltre alla lenta evoluzione delle politiche sociali tradizionali, si rivelò nella sua intera drammaticità l'assenza di una politica per l'occupazione.

In quelle circostanze, ovvero dopo il Trattato di Amsterdam (2/10/1997), il laboratorio delle politiche sociali europee aprì le sue porte a quanti elaboravano i temi della **conciliabilità fra sviluppo economico e stabilità delle politiche monetarie** da un lato e **rafforzamento dei diritti sociali dall'altro**. Dopo Amsterdam si avviò un periodo fecondo di approfondimento che indusse ad un confronto di idee tra i diversi Stati e nella stessa Commissione Europea.

Il carattere fortemente politico di questa operazione di rinnovamento culturale ha portato ad una diversa attenzione ai temi dell'*Europa sociale* parallelamente all'impostazione di significative riforme istituzionali che hanno influenzato anche i dibattiti nazionali. Una negoziazione di alto livello, collegata ai lavori della Convenzione, ha portato alla redazione dei *diritti fondamentali*. Rilevante il ruolo giocato dalle Carte Costituzionali degli Stati Membri che hanno costituito un banco di prova importante nella redazione della Carta di Nizza (7/12/2000), ispirata, tra l'altro, al principio della indivisibilità dei diritti fondamentali.

L'elaborazione della Carta di Nizza è stato anche il risultato di un processo aperto ai contributi della società civile e del sindacato europeo. Successivamente un altro grande capitolo innovativo si è avviato al Consiglio Europeo di Lisbona (23-24 marzo 2000) con l'adozione del **metodo aperto di coordinamento**, che trova le sue origini nell'attuazione del campo dell'occupazione all'interno del Trattato di Amsterdam.

Questi due grandi processi riformatori :

- la preparazione della Carta;
- l'enunciazione di un catalogo di diritti sociali fondamentali,

sono avvenuti attraverso una procedura guidata da soggetti istituzionali, ma aperta a tutti i contributi della società civile. Di essa si parla come di "un modello ottimale". Le politiche occupazionali si rafforzano intorno a questo **metodo aperto** che, oltre a coinvolgere i governi nazionali, coinvolge in modo diretto tutti i settori delle amministrazioni degli Stati.

E' lo spirito che si ritrova nei "*piani regolatori sociali*"<sup>1</sup>.

La consapevolezza che si è diffusa nelle strategie europee in materia di politiche sociali va verso un "linguaggio dei diritti" che favorisce l'integrazione e avvicina i legislatori nazionali, creando la consapevolezza di valori condivisi.

Il laboratorio interdisciplinare ed interculturale del dopo Amsterdam e le politiche occupazionali scaturite dall'attuazione di quel Trattato hanno portato alla luce *il metodo aperto di coordinamento, quale tecnica regolativa alternativa all'armonizzazione*; tale metodo si va estendendo anche ad altre materie e viene da più parti auspicato come una grande novità, per gli spunti di riflessione teorica che esso offre, sia ai giuristi che agli studiosi della scienza politica e dell'integrazione sociale.

Per quanto attiene le politiche relative all'inclusione sociale, in seno al sopra citato Consiglio Europeo di Lisbona sono state individuate le problematiche più rilevanti, unitamente a possibili interventi per la loro soluzione.

---

<sup>1</sup> Cfr. Piano regolatore sociale del Comune di Roma (2003) e Piano regolatore sociale del Comune di Genova (2005)

Dal Consiglio medesimo è emerso infatti che il numero delle persone che nell'Unione vivono al di sotto della soglia di povertà e in condizioni di esclusione sociale è inaccettabile. Occorrono iniziative per imprimere una svolta decisiva alla lotta contro la povertà fissando obiettivi adeguati. La nuova società basata sulla conoscenza offre un immenso potenziale per ridurre l'esclusione sociale sia mediante la creazione delle condizioni economiche finalizzate a una maggiore prosperità, attraverso livelli più alti di crescita e occupazione, sia mediante l'apertura di nuovi modi di partecipazione alla società. Tuttavia, il rischio di un divario sempre più ampio tra coloro che hanno accesso alle nuove conoscenze e quanti ne sono esclusi è elevato e, per cercare di evitare tale rischio e valorizzare il nuovo potenziale, occorre compiere sforzi per migliorare le competenze, promuovere un maggiore accesso alle conoscenze e alle opportunità e lottare contro la disoccupazione: il lavoro costituisce la migliore salvaguardia contro l'esclusione sociale. Le politiche per combatterla dovrebbero essere basate su un metodo di coordinamento aperto comprendente i piani nazionali di azione e un'iniziativa della Commissione per favorire la cooperazione in questo settore.

Gli obiettivi per l'inclusione sociale emersi dal Consiglio Europeo di Lisbona, possono pertanto essere così sintetizzati:

- promozione di una migliore comprensione dell'esclusione sociale attraverso un dialogo costante nonché scambi di informazioni e di buone prassi, sulla base di indicatori convenuti di comune accordo (il Gruppo ad alto livello "Protezione sociale" ha cooperato alla definizione di tali indicatori);
- integrazione della promozione dell'inclusione nelle politiche degli Stati membri in materia di occupazione, istruzione e formazione, sanità e edilizia abitativa con concomitante affiancamento, a livello comunitario, di un'azione nell'ambito dei fondi strutturali disponibili a bilancio;
- sviluppo delle azioni prioritarie indirizzate a particolari gruppi bersaglio (ad esempio gruppi minoritari, minori, anziani e disabili).

### **Il metodo aperto di coordinamento**

Tra gli osservatori delle politiche europee è diffusa la convinzione che i contributi più inventivi e più efficaci circa la possibilità di portare "cambiamenti" nelle politiche per l'inclusione sociale siano venuti dal metodo aperto di coordinamento.

In una delle occasioni di riflessione politica ed accademica promosse dalla presidenza portoghese, il Ministro belga responsabile per gli affari sociali e le pensioni, (Frank Vandenbroucke) segnalò l'urgenza di applicare tale metodo nella lotta all'esclusione sociale, legandolo al raggiungimento di obiettivi (in termini di risultati) più che alle valutazioni dei livelli di spesa sostenuta nell'ambito delle politiche di welfare dai diversi Stati europei.

Fu anche proposto di basare le scelte politiche dei governi sulla comparazione di indicatori sociali, da mettere a punto congiuntamente con le istituzioni comunitarie. Per segnalare l'importanza che si intendeva attribuire a questa materia si suggerì di trasformare il Gruppo di Alto Livello sulla *protezione sociale* in Comitato per la protezione sociale, quale organismo da inserire nel Trattato successivamente approvato a Nizza.

*Governance e metodo aperto di coordinamento* hanno avuto il ruolo guida nel promuovere la cooperazione in materia di protezione sociale tra gli Stati Membri e con la Commissione Europea.

E' utile valutare perché il metodo aperto di coordinamento ha suscitato tanti consensi fra gli osservatori andando a sostituire il metodo dell'armonizzazione di norme e piani tra gli Stati a favore di un sistema basato su "indicatori di risultato" con tecniche *soft law* di coordinamento, che propongono:

- miglioramento della conoscenza;
- scambio di informazioni sulle migliori prassi e sulle esperienze fatte dai diversi Stati Membri.

Si tratta di una formula che non si propone una competizione "al ribasso degli standard di protezione sociale", ma un coordinamento delle esperienze migliori, nel quadro degli obiettivi posti per l'inclusione sociale.

Nel metodo aperto di coordinamento esiste un intreccio fra competenze e tecniche regolative secondo criteri di modernità e di innovazione entrando "nel vivo di competenze difese con forza dagli Stati Membri", restii al cambiamento per via legislativa, (impositiva), ma favorevoli ad un progetto di "graduale modernizzazione".

Il nuovo clima di riflessioni e di proposte favorito dal metodo aperto di coordinamento spiega l'attivismo della Commissione nel creare consenso politico anche intorno al tema dove si difende l'autonomia dei governi nazionali che è quello dei servizi sanitari, nonché nella modernizzazione delle regole che sovrintendono la libera circolazione dei lavoratori.

E' ugualmente significativo l'impegno profuso dalla Commissione Europea nel monitoraggio del metodo aperto di coordinamento applicato alle **politiche occupazionali**, volendo imprimere alle stesse una maggiore efficienza, sincronizzando tali politiche con il più complesso quadro dello sviluppo economico.

A tale proposito, all'Agenda Sociale 2005-2010 fanno capo le politiche miranti ad incrementare l'occupazione, combattere la povertà e garantire a tutti pari opportunità. Con la cooperazione dei pubblici poteri di ogni livello, da quello nazionale a quello locale, dei rappresentanti dei datori di lavoro, dei lavoratori e delle organizzazioni non governative, l'Agenda costituisce un quadro destinato a permettere ai lavoratori che si spostano da un paese all'altro di mantenere i diritti acquisiti a prestazioni pensionistiche e previdenziali, a sviluppare l'occupazione, in particolare dei giovani e delle donne, ad ammodernare la legislazione del lavoro tenendo conto delle nuove forme di rapporti di lavoro, come i contratti a breve termine, e a gestire le ristrutturazioni attraverso il dialogo sociale. L'Agenda sociale rappresenta anche un quadro di riferimento per le politiche degli Stati membri volte a riformare i sistemi pensionistici e di assistenza sanitaria, a lottare contro la povertà, ad affrontare i problemi occupazionali e sociali legati all'invecchiamento della popolazione, a promuovere la parità delle opportunità e a sradicare le ineguaglianze e le discriminazioni.

La sintesi che deriva dalle nuove scelte europee, ben si adatta alla legge regionale 12/06 che apre il tema delle politiche sociali al *metodo aperto di coordinamento*, incrociando la *governance* tra Enti (Conferenza Permanente per la Programmazione Sociosanitaria regionale) con la partecipazione alla formazione di un moderno sistema di welfare, delle istanze della società civile (famiglie, associazioni di promozione sociale), delle parti sociali, degli Enti Confessionali e del Terzo Settore.

### 1.1. Gli scenari internazionali

I ministri responsabili per le politiche sociali dei paesi Ocse, a Parigi, nel marzo 2005,<sup>2</sup> individuano nei documenti preparatori uno dei punti fondamentali sul nuovo corso delle **"politiche di welfare"**. Nel passato, le discussioni sul tema dello stato sociale sono state dominate dai timori sugli effetti del livello di spesa sulla crescita economica e sull'occupazione, oggi si segnala un grande cambiamento: le **politiche sociali** non sono necessariamente un "onere" per il sistema economico, ma possono rappresentare **un ausilio essenziale** all'aggiustamento strutturale e all'esigenza di **conciliare crescita economica e sviluppo sociale**.

Per assolvere tale funzione, è fondamentale che le politiche sociali "guardino avanti", piuttosto che ai modelli del passato, e adeguino obiettivi e interventi alle diversa realtà della società moderna. Si tratta di individuare, in luogo di interventi assistenziali, **Politiche sociali attive** che prevedano tre grandi assi di intervento.

L'Ocse propone in tali termini un'attenzione prioritaria:

1. ai problemi dell'infanzia e all'importanza di conciliare le responsabilità famigliari e professionali dei genitori che lavorano;
2. all'adozione di strategie per combattere l'esclusione sociale anche attraverso misure che facilitino il passaggio dall'assistenza sociale al lavoro (*welfare-to-work*);
3. a favorire il sostegno sociale per coloro che hanno lavori precari (*welfare-in-work*);
4. a conciliare la sostenibilità finanziaria dei sistemi pensionistici con maggiori opportunità di lavoro;
5. a sostenere fortemente una politica a favore dell'autonomia degli anziani.

E' ovvio come tali scelte siano priorità largamente condivise dallo Stato italiano ed anche dalla Regione Liguria così come stabilito dalla Convenzione Internazionale sui Diritti del Fanciullo (ONU 1989), rettificata dal Parlamento Italiano con Legge 27 maggio 1991, n. 179, nonché ai cd. "Obiettivi di Lissbona".

Analizzando le priorità elencate, nella nostra regione sono da potenziare le politiche per l'occupazione in modo da ridurre il rischio di povertà infantile e dall'altro lato sono da adottare politiche che sostengano la maternità e portino a superare il basso indice di natalità. Ciò significa aumentare l'offerta di **servizi per l'infanzia**, agendo anche sui loro costi, organizzare il **sistema educativo** (integrativo alla scuola, vacanze, etc.), in maniera più attenta alle esigenze dei genitori, non trascurando la necessaria attenzione educativo-formativa centrata sui diritti e bisogni dei bambini stessi, ed infine, anche se non per ultimo, offrire ai familiari forme di organizzazione del lavoro che permettano la conciliazione con i tempi di cura familiare e di crescita dei bambini con meno di 14 anni.

Le differenze tra Italia e altri paesi Ocse diventano più significative quando si guarda alle politiche volte a ridurre i rischi di esclusione sociale tra gli adulti. Diversi paesi dell'Ocse hanno introdotto negli ultimi dieci anni riforme finalizzate ad accelerare il passaggio dall'**assistenza sociale all'impiego**. Riforme, spesso controverse, che combinano

---

<sup>2</sup> OCSE (2005), Extending Opportunities - How Active Social Policies Can benefit Us

una maggior offerta di servizi e formazione all'obbligo, la cooperazione tra politiche per l'impiego e i disoccupati di lungo termine agevolando la partecipazione a corsi di formazione o lavoro "mirato", sanzionando chi ripetutamente si sottrae all'impiego.

In Italia, il tema del *welfare-to-work* si pone in termini diversi: l'Italia è uno dei pochi paesi Ocse senza misure nazionali di "reddito minimo" per le famiglie. Esistono certo altre prestazioni assistenziali a livello locale, o programmi nazionali come le "pensioni di invalidità", ma si tratta di strumenti che non rispondono alle politiche attive. La relazione dell'Ocse ribadisce che i paesi con spese sociali (esclusa la sanità e le prestazioni di vecchiaia) più elevate, sono anche quelli con minore povertà tra le persone adulte: in Italia, dove tale spesa è inferiore al 5% del PIL, il tasso di povertà tra le persone di età tra i 18 e i 64 anni è prossimo al 12%; mentre, in Svezia e Danimarca, con una spesa pari al 12 per cento del PIL, i tassi di povertà tra le persone adulte sono di circa il 4%.

Un altro capitolo importante è quello delle politiche a favore degli anziani. Limitare l'impatto dell'**invecchiamento demografico** sui sistemi pensionistici e sanitari resta una priorità in tutti i paesi dell'Ocse. Ma l'obiettivo più importante è quello di rispondere ai bisogni degli **anziani non autosufficienti**. In Italia tali bisogni sono stati tradizionalmente assicurati dalle famiglie, l'aumento del tasso di occupazione delle donne e la contrazione dei componenti delle famiglie, ha messo in crisi questo modello, vanno quindi organizzati e potenziati programmi assistenziali a favore degli anziani non autosufficienti, che prevedano anche l'impiego di nuove forze lavoro, appositamente addestrate, anche con l'obiettivo di far emergere forme di "impiego irregolare".

La relazione dell'Ocse completa la disamina sulle priorità del "welfare" nei paesi aderenti, sulla necessità di costruire i **consensi** necessari per tradurre le priorità enunciate in misure concrete per le rispettive popolazioni.

Ancora una volta si può sottolineare come la legge regionale 12/06 nel promuovere un "sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari" sia in sintonia con le priorità dell'Ocse e proponga per la Liguria un sistema di protezione a favore delle fasce deboli, delle famiglie, dei minori e degli anziani.

## **2. L'assetto istituzionale dopo la legge 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"**

In tutti gli Stati che abbiano sistemi di governo democratici e pluralistici, economia e sistema sociale sono intrinsecamente legati nel perseguimento dei diritti di cittadinanza, in modo da riconoscere ai cittadini, insieme alle possibilità di affermazione, anche forme di protezione sociale per i più deboli. Sono le forme di protezione sociale, sinonimo del moderno concetto di solidarietà, che spesso operano correttivi ai fattori di distorsione del sistema economico che esclude dalla produzione i più deboli.

Nel quadro richiamato, ciò che l'Italia doveva perseguire all'inizio del terzo millennio era la riforma delle politiche sociali, in un quadro di sostenibilità economica, con il concorso di più soggetti pubblici e privati secondo le regole della sussidiarietà già adottate dall'Unione Europea, valorizzando adeguatamente le innovazioni e le sperimentazioni condotte dalle regioni e dagli enti locali più sensibili e le potenzialità derivanti da un rapporto pubblico, no-profit e privato che, insieme alle reti della solidarietà sociale e del volontariato, potesse costruire connessioni tra tutte le risorse dello stato sociale.

Un sistema economico non può infatti essere competitivo se non crea un circuito virtuoso con l'ambiente di vita, se non valorizza la risorsa umana, se non assume obiettivi di inclusione e coesione sociale e non si propone una nuova qualità sociale, come risposta costruttiva ai processi di frammentazione e di emarginazione al crescente divario delle condizioni di vita nel sud e nel nord del Paese, per affermare una nuova identità urbana delle nostre città. Interventi e servizi alla persona devono essere considerati non solo strumenti per redistribuire ricchezza, ma un vero e proprio investimento sociale per sviluppare le comunità locali meno evolute.

Questi, sono i principi che hanno ispirato la legge 8 novembre 2000, n. 328, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali". Come si può osservare prendendo in esame il testo di legge ne emerge un **sistema attivo di protezione sociale**<sup>3</sup>, pari opportunità e diritti di cittadinanza, attraverso:

- la valorizzazione di tutte le capacità e le potenzialità della persona, del nucleo familiare e delle reti comunitarie;
- la valorizzazione del terzo settore, anche attraverso una regolamentazione dei rapporti con il sistema sociale pubblico;
- la definizione a livello nazionale di un "pacchetto" di servizi essenziali, superando gli squilibri regionali, per garantire ai cittadini servizi di base uniformi su tutto il territorio nazionale;
- il raccordo tra la rete sociale, quella dei servizi sanitari e gli interventi per l'istruzione, la formazione, il lavoro, ai

---

<sup>3</sup> Ricordiamo questo precedentemente evidenziato sulle "politiche attive" negli scenari europei e internazionali

- fini di una compiuta risposta alla persona, particolarmente se fragile;
- l'individuazione a regime di una misura di contrasto alla povertà fino ad allora assente nel sistema assistenziale italiano;
- l'introduzione della modalità di "progetto personalizzato" per consolidare percorsi integrati e valutare costantemente l'efficacia degli interventi programmati;
- l'integrazione degli assegni economici con le prestazioni di aiuto alla persona;
- la realizzazione di un assetto istituzionale che governi le politiche sociali superando la sovrapposizione di compiti tra gli Enti, a favore di una sussidiarietà verticale e orizzontale che rispetti le accezioni federalistiche e la responsabilità di tutti i soggetti.

In sintesi, per rendere il sistema sociale flessibile e personalizzato, le prestazioni sociali sono articolate in:

- servizi pubblici e/o accreditati offerti in forma diretta;
- servizi acquisiti dal cittadino attraverso buoni servizio, la cui emissione è soggetta ad indirizzi nazionali e regionali;
- emolumenti economici, collegati ad accertamento di condizioni di invalidità psico-fisica.

Cosa cambia nel nuovo welfare:

- la modalità di aiuto, intesa soprattutto come promozione di opportunità piuttosto che assistenzialismo;
- la responsabilità di chi è aiutato;
- la centralità del soggetto che offre le opportunità, individuato nella società civile;
- il ruolo dell'ente pubblico che da protagonista dell'aiuto diventa regista delle risorse pubbliche e private;
- la capacità progettuale che personalizza l'offerta di servizi, piuttosto che offrire prestazioni che si autolegittimano;
- i servizi sociali sono individuati anche come mercato produttivo e quindi non solo oggetto di spesa, ma fonte di occupazione.

Uno degli effetti cascata della riforma dell'assistenza riguarda lo sviluppo locale con particolare riferimento ai nuovi lavori di assistenza per favorire nuovi consumi, che agevolino le famiglie migliorando le loro condizioni di vita.

Va osservato che in Italia gli interventi sociali come occasione di lavoro sono stati grandemente sottovalutati e scarsamente sperimentati; giova ricordare in merito che il piano Delors (1993), richiama "l'imprenditorialità sociale" come strumento per aumentare l'offerta di servizio alle famiglie e le occasioni di lavoro per disoccupati e sotto-occupati, stimando in circa 3 milioni i posti di lavoro che potrebbero essere creati in tale settore dai Paesi europei.

Nella stessa direzione, un'indagine dell'OCSE alla fine degli anni '90, sottolinea che nei sette Paesi più industrializzati del mondo, il settore non lucrativo concorre al prodotto interno lordo per il 4,6%, mentre in Italia questo concorso non supera l'uno per cento.

In questa linea, le politiche sociali impostate dall'azione pubblica nel perseguire equità e solidarietà, a favore delle situazioni di svantaggio e di marginalità attuando funzioni di "assistenza" attiva e processi di inserimento nei contesti locali, si trasformano in una fonte di lavoro e di occupazione.

D'altra parte è sempre più rilevante il tema di come nel nostro Paese una parte della ricchezza possa riversarsi e orientarsi verso la domanda di servizi alla persona. L'evoluzione dei bisogni, consistente in una più ampia richiesta di cura alla persona, in un uso diversificato del tempo, in nuove esigenze di socializzazione ed in una diffusa domanda di benessere, può determinare un mutamento nella struttura di preferenze collettive e quindi anche nella domanda di mercato.

Incoraggiare questi processi, agendo come in altri Paesi europei, anche sulla leva fiscale (vedasi in proposito le esenzioni fiscali per i servizi della prima infanzia o per l'assistenza agli anziani non autosufficienti) può consolidare la crescita di nuovi consumi, un mercato sociale con l'emersione di lavoro sommerso già largamente presente per le funzioni di supporto alla famiglia e la domanda di nuova mano d'opera.

Una ricerca del CNR del 2000 rileva che in Italia, le iniziative del terzo settore hanno determinato una crescita dell'occupazione pari al 39%, mentre per l'intera economia il dato registrato nello stesso periodo è stato del 7,5%.

Per riordinare anche il mercato occupazionale la legge 328 valorizza sia i ruoli professionali degli operatori sociali, che la formazione di nuove professionalità; le misure disposte prevedono piani per la qualificazione di base e superiore, la formazione continua e l'accesso alla dirigenza; per non disperdere le competenze di coloro che già operano nel settore, è richiesta la disciplina dei crediti formativi.

## 2.1 Il sistema di *governance* proposto dalla legge 328/2000 per Comuni, Regioni, Province e Stato, nel rispetto della sussidiarietà e del federalismo.

Nell'ambito della legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, appaiono decisivi i nuovi assetti istituzionali, organizzativi e di controllo della Pubblica Amministrazione.

Il sistema pubblico è chiamato a misurarsi sul terreno della pianificazione e della regolazione della rete di protezione sociale, per tutelare i diritti fondamentali della persona, mentre la produzione delle prestazioni e dei servizi è demandata allo stesso sistema pubblico, al terzo settore e ai soggetti della solidarietà sociale, valorizzando anche le iniziative di auto-aiuto e la responsabilità della persona che chiede assistenza.

Nel ridisegnare i circuiti istituzionali, finanziari e gli assetti organizzativi, la legge non si attesta comunque su uno schema rigido che la renderebbe inefficace sul piano del federalismo acquisito, non si sovrappone quindi a realtà regionali consolidate, ma persegue l'obiettivo di restare aderente alle realtà e di affrontare i temi cruciali del territorio valorizzando le risorse presenti a livello locale.

La definizione di requisiti minimi nazionali, operata nell'ambito del Piano nazionale e messa in discussione dopo le modifiche del titolo V della Costituzione, è stata accettata dalle Regioni come un indirizzo volto a conseguire il livello essenziale delle prestazioni nel Paese. Sono i Comuni, singoli o associati, che debbono governare l'intera rete di interventi e servizi sociali, mentre spetta alle Regioni la programmazione concertata con le autonomie locali e le forze sociali organizzate.

Per rendere operante questa scelta, la legge 328 prevede forme di incentivazione idonee a favorire l'associazione fra Comuni allo scopo di razionalizzare la funzionalità e l'economicità dei servizi con la individuazione di credibili bacini d'utenza (ambiti o zone) per favorire anche l'integrazione con i distretti sanitari.

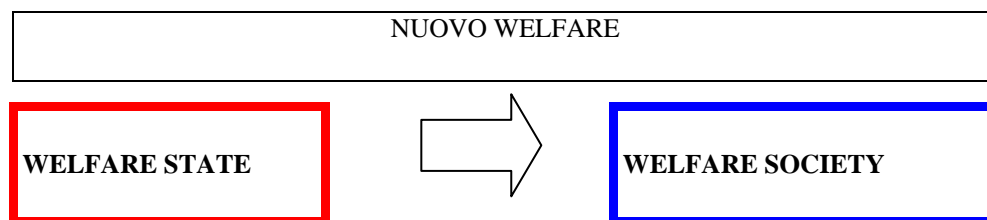
Questo approccio "federalista", accompagnato da processi di innovazione e qualificazione della Pubblica Amministrazione, può garantire anche un adeguato controllo di qualità sui servizi erogati, nonché la verifica della loro efficacia, anche attraverso forme di partecipazione dei cittadini e delle loro organizzazioni.

La scelta "federalista" è adottata, in termini di sussidiarietà orizzontale per valorizzare gli organismi non lucrativi di utilità sociale, gli organismi della cooperazione, i soggetti privati, le associazioni di volontariato, come soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione dei servizi. Ai Comuni, singoli o associati, si propone l'obiettivo di promuovere, secondo un modello a rete, le risorse delle collettività locali, tramite forme innovative di collaborazione e concertazione, stimolando le prestazioni di auto-aiuto e di reciprocità nell'ambito della vita comunitaria locale.

Infine, come ulteriore considerazione sugli assetti istituzionali, va sottolineato come un razionale sistema di governo degli interventi e servizi sociali, concorra all'opera di coesione e di inclusione della collettività sociale e quindi al risanamento del sistema socio-economico, tanto da incidere positivamente anche sullo sviluppo dell'intero Paese, ricercando un punto di equilibrio positivo tra gli interventi prodotti e la credibilità sociale del sistema.

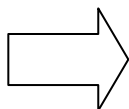
Proprio sul piano della credibilità del sistema si è fatto ricorso al criterio delle responsabilità di tutti i partecipanti al progetto di integrazione sociale: dal cittadino all'Ente erogatore, per costituire una nuova forma di comunità (welfare society) pienamente responsabile, in grado di svolgere e di essere coinvolta in forme di partecipazione e di controllo sociale.

Lo schema di seguito riportato offre la sintesi della trasformazione del welfare dopo la legge 328/2000:





**CENTRALISTICO  
SETTORIALE  
BUROCRATICO  
DEFICITARIO**



**FEDERALE  
INTEGRATO  
SUSSIDIARIO  
SOSTENIBILE**

Nell'ottica della responsabilità e partecipazione viene previsto, in base al reddito del cittadino, anche il concorso alla spesa per i servizi resi, indicando criteri per l'accertamento delle condizioni reddituali e patrimoniali, allineando in tal senso, sul piano nazionale, iniziative differenziate poste in essere da comuni e regioni.

Sul piano della spesa sociale, la legge 328 opera per un controllo ed una riqualificazione della stessa, passando - attraverso razionalizzazioni - al concorso finanziario su obiettivi (Piani di Zona) da parte dei diversi Enti (Comuni, Regioni e Stato) ivi compresa la partecipazione dei cittadini al costo dei servizi. Le operazioni sottoindicate possono considerarsi gli obiettivi di maggior rilievo in ambito economico-finanziario della legge di riforma:

- a) riordino degli emolumenti economici nazionali secondo criteri di protezione attiva;
- b) adozione del Fondo sociale per valorizzazione della programmazione concertata tra Enti, per l'applicazione del principio sussidiarietà e invito alla ricerca del concorso esterno alle risorse pubbliche (fund raising);
- c) collegamento del finanziamento statale e regionale a disponibilità già inserite nei bilanci dai Comuni;
- d) individuazione di meccanismi di monitoraggio, verifica e valutazione della spesa, compreso il recupero dei finanziamenti erogati, laddove si ravvisi il mancato utilizzo delle risorse economiche da parte degli Enti destinatari;
- e) fissazione del principio di concorso alla spesa da parte del cittadino precisando le modalità di valutazione del reddito e del patrimonio.

L'operazione più consistente per l'appropriatezza delle prestazioni è senz'altro quella indicata alla lettera a), ovvero il riordino degli assegni e delle indennità già concesse sulla base delle leggi vigenti agli invalidi civili ciechi e sordomuti.

Gli emolumenti, facendo salvo i diritti acquisiti, vengono riclassificati per realizzare a favore delle persone disabili una piena integrazione con le altre prestazioni di aiuto personale, tenendo conto delle capacità funzionali della persona e del grado di autonomia psico-fisica. L'aspetto più valido di tale riordino è la collocazione dell'emolumento in un "progetto sulla persona" separando gli interventi collegati alla povertà rispetto a quelli che supportano la vita autonoma di un disabile grave e che permettono un sostegno nel caso di totale dipendenza o non autosufficienza.

Altro aspetto determinante ai fini della spesa sociale sono gli indirizzi sul concorso alla spesa da parte del cittadino. Certamente, tale articolo non disciplina il concorso, ma introduce il principio "nazionale" che nella concessione delle prestazioni sociali, si debbono accertare le condizioni economiche del richiedente utilizzando strumenti già regolati da altri provvedimenti (Decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109 e successive modifiche e integrazioni "Criteri unificati di valutazione della situazione economica dei soggetti che richiedono prestazioni sociali agevolate) rendendone così omogenea l'applicazione da parte delle diverse realtà italiane.

## **2.2 La riforma del titolo V della Costituzione: legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 e Livelli Essenziali delle Prestazioni.**

La legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 ha profondamente modificato il regime di riparto delle competenze e delle funzioni tra lo Stato e le Regioni, ridisciplinando in modo integralmente innovativo l'articolo 117 della Costituzione.

I nuovi principi costituzionali che regolano il quadro delle competenze sono così sintetizzabili:

a) allo Stato sono riservate in via esclusiva (*competenza esclusiva dello Stato*) alcune competenze puntualmente declinate all'articolo 117, secondo comma, della Costituzione, da svolgere nel rispetto dei limiti generali posti alla funzione legislativa statale, dal primo comma dello stesso articolo 117;

b) alle Regioni sono attribuiti due tipi di competenze legislative:

- quelle, indicate all'art. 117, terzo comma della Costituzione, da svolgere nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti in leggi dello Stato, (*competenza regionale concorrente*);
- quelle, stabilite all'articolo 117, quarto comma, su tutte le materie non riservate allo Stato o alla competenza concorrente, da svolgere in via "esclusiva". La competenza di carattere residuale è da sviluppare nel rispetto

dei limiti generali posti alla funzione legislativa dall'articolo 117, primo comma (*competenze residuali delle regioni*).

Questa nuova regolazione ribalta il precedente principio di distribuzione delle competenze legislative tra lo Stato e le Regioni: la competenza legislativa regionale aumenta e diventa esclusiva in materia di servizi sociali, organizzazione sanitaria, formazione professionale e istruzione. Lo Stato, ai sensi dell'articolo 117, lettera m) della Costituzione, mantiene la competenza a **determinare i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale**, secondo criteri di uniformità e di unitarietà.

La legge 5 giugno 2003, n. 131 *"Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3*, completa le norme di attuazione sull'esercizio delle funzioni decentrate.

L'uniformità di erogazione dei livelli diventa il problema di fondo dei sistemi regionali, che debbono comunque garantire in un "equilibrio" tra livello di tutela e livello gestionale, con risposte coerenti ai diritti civili e sociali localmente espressi.

Come emerge dalle osservazioni espresse, la materia assistenziale si trova in una prospettiva del tutto nuova, anche rispetto a quanto disciplinato dalla legge 328/2000, caratterizzata da poteri regionali ampi, dalla leale collaborazione delle autonomie locali e da poteri statali di riequilibrio finanziario (articolo 119 della Costituzione).

D'altra parte, anche l'obiettivo della legge 328/2000 era quello di istituire un sistema "rispettoso" delle autonomie regionali e locali dove emergeva un solo principio nazionale: il riconoscimento in chiave universalistica del diritto ai servizi sociali, pur con alcune priorità nei confronti delle fasce deboli.

In base alle premesse, il contenuto dei Livelli Essenziali delle Prestazioni - partendo anche da ciò che è stato sancito dalla legge 328 - deve essere quello di **garantire il nucleo delle prestazioni** che costituiscono il fattore unificante della cittadinanza sociale, contrastando la diversificazione che oggi si registra nei diversi territori del Paese e della Regione.

Esistono diverse modalità per determinare i "livelli essenziali" in relazione al **diritto sociale** che si vuole tutelare. Per determinati diritti sociali, quali la salute o l'istruzione, è importante da tenere presente che le prestazioni sono in linea di principio facilmente identificabili, particolarmente negli aspetti descrittivi generali, perché standardizzate sul piano scientifico secondo modalità condivise a livello nazionale e internazionale (es: prestazioni sanitarie) e anche nel caso dell'istruzione si tratta di percorsi temporali identificabili con il risultato di conoscenza e maturazione che si vuole raggiungere. Lo stesso può dirsi per gli aspetti previdenziali le cui prestazioni sono standardizzate con erogazioni monetarie.

Nel settore dell'assistenza, dove la dimensione personale ed il contesto sociale di inserimento possono mutare completamente il **profilo del bisogno**, ci troviamo di fronte ad una elevata differenziazione di risposte, che è standardizzabile solo come contenuto generale (es: sostegno psico-sociale, supporto domiciliare, erogazione economica, risposta ai bisogni quotidiani, asilo e assistenza, etc), con modulazione delle prestazioni secondo le potenzialità ed i supporti di cui dispone una persona o una famiglia, anche di carattere "informale" esterno al contesto personale e familiare.

Ciò significa disporre e attuare criteri di flessibilità, gradualità o progressività della prestazione difficilmente pre-determinabili ma costruibili analizzando le condizioni di disagio personale o familiare insieme alle risorse offerte dal gruppo sociale e dalle istituzioni.

A proposito di livelli essenziali si può sintetizzare che:

- a) sono da includere nei livelli essenziali le prestazioni già oggetto di diritti soggettivi, quali ad esempio le indennità monetarie (invalidità civile, assegni per le famiglie numerose, etc) stabilite da leggi dello Stato;
- b) è necessario che lo Stato, nel definire i livelli essenziali, proceda anche ad un allineamento delle prestazioni di cui alla lettera a), come previsto dall'articolo 24 della legge 328/00.

Di seguito si riporta la classificazione delle prestazioni e delle azioni proposte dalla Conferenza Stato- Regioni al Governo in data 26-6-2004.

AREA DI INTERVENTI E LIVELLI (ART. 22 L.328/00)	DESTINATARI	AZIONI	PRESTAZIONI	NORME DI RIFERIMENTO
---	-------------	--------	-------------	----------------------

<p><b>Servizi di informazione e consulenza per l'accesso alla rete integrata dei servizi</b></p>	<p>Generalità della popolazione</p>	<p><u>Informazione e consulenza</u> <u>Segretariato sociale</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lettura del bisogno, definizione del problema e accompagnamento nell'attivazione dei successivi percorsi di assistenza</li> <li>• Indicazione e orientamento sulle opportunità offerte dalla rete dei servizi e dalla comunità</li> <li>• Consulenza sui problemi familiari e sociali</li> <li>• Mediazione interculturale e per immigrati</li> <li>• Promozione di reti solidali, anche ai fini della prevenzione dei rischi del disagio sociale</li> <li>• Raccolta sistematica dei dati e delle informazioni</li> </ul>	<p>Art. 117 lett. m della Vigente Costituzione art. 22, Legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” (commi 2 e 4) DPCM 14.2.2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie” - Art. 2 comma 3 Legge 328/2000 (accesso prioritario ai servizi)</p>
--	-------------------------------------	---	---	---

<b>AREA DI INTERVENTI E LIVELLI (ART. 22 L.328/00)</b>	<b>DESTINATARI</b>	<b>AZIONI</b>	<b>PRESTAZIONI</b>	<b>NORME DI RIFERIMENTO</b>
--	--------------------	---------------	--------------------	-----------------------------

<b>Servizio sociale professionale</b>	Generalità della popolazione  (con accessi prioritari alle persone indicate all'articolo 2 comma 3 L.328)	Prestazioni di servizio sociale:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• consulenza presa in carico e progettazione personalizzata</li> <li>• monitoraggio casi</li> <li>• verifiche e promozione reti solidali prestazioni professionali all'interno delle Unità di Valutazione e Multidisciplinari, anche ai fini dell'interrogazione socio-sanitaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sostegno accompagnamento alla persona e alla famiglia nel rispetto delle pari opportunità</li> <li>• Sostegno alle responsabilità genitoriali</li> <li>• Mediazione familiare e sociale e interculturale</li> <li>• Valutazione, preparazione consulenza e sostegno ai procedimenti di Affidamento/Adozione nazionale ed internazionale</li> <li>• Rapporti con autorità giudiziaria</li> <li>• Sostegno socio-educativo per il disagio psico-sociale e per le fasce di popolazione a rischio</li> <li>• Rapporti con le istituzioni formative e occupazionali</li> <li>• Promozione di reti solidali, al fine di prevenire i rischi del disagio sociale</li> <li>• Definizione del Progetto Individuale di Assistenza (PIA), nelle Unità Multidisciplinari.</li> </ul>	Art. 117 lett.m della Vigente Costituzione art. 22, Legge 328/2000 (comma 4) DPCM 14.2.2001 leggi di settore: DPR 22/9/1988, N. 448 « Approvazione delle disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni » L. 29/07/1975, n. 405 « Istituzione dei Consulenti Familiari » L. 22/05/1978, n. 194 « Maternità e infanzia – Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza » L. 5/2/1992, n. 104 « Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate » L. 28/08/1997, n. 285 « Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza » L. 23/12/1997, n. 451 « Istituzione della Commissione parlamentare per l'infanzia e dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia » L. 21/05/1998, n. 162 « Modifiche alla legge 5/02/1992, n. 104, concernenti misure di sostegno in favore di persone con handicap grave ». L. 3/08/1998, n. 269 « Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale, in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù » L. 31/12/1998, n. 476 « Ratifica ed esecuzione della Convenzione per la tutela dei minori e la Cooperazione in materia di adozione internazionale, fatta a l'Aja il 29/5/1993. Modifiche alla l. 4/5/1983, n. 184 in tema di adozione di minori stranieri ». L. 18/02/1999, n. 45 « Disposizioni per il Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze ». L. 28/03/2001, n. 149 « Modifiche alla L. 4/5/1983, n. 184, recante "Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori", nonché al Titolo VIII del Codice Civile ».
---------------------------------------	---	---	--	---

AREA DI INTERVENTI E LIVELLI	DESTINATARI	AZIONI	PRESTAZIONI	NORME DI RIFERIMENTO
------------------------------	-------------	--------	-------------	----------------------

(ART. 22 L.328/00)				
<b>Servizio Sociale di pronto intervento, per le situazioni di emergenza personale familiare e professionale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minori</li> <li>• Anziani</li> <li>• Disabili</li> <li>• Famiglie</li> <li>• Persone in difficoltà</li> <li>• Marginalità sociale</li> <li>• Dipendenze</li> </ul>	<u>Attività di pronto intervento sociale</u> per rispondere temporaneamente ai bisogni primari del singolo e della famiglia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accoglienza assistenza e cura alla persona, (se necessario collegamento con prestazioni sanitarie e socio-sanitarie)</li> <li>• Ristorazione</li> <li>• Interventi economici</li> <li>• Ripristino delle possibili relazioni familiari e sociali</li> <li>• Pronto intervento per minori vittime di maltrattamenti e abusi e di prostituzione</li> <li>• Accoglienza per donne in difficoltà o che hanno subito violenza</li> <li>• Accoglienza per eventi eccezionali e/o particolari</li> </ul>	<p>Art. 117 lett.m della Vigente Costituzione art. 22, Legge 328/2000 (commi 2 e 4) DPCM 14/2/2001</p> <p>Dlgs 25/07/1998 N. 286 “Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero” L.269/98 L.45/99 L. 23/12/2000 N. 388 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato” (Legge Finanziaria 2001)</p> <p>Dpcm 15/12/2000 “Riparto tra le Regioni dei finanziamenti destinati al potenziamento dei servizi a favore delle persone che versano in stato di povertà estrema e senza fissa dimora”</p>

AREA DI INTERVENTI E	DESTINATAR	AZIONI	PRESTAZIONI	NORME DI RIFERIMENTO
----------------------	------------	--------	-------------	----------------------

LIVELLI (ART. 22 L.328/00)	I			
<b>Servizi educativo-assistenziali e di promozione della socialità</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prima infanzia</li> <li>▪ Minori e adolescenti</li> <li>▪ Famiglie</li> <li>▪ Disabili</li> <li>▪ Anziani</li> <li>▪ Persone in difficoltà o con problemi di emarginazione</li> <li>▪ Dipendenze</li> </ul>	<p><u>Interventi</u> per la prima infanzia a carattere educativo-assistenziale</p> <p><u>Interventi</u> per la promozione delle città amiche delle bambine e dei bambini</p> <p><u>Interventi</u> di promozione dei diritti dei minori e degli adolescenti</p> <p><u>Interventi</u> per favorire la socializzazione dei disabili (anche integrati con prestazioni socio-sanitarie e di riabilitazione)</p> <p><u>Interventi</u> di promozione per l'invecchiamento attivo</p> <p><u>Interventi</u> per favorire l'inclusione sociale di persone a rischio di emarginazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nidi e servizi innovativi per prima infanzia</li> <li>• Attività socio-educative territoriali, di aggregazione e di incontro</li> <li>• Azioni per favorire l'obbligo scolastico e le attività formative</li> <li>• Interventi per l'inserimento e l'integrazione sociale dei disabili</li> <li>• Azioni per favorire la partecipazione, l'associazionismo e l'impegno civico delle persone anziane anche attraverso scambi intergenerazionali</li> <li>• Educazione interculturale</li> <li>• Misure di integrazione sociale per: <ul style="list-style-type: none"> <li>• detenuti ed ex detenuti</li> <li>• nomadi e cittadini stranieri</li> <li>• immigrati</li> </ul> </li> </ul>	<p>Art. 117 lett.m della Vigente Costituzione art. 22, Legge 328/2000 (commi 2 e 4)  DPCM 14/2/2001  Leggi di settore:  L. 6/12/1971 n.. 1044 "Piano quinquennale per l'istituzione di asil-nido comunali con il concorso dello Stato"  L.405/75  L.104/92  L.285/97  L.162/98</p>

AREA DI				
---------	--	--	--	--

INTERVENTI E LIVELLI (ART. 22 L.328/00)	DESTINATARI	AZIONI	PRESTAZIONI (*)	NORME DI RIFERIMENTO
<b>Interventi per contrastare le condizioni di vecchie e nuove povertà e per favorire l'inclusione sociale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Persone in difficoltà economiche e/o prive di lavoro</li> <li>▪ Invalidi</li> <li>▪ Anziani</li> <li>▪ Famiglie</li> <li>▪ Dipendenze</li> </ul>	<u>Trasferimenti in denaro</u> o forme di assistenza continuativa erogata dai Comuni e dallo Stato finalizzati a sostenere: <u>Invalidi</u> impossibilitati al lavoro, o privi di autonomia nella vita quotidiana Genitori in difficoltà Famiglie numerose <u>Persone</u> prive o con limitato reddito. <u>Disoccupati e inoccupati</u> di lungo periodo <u>Azioni di accompagnamento</u> e mediazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sussidi e altre forme di trasferimenti economici</li> <li>• Servizi a bassa soglia</li> <li>• Mantenimento di persone inabili e prive di reddito</li> <li>• Misure per agevolare l'inserimento al lavoro</li> <li>• Emolumenti invalidità civile, cecità sordomutismo</li> <li>• Assegno di maternità</li> <li>• Assegno per nuclei familiari con almeno tre figli.</li> <li>• Assegno sociale e integrazione al minimo</li> </ul>	Art. 117 lett.m e art.li 31 e 38 della Vigente Costituzione  Leggi di settore: L. 30/04/1969 n. 153 "Revisione degli ordinamenti pensionistici e norme in materia di sicurezza sociale". L.66/72 L. 26/05/1970 n. 381 "Aumento del contributo ordinario dello stato a favore dell'Ente Nazionale per la protezione e l'assistenza ai sordomuti e delle misure dell'assegno di assistenza ai sordomuti". L. 27/05/1970 n. 382 "Disposizioni in materia di assistenza ai ciechi civili" L. 30/03/1971, n. 118 "Conversione in legge del D.L. 30/01/1971, n. 5 e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili" L. 11/02/1980 n. 18 "Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili"  L.448/98-art. 66 "Concessione assegno maternità" L. 8/8/1995 "Riforma del sistema pensionistico obbligatorio e complementare". Art.li 22 (comma 2), 23 e 24 L. 328/2000

(\*) Il riordino degli emolumenti dell'invalidità secondo la delega dell'articolo 24 della legge 328/2000 prevede il superamento delle prestazioni elencate a favore di interventi più appropriati che promuovano l'avvio al lavoro e le opportunità per una vita indipendente.

AREA DI				
---------	--	--	--	--

INTERVENTI E LIVELLI (ART. 22 L.328/00)	DESTINATARI	AZIONI	PRESTAZIONI	NORME DI RIFERIMENTO
<b>Servizi di aiuto e di sostegno familiare, per favorire la permanenza a domicilio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minori</li> <li>• Anziani</li> <li>• Disabili</li> <li>• Famiglie</li> <li>• Persone in difficoltà</li> <li>• Marginalità sociale</li> </ul>	<u>Assistenza domiciliare</u> di tipo domestico familiare e socio-educativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistenza e cura alla persona (aiuto personale)</li> <li>• Governo della casa e miglioramento delle condizioni abitative per il mantenimento della persona a domicilio</li> <li>• Aiuto per il soddisfacimento di esigenze individuali e per favorire l'autosufficienza nelle attività della vita quotidiana</li> <li>• Promozione e sostegno per i care-giver e per il mantenimento dei legami sociali e familiari</li> <li>• Sostegno socio-educativo a minori e disabili</li> </ul>	Art. 117 lett.m della Vigente Costituzione Art.li 15 e 22, L.328/2000 (commi 2 e 4) DPR 14.2.2001  L.104/92  L.285/97

AREA DI INTERVENTI E	DESTINATA	AZIONI	PRESTAZIONI	NORME DI RIFERIMENTO
----------------------	-----------	--------	-------------	----------------------



LIVELLI (ART. 22 L.328/00)	RI			
<b>Strutture e centri di assistenza e accoglienza a ciclo diurno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minori</li> <li>• Anziani</li> <li>• Disabili</li> <li>• Famiglie</li> <li>• Persone in difficoltà</li> <li>• Marginalità sociale</li> <li>• Dipendenze</li> </ul>	<u>Assistenza ospitalità</u> di tipo semiresidenziale o a ciclo diurno	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accoglienza e assistenza alla persona</li> <li>• Ristorazione</li> <li>• Attività socio-educative e di promozione dell'autonomia</li> <li>• Attività di socializzazione</li> <li>• Attività di integrazione con il contesto sociale e per favorire l'inserimento al lavoro</li> <li>• Sostegno psicosociale collegato al disagio personale e sociale, stimolo dei rapporti interrelazionali</li> <li>• Mediazione interculturale per le popolazioni immigrate</li> </ul>	Art. 117 lett.m e art. 38 della Vigente Costituzione Art.22, Legge.328/2000 DPCM 14/2/2001 (commi 2 e 4) D.M. 21/05/2001 N. 308 "Regolamento concernente "requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma articolo 11 l. 8 novembre 2000, n. 328" L.104/92 L.162/98 L.45/99 Dlgs 286/98

AREA DI INTERVENTI E	DESTINATA	AZIONI	PRESTAZIONI	NORME DI RIFERIMENTO
----------------------	-----------	--------	-------------	----------------------

LIVELLI (ART. 22 L.328/00)	RI			
<b>Strutture di assistenza e accoglienza residenziali o a ciclo continuativo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minori</li> <li>• Giovani adulti</li> <li>• Anziani</li> <li>• Disabili</li> <li>• Famiglie</li> <li>• Marginalità sociale</li> <li>• Dipendenze</li> </ul>	<p><u>Attività di assistenza e ospitalità</u>, prestate in strutture protette a favore di anziani e disabili</p> <p><u>Attività di accoglienza</u> e ospitalità a tempo pieno per persone dipendenti;</p> <p><u>Attività di accoglienza</u> per minori e donne in difficoltà o che hanno subito violenza;</p> <p><u>Attività di accoglienza</u> per lavoratori immigrati in temporanea difficoltà</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accoglienza e assistenza alla persona</li> <li>• Pronta accoglienza</li> <li>• Ristorazione</li> <li>• Attività di socializzazione, sostegno socio-educativo, integrazione con il contesto sociale e promozione dell'inserimento al lavoro;</li> <li>• Attività di stimolo per lo sviluppo e mantenimento dei livelli cognitivi e meta cognitivi</li> <li>• Sostegno psicologico ai minori e alle donne minacciate o vittime di violenza</li> <li>• Attività di recupero e inserimento sociale per i soggetti a rischio di marginalità sociale</li> </ul>	<p>Art. 117 lett.m e art. 38 della Vigente Costituzione Art.22, Legge.328/2000 DPCM 14/2/2001 (commi 2 e 4)</p> <p>DPR 9/10/1990, n. 309 « Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenze » L.104/92 L.162/98 L.45/99 D.M. 308/2001</p>

### 3. Il ruolo della Regione, dei Comuni, delle Province e delle Aziende di Servizi alla Persona secondo la Legge Regionale 12/06

L'aspetto qualificante sull'efficacia dei servizi sociali, è nella modalità di saper cogliere opportunità e risorse locali in modo da operare quelle forme di inclusione nel contesto e nel gruppo sociale, che sono spesso all'origine del bisogno. In quest'ottica, gli aspetti che influenzano maggiormente l'offerta di servizi sono collegati all'assetto istituzionale, alle politiche locali, alla cultura e alle disponibilità economiche.

L'assetto istituzionale è stato quindi l'obiettivo più rilevante della legge regionale 12/06: "Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari", che, riprendendo gli indirizzi della legge 328/2000 e del Dlgs 229/99, ha individuato un modello avanzato di integrazione sociosanitaria supportato da un ruolo primario delle amministrazioni locali.

La legge regionale 12/06 disegna quindi un'architettura istituzionale rispettosa anche delle modifiche introdotte dal rinnovato Titolo V della Costituzione, che vede nella **Regione** l'ente di programmazione che provvede al Piano Sociale Integrato, agli indirizzi normativi e di verifica delle politiche locali. E' inoltre assegnato alla **Regione** il coordinamento dei piani sociali con quelli sanitari, con le politiche dell'istruzione, del lavoro, abitative ed urbanistiche.

La **Regione** provvede inoltre agli adempimenti della legge, con particolare riferimento a:

- Fondo regionale per la non autosufficienza;
- criteri per la destinazione delle risorse finanziarie da assegnare ai Distretti sociosanitari;
- indirizzi per i titoli di acquisto dei servizi e delle forme innovative di sostegno economico a favore delle persone e delle famiglie;
- indirizzi per il concorso alla spesa dei servizi da parte dei cittadini;
- organizzazione e coordinamento del sistema informativo sociale regionale;
- criteri di finanziamento delle prestazioni sociosanitarie, anche per garantire uniformità in ambito regionale;
- indirizzi per la formazione degli operatori del sistema integrato;
- progetti speciali di interesse regionale e sperimentazione innovative;
- iniziative per la valorizzazione del Terzo Settore;
- sostegno all'inserimento al lavoro delle persone a rischio di esclusione sociale;
- disciplina dei requisiti strutturali, organizzativi e di qualità, per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sociali e sociosanitarie.

Per gli adempimenti indicati la Regione emana provvedimenti di indirizzo e linee guida ai Comuni singoli e associati negli Ambiti Territoriali Sociali e nei Distretti Sociosanitari.

Il **ruolo dei Comuni** nelle politiche sociali diventa strategico dopo le deleghe del 1977 e del 1998, ed è confermato dalla legge quadro sui Servizi Sociali 328/2000 e dalla legge regionale 12/06.

La legge regionale assegna alla titolarità comunale tutte le funzioni amministrative, di pianificazione, gestione ed erogazione della rete integrata di interventi e servizi sociali e delle funzioni sociali a rilievo sanitario. Inoltre, spetta ai Comuni il rilascio dell'autorizzazione per l'apertura delle strutture residenziali e semiresidenziali e la vigilanza sulle stesse, nonché la definizione delle condizioni di accesso alle prestazioni sociali, compreso la determinazione di livelli di assistenza ulteriori ed integrativi rispetto a quelli determinati dallo Stato e dalla Regione.

Le valutazioni di efficacia ed efficienza delle prestazioni sociali, anche attraverso l'uso di strumenti di misurazione del gradimento dei servizi da parte dei cittadini.

L'aspetto critico, per garantire qualità ai servizi unitamente alla sostenibilità economica della rete assistenziale, è dato dalla *grandezza territoriale* dei Comuni; i servizi del terzo millennio debbono infatti rispondere a requisiti di efficienza e di efficacia che richiedono costi e professionalità, tali da non poter essere sostenuti da Enti di piccole dimensioni. A tale scopo, sia la legge 328/2000 che quella regionale, hanno individuato "**ambiti territoriali sociali**" (ATS) che nella configurazione geomorfologica della Liguria (alta presenza di Comuni inferiori ai 1000 abitanti), individuano associazioni intercomunali, accompagnate da forme di decentramento per i grandi Comuni e per l'area metropolitana.

La *grandezza territoriale* dell'Ambito Sociale prevista dalla l.r.12/06 è di 10.000 abitanti, che possono essere derogati quando l'ambito coincide con Comunità Montane. I Comuni per la gestione dei servizi tramite l'Ambito, si avvalgono delle forme associative previste al Capo V del decreto legislativo 18 agosto 2000 n. 267 (Testo unico

delle leggi sull'ordinamento degli enti locali), con particolare riferimento alla *convenzione* e all'*esercizio associato di funzioni* ( in appendice al capitolo).

La grandezza territoriale indicata, porta comunque anche alla possibilità che Comuni singoli, di media dimensione, possano gestire direttamente i **servizi sociali di base**.

A norma della legge regionale i servizi sociali di base consistono in:

- informazione, consulenza e segretariato sociale per i problemi del singolo e della famiglia;
- servizio sociale professionale;
- assistenza domiciliare di carattere domestico-familiare
- aiuto personale a favore di minori e disabili.

L'Unità Operativa Multiprofessionale, coordinata dall'assistente sociale ed in cui sono presenti competenze psicosociali, educative e amministrativo-contabili, garantisce l'erogazione dei servizi sociali di base.

Alle prestazioni indicate si accede tramite il primo livello dello sportello integrato sociosanitario, definito *sportello di cittadinanza* che ha sede presso l'ambito e può trovare "terminali" anche presso i singoli Comuni. Si collegano allo sportello anche Patronati e associazioni di volontariato.

Da quanto osservato, i Comuni per garantire la rete di servizi alla persona indicata dalla l.r.12/2006 e dal presente Piano dovranno provvedere a:

- a) risorse finanziarie per i servizi sociali all'interno del proprio bilancio;
- b) professionalità adeguate alla erogazione dei servizi e alla predisposizione di piani e progetti;
- c) adozione di flessibilità organizzative per la rispondenza della rete ai bisogni della popolazione;
- d) individuazione di risorse esterne, da parte di stakeolder per potenziare le disponibilità finanziarie e progetti e partecipando alle iniziative dell'Unione Europea;
- e) collegare le politiche sociali allo sviluppo locale individuando i servizi alla persona anche come "mercato occupazionale";
- f) sviluppare rapporti con il terzo settore per le finalità indicate alla lettera e).

Per la gestione dei **servizi sociali complessi** che richiedono un'integrazione con le politiche sanitarie o con quelle dell'istruzione, della formazione e del lavoro, è istituito il Distretto Sociosanitario di cui all'articolo 9 della l.r.12/2006.

I Comuni, già associati in Zona, si associano per gestire nel **Distretto Sociosanitario**:

- l'Unità Distrettuale;
- le funzioni sociali complesse, già affidate alle Zone Sociali;
- tutte le funzioni connesse la **non autosufficienza**, a partire dalla valutazione multidimensionale, al Piano di assistenza individualizzato (PAI), alla domiciliarità integrata e alla residenzialità a ciclo continuativo e diurno;
- le prestazioni sociali a rilievo sanitario di cui all'articolo 3 septies del Dlgs 502/92, come modificato dal Dlgs 229/99.

La rappresentanza politica e la "governance" da parte delle diverse istituzioni, con particolare riferimento alle associazioni intercomunali, è assicurata:

- per l'ambito sociale dalla *Conferenza di Ambito*;
- per il Distretto Sociosanitario dal *Comitato dei Sindaci di Distretto*;
- per il territorio dell'Unità Sanitaria Locale dalla *Conferenza dei Sindaci*;
- per la pianificazione regionale dalla *Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale*, a cui partecipano anche gli Amministratori delle Province.

ORGANI DI RAPPRESENTANZA	FUNZIONI	COMPETENZE
--------------------------	----------	------------

<b>CONFERENZA PERMANENTE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA E SOCIOSANITARIA</b>	Rappresenta le istanze dei Comuni, Province, Aziende sanitarie (e in particolari casi del Terzo Settore) nell'ambito della pianificazione sociale, sociosanitaria e sanitaria	Si esprime sugli aspetti organizzativi del sistema sociosanitario, sulla pianificazione triennale sociale, sanitaria e sociosanitaria, sulla valutazione dei progetti sociosanitari di rilievo sovradistrettuale o regionale.
<b>CONFERENZA DEI SINDACI</b>	Rappresenta i Comuni nella pianificazione sanitaria dell'ASL; fornisce macro indirizzi per la Pianificazione integrata di Distretto sociosanitario. E' dotata di supporto tecnico sociale e sociosanitario.	Si rapporta con la Direzione dell'Azienda Sanitaria, per il Piano di Salute e per gli indirizzi in materia di integrazione sociosanitaria. Per le attività sovradistrettuali, si avvale di un esecutivo composto dai Presidenti dei Comitati dei Sindaci di Distretto sociosanitario.
<b>COMITATO DEI SINDACI DI DISTRETTO SOCISOANITARIO</b>	Approva i Piani di Distretto Sociosanitario provvede all'allocazione delle risorse economiche per la <i>non autosufficienza</i> , per gli investimenti in conto capitale, per altre attività che sovra-ambito. Approva per la parte <b>sociosanitaria</b> il Piano delle Attività Territoriali (PAT). Si avvale del Direttore Sociale e del Direttore del Distretto sanitario.	Si rapporta con il Direttore dell'ASL per la predisposizione del Piano delle Attività territoriali (PAT). Si avvale di un esecutivo composto dai Presidenti di Ambito per il coordinamento delle attività di Ambito e ai fini della predisposizione della componente sociale del Piano di Distretto. Si rapporta con l'Unità Distrettuale per il Piano di Distretto, lo Sportello Integrato Sociosanitario, le attività per la non autosufficienza.
<b>CONFERENZA DI AMBITO</b>	Approva il Piano di Ambito; analizza e verifica le questioni di interesse dei Comuni dell'Ambito anche con riferimento al modello organizzativo	Si rapporta con l'Unità Distrettuale per incumbenti relativi il territorio dell'Ambito; nomina il coordinatore dell'Ambito e approva le proposte organizzative dei servizi sociali di base per i Comuni dell'Ambito.

**Le Province**, secondo la legge regionale 12/06, concorrono alla programmazione sociale collaborando al Piano Sociale Integrato e alla programmazione territoriale dei Distretti Sociosanitari, anche con il supporto agli Ambiti e ai Comuni di piccole dimensioni per la rilevazione dei bisogni e della domanda espressa dal territorio. In particolare raccolgono e organizzano le conoscenze dei dati sui bisogni e sulle risorse e si raccordano con i Distretti sociosanitari per il sistema informativo territoriale dei servizi sociali anche in ordine all'offerta assistenziale. Per gli aspetti di supporto alla pianificazione dei Distretti sociosanitari, le Province possono stipulare intese e accordi di collaborazione. Le Province, altresì, concorrono alla realizzazione di progetti integrati nel settore sociale per problematiche riferite ad area vasta.

Spetta poi alle Province, come compito proprio, la programmazione e realizzazione delle iniziative di formazione ed aggiornamento professionale, preventivamente programmate con i Distretti Sociosanitari e/o la Conferenza dei Sindaci, per gli operatori della rete dei servizi sociali e sociosanitari. In collaborazione con i Distretti le Province provvedono anche a programmi di formazione professionale e inserimento al lavoro delle fasce a rischio di esclusione sociale, avvalendosi, in prima istanza, della collaborazione dei soggetti del Terzo Settore.

Il quadro delle istituzioni pubbliche è completato con le **Aziende di Servizi alla Persona (ASP)**, che sono derivate dalla trasformazione delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB). La trasformazione, prevista dall'articolo 10 della legge 328/2000 e attuata con il decreto legislativo 4 maggio 2001, n.207 (*Riordino del sistema delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, a norma dell'articolo 10 della L. 8 novembre 2000, n.328*), è prevalentemente finalizzata a riportare una gestione efficiente e partecipata al territorio di tali istituzioni.

Le ASP svolgono attività assistenziali e sociosanitarie con il profilo di "Aziende di Servizi alla Persona", profilo pubblico che deve trovare un'efficienza ed una flessibilità di gestione più vicina ad un'organizzazione di tipo privatistico con particolare riferimento al pareggio di bilancio.

In termini operativi le ASP devono avere rapporti con:

- 1) i Distretti Sociosanitari partecipando in modo sistematico al processo di programmazione ed erogazione dei servizi sociosanitari
- 2) le attività sanitarie e sociosanitarie a favore delle reti integrate d'offerta del sistema sociale e sociosanitario
- 3) altri organismi pubblici e non, per dare luogo a sinergie operative e a processi sperimentali atti a migliorare i modelli assistenziali.

In particolare il ruolo delle ASP diviene determinante, laddove le stesse sono collocate in territori periferici e montani, al fine di sostenere anche forme di assistenza domiciliare e diurna difficilmente erogabili in maniera diretta dal servizio sanitario regionale.

Le ASP, tramite loro organismi rappresentativi, partecipano anche alla programmazione regionale.

### **Appendice sulle forme di Associazione Intercomunale**

Il Decreto Legislativo 18 agosto 2000, n. 267 "Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali", prevede agli articoli 30, 31, 32, 33 e 34, diverse forme giuridiche per la gestione associata dei servizi: convenzione, consorzi, unione di comuni, esercizio associato di funzioni e servizi, accordi di programma. Si riportano come orientamento ai lettori del Piano, le sintesi delle differenti forme associative.

*Convenzione:* è una delle forme più semplificate per svolgere in maniera associata e coordinata funzioni (programmazione) o gestioni di attività (es: assistenza domiciliare). Le convenzioni individuano le funzioni e i servizi che si svolgono d'intesa tra i Comuni, fissano i tempi, le forme di consultazione, i rapporti finanziari e gli obblighi reciproci tra i Comuni. Possono prevedere un *comune capofila*, *uffici comuni*, e il *distacco di personale* per lo svolgimento del servizio realizzato in convenzione.

*Consorzio:* è una forma organizzativa più complessa, che origina anche nuovi organi, con responsabilità politico-amministrative presupponendo una delega di ciascun Comune al Consorzio, che adotta apposito statuto per la disciplina del funzionamento, la nomina e le funzioni degli organi consortili: assemblea e consiglio di amministrazione. Al Consorzio possono partecipare anche Enti diversi dai Comuni. I consorzi sono utilizzati prevalentemente per opere pubbliche, bonifiche, etc.; negli anni '80 sono stati loro affidati anche servizi sociosanitari che coinvolgevano comuni, province e USL. Negli anni 2000, alcune regioni hanno individuato il consorzio per la gestione di aree con grandezza superiore alle ASL.

*Unioni di Comuni:* sono anch'esse un ulteriore organismo sovracomunale costituito da due o più Comuni per esercitare congiuntamente una pluralità di funzioni di loro competenza. Anche le Unioni hanno un proprio Statuto che ne disciplina gli organi e il funzionamento. L'unione ha la potestà di regolamentare anche i rapporti finanziari tra i Comuni e gli introiti derivanti dalle tasse, dalle tariffe e dai contributi provenienti dai servizi *affidati* all'Unione.

*Esercizio associato di funzioni e servizi*, si riferisce in maniera specifica alle norme regionali derivate dalle deleghe, come la legge regionale 12/06, che lo individua come la forma più idonea e meno burocratica per l'esercizio delle funzioni associate. Può essere, adottato da tutti i Comuni che compongono l'Ambito e il Distretto sociosanitario. Lo strumento che regola il rapporto tra i Comuni è la *convenzione* stipulata con un *comune capofila* per fruire, in base ad accordi finanziari e gestionali, del servizio dallo stesso organizzato.

*Accordo di programma*, è una modalità molto utilizzata per definire ed attuare opere, interventi o programmi che richiedono un'alta integrazione tra i diversi soggetti.

Può essere lo strumento con il quale i Comuni e ASL approvano il Piano delle Attività Territoriali dell'ASL, impegnandosi a sostenere impegni economici a rendere disponibile una struttura organizzativa su uno o più obiettivi da raggiungere.

Per l'adozione delle modalità associative è necessario prendere in considerazione principi e individuare criteri affinché l'associazione sia condivisa e resa produttiva per migliorare le *performance* dei servizi. Gli elementi di maggior rilievo da considerare sono:

1. Finalità e scopi dell'intesa;
2. Territorio coinvolto e sedi di erogazione delle prestazioni;
3. Funzioni, compiti e Organi politici e amministrativi dell'associazione intercomunale;
4. Regolamento per l'organizzazione e il funzionamento dei servizi e definizione delle prestazioni da erogare in forma associata;
5. Aspetti finanziari: partecipazione economica dei Comuni;
6. Atti e strumenti per consentire l'operatività comune: convenzioni, intese, etc;
7. Definizione della struttura professionale, individuando organismi per la elaborazione dei programmi;
8. Metodi e strumenti per la elaborazione dei Piani, aspetti operativi, sistema di qualità e verifiche, criteri per la riprogrammazione;
9. Ruolo e compiti del comune capofila e degli altri Comuni;
10. Modalità di accesso alle prestazioni da parte dei cittadini;
11. Criteri per il concorso alla spesa da parte degli utenti (con eventuali deroghe per le fasce di estrema fragilità);

La Giunta Regionale approva lo schema tipo di convenzione per la gestione associata degli Ambiti Territoriali Sociali.

#### 4. Le azioni di sistema per le politiche integrate: i Piani Regolatori Sociali

Troppo spesso gli interventi sociali sono stati confinati nella sfera assistenziale, senza una reale integrazione con i percorsi di salute e con politiche attive per la qualificazione professionale ed il lavoro, tali da affrancare buona parte dei cittadini da bisogni da bisogni economici, o ancora di politiche per migliorare la qualità della vita e la vivibilità quotidiana attraverso l'assetto urbano, la viabilità, i trasporti e la disponibilità abitativa, generando "rischi di esclusione" divenuti oggetto delle politiche assistenziali.

Una *comunità sociale* deve interpellare e orientare tutte le politiche che determinano la cittadinanza. In questa dimensione la 328/2000, non casualmente, assegna al Comune il compito di programmare, progettare e realizzare il sistema locale integrato di interventi e di servizi sociali. Ciò significa disegnare un "welfare urbano", finalizzato ad attuare un modello di convivenza solidale costruendo città e periferie percorse da "reti sociali".

In questi termini, grandi città metropolitane, prima Roma e recentemente, nella nostra regione, Genova, hanno sviluppato **Piani Regolatori Sociali** per progettare e realizzare sistemi cittadini di servizi e di interventi sociali. Questi Piani, rappresentano non solo uno strumento di programmazione ma di **lettura** delle politiche cittadine a partire dalla evoluzione del bisogno sociale, alla strutturazione della domanda, al rispetto dei diritti sociali e di standard urbani fondati su processi di sostenibilità sociale, ambientale e territoriale.

I piani regolatori sociali hanno lo scopo di analizzare il territorio sotto diversi aspetti, favorendo come finalità unitaria di tutte le politiche lo **sviluppo** di un *welfare comunitario* che realizzi in maniera integrata una **protezione sociale attiva**, capace di mettere in campo opportunità, servizi e trasferimenti economici a sostegno delle persone e delle famiglie.

I **piani regolatori sociali**, non sono riservati alle grandi città ma hanno dimensione che può coinvolgere, forse anche con maggior facilità, piccoli e medi centri e può diventare la dimensione di lettura dei bisogni e di strategia operativa dei Distretti Sociosanitari. Gli elementi da mettere in campo per questa sorta di politiche integrate, prevedono:

- a) un'analisi degli scenari cittadini: dal modello di sviluppo socioeconomico a quello urbano e delle reti di protezione sociale;
- b) l'individuazione di principi e obiettivi strategici per un arco di tempo misurabile dai tre ai cinque anni;
- c) le azioni di sistema da porre in essere per migliorare i diritti di cittadinanza;
- d) le responsabilità e i diritti sociali da promuovere;
- e) le azioni di welfare, con particolare riferimento all'integrazione delle politiche cittadine che producono "esclusione"
- f) l'uscita dalle emergenze e la lotta all'esclusione attraverso forme di integrazione con gli interventi sanitari, il monitoraggio e la consonanza con le politiche del trasporto, della viabilità, l'assetto urbano, le infrastrutture e l'abitare;
- g) l'individuazione di progetti obiettivo per realizzare le politiche integrate più frequenti: salute, scuola, lavoro.

##### 4.1 Le politiche integrate per migliorare la salute, l'autonomia della persona e facilitare l'inclusione sociale.

Nella comunità locale ogni persona è soggetto di "diritti" riconosciuti dalla collettività e finalizzati sia al benessere della persona, che a quello della intera comunità. La concezione di "cittadinanza", collegata alla titolarità di diritti, civili e sociali è quindi un concetto di inclusività nel contesto sociale. Misure di cittadinanza rivolte a tutta la popolazione presuppongono strategie di azione integrata e politiche unitarie di promozione e di aiuto alla persona per gli aspetti connessi, come si è già sottolineato, la **convivenza sociale**, la **salute**, **l'istruzione** e **il lavoro**.

Le connessioni tra politiche sociali e sanitarie sono da valutarsi sotto due profili: quello dei **valori** e quello **tecnico-organizzativo**. Nel profilo dei valori rientrano i concetti di *salute e di qualità della vita* e in quello tecnico-organizzativo la qualità del servizio e le migliori *performance organizzative* per rispondere ai bisogni della persona.

Le prestazioni sociosanitarie si rivolgono a persone definite "fragili" sul piano psico-fisico, in cui la struttura della salute non può essere disgiunta da azioni sull'ambiente, sulle condizioni economiche per la sopravvivenza, sulla rimozione della dipendenza, al punto tale che gli stessi interventi sanitari, se non supportati da azioni che facilitano il mantenimento o il reinserimento nell'ambiente di vita, avrebbero un'efficacia "limitata". Il modello sociosanitario diventa quindi l'unico capace di fornire una risposta al bisogno in una continuità di azioni che partono dalla prevenzione fino alla cura e alla riabilitazione lungo l'asse "*salute/benessere/inclusione sociale*".

Il DPCM 14.2.2001 esplicita le tipologie di prestazioni sociosanitarie richiamandosi alle definizioni del decreto legislativo 229/99:

1. **prestazioni sanitarie a rilievo sociale:** prestazioni proprie dell'area medica, psicologica, infermieristica e riabilitativa che si strutturano nell'ambito domiciliare extraospedaliero con particolare riferimento alle strutture diurne e residenziali;  
Tali prestazioni comprendono anche quelle ad *elevata integrazione sanitaria*, per la rilevanza terapeutica e la prevalenza dei fattori produttivi allocati nel sistema sanitario, rispetto alle altre componenti del processo assistenziale. Le aree ad elevata integrazione sanitaria sono quelle già richiamate nella disamina del decreto legislativo 229/99. In relazione ai *tempi* e all'*impegno assistenziale* le prestazioni si articolano in:
  - *trattamenti intensivi*, richiedenti un elevato impegno clinico, di tipo diagnostico, di cura e recupero, con tempi definiti, in cui sono prevalenti le funzioni terapeutiche e riabilitative. Il trattamento è effettuato in strutture residenziali e, laddove consentito, a domicilio;
  - *trattamenti estensivi o intermedi*, caratterizzati da un minor impegno terapeutico, con presa in carico multiprofessionale, elevata assistenza alla persona, per la prosecuzione del processo riabilitativo e di reinserimento sociale, con programmi assistenziali di medio/lungo periodo. I trattamenti sono effettuabili a domicilio e in sede residenziale extraospedaliera (es: RSA);
  - *trattamenti di lungo assistenza, o mantenimento*, per patologie cronico degenerative, caratterizzati da un costante impegno sociosanitario per limitare gli esiti del deterioramento, ai fini della miglior qualità di vita acquisibile. I trattamenti sono effettuabili a domicilio e in sede residenziale extraospedaliera, a fronte di programmi assistenziali a lungo periodo, verificabili nelle diverse fasi per modulare l'intensità delle prestazioni sanitarie, assistenziali e tutelari.
  
2. **prestazioni sociali a rilievo sanitario:** consistono in azioni atte alla rimozione di ostacoli di natura sociale e assistenziale, che impediscono l'ottimizzazione dei risultati di cura e riabilitazione.  
Sono considerate *prestazioni sociali a rilievo sanitario*:
  - gli *interventi di natura economica* che si configurano come "facilitanti" l'inclusione sociale e il superamento delle criticità socio-economiche, a favore dell'infanzia, dell'adolescenza, della famiglia, del disabile e dell'anziano;
  - l'*aiuto domestico familiare* e le forme di sostegno alla domiciliarità;
  - l'ospitalità di tipo "alberghiero" presso le strutture diurne e residenziali per persone con limitazione dell'autonomia *non assistibili a domicilio*.

L'Atto di indirizzo, richiamato agli articoli 2 e 4 della legge regionale 12/06 fissa, per le prestazioni indicate, anche i criteri di allocazione della spesa:

- a) sono a carico delle Aziende Sanitarie le *prestazioni sanitarie a rilievo sociale* e le *prestazioni ad elevata integrazione sanitaria*, perché ricomprese nei livelli essenziali di assistenza. Le ASL individuano nella quota capitaria le aliquote da dedicare alle prestazioni socio-sanitarie;
- b) sono a carico dei Comuni le *prestazioni sociali a rilievo sanitario*, che analogamente alle ASL debbono individuare, all'interno dei piani di zona, le risorse finanziarie da dedicare a tali prestazioni.

#### 4.2 Le politiche integrate per facilitare l'inserimento nella scuola, nella formazione e nel lavoro.

Le politiche integrate a favore della persona non rispondono solo ai bisogni di fragilità, ma hanno l'obiettivo di facilitare l'istruzione e l'avviamento al lavoro. Facilitare la scolarizzazione per tutto il ciclo dell'obbligo nei confronti delle persone con disagio sociale: dagli alunni con disabilità, ai minori stranieri ai nomadi e senza fissa dimora, ha lo scopo di prevenire fenomeni di analfabetismo e di "drop-out" agendo sul background familiare, sulla struttura socio economica dell'area territoriale di riferimento attraverso progetti integrati sociale/scuola che incidano sull'abbandono scolastico.

Il collegamento tra servizi sociali e diritto allo studio lo troviamo anche nel raccordo da attivare da parte dei Distretti e delle Istituzioni scolastiche tra la l.r. 12/06 e la l.r. 15/06 "*Norme ed interventi in materia di diritto all'istruzione e alla formazione*" che, all'articolo 15 (*Azioni regionali per gli alunni disabili*), stabilisce, da parte della Regione la promozione di azioni sperimentali da realizzarsi proprio con la partecipazione di Istituzioni Scolastiche, Terzo Settore e strutture di riabilitazione di cui all'art. 26 della legge 833/78 (Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale), per rendere effettivo il diritto all'integrazione scolastica e formativa degli alunni disabili, con il potenziamento dell'assistenza educativa e socio riabilitativa nelle scuole.

Alla prima formazione segue la qualificazione professionale ed il lavoro, in questi termini la centralità delle politiche del lavoro, i programmi dei Fondi strutturali europei e lo stesso Fondo sociale europeo, sono gli strumenti più idonei



per soddisfare i bisogni formativi delle fasce deboli, facendo sinergia con il mercato del lavoro e con l'impresa. In questo contesto assume un ruolo pregnante anche la cooperazione.

L'approccio delle politiche integrate per favorire l'avvio al lavoro, è al centro delle politiche europee e del FSE, con una visione che dalla stesura dei programmi (POR) pone in maniera strategica i rapporti e gli intrecci istruzione/formazione/lavoro. La redazione dei POR, che deve vedere coinvolti con la Regione e con le Amministrazioni Provinciali i Distretti sociosanitari, è l'occasione permettere in atto politiche occupazionali a più dimensioni:

- di qualificazione del lavoro;
- di stabilizzazione dell'occupazione;
- di rafforzamento dell'incontro tra domanda e offerta di lavoro.

Altri aspetti determinanti, soprattutto per le nuove generazioni che si affacciano al mondo del lavoro sono la "qualità" e l'"innovazione"; anche per questa parte le politiche sociali debbono essere propositive e servire da stimolo includendo nell'ambito di azione anche gli stessi servizi alla persona.

Le politiche integrate sono tanto più necessarie nella fase di transizione che stiamo vivendo di riposizionamento e di rilancio del nostro orizzonte produttivo. Il capitale umano non può non essere uno strumento fondamentale per introdurre la necessaria innovazione e ridare competitività al sistema delle imprese. Alti livelli di istruzione e di formazione non rappresentano solo nuove opportunità occupazionali per gli individui, ma sono fattori determinanti per lo sviluppo socio-economico locale e nazionale.

Generalizzando e modernizzando i sistemi di protezione sociale ponendosi l'obiettivo di migliorare anche l'adattabilità del mercato del lavoro, pone le basi affinché un numero sempre maggiore di persone arrivi e possa rimanere sul mercato del lavoro. In sintesi, la miglior politica per l'inclusione sociale, affrancando la persona dai bisogni economici dovuti a povertà o a limitatezza del reddito, è quella di migliorare l'istruzione e le competenze professionali per tutto il ciclo della vita attiva, aumentando gli investimenti nella ricerca e nel capitale umano in modo da innalzare la qualità e la stabilità dell'occupazione.

### **4.3 Collegamento con il Piano Operativo Regionale del Fondo Sociale Europeo (FSE) - Asse Inclusione Sociale**

Il piano operativo regionale del Fondo Sociale Europeo ha definito nella futura programmazione un asse specifico dedicandolo all' INCLUSIONE SOCIALE. E' evidente che le azioni, seppur rientranti nella tipica programmazione europea hanno una ricaduta positiva su tutto il sistema delle politiche sociali liguri sia nel senso di azioni promozionali che di vero e proprio sostegno. La programmazione regionale FSE si interseca territorialmente con le azioni che i distretti sociosanitari potranno attivare. I vantaggi di indispensabili sinergie, pur nella autonoma gestione programmatoria autonoma dei due piani, troveranno rispondenza sui destinatari delle diverse azioni regionali.

#### **Sintetica descrizione delle finalità generali in raccordo con le specificità del territorio**

Il perseguimento dell'inclusione sociale assume connotazioni particolari in Liguria, in ragione della molteplicità delle situazioni sociali e territoriali. Basti pensare all'incidenza delle migrazioni, differenziata per età e Paese di provenienza, oltre che per progetto migratorio, nelle varie aree della regione, alla concentrazione delle nuove povertà, al disagio sociale che si accompagna alla dispersione scolastica e alla precarietà occupazionale, oltre che al rischio di disoccupazione che minaccia quote non piccole di popolazione attiva. Si consideri inoltre che in Liguria molti indicatori di disagio di carattere più generale presentano valori allarmanti, come emerge dall'incidenza dei tossicodipendenti e degli alcolisti in trattamento, dal tasso di suicidi e tentativi di suicidio o dalle stime di lavoro sommerso.

Una concezione allargata di integrazione sociale impone pertanto di considerare l'inclusione scolastica, per le fasce preadolescenziali e adolescenziali e l'inserimento lavorativo, per quelle adulte, come strumenti di inclusione sociale per le numerose fasce in condizione o a rischio di marginalità e di articolare di conseguenza gli interventi, in stretta connessione con le politiche sociali e in molti casi anche con quelle territoriali. L'esperienza del passato ha mostrato il ruolo importante dei progetti integrati, mirati alle esigenze specifiche di target ben definiti; il loro costo è tuttavia mediamente elevato, mentre l'impatto sul fenomeno generale del disagio piuttosto modesto. Nel nuovo periodo di programmazione sarà dunque necessario unire ad interventi integrati mirati e ad esperienze pilota ulteriori azioni di portata più ampia, capaci di sostenere percorsi più complessi di uscita da condizioni di dipendenza, povertà o emarginazione, nonché azioni di sistema volte a contrastare la diffusione sul territorio di fattori potenzialmente produttori di disagio (dall'abbattimento del digital divide all'informazione e orientamento precoce, alla promozione di attività lavorative adeguate per durata e modalità prestazionali, all'inserimento di persone con ridotte capacità o disponibilità lavorative). In questo contesto i progetti realizzati con il Programma Equal rappresentano utili esempi sperimentali di integrazione tra politiche formative e sociali che hanno permesso la maturazione di competenze per la progettazione e attuazione di progetti integrati.

L'impatto dell'Asse sul contesto regionale sarà una riduzione dei fenomeni di esclusione sociale; in particolare il P.O. contribuirà alla riduzione dei tassi di disoccupazione (di tutta la forza lavoro ed in particolare delle donne, degli anziani e degli immigrati) e alla diminuzione dell'incidenza della disoccupazione di lunga durata e relativi tassi oltre che al contenimento dei fenomeni di dispersione scolastica dei giovani, in particolare di quelli immigrati con una riduzione del numero di giovani che lasciano prematuramente gli studi.

### **Priorità**

Si è scelto quale priorità strategica il potenziamento e l'inclusione sociale delle persone svantaggiate ai fini della loro integrazione sostenibile nel mondo del lavoro e combattere ogni forma di discriminazione nel mercato del lavoro. Ciò può essere meglio esplicitato attraverso alcune linee di indirizzo che la regione potrà definire:

1. Coordinamento tra le politiche di inclusione sociale, del lavoro, occupazionali, economiche e territoriali attraverso il partenariato tra soggetti portatori di istanze integrabili anche a livello locale
2. Sostegno all'inclusione sociale attraverso azioni di accompagnamento all'inserimento e reinserimento nel mercato del lavoro delle persone disabili e svantaggiate, realizzando politiche attive per il lavoro rivolte ai lavoratori espulsi, agli over 45, alle donne over 40, ai disoccupati di lunga durata, giovani senza titolo di studio, immigrati e fasce deboli
3. Rafforzamento delle professionalità impegnate nella realizzazione degli interventi dedicati alla promozione dell'inclusione sociale (progetti integrati)
4. Diffusione e trasferimento dei risultati raggiunti con i progetti pilota per le pari opportunità e mainstreaming delle pari opportunità attraverso il collegamento con le altre politiche (sociali, territoriali, aziendali).

### **Obiettivi specifici e attività regionali**

1. Combattere le forme di esclusione sociale e favorire l'inserimento socio-lavorativo dei soggetti a rischio di marginalità.
2. Favorire l'inserimento nel mercato del lavoro, anche agevolando l'accesso all'istruzione e alla formazione, dei soggetti a rischio di marginalità e a rischio di esclusione sociale.
3. Favorire lo sviluppo e la crescita delle comunità locali quali strumenti per l'accompagnamento all'inclusione sociale e alla rimozione delle discriminazioni nell'accesso al mercato del lavoro.
4. Promuovere l'emersione del lavoro irregolare.
5. Favorire l'inclusione nel mercato del lavoro dei migranti.

Per il conseguimento degli obiettivi specifici saranno attuate diverse tipologie di intervento, anche integrate tra loro, tra le quali si possono annoverare a titolo esemplificativo quelle di seguito elencate:

- Percorsi individuali, personalizzati e flessibili, di accoglienza, orientamento, counselling, accompagnamento in impresa
- Interventi integrati (orientamento, formazione, accompagnamento, aiuti all'occupazione, creazione d'impresa) rivolti all'inserimento dei soggetti svantaggiati nel mercato del lavoro
- Consolidamento e sviluppo di servizi integrati (per la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, gestione della diversità, cura e sostegno sociale)
- Percorsi integrati volti a favorire l'occupabilità dei giovani fuoriusciti precocemente dal sistema educativo
- Interventi di accompagnamento e assistenza alle imprese sociali (coaching, counselling, tutoring, incubatori d'impresa, start up aziendale, spin off, etc...)
- Interventi di informazione e sensibilizzazione finalizzate all'inclusione scolastica, sociale e culturale della popolazione immigrata
- Interventi di potenziamento a livello locale dell'integrazione tra servizi e politiche educative, della formazione professionale, del lavoro e dell'inclusione sociale
- Interventi di formazione volti a prevenire e contrastare rischi di nuove divisioni come effetto del digital divide
- Interventi volti a favorire l'emersione del sommerso
- Interventi volti a migliorare la programmazione delle politiche del lavoro a favore dei soggetti svantaggiati, anche attraverso la promozione di reti territoriali
- Servizi specialistici per l'orientamento dei disabili e dei soggetti svantaggiati
- Promozione di misure di accompagnamento e di occupabilità, servizi di sostegno, collettivi e di assistenza, finalizzati ad agevolare l'inserimento nel mdl dei soggetti appartenenti a famiglie al di sotto della soglia di povertà

## Potenziali destinatari

Gli interventi saranno diretti a persone portatrici di handicap fisici e mentali – detenuti ed ex detenuti – cittadini extracomunitari – nomadi – tossicodipendenti ed ex tossicodipendenti – sieropositivi – persone appartenenti a minoranze etniche – alcolisti ed ex alcolisti – persone inquadrabili nei fenomeni di nuova povertà, persone senza fissa dimora o in condizioni di povertà estrema – prostitute e transessuali – giovani a rischio di dispersione scolastica e formativa, adulti con basso titolo di studio, disoccupati over 45, personale che opera nei servizi sociali (incluso terzo settore) – formatori, operatori scolastici, operatori dei centri per l'impiego, mediatori, datori di lavoro, parti sociali, famiglie

### 4.4 Le politiche integrate per l'immigrazione

Il concetto di inclusione sociale esprime, meglio di altri, la filosofia di fondo delle politiche dirette alla popolazione "migrante", politiche che dovranno essere finalizzate a consentire/favorire la possibilità di un processo di stabilizzazione sui territori della regione degli immigrati in termini di:

- accoglienza
- sostegno all'alloggio
- accesso ai servizi
- diritti di cittadinanza

A partire dal quadro tuttora vigente dettato dalle norme previste nel T.U 286/98 - come modificato dalla legge 189/2002 – e dalle problematiche territoriali emerse, si possono definire alcuni ambiti prioritari di intervento sui quali concentrare l'attenzione:

- garantire una parità sostanziale di accesso e di trattamento relativamente ai diritti civili e sociali per la popolazione di origine straniera (assistenza sanitaria, alloggio, istruzione, formazione e lavoro), eliminando forme di discriminazione e razzismo;
- garantire pari opportunità di accesso ai servizi;
- favorire nel contesto territoriale di appartenenza, il reciproco riconoscimento della cultura, della religione e della lingua;
- garantire forme di tutela dei diritti con riferimento a particolari situazioni di vulnerabilità, anche per ovviare a forme di devianza e disadattamento (donne, minori, minori non accompagnati, vittime di tortura, vittime della tratta, richiedenti asilo, rifugiati e profughi, irregolari, persone con particolari problemi di salute, disoccupati con particolari problemi di reinserimento nel mercato del lavoro, anziani, ecc.);
- promuovere la partecipazione alla vita pubblica locale, per un ruolo responsabile dell'immigrato nella comunità locale che lo accoglie.

In data 20 febbraio 2007 la Regione Liguria ha approvato la legge n. 7 "Norme per l'accoglienza e l'integrazione sociale delle cittadine e dei cittadini stranieri immigrati", che evidenzia il ruolo della Regione nell'attuazione dei principi costituzionali relativi alla difesa dei diritti fondamentali della persona umana e nel rendere effettivo l'esercizio dei diritti di cittadinanza, pari opportunità nell'accesso ai servizi e parità di genere.

La Regione Liguria in particolare interviene per:

- a) eliminare ogni forma di razzismo o di discriminazione;
- b) valorizzare la consapevolezza dei diritti e dei doveri connessi alla condizione di cittadino straniero immigrato, come disciplinata dalle convenzioni internazionali in materia di diritti dell'uomo, dall'ordinamento europeo ed italiano;
- c) garantire l'accoglienza e l'effettiva integrazione sociale, con particolare attenzione ai processi di inserimento sociale e alle forme di tutela rivolti a donne e minori;
- d) garantire pari opportunità di accesso ai servizi, in particolare alle prestazioni sanitarie ed assistenziali, all'istruzione ed alla formazione professionale, al lavoro e all'abitazione;
- e) favorire la formazione e la riqualificazione professionale e promuovere il riconoscimento e la valorizzazione delle competenze, dei saperi e delle esperienze formative acquisite nei Paesi di provenienza o comunque all'estero;
- f) garantire forme di tutela dei diritti con riferimento a particolari situazioni di vulnerabilità socio economica;
- g) assicurare pari valore e pari condizioni al genere femminile;
- h) garantire la tutela dei minori stranieri, con particolare attenzione per quelli non accompagnati;
- i) favorire la comunicazione e la reciproca conoscenza tra cittadini stranieri immigrati ed italiani, singoli od associati, e il reciproco riconoscimento e la valorizzazione delle identità culturali, religiose e linguistiche;
- j) promuovere la partecipazione alla vita pubblica locale, con particolare attenzione all'equilibrio di genere ed alle aree di provenienza;

- k) acquisire la conoscenza sul fenomeno migratorio proveniente da Stati non appartenenti all'Unione Europea, anche ai fini dell'inserimento nel mercato del lavoro;
- l) contrastare i fenomeni che comportano per i cittadini stranieri immigrati situazioni di violenza o di grave sfruttamento;
- m) favorire l'associazionismo diffuso tra le comunità migranti.

La l.r. 7/07, all'articolo 7 istituisce la Consulta Regionale per l'integrazione dei cittadini stranieri immigrati con il compito di formulare proposte e pareri in merito a studi e approfondimenti, problematiche, interventi e iniziative di settore afferenti alle aree tematiche che interessano l'immigrazione.

#### **4.5. Le politiche integrate per il contrasto al disagio economico**

Le politiche sociali oggi, si trovano a far fronte a fenomeni strutturali quali l'alloggio, l'indebitamento e il sovraindebitamento per una parte di popolazione in precarie condizioni di lavoro, con occupazioni saltuarie, famiglie numerose o famiglie con presenza di persone con gravi disabilità e non autosufficienza.

La casa è un problema primario dovuto alla quantità e qualità degli alloggi accessibili alle popolazioni meno favorite. Su questo piano investimenti pubblici, anche di rinnovamento dell'attuale patrimonio (non sono da trascurare in questo campo i patrimoni delle ASP), accordi con i privati e azioni di sostegno agli affitti, possono ridurre il numero delle persone "escluse".

Collegati all'alloggio ma anche all'acquisizione di beni di consumo, talvolta nemmeno primari, ma dovuti alla "cultura dei consumi" si assiste a forme di indebitamento e sovraindebitamento che portano le famiglie a richiedere l'intervento dei servizi sociali o delle associazioni caritative per superare momenti di povertà. A questo scopo, oltre alla rimozione delle cause di indebitamento si possono mettere in atto forme "credito positivo" (*microcredito*) che consentano di identificare la capacità individuale di rimborso di ciascun debitore portando al superamento di situazioni transitorie di povertà.

Ed infine, sul piano "educativo", lo sviluppo di buone prassi in materia formazione del consumatore (giovani e giovani famiglie), sulle possibilità di spesa collegate alle disponibilità economiche, possono coadiuvare positivamente le azioni pubbliche in materia di lotta all'indebitamento.

Vanno poi ricordati gli interventi stabili a favore dell'autosufficienza economica dove le amministrazioni pubbliche dovrebbero superare le forme di "sussidio economico" orientate a sostenere il reddito, per andare verso interventi stabili di contrasto alla povertà quali il "reddito minimo". Certamente queste forme richiedono una responsabilità del fruitore, particolarmente se in età attiva di lavoro, a ricercare condizioni di occupazionalità anche frequentando corsi di qualificazione e riqualificazione.

In futuro, per la maggiore precarietà e flessibilità del lavoro le nuove generazioni potranno trovarsi di fronte a processi di impoverimento, anche transitori, quindi una *contrattualità* tra l'aiuto erogato e l'impegno a rientrare nel mercato del lavoro si renderanno indispensabili. In questa contrattualità possono rientrare anche forme sperimentali da applicarsi oggi all'uscita dal lavoro da parte di ultrasessantenni per i quali l'allungamento della vita imporrebbe l'adozione di politiche che promuovano "l'invecchiamento attivo" con fuoruscita dal lavoro articolata: dal part-time, alle riduzioni d'orario, all'impiego in attività di formazione dei nuovi assunti.

Infine, la realizzazione di una misura di contrasto della povertà e dell'esclusione sociale va inserita, anche in attuazione delle direttive dell'Unione Europea, organicamente nel sistema di offerta di ambito territoriale e da gestire in modo integrato con altre forme di intervento.

#### **4.6. Le politiche integrate per le pari opportunità**

I mutamenti della società e la sempre maggiore consapevolezza delle istituzioni della necessità di tutela di tutte le diversità e complessità individuali richiedono un adeguamento delle politiche ai bisogni sempre più articolati e complessi che considerino la persona nella sua globalità, anche di relazione, e assicurino azioni volte alla prevenzione condivisa tra le competenze dei diversi assessorati, mettendo in relazione vari ambiti, dalle forze dell'ordine alle istituzioni, al mondo della scuola.

L'obiettivo è la realizzazione delle pari opportunità fra i cittadini e lo sviluppo di una società solidale, in cui i diritti siano esigibili e sia rafforzata la coesione sociale che caratterizza la comunità regionale e che rappresenta un importante fattore di crescita.

La Regione Liguria, con un recente intervento normativo "**Interventi di prevenzione della violenza di genere e misure a sostegno delle donne e dei minori vittime di violenza**"(l.r. 12/2007), ha voluto dare un primo forte segnale sul

fenomeno della violenza di genere e chiama ad un maggiore senso di responsabilità della regione stessa e delle istituzioni pubbliche liguri a mettere in atto iniziative e azioni in grado di affrontare tale problema.

La Regione, pertanto, nell'ambito delle attività di programmazione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari, individua tra gli obiettivi di benessere sociale da perseguire, il contrasto e la prevenzione della violenza di genere e le misure a sostegno delle donne e dei minori che ne sono vittime.

Le Province, i Comuni e le Aziende Sanitarie, attraverso i Distretti Sociosanitari, promuovono e realizzano le attività volte a contrastare il fenomeno della violenza e individuano i centri anti violenza quali strumenti operativo territoriale e punti di riferimento facilmente individuabili per donne e minori che subiscono o hanno subito maltrattamenti e abusi, nei quali trovare sicurezza, informazioni utili e sostegno concreto. Le Province, ove richiesto, possono svolgere anche funzioni di coordinamento tra i diversi soggetti per le progettualità che prevedono un loro coinvolgimento.

In particolare le Province, sulla base degli indirizzi regionali, individuano i bisogni formativi degli operatori e realizzano le idonee iniziative di formazione professionale.

Nell'ambito dell'Osservatorio Regionale delle Politiche Sociali è inoltre istituita un'apposita sezione rubricata "Osservatorio regionale sulla violenza alle donne ed ai minori" che si avvale degli Osservatori provinciali, sulla violenza alle donne e ai minori, laddove istituiti.

## **5. Diritti di cittadinanza, diritti sociali e sociosanitari: un sistema di tutele a favore del cittadino.**

Il quarto comma dell'articolo 22 della L. 328/00, dispone che le leggi regionali di applicazione della medesima legge, prevedano comunque - tenuto conto anche delle aree urbane o rurali - l'erogazione delle seguenti tipologie organizzative e l'erogazione delle relative prestazioni essenziali:

- a) segretariato sociale (informazione, orientamento e consulenza sulla rete dei servizi sociali);
- b) servizio sociale professionale;
- c) assistenza domiciliare;
- d) servizio di pronto intervento sociale per situazioni di emergenza personali e familiari;
- e) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti fragili;
- f) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

Le Regioni, come abbiamo potuto esaminare nel precedente capitolo, anche sulla scorta dei confronti con le Autonomie Locali, hanno ritenuto illustrare nel documento del 2003 i livelli di assistenza analizzando non solo il quarto comma dell'articolo 22 della legge 328/2000, ma anche il primo e secondo comma, (dove si elencano gli interventi che costituiscono "i livelli essenziali delle prestazioni sociali"), allargando il ventaglio dell'offerta di servizi, con un maggior numero di interventi come sotto riportato:

- Servizi di informazione e consulenza per l'accesso alla rete integrata
- Servizio Sociale Professionale
- Servizi sociali di Pronto intervento per situazioni di emergenza personali e familiari
- Servizi educativo assistenziali e di promozione della socialità
- Interventi per contrastare vecchie e nuove povertà e favorire l'inclusione sociale
- Servizi di aiuto e sostegno familiare per favorire la permanenza a domicilio
- Strutture e centri di assistenza e accoglienza a ciclo diurno
- Strutture di assistenza e accoglienza residenziali o a ciclo continuativo.

La l.r. 12/06 al comma 2, art. 4, prevede che il Distretto Sociosanitario assicuri anche le prestazioni sociosanitarie definite dall'articolo 3-septies del d.lgs 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, atte a soddisfare bisogni di salute di ogni persona che richiedono congiuntamente anche azioni di protezione sociale. In particolare il Distretto assicura a favore di minori, anziani, disabili, pazienti psichiatrici, persone con dipendenza da alcool, droghe e farmaci, malati terminali, persone con patologie da HIV:

- a) assistenza ambulatoriale e specialistica;
  - b) assistenza domiciliare anche integrata con la componente socioassistenziale;
  - c) assistenza residenziale e semiresidenziale anche integrata con la componente socioassistenziale;
- assistenza penitenziaria.

## **6. Dal Welfare State alla Welfare Community: orientamenti per la pianificazione locale dei servizi alla persona.**

Il termine partecipazione è spesso non compreso nel suo reale significato e ciò, può creare molti equivoci: è utile quindi, in sede di piano, richiamare gli aspetti che possono delineare il concetto di partecipazione del cittadino e

delle sue forme organizzate articolando anche le funzioni attraverso le quali le persone si autorganizzano per concorrere alla vita della comunità.

E' ormai superato l'approccio alla partecipazione degli anni '70 che significava "essere nei processi", con una maggior importanza data alla presenza più che al risultato raggiunto.

Nei processi di riproduzione sociale si persegue la costruzione di un tessuto di relazioni contrassegnate dai diritti di cittadinanza e dalla responsabilità di ciascuno di "fare" e di "fare insieme": le politiche sociali rappresentano quindi la sintesi delle interrelazioni tra le persone e per le persone.

L'approccio culturale del nostro tempo non può prescindere dai processi di trasformazione sociale che da qualche decennio caratterizzano l'Italia e la nostra Regione. La trasformazione sociale in atto configura processi di profondo cambiamento nei modi di produrre e di vivere: a pochi sono offerte vaste opportunità e diverse possibilità identitarie mentre ad altri, meno dotati, si offre isolamento, precarietà e forme di deprivazione culturale. Per tali motivi, oggi più di ieri - nella società globalizzata - si creano maggiori fasce di emarginazione.

Le nuove condizioni di globalizzazione sono mobili, dinamiche, complesse ed in esse le appartenenze di censo, di classe e di vicinato sono meno forti e univoche. Serve quindi un orientamento culturale e sociale maggiormente promozionale, non guida, ma supporto per affrontare i cambiamenti, dando alla partecipazione e alla responsabilità civile del cittadino un ruolo centrale nell'orientare e non subire gli aspetti più difficoltosi del cambiamento.

Non si tratta di proporre solo ammortizzatori economici o sociali per superare rischi ed esclusioni, ma di ascoltare anche i più deboli e gli esclusi nel programmare le politiche sociali. Promuovere la partecipazione significa ascoltare la domanda e le aspettative degli individui, delle famiglie e dei gruppi sociali.

La credibilità di questo percorso di *partecipazione* sta nel consentire agli individui che si "impegnano", l'aumento delle loro "possibilità di scelta" con maggiori opportunità di realizzare il loro progetto di vita "insieme" e non in antitesi con gli altri.

In questi termini, le politiche sociali assumono la promozione dell'autonomia della persona come obiettivo regolatore della rete dei servizi e la partecipazione del cittadino delle famiglie e dei gruppi diventa condizione discriminante per raggiungere esiti positivi degli interventi sociali.

Il cittadino, anche quello più deprivato, non è un *vaso vuoto da riempire*, ma comunque una risorsa, per evitare forme di assistenzialismo passivo, pertanto, in un welfare comunitario, andranno considerate e valorizzate le sue capacità, anche residue, per "ricominciare" dopo processi di vita negativi. Solo fornendo servizi e opportunità appropriate, la persona esclusa potrà concorrere alla progettazione e alla realizzazione di un "progetto di vita".

Si deve aggiungere alle considerazioni evidenziate anche l'attivazione di nuove risorse che il processo di partecipazione favorisce: dal lavoro volontario, alle forme di auto-aiuto e di auto-organizzazione, come capitale sociale che si aggiunge a saperi, competenze, reciprocità e fiducia possedute dai cittadini che chiedono e da quelli che possono offrire la loro opera.

In sintesi, la partecipazione deve essere assunta come un processo *impegnativo* per gli Enti e per i cittadini, nel quale, a fronte di obiettivi definiti e concreti, sono collocate assunzioni di responsabilità reciproche, in tempi dati e con scadenze verificabili.

I momenti attraverso i quali può articolarsi la "partecipazione" e che coinvolgono la cittadinanza sociale sono così riassumibili:

- informazione sulla rete dei servizi;
- comunicazione interattiva con i cittadini;
- conoscenza sui vincoli collegati alla fruizione delle prestazioni;
- concorso di gruppi sociali alla progettazione dei servizi;
- consultazioni della cittadinanza sui programmi assistenziali realizzati o da porre in essere;
- assunzione di compiti e responsabilità da parte dei cittadini nella rete dei servizi.

Per attivare i processi di partecipazione descritti è indispensabile una elaborazione e uno sforzo congiunto (ognuno per i propri compiti e responsabilità) da parte della Pubblica amministrazione e da parte delle organizzazioni e associazioni di rappresentanza sociale, culturale, sindacale ed economica.

Proporsi di attivare tutte le risorse della comunità (in primis quelle dei cittadini e delle famiglie) è la condizione per affermare un sistema di *governance*, dove la regia pubblica persegue a trecentosessanta gradi la valorizzazione e l'assunzione di responsabilità di tutti gli attori sociali.

Passare da uno "stato sociale" di redistribuzione a pochi (meno abbienti), di risorse residuali (beni e servizi), ad una collettività che propone e offre opportunità ai più deboli con la funzione della Pubblica Amministrazione di garantire comunque diritti sociali attraverso i livelli essenziali di assistenza, significa impiegare al massimo il capitale sociale e realizzare la *welfare community*, ovvero una comunità solidale.

## 7. Il ruolo del Terzo Settore

Di fronte alla difficile situazione del Paese, l'importanza del Terzo Settore è cresciuta considerevolmente in quasi tutti i campi di attività: dai servizi di cura e di assistenza ad altri campi quali servizi formativi e culturali, pratica sportiva, commercio equo e solidale, promozione culturale e turistica: in breve, l'universo *no profit* è una realtà viva caratterizzata da una soggettività autonoma, fondata sulla volontà di rispondere alla richiesta di "beni relazionali" in un'ottica profondamente solidaristica.

Interpretare e rispondere ai bisogni di tutela, cultura, formazione permanente, benessere ambientale, significa anche creare opportunità di nuove e qualificate attività e forme di lavoro. Questo intreccio tra sviluppo sociale ed economico è un tratto proprio ed irrinunciabile del "modello europeo" che il Terzo Settore ha saputo ben interpretare anche ai fini della coesione sociale come determinante per lo sviluppo dei processi economici.

Il ruolo che caratterizza le organizzazioni che si richiamano al terzo settore è quindi quello di *essere soggetti organizzati su base democratica e partecipata*, che operano nei processi dello sviluppo economico e sociale, producendo socialità, beni relazionali, processi di organizzazione sociale.

La funzione strategica di tali organizzazioni comprendenti associazioni e forme di cooperazione, motiva un impegno comune di interlocuzione con le istituzioni pubbliche per il riconoscimento, il sostegno, la promozione dei diritti civili e sociali (livelli essenziali), che non significa sostituzione dell'Ente pubblico, ma arricchimento, partecipazione e concretizzazione della *welfare community* e quindi della sussidiarietà orizzontale precedentemente illustrata.

In questo contesto ad oggi non adeguatamente regolato a livello nazionale, che la regione intende regolare con apposita legge, si sono prodotte anche situazioni di uso improprio dell'associazionismo e del volontariato che il presente piano non intende perpetuare, a favore di una chiarezza che offra specifico ruolo a tutte le componenti del Terzo Settore; è utile, pertanto, rafforzare il ruolo dell'Osservatorio regionale sul volontariato.

La modernizzazione delle politiche sociali, collegata alla legge 328/2000, ha come obiettivi fondamentali la promozione di un welfare delle responsabilità e la valorizzazione della capacità dei cittadini di auto-organizzarsi attraverso opportune forme.

In una fase di difficoltà complessiva del bilancio pubblico, la politica fiscale, anche se particolarmente ponderata e selettiva, non può ignorare i "consumi sociali delle famiglie" che vanno invece incentivati con la contribuzione di soggetti privati che affrontano iniziative di carattere sociale e solidale, tese a produrre effetti redistributivi nonché a premiare e sostenere comportamenti socialmente ed economicamente virtuosi.

Nei termini indicati il presente piano individua alcuni principi per valorizzare il ruolo del terzo settore:

- ogni forma organizzata deve svolgere il ruolo assegnato dalle norme statutarie;
- la pubblica amministrazione deve favorire una sussidiarietà positiva con i corpi sociali intermedi e le iniziative dei cittadini, per realizzare l'universalismo dei diritti sociali;
- l'azione pubblica deve mobilitare responsabilità e creatività civile, per allargare la capacità di innovazione;
- il Terzo Settore deve salvaguardare i diritti dei lavoratori e non produrre forme di precarizzazione del lavoro;
- la pubblica amministrazione deve favorire, in luogo della semplice esternalizzazione (o delle gare al massimo ribasso), la co-progettazione e la qualità dell'offerta, con assunzione di specifiche responsabilità da parte dei soggetti del Terzo Settore.

Gli organismi ricompresi nel Terzo Settore, allo stato della legislazione nazionale e regionale sono i seguenti:

- a) associazioni di volontariato;
- b) associazioni di promozione sociale;
- c) cooperative sociali;
- d) imprese sociali.

A questi vanno aggiunti gli Enti e le Associazioni facenti capo a Confessioni religiose con le quali lo Stato abbia stipulato patti, accordi o intese.

Ciascuno degli organismi individuati alle lettere a), b), c), ha una propria disciplina nazionale e regionale, mentre le imprese sociali sono di recente regolazione solo a carattere nazionale. Ogni forma organizzata ha una funzione primaria che spesso, in mancanza di norme ben definite sui ruoli, può causare la sovrapposizione degli stessi. Al fine di chiarire competenze e compiti degli organi sopra citati, la Regione ha in corso di approvazione un Testo Unico sul Terzo Settore che, disciplinando il ruolo proprio di ciascuna forma organizzata, impedisce sovrapposizioni, ma soprattutto vuole salvaguardare professionalità e qualità dell'operare e impedire aspetti di precarizzazione del lavoro.

La legge 328/2000 prevede per gli organismi del Terzo Settore e per la cooperazione in particolare, un ruolo di grosso rilievo, sotto il profilo della co-programmazione con esternalizzazioni della gestione delle attività sociali. Il ruolo di co-progettazione è un ruolo nuovo rispetto a quello tradizionale posto in essere prevalentemente con le esternalizzazioni in quanto significa interpretare l'assunto che il terzo settore è una forma di espressione della collettività sociale, e, in quanto tale va utilizzato non solo in sostituzione della gestione pubblica, ma per acquisire forme di partecipazione diretta proprie della *welfare society*, incluse opportune forme di co-finanziamento.

Nel senso indicato, il DPCM 30 marzo 2001 emanato in attuazione dell'articolo 5, commi 3 e 4, della citata legge 328/2000, fornisce *linee di indirizzo per l'affidamento dei servizi alla persona* agli organismi del terzo settore; nel decreto, infatti, l'apporto delle strutture appartenenti al terzo settore diventa sistematico e non più "occasionale", con una impostazione che permette di allargare il ventaglio dell'offerta assistenziale, di disporre di servizi flessibili e più adattabili alle esigenze della domanda, consentendo contemporaneamente anche occasioni di impiego.

Il DPCM precisa comunque che il ricorso al Terzo settore, o all'impresa sociale, non deve essere acritico, ma deve tendere a:

- favorire la pluralità di offerta dei servizi e delle prestazioni, nel rispetto dei principi di trasparenza e semplificazione amministrativa;
- promuovere il miglioramento della qualità dei servizi e degli interventi, anche attraverso la definizione di specifici requisiti di qualità;
- favorire l'utilizzo di forme di aggiudicazione o negoziali che consentano la piena espressione della capacità progettuale ed organizzativa dei soggetti del terzo settore.

Sugli aspetti della selezione dei soggetti erogatori il DPCM del 30 marzo 2001, che viene fatto proprio anche dalle presenti scelte di Piano, invita i Comuni che debbono acquistare o affidare servizi ad attenersi a quanto stabilito dall'articolo 11 della Legge n. 328/2000 (autorizzazione e accreditamento) e a valutare l'offerta qualitativamente ed economicamente più vantaggiosa, subordinandola comunque alla presenza dei seguenti elementi:

- formazione e qualificazione del personale ed esperienza professionale degli operatori coinvolti;
- modalità adottate per il contenimento del turn-over degli operatori;
- strumenti di qualificazione organizzativa del lavoro;
- conoscenza dei problemi sociali del territorio e delle risorse della comunità.

Come aspetti collaterali, facilitanti la progettazione, il DPCM sul Terzo Settore invita le amministrazioni locali che nel caso ligure si traducono nei Distretti sociosanitari, a programmare sistematicamente:

- il fabbisogno di servizi;
- un elenco di fornitori di servizi autorizzati ai sensi dell'articolo 11 della legge n. 328 del 2000, che si dichiarino disponibili ad offrire i servizi alla persona secondo tariffe e caratteristiche di qualità;
- azioni di pubblicità e trasparenza e di libera concorrenza tra i soggetti privati, privilegiando procedure di aggiudicazione negoziate che permettono di valorizzare e valutare gli elementi di qualità.

Nel sottolineare gli strumenti per l'aggiudicazione di servizi, il decreto suggerisce ai Comuni l'indizione di "istruttorie pubbliche" per la co-progettazione dei servizi. L'istruttoria pubblica viene individuata come il procedimento che facilita maggiormente l'amministrazione condivisa, la governance e l'integrazione tra produttori ed acquirenti in materia di servizi alla persona.

Ed infine il decreto sottolinea che agli indirizzi impartiti sull'esternalizzazione dei servizi debbono conformarsi, per quanto possibile, anche le Aziende Sanitarie, ciò potrà solo facilitare nel caso ligure, la gestione unitaria di servizi integrati da parte dei Distretti Sociosanitari.



Nell'attività di programmazione e pianificazione distrettuale, il Comitato dei Sindaci di Distretto Sociosanitario coinvolge le organizzazioni di terzo settore presenti sul territorio, nonché altri soggetti che concorrono alla realizzazione del sistema integrato di servizi, al fine di favorire la partecipazione alle scelte strategiche ed alle priorità.

### **Consulta Regionale del Terzo Settore**

La l.r. 12/2006, all'art.17, ha istituito la Consulta Regionale del Terzo Settore.

La Consulta è chiamata a partecipare alla programmazione regionale, sia attraverso la formulazione di pareri e proposte agli atti promossi dalla Regione, sia attraverso la definizione delle modalità mediante cui il Terzo Settore porta il proprio specifico contributo per realizzare la co-programmazione del Distretto Sociosanitario.

La Consulta è quindi luogo di elaborazione in merito ai temi della partecipazione e della cooperazione per realizzare un welfare plurale delle responsabilità condivise, dando contenuto all'attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale, promuovendo le risorse della comunità locale nella progettazione e realizzazione del sistema integrato

### **Partenariato Sociale**

Il contributo del partenariato, sia istituzionale sia economico e sociale, nonché il confronto con gli altri portatori di interesse, è da considerarsi strategico per la valorizzazione delle politiche cofinanziate dal Fondo Sociale Europeo. Esso prevede il costante coinvolgimento dei partner in tutte le fasi della programmazione, a partire dalla predisposizione dei programmi operativi fino alla fase di monitoraggio all'interno dell'apposito Comitato di Sorveglianza.

L'Autorità di Gestione del partenariato incoraggia l'adeguata partecipazione e l'accesso dei partner sociali e dei soggetti del Terzo settore (associazioni, società cooperative, organizzazioni di volontariato, fondazioni, Organizzazioni Non Governative (ONG), altri enti di carattere privato senza scopo di lucro) alle attività finanziate, particolarmente nei settori dell'inclusione sociale, della parità di genere e delle pari opportunità.

L'attività di partenariato svolta nel percorso di definizione dei programmi operativi consente una partecipazione attiva dei soggetti istituzionali e delle componenti del partenariato economico e sociale e del terzo settore alle scelte strategiche ed alla priorità individuate dalla Regione.

L'Autorità di Gestione assicura il coinvolgimento delle parti economiche e sociali e degli altri portatori d'interessi in tutte le fasi di preparazione, attuazione, sorveglianza e valutazione del Programma Operativo.

E' assicurato a livello politico e tecnico il riconoscimento pieno, attivo e permanente del partenariato socio economico in tutte le fasi di attuazione della politica regionale; tale coinvolgimento ha luogo nelle sedi formali di confronto già esistenti (o da costituire) a livello regionale.

Fanno complessivamente parte del partenariato socio-economico le organizzazioni datoriali maggiormente rappresentative, le organizzazioni di rappresentanza dei lavoratori, le organizzazioni di rappresentanza del "terzo settore", del volontariato e del no-profit e quelle di promozione delle pari opportunità.

A livello settoriale / regionale / provinciale e locale, possono essere inoltre invitati a partecipare i soggetti espressione di specifici interessi presenti sul territorio. In relazione alle necessità attuative del Programma Operativo, soprattutto a livello locale, il partenariato può essere esteso anche ad altri soggetti collettivi o para-istituzionali portatori di interessi specialistici.

L'Autorità di Gestione ha inoltre facoltà di promuovere ampie consultazioni con soggetti associativi e singoli (anche esperti operanti professionalmente nel settore) ritenuti in grado di apportare valore aggiunto alla costruzione ed alla messa in opera delle azioni cofinanziate.

Il partenariato *istituzionale* e *sociale* assume nella programmazione regionale un ruolo decisivo di accompagnamento/supporto all'Amministrazione nelle valutazioni ed attuazioni delle azioni prioritarie di intervento, anche attraverso un miglioramento del quadro informativo di riferimento e l'esplicitazione di impegno e di responsabilizzazione da parte dei soggetti interessati.

Il partenariato istituzionale permette:

- una *maggiore tutela dei diritti dei beneficiari finali delle azioni*. Il partenariato accresce infatti la capacità dei potenziali beneficiari finali di identificare gli effettivi fabbisogni, di esprimere le proprie istanze nella fase di programmazione, di partecipare al monitoraggio e di dare una valutazione nella fase finale;
- una *maggiore capacità di prevenzione dei conflitti*: anticipare la negoziazione alla fase di programmazione consente infatti di stabilire in modo concorde gli indirizzi, riducendo sensibilmente la conflittualità ex post;
- *maggiore opportunità di rinegoziare in itinere le decisioni assunte*. Una moderna amministrazione richiede

meccanismi decisionali flessibili, capaci di adattarsi con prontezza alle mutate condizioni di contesto. Importante è quindi impostare un sistema di regole di rinegoziazione attraverso cui modificare le decisioni già assunte, senza che ciò si traduca in esercizio autonomo da parte di uno degli attori.

La concertazione deve comunque interessare, con sistematicità, tutte le fasi del processo di programmazione e deve essere organizzata in modo da contribuire operativamente all'intervento pubblico in termini di:

- *consistenza*, ovvero in termini di competenza, conoscenza e capacità di proposta strategica;
- *affidabilità*, ovvero di individuazione delle cause che ostacolano la realizzazione dei programmi – progetti e di elaborazione di soluzioni operative;
- *concretezza*, ovvero di verifica della fattibilità degli interventi da parte di chi ha le specifiche competenze per la loro messa in opera.

L'insieme delle considerazioni fin qui svolte e l'esperienza di partenariato maturata nei precedenti cicli di programmazione suggeriscono alcuni spunti per l'organizzazione del partenariato istituzionale/sociale. In particolare, suggeriscono di mettere in atto strumenti che consentano di rispettare:

- il *pluralismo* delle istanze incidenti sulle materie oggetto degli interventi;
- la *rappresentatività* generale dei soggetti;
- le *competenze tecniche* su cui si basa il processo di programmazione-attuazione dell'intervento;
- la *responsabilizzazione* di tutti gli attori; un meccanismo di rappresentatività ben articolato dà infatti vita ad un circuito complementare di responsabilizzazione.

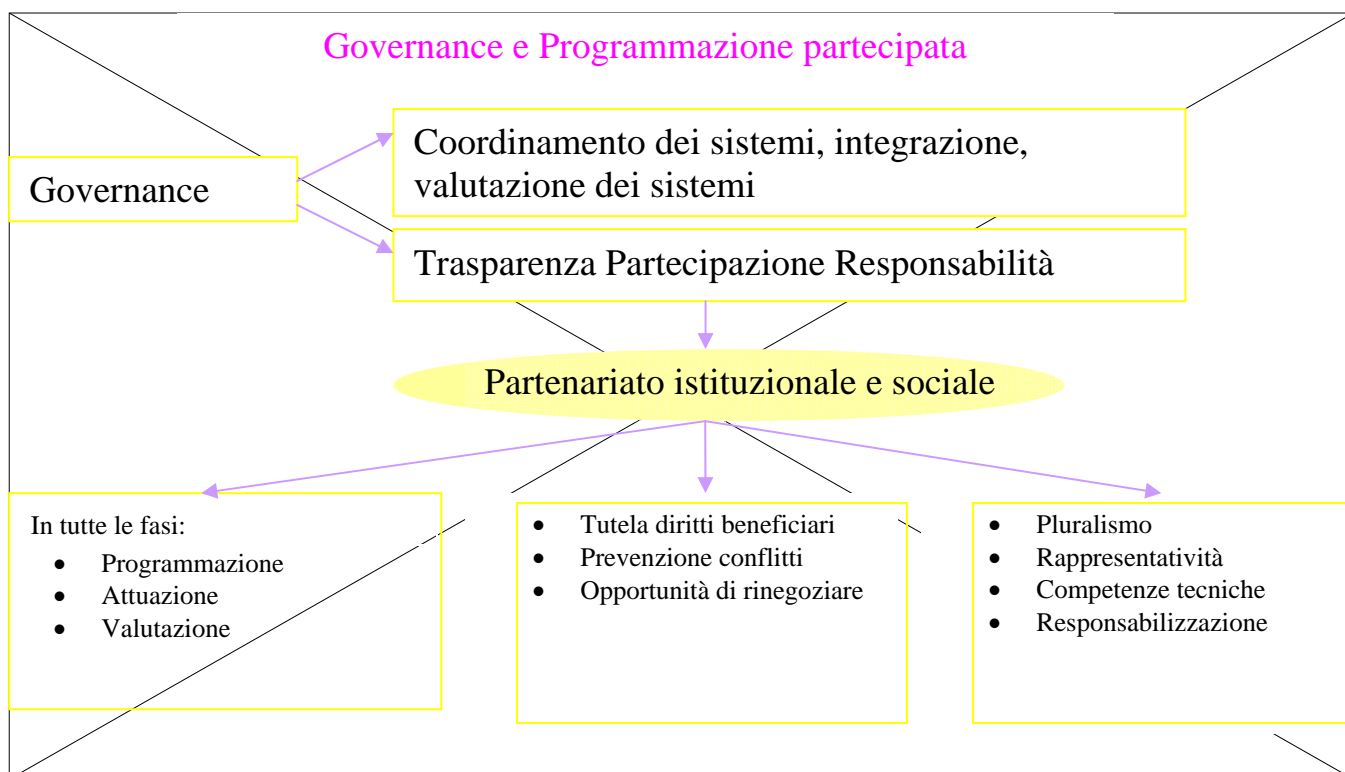
L'accresciuta responsabilità della Regione nel processo di programmazione e di attuazione deve essere accompagnata da un coinvolgimento sempre più forte delle Province e delle Amministrazioni locali in genere, nonché dei rappresentanti del sistema produttivo e sociale, avviando un partenariato in forma più operativa rispetto ai precedenti cicli di programmazione.

Per quanto riguarda le modalità con cui il partenariato istituzionale e sociale potrà svilupparsi ed operare a livello regionale, va rammentato che le disposizioni normative o regolamentari vigenti danno ampia possibilità di attuazione tramite organismi già codificati:

- il Comitato istituzionale ( ex l.r. 27/98, art. 8)
- la Commissione di concertazione (ex l.r. 27/98, art. 6)
- il Comitato di sorveglianza del P.O.
- il Comitato regionale di consultazione e di concertazione per il coordinamento delle politiche dell'istruzione e della formazione (delib. G.R. n. 17 del 8 luglio 2005)

Le opportunità offerte dalle disposizioni devono trovare piena e consapevole attuazione da parte di tutti gli attori coinvolti, in modo da dare vita ad un raccordo stabile tra i due livelli di partenariato, consentendo di sviluppare una programmazione integrata e mirata alle esigenze del territorio.

Questa concezione può essere schematizzata come segue:



## 8. Il ruolo della Famiglia

La Regione Liguria ha scelto di non avere una legge specifica sulla famiglia, ma di valorizzarne la funzione individuando la famiglia quale strumento principale per il rafforzamento della coesione sociale e la promozione della solidarietà/collaborazione fra le generazioni.

Le specifiche progettualità regionali tengono trasversalmente in considerazione tale ruolo della famiglia e nelle singole aree di azione sono da ritenersi tutte di supporto alla famiglia.

Tuttavia, alcuni fenomeni contribuiscono ad accrescere le difficoltà nello sviluppo della dimensione familiare, in quanto è in aumento l'instabilità coniugale, si protraggono nel tempo le scelte di coniugalità e genitorialità e le giovani generazioni ritardano il conseguimento della propria autonomia a causa della flessibilità e precarietà del lavoro e dei costi elevati di acquisto di una casa.

La Regione Liguria promuove e favorisce, attraverso lo sviluppo del sistema integrato di interventi e servizi sociali, la cooperazione e l'associazionismo da parte delle famiglie per il loro sostegno, anche attraverso forme di mutuo aiuto e di proposte e progetti per l'offerta di servizi.

La Regione Liguria intende investire in politiche di sostegno alla genitorialità, alla permanenza in famiglia di anziani non autosufficienti, alla valorizzazione anche culturale del ruolo dell'anziano, all'integrazione lavorativa dei disabili, all'armonizzazione tra i tempi di vita familiare e quella professionale, alla realizzazione di una rete di servizi flessibili che garantiscano pari opportunità di vita e di lavoro.

### Cooperazione e Famiglie

Esperienze innovative<sup>4</sup> che interpretano gli indirizzi della legge 328/2000: dal mutuo-auto-aiuto, alla sussidiarietà, sono quelle dirette a valorizzare *“lavoro di cura della famiglia”* (cooperativa delle famiglie, per le famiglie) con la funzione di rispondere, da un lato, ai bisogni dei membri fragili della famiglia e dall'altro, di mettere in grado chi accudisce la persona fragile, di farlo in modo responsabile ed efficace.

Il punto di partenza è la matura e consapevole accettazione che non bastano le risorse familiari ad accudire il proprio congiunto, ma è necessario anche affidarlo **a risorse professionali competenti, capaci e organizzate**. A tale scopo una **cooperativa** che raggruppa di utenti dei servizi di cura qualificati, garantendo “servizi di collegamento” (es:

<sup>4</sup> “Cooperativa delle famiglie”, Caselgrandi, Boccoletti, “Servizi Nuovi” Modena ([nadia.caselgrandi@tin.it](mailto:nadia.caselgrandi@tin.it))

assistenza straordinaria, incombenze amministrative e gestionali, mediazione di conflitti familiari e qualificazione dell'offerta, etc.), può assicurare un livello di continuità, in una sorta di "comunità di cura stabile", con infrastrutture organizzative, che in altro modo sono esclusivamente a carico del familiare. Questo, soprattutto, quando si devono affrontare da soli esigenze complesse

Si tratta anche di un'azione promozionale nella direzione degli **obiettivi di Lisbona** per l'incremento della partecipazione femminile al mercato del lavoro, per l'emersione del lavoro "nero" e per favorire l'inclusione sociale dei lavoratori immigrati, attraverso la valorizzazione e qualificazione del lavoro di cura.

Le esperienze cooperative nel settore sociale dell'assistenza vedono da un lato una significativa e importantissima presenza di cooperazione sociale di tipo A e di tipo B (prevalentemente nell'area della disabilità); da queste considerazioni la realizzazione di una **cooperativa che aggrega** l'utenza di servizi di cura, con una capillare presenza sul territorio, si posizionerebbe come una sorta di organizzazione di mutuo-aiuto dove la categoria dei "beneficiari" (coloro che sono assistiti) coinciderebbe con la categoria degli "investitori" (coloro che hanno potere decisionale sull'organizzazione cooperativa); ciò coinciderebbe anche con un miglioramento qualitativo dell'offerta assistenziale ed una tutela di chi è assistito e di chi assiste.

L'assistenza domiciliare e la cura della persona rappresentano una realtà in costante evoluzione caratterizzata da una forte domanda e da un'offerta spesso non esaustiva, irregolare e sommersa. Il fenomeno degli assistenti familiari (non badanti come comunemente identificate) va inquadrato come una delle possibili risposte adottate dalle famiglie per mantenere l'anziano e/o il disabile nel nucleo familiare e la loro attività dovrà essere valorizzata e professionalmente riconosciuta, per migliorare la qualità del loro servizio inserito all'interno della rete di servizi sociosanitari, a favore della non autosufficienza.

Il lavoro di supporto alla famiglia va inquadrato nel sistema produttivo, facendo emergere le irregolarità e innalzando le competenze degli assistenti familiari, come peraltro prevede il nuovo *contratto nazionale sulla disciplina del lavoro domestico*, firmato il 13 febbraio 2007.

Ogni azione di supporto che la Comunità (istituzioni, società civile e terzo settore) è in grado di offrire del nucleo familiare con persone fragili al suo interno, rientra nella direzione degli **obiettivi di Lisbona** per l'incremento della partecipazione femminile al mercato del lavoro, l'emersione del lavoro "irregolare" favorendo anche l'inclusione sociale dei lavoratori immigrati, qualificando nel contempo il "lavoro di cura".

### **Consulta Regionale della Famiglia**

La l.r. 12/06, all'art.20, ha istituito la Consulta Regionale della Famiglia con la finalità di collaborare alla programmazione regionale, portando il proprio contributo alla definizione delle politiche per lo sviluppo di servizi a favore della famiglia, anche attraverso la formulazione di pareri e proposte.

La Consulta è quindi centro di studio, analisi e confronto tra le realtà sociali che operano sul territorio regionale ed è luogo di partecipazione democratica, sensibilizzazione ed informazione contro ogni forma di esclusione e di emarginazione.

### **Integrazione, Sussidiarietà e Solidarietà**

La legge 12/2006 caratterizza fortemente le politiche sociali e sociosanitarie indicando la via dell'integrazione: integrazione programmatica, funzionale, operativa, gestionale. Il tema dell'integrazione è la filosofia ispiratrice della norma che ha le sue fondamenta sul principio chiaro di "servizio" alla persona nella sua interezza e nella sua ricerca di piena realizzazione.

La responsabilità dei diversi soggetti, attori attivi delle politiche definite dalla legge e dal presente Piano, non può prescindere dall'identificare la persona, ogni persona, destinataria degli stessi diritti e contemporaneamente artefice e protagonista della crescita e dello sviluppo proprio e della comunità

Persona e comunità sono inscindibilmente legate nelle politiche di welfare, negli interventi di sostegno al bisogno, qualunque esso sia, nelle azioni di promozione e valorizzazione tese alla crescita e miglioramento di tutti e di ciascuno.

Il disegno complessivo del Piano è teso a rispondere meglio ai bisogni sociali ed alle relazioni persona-comunità: proprio in alternativa all'individualismo esasperato si vogliono sostenere i processi di autonomia sociale delle diverse comunità locali.

Di fronte ai problemi emergenti nella nostra regione ed in ogni contesto territoriale, il primo soggetto chiamato ad agire deve essere la comunità stessa. Lavoro, scuola, disagio, famiglia, assistenza, possono trovare nell'autonomia sociale della comunità la prima risposta e la prima mobilitazione. Questo è il senso forte della progettualità possibile dei Distretti Sociosanitari e degli Ambiti Territoriali Sociali. C'è qui uno spazio praticamente infinito di originalità

progettuale per rispondere ai bisogni; ma c'è anche un chiaro dovere di assunzione di responsabilità da parte di tutti i soggetti del territorio che possono essere protagonisti se trovano la giusta valorizzazione da parte degli enti pubblici.

La legge 12/2006 ed il presente Piano sono anche un utile strumento per sperimentare concretamente e correttamente il tanto spesso citato principio di sussidiarietà. Purtroppo, tale principio viene spesso concepito più come una tecnica di allocazione alla periferia di competenze svolte fino a ieri dal centro, che come una scelta progettuale di sistema che raccoglie e unisce le sue molteplici valenze.

La responsabilità sociale di quel vastissimo raggruppamento di persone e associazioni della "società civile" che abitualmente identifichiamo quale "privato sociale" a cui si rifanno in pratica le organizzazioni del no-profit e del terzo settore nella sua più ampia e diversificata articolazione, può esplicitarsi in azioni utili alla collettività in quanto inserite in una programmazione globale ed unitaria.

Gli atti di programmazione territoriale mettono in evidenza la tensione al riconoscimento da parte delle istituzioni della soggettività politica dei corpi intermedi sociali. Ciò significa che si deve ricercare non una semplice consultazione, ma una definizione consensuale degli obiettivi di fondo e una coerenza di tutti nel perseguimento del bene comune.

Nelle linee strategiche del piano c'è il tentativo di superare le tendenze centraliste della pubblica amministrazione, sia essa statale o regionale, con un evidente trasferimento di competenze e responsabilità verso le realtà locali, anche se sarebbe auspicabile un percorso inverso, di auto-organizzazione dal basso verso l'alto con il suo progressivo riconoscimento. Ma il tentativo è ancora più forte: si vuole superare la mentalità burocratica che disincentiva e impedisce che la società e le varie forme di aggregazione sociali autorispondano alle loro necessità locali con protagonismo e creatività.

Purtroppo rimane ancora un complesso nodo da sciogliere: è indispensabile aiutare le "realtà strutturalmente inferiori" a vivere la sussidiarietà, suscitando in loro forme di auto-organizzazione e verificando con loro itinerari che non le portino a nuove forme di centralismo. Le associazioni, la cooperazione, il volontariato, i gruppi sociali, le comunità locali sono e devono essere considerati soggetti politici a pieno titolo, e pertanto messi in rete nella definizione dei progetti e programmi sociali in senso lato, cioè che hanno ricaduta sulla comunità tutta.

Ma la legge 12/2006 e il Piano strutturano il loro svolgersi anche nell'integrazione di un altro fondamentale principio: la solidarietà. La sussidiarietà e la solidarietà non possono essere pensate in modo separato, altrimenti si corre il rischio di accentuare l'individualismo, la divisione, il particolarismo e gli interessi di profitto del tutto privatistici.

Il motivo per il quale accanto alla sussidiarietà occorre proprio porre la solidarietà è riconducibile alla finalità principale della legge: il bene di ogni persona in relazione alla comunità. Infatti se le persone sono tutte diverse, esse sono però anche tutte uguali. Hanno la stessa dignità, gli stessi diritti e doveri. La sussidiarietà valorizza la ricchezza della diversità, la solidarietà tiene conto del grande valore dell'uguaglianza. E' evidente allora che la Regione deve valorizzare la libertà e l'autonomia degli enti locali e delle comunità territoriali, ma in un quadro di uguaglianza, di solidarietà e di salvaguardia del bene comune. Altrimenti si favorirebbe il privilegio e la legge del più forte.

Senza la solidarietà la sussidiarietà scade a metodo tecnico-procedurale di attribuzione di competenze ispirato ai soli criteri di efficienza e di risparmio. Sussidiarietà e solidarietà sono principi tra loro inscindibili, da salvaguardare e applicare in modo unitario e, per quanto possibile, simultaneo.

E' grazie al principio di solidarietà che con la normativa regionale si persegue l'obiettivo del benessere per tutti, pur nelle nuove e difficili condizioni create dal trasformarsi della attuale società. La solidarietà strutturata deve configurarsi come una risposta ai bisogni fortemente umanizzata nel superare il conformismo che vede l'uomo come numero, semplice utente o anonimo cliente, come un cammino personalizzato e flessibile che superi i rigidi percorsi impersonali di prestazioni standardizzate e burocratizzate. E' questo il fine delle azioni di integrazione.

I soggetti attivi che possono rappresentare una nuova rete di promozione sociale nel senso della integrazione funzionale della solidarietà con la sussidiarietà sono: le istituzioni pubbliche tese ad agire nell'ambito della protezione sociale, il terzo settore che rappresenta la promozione delle comunità organizzate nel no-profit, i diversi attori che agiscono a tutela legittima dei rispettivi interessi all'interno dell'economia di mercato, e la società diffusa in rappresentanza della vita quotidiana ed in particolare delle famiglie.

Con le azioni del Piano si vuole inoltre rafforzare l'autonomia dei diversi soggetti e contemporaneamente metterli in connessione relazionale e funzionale tra loro. In altre parole dobbiamo saper coniugare la solidarietà civile ed umana con la sussidiarietà delle istituzioni e dei corpi intermedi sociali. Particolare rilevanza, la legge ed il piano la dedicano sia al Terzo settore che alla Famiglia. Il primo è considerato non solo per la sua caratteristica di attore operativo delle politiche sociali e sociosanitarie, ma anche per il valore ed il contributo che può offrire nelle fasi programmatiche, di definizione degli obiettivi e nella scelta delle priorità. La seconda è valorizzata quale soggetto attivo indispensabile per la crescita sociale e globale della comunità e non solo destinataria di attenzione e servizi, ove ne esista il bisogno.

I nuovi assetti istituzionali ed organizzativi, le reti strategiche di offerta, i criteri con i quali si ripartiscono le risorse, gli interventi sperimentali e regionali, fondano il loro successo sulla capacità di integrazione e sulla piena responsabilità di ogni livello od organismo.

La prospettiva è certamente il bene collettivo, della comunità ligure e di ogni territorio, pertanto la solidarietà che è vissuta tra le persone, o tra le organizzazioni e i singoli, deve certamente essere riprodotta nella ricerca di equilibrio, omogeneità di risposta (livelli essenziali), e universalità di azione tra le diverse comunità all'interno della stessa regione.

Il Piano propone i percorsi integrati per garantire lo sviluppo della comunità ligure attraverso la tutela e l'esigibilità dei diritti fondamentali, ma sostenendo soprattutto i più deboli. Si deve avere particolare attenzione per quei cittadini che rischiano l'emarginazione o l'esclusione sociale solo perché disoccupati, invalidi, malati, anziani o stranieri.

Il nostro "stato sociale" non va smantellato, né svenduto al miglior offerente. Va certamente reso più giusto ed efficiente. Non va confuso con lo stato assistenziale - che in realtà brucia la solidarietà e toglie il senso di responsabilità - né con lo stato clientelare, che alimenta divisioni di gruppi e di corporazioni e che genera dipendenze, intolleranze, rifiuti, esclusioni, ingiustizie e conflitti. Dobbiamo fare un salto di qualità: culturale, progettuale ed operativo. Vogliamo valorizzare la creatività e la responsabilità dei cittadini e dei mondi vitali della società, realizzando un equilibrio nuovo tra regione ed enti locali, società civile e mercato.

La regione Liguria dovrà essere certamente più coesa e più equilibrata, la realizzazione di maggior giustizia sociale all'interno di una comunità si potrà verificare attraverso la crescita dei singoli ma nello stesso tempo anche attraverso il riequilibrio e lo sviluppo complessivo delle diverse comunità locali.

## PARTE SECONDA

### POLITICHE DI SETTORE E PRIORITA' DEI DISTRETTI SOCIOSANITARI

#### AMBITI TERRITORIALI SOCIALI E DISTRETTI SOCIOSANITARI

##### 1. Assetto dei servizi: Distretti sociosanitari e Ambiti sociali

##### 1.1 Assetto organizzativo dei servizi Distrettuali e di Ambito.

Nella prima parte del Piano sono descritti i livelli essenziali di assistenza evidenziati nei lavori preparatori sui LIVEAS. Analizzando in maniera correlata sia la legge 328/2000 che la legge regionale 12/06 che interpreta per la Liguria le politiche di settore ed i livelli di assistenza, si evidenzia una lettura sui livelli essenziali che diventa il punto di riferimento "operativo" degli assetti organizzativi dei Distretti Sociosanitari e degli Ambiti Territoriali Sociali.

#### ASSETTO ORGANIZZATIVO DEL DISTRETTO SOCIOSANITARIO

##### COMPETENZE

Provvede:

- alla stesura del Piano di Distretto Sociosanitario e del Piano delle Attività Territoriali (PAT)
- alla costituzione dell'Unità Distrettuale e dello Sportello Integrato Sociosanitario
- alla gestione dei servizi sociali complessi (integrati con sanità, scuola e lavoro) e al coordinamento delle attività sovra ambito
- alla gestione dei servizi sociosanitari: domiciliarietà e residenzialità extraospedaliera, particolarmente per la *non autosufficienza*, gestendo anche le misure economiche
- all'organizzazione e funzionamento delle Unità di Valutazione Multidisciplinari.
- alla regolazione del concorso alla spesa (ISEE) con indicazioni per gli Ambiti
- alla formulazione del piano e degli investimenti in conto capitale
- ad ottemperare al debito informativo assegnato al Distretto
- a tutte le altre attività sovra-ambito relative agli interventi integrati per la formazione ed il lavoro.

## ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA

**Unità Distrettuale:** è composta dal Direttore Sociale e dal Direttore di Distretto Sanitario.

E' l'organo a cui è affidata la funzionalità operativa delle diverse attività del Distretto, con particolare riferimento alle attività integrate sociosanitarie per gli aspetti relativi la continuità assistenziale, i servizi cui afferiscono fattori produttivi diversi quali: ADI, centri socio-riabilitativi, centri diurni per anziani, etc.

L'Unità Distrettuale si avvale di un Comitato Distrettuale composto dai coordinatori di Ambito Territoriale Sociale, dai rappresentanti dei Dipartimenti territoriali che operano nel Distretto Sociosanitario e dai membri dell'Ufficio di coordinamento previsto dall'articolo 3-sexies, comma 2, del d.lgs. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni.

L'inserimento nel Comitato Distrettuale dei responsabili territoriali dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze consente una progettualità locale anche per tali attività. Nel Comitato Distrettuale si costruiscono inoltre le modalità di offerta territoriale per la medicina primaria (UTAP) e la specialistica, con l'apporto dei medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti degli ambulatori ASL e degli ambulatori ospedalieri.

## SPORTELLO INTEGRATO SOCIOSANITARIO

E' un'attività di front office e di back office. Per il front office è necessaria una contestuale presenza di operatori dei Comuni e dell'ASL. L'Unità Distrettuale definisce risorse (operatori) e tempi (cadenze delle riunioni), modalità di segnalazione, flussi comunicativi, modulistica ecc., che consentano di procedere alla valutazione integrata anche se la documentazione e l'accesso della persona sono avvenuti in sede diversa dallo sportello integrato. Sono impegnati nello sportello integrato anche gli assistenti sociali operanti all'interno dei Dipartimenti di salute mentale e delle Dipendenze, secondo quanto disciplinato dalla specifica Unità Operativa costituita all'interno dell'Azienda sanitaria.

Da valutare con l'ASL anche la presenza di personale amministrativo che possa supportare alcune funzioni di office. La formalizzazione dei flussi di comunicazione tra ASL e Comuni sarà recepita in protocolli e intese, ratificate dal Comitato dei Sindaci e dal Direttore generale dell'ASL, trattandosi di indicazioni da attuare a norma dell'articolo 10 della l.r. 12/06.

Le funzioni dello Sportello integrato, sono riassumibili in:

- Informazione e consulenza
- Orientamento sulla scelta delle prestazioni
- segnalazione al servizio competente per la presa in carico
- raccolta ed elaborazione dati.

La funzione di accoglienza svolta dallo sportello è una funzione che richiederà formazione *continua* perché si tratta di operatori che diventano "specialisti dell'accoglienza" che sappiano operare sul lavoro di rete del territorio di competenza. In questo senso si restituisce al Servizio Sociale una competenza che nel tempo è stata anche trascurata per una concentrazione sull'emergenza e sulla presa in carico.

## DIRETTORE SOCIALE

Il Direttore Sociale, è l'operatore che ha funzione direzionale per facilitare percorsi assistenziali che garantiscano *la continuità delle cure*, l'integrazione tra le diverse reti predisponendo azioni strategiche che utilizzino oltre le prestazioni sociosanitarie e sociali, anche le forme di solidarietà offerte dal territorio distrettuale. Il Direttore Sociale, come componente dell'Unità Distrettuale per i servizi integrati sociosanitari, assolve in particolare alle seguenti funzioni:

- rilevare la domanda sociosanitaria e organizzarne la risposta anche ai fini della elaborazione del Piano di DSS e del PAT;
- organizzare e far funzionare, con il Direttore di Distretto sanitario, l'Unità Distrettuale;
- programmare e pianificare gli interventi a favore dei minori, in particolare per quanto riguarda le azioni a contrasto degli abusi e dei maltrattamenti degli stessi;
- predisporre per il Comitato dei Sindaci di Distretto, in base agli schemi regionali, le convenzioni tra Comuni e ASL sulle attività integrate e sui rapporti tra Distretto Sociosanitario e ATS;
- progettare nell'ambito dell'Unità Distrettuale azioni preventive per la salute e il miglioramento degli stili di vita;
- programmare e pianificare gli interventi di assistenza domiciliare integrata, semiresidenziale e residenziale;
- programmare e gestire il Fondo regionale per la Non Autosufficienza;
- programmare e pianificare gli investimenti sociali e, nell'Unità Distrettuale, quelli sociosanitari
- attivare con il Direttore del Distretto sanitario le UVM, stabilendone la cadenza mensile, ordinaria e straordinaria;
- progettare la comunicazione ai cittadini sull'accessibilità ai servizi, anche attraverso la carta dei servizi
- valutare efficacia, appropriatezza e impatto sulla domanda sociale (outcome) dei servizi resi.

Spettano altresì al Direttore attività di monitoraggio su:

- attività degli sportelli integrati
- attività delle UVM
- casi in assistenza domiciliare, secondo la diversa intensità ed i tempi di risposta
- attività dei centri diurni
- assistiti nelle strutture residenziali (numero e tipologie)
- registro della non autosufficienza (anziani e disabili).

Una funzione "alta" del Direttore Sociale e del suo staff deve essere inoltre quella di valutare non solo le politiche integrate, ma tutte quelle connessioni di cittadinanza (piano regolatore sociale) che producono esclusione, proponendo al Comitato dei Sindaci di DSS gli interventi volti a rimuovere rischi che porterebbero solo ad aumentare, impropriamente le risposte assistenziali.

Nei termini indicati si sostanziano le competenze direzionali e di coordinamento che il Direttore Sociale assume nei confronti degli Ambiti per le funzioni sopraindicate di competenza del Distretto Sociosanitario. Non esiste una relazione gerarchica tra Distretto e Ambito, mentre si evidenzia un rapporto di collaborazione funzionale, dove il Distretto assume per "competenza" un compito di coordinamento tra le risorse dei diversi ambiti, sia per garantire l'erogazione dei livelli essenziali, che per realizzare una rete di protezione sociale equa e sostenibile.

Tale collaborazione è assai rilevante per la "tenuta" degli assetti organizzativi, l'elaborazione del Piano di Distretto, il coordinamento delle attività sovra-ambito, l'integrazione sociosanitaria.

Le attività e i compiti dei Coordinatori di Ambito che compongono lo staff (o segreteria tecnica) del Direttore sociale dovranno essere precisati nella convenzione tra Comune capofila del Distretto e Comuni degli Ambiti Territoriali.

## UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE

Si tratta di un **Organismo di valutazione** misto sanitario e sociale, formalizzato ai sensi del DPCM 14 febbraio 2001 (decreto sulle procedure dell'integrazione sociosanitaria), per procedere alla valutazione dello stato di malattia o di non autosufficienza.

E' composto dal medico specialista della patologia o dello stato di disabilità da valutare (neuropsichiatra infantile, geriatra, neurologo, fisiatra, psichiatra, etc), infermiere, terapeuta della riabilitazione (nelle diverse specializzazioni richieste per la disabilità da valutare), l'assistente sociale che ha in carico la persona da valutare, l'educatore, se debbono essere analizzati anche aspetti pedagogico-didattici e il medico di medicina generale. Possono aggiungersi, anche altri professionisti, in relazione alla complessità del caso o per altri aspetti che siano utili ad una migliore e corretta valutazione.

L'UVM è formalizzata dall'Unità Distrettuale.

Al di fuori dell'UVM e della formalizzazione, durante la processualità e la gestione del caso, possono costituirsi, in maniera informale, unità pluriprofessionali sociosanitarie che vedono la compresenza di operatori sanitari e sociali.

## ASSETTO ORGANIZZATIVO DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE



## COMPETENZE

Provvede, attraverso il Coordinatore e l'Unità Operativa Multiprofessionale di Ambito di cui all'articolo 7, comma 3, della l.r. 12/06, ai servizi sociali di base:

- Sportello di Cittadinanza
  - informazione, consulenza e segretariato sociale
  - servizio sociale professionale (presa in carico)
  - assistenza domiciliare di carattere domestico-familiare, aiuto personale a favore di minori e disabili.
- Si collega con gli attori sociali che forniscono informazione all'interno dell'Ambito (Patronati, Associazioni, etc.). Individua le modalità di applicazione dell'ISEE per l'Ambito
- Predisporre Piano di Ambito, con riferimento a tutti i Comuni dell'Ambito
- Designa l'assistente sociale per l'UVM Distrettuale anche per le valutazioni dell'indicatore di reddito (ISEE) Provvede alla raccolta dei dati per l'Ambito curando l'inoltro al Distretto per la parte di competenza di quest'ultimo.
- Collabora alla elaborazione del Piano di Distretto Sociosanitario.

## ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA

La dotazione organica minima è:

- 1 Assistente Sociale con funzioni di Coordinatore di Ambito Territoriale Sociale
  - 1 ulteriore Assistente Sociale con popolazione fino a 10.000 abitanti per le attività assistenziali.
- Per gli ambiti superiori a 10.000 abitanti un Assistente Sociale ogni 5.000 abitanti.
- Oltre i 30.000 abitanti valutazione da parte del Comitato dei Sindaci in relazione alla domanda sociale esistente sul territorio.
- Unità Operativa Multiprofessionale:
- Assistente Sociale
  - Educatore
  - Operatore per l'assistenza domiciliare
  - Personale Amministrativo
  - Psicologo con funzioni di supporto ad attività socio-educative ad esclusione delle attività cliniche di competenza del SSR.

## SPORTELLLO DI CITTADINANZA

Lo Sportello di Cittadinanza - anche come punto decentrato delle attività sociosanitarie - è la porta di accesso alle informazioni, in grado di accogliere ed ascoltare i cittadini, singoli e associati, e le loro famiglie.

Lo Sportello di Cittadinanza provvede alla erogazione delle prestazioni sociali di base attraverso l'Unità Operativa Multiprofessionale.

## COORDINATORE DI AMBITO TERRITORIALE SOCIALE

Il Coordinatore di Ambito Territoriale Sociale è un assistente sociale prioritariamente con esperienza in materia di organizzazione dei servizi.

In particolare il coordinatore:

- coordina l'Unità Operativa Multiprofessionale in cui sono presenti competenze psicosociali, educative, di sostegno alla domiciliarità, amministrativo-contabili ed è il diretto responsabile delle attività svolte
- coordina il lavoro di predisposizione del Piano di Ambito Territoriale Sociale, che vede la partecipazione attiva della Unità Operativa Multiprofessionale, tenendo conto delle indicazioni e degli obiettivi presenti nel Piano di Distretto Sociosanitario
- è componente della segreteria tecnica del Direttore Sociale e del Comitato Distrettuale di Distretto Sociosanitario;
- designa l'assistente sociale e/o altro operatore professionale competente per l'Unità di valutazione Multidisciplinare del Distretto Sociosanitario;
- partecipa all'elaborazione del Piano di Distretto Sociosanitario.

Per la realizzazione del nuovo assetto organizzativo, la Giunta regionale approva appositi schemi tipo di convenzione, che definiscono le condizioni necessarie per garantire rispettivamente l'operatività dell'integrazione sociosanitaria all'interno del Distretto e la gestione associata dei servizi sociali nell'Ambito Territoriale Sociale.

In particolare per rendere operativa l'integrazione sociosanitaria all'interno del Distretto, si dovrà tenere conto:

- della relazione tra i soggetti istituzionali del Distretto;
- dei criteri e procedure di programmazione congiunta;
- delle risorse umane, finanziarie e strumentali;
- dell'accesso alle prestazioni sociosanitarie;
- dell'organizzazione dei servizi distrettuali.

Per rendere operativa la gestione associata dei servizi sociali nell'Ambito Territoriale Sociale, si dovrà tenere conto:

- degli assetti politico-istituzionali e del loro funzionamento;
- dei servizi svolti in forma associata;
- degli obblighi dei comuni che si associano e del ruolo e funzioni del comune capofila;
- delle funzioni da parte dei livelli tecnici ed amministrativi;
- delle risorse umane, finanziarie, strumentali.

## 1.2 Interventi formativi e formazione continua

In nuovi assetti organizzativi, la progettazione e l'operatività in rete, per chi opera nei servizi, richiedono da parte della Regione, dei Distretti Sociosanitari e degli Ambiti territoriali sociali azioni organiche di carattere formativo e di aggiornamento permanente, che promuovano la qualità e l'efficacia dei servizi alla persona. Tra le azioni prioritarie è individuata la formazione finalizzata a supportare le competenze in materia di direzione e di pianificazione territoriale integrata.

Per realizzare e supportare tali azioni formative e di aggiornamento la Regione, i Distretti Sociosanitari e gli Ambiti territoriali sociali si avvalgono delle Province, dell'Università e di altri enti ed organismi preposti alla formazione e qualificazione degli operatori in ambito sociale e sociosanitario.

## 1.3. Livelli Essenziali di Assistenza

L'articolo 22 della Legge 328/2000, al quarto comma, dispone che le leggi regionali e di conseguenza i piani, prevedano, tenuto conto della configurazione territoriale (aree urbane e rurali), l'erogazione delle sottoindicate tipologie di servizi:

- a) segretariato sociale (informazione, orientamento e consulenza sulla rete dei servizi sociali);
- b) servizio sociale professionale;
- c) assistenza domiciliare;
- d) servizio di pronto intervento sociale per situazioni di emergenza personali e familiari;
- e) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti fragili;
- f) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

Allo stato attuale i diritti sociali sono subordinati ad alcune indicazioni della Legge 328/2000:

1. pur considerando l'accesso universale alle prestazioni sociali, hanno priorità i soggetti in condizioni di povertà, con limitato reddito, con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità fisiche o psichiche che non permettono l'accesso al mercato del lavoro, nonché soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria, (art.2 comma 3).
2. le risorse economiche per attivare i LIVEAS (Livelli essenziali di assistenza sociale) derivano da un concorso tra Stato Regioni e Comuni e l'erogazione delle prestazioni è subordinata alla loro consistenza (art.4);
3. la legge 328/00, non fornisce alle Regioni standard di erogazione ma solo indirizzi affinché i servizi siano distribuiti equamente nelle zone urbane e rurali (art.8).

In relazione a quanto esposto il concetto di livello essenziale può essere così sostanziato:

- a) un insieme di interventi che vedono concorrere sul piano finanziario i Comuni, le Regioni e lo Stato;
- b) il diritto da parte del cittadino di essere destinatario degli interventi di cui alla lettera a), che, in via prioritaria, sono diretti ai soggetti fragili (art. 2 comma 3 legge 328/2000);
- c) la necessità che tali interventi trovino una distribuzione territoriale attenta alle possibilità che tutti i cittadini possano accedere ai servizi.

Quindi, la definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale deve essere garantita attraverso un percorso programmatico necessariamente negoziato e condiviso fra i diversi livelli istituzionali, Stato, Regioni ed Enti Locali e deve assicurare, nel corso degli anni, una disponibilità crescente di risorse, che possono essere gradualmente integrate in base allo stadio di realizzazione di livelli assistenziali.

La graduale attuazione dei livelli essenziali, che in relazione alle determinazioni nazionali ai sensi dell'articolo 117 lettera m) e dell'articolo 119 (federalismo fiscale) della Costituzione, deve già dalla fase attuale rispondere al criterio

della **sostenibilità economica, riorganizzando e riordinando in reti ed obiettivi organici** quanto erogato, pur con differenti modelli, dai Comuni (singoli o associati) liguri.

L'articolo 4 della legge regionale 12/06 individua un serie di interventi che possono riassumersi in “**sistemi di tutela**” del cittadino che i Distretti e gli Ambiti dovranno costruire a partire da alcuni **livelli essenziali** esigibili da erogarsi con priorità, come recita il secondo comma dell'articolo 2 della legge 328, alle *persone con limitato reddito o con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico e psichico, con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, nonché persone sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali.*

A partire dalla prima annualità del Piano dovranno essere esigibili le seguenti prestazioni:

1. **accesso guidato** sostanziato attraverso una corretta informazione al cittadino e alle famiglie sulle provvidenze concedibili dalla rete sociale e sociosanitaria;
2. **valutazione multidimensionale**, che rispetti l'individualità e le diverse dimensioni del bisogno;
3. **definizione di un Piano Individualizzato di Assistenza (PIA)**, anche attraverso l'integrazione di prestazioni appartenenti a diversi comparti.

Per tali prestazioni, ai sensi dell'articolo 51 della legge regionale 12/06, non è da prevedersi alcun concorso alla spesa.

L'erogazione delle prestazioni uniformi sopraindividuate, presuppone l'esistenza di reti integrate d'offerta, a cui devono afferire le diverse politiche settoriali individuate dalla legge 12/06.

Nel corso di vigenza del Piano, in relazione alle risorse disponibili e alla riorganizzazione della rete dei servizi sanitari, diverranno via via più consolidate, in termini di esigibilità – come risulta dagli indicatori riportati nella terza parte del Piano - anche le prestazioni di:

4. **assistenza domiciliare**, attraverso sia prestazioni sanitarie e sociali, erogate in forma integrata, sia prestazioni di aiuto domestico familiare;
5. **assistenza residenziale a ciclo diurno e continuativo**, in riferimento alle persone anziane e con disabilità.

## **2. Indirizzi della L.R. 12/06 sulle reti integrate d'offerta del sistema sociale e sociosanitario ligure**

La configurazione della Liguria sia da un punto di vista geomorfologico che di struttura della popolazione richiede politiche integrate che, come si è detto nella prima parte del Piano, riguardano aspetti del ben-essere sociale ma anche il miglioramento della qualità di vita e della salute per le numerose persone fragili residenti nella regione. A questi interventi si aggiungono azioni a favore dell'istruzione, della qualificazione professionale e del lavoro nonché iniziative in materia di politiche abitative, tali da strutturare le risposte ai bisogni in “sistemi organici di rete”.

I Distretti sociosanitari e gli Ambiti Territoriali Sociali costruiscono servizi e prestazioni, con i finanziamenti ed i fattori produttivi di entrambi i comparti sociale e sanitario, strutturandole nelle seguenti reti integrate d'offerta:

- 1 **Accesso, cittadinanza e integrazione sociosanitaria**
- 2 **Famiglia**
- 3 **Non Autosufficienza**
- 4 **Promozione della socialità e inclusione sociale**
- 5 **Emergenza sociale**
- 6 **Politiche attive per l'invecchiamento**

Le tabelle che seguono richiamano, per ciascuna rete d'offerta, gli articoli della l.r. 12/06 e della l.r. 41/06 “Riordino del Servizio Sanitario Regionale”, gli Enti/Strutture che erogano le prestazioni, gli obiettivi cui tendere, fermo restando che laddove si tratta di prestazioni sovradistrettuali, per il Servizio Sanitario vengono chiamate in causa anche le Aziende Sanitarie.

## **RETE 1 – ACCESSO, CITTADINANZA E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA**

---

**A - ASSETTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE**  
(l.r. 12/06 artt. 5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15 – l.r. 41/06 artt. 13-33-34-35-36)

La Regione, in applicazione dei principi di sussidiarietà, di cui all'art. 118 Cost., nonché dello Statuto e della L. 328/00, stabilisce norme per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e per il loro esercizio, anche associato, riservandosi la funzione di programmazione, indirizzo, coordinamento e verifica.

Le attuali forme associative intercomunali ai sensi D.lgs 267/00 sono:

Corsorzi

Convenzioni con individuazione del Comune Capofila

Esercizio associato di funzioni o di servizi

Unioni di Comuni

<b>OBIETTIVI</b>	<b>INTERVENTI DI CUI ALLA L.R. 12/06 e L.R. 41/06</b>	<b>ENTI/STRUTTURE DI RIFERIMENTO</b>
Realizzazione di una rete integrata di interventi e servizi sociali omogenea nel territorio ligure, organizzando l'accesso unificato alle prestazioni integrate attraverso la costituzione di uno Sportello Integrato Sociosanitario (art. 28 l.r. 12/06)	<p>I comuni, in forma associata di ambiti territoriali sociali o decentrata (art. 6 l.r. 12/06), provvedono alla gestione dei servizi sociali di base. Tra le tipologie di associazionismo, la Regione indica, quali soluzioni più opportune, la convenzione e l'esercizio associato di funzioni o di servizi.</p> <p>Le Province concorrono alla programmazione sociale regionale collaborando alla elaborazione del piano sociale integrato regionale; svolgono funzioni di osservazione, monitoraggio, analisi e previsione dei fenomeni sociali; realizzano iniziative di formazione ed aggiornamento professionale per gli operatori del sistema integrato e, promuovono programmi di formazione professionale e inserimento al lavoro delle fasce a rischio di esclusione sociale.</p> <p>La Giunta Regionale ripartisce i finanziamenti regionali e nazionali per le Politiche Sociali tra gli ambiti territoriali sociali e i distretti sociosanitari, assegnandolo ai relativi comuni capofila (ai sensi dell'art. 56, comma 3 l.r. 12/06); predispone lo schema tipo di convenzione tra Comuni e ASL per l'operatività dell'integrazione sociosanitaria (art. 10, c. 5., l.r. 12/06); istituisce la Conferenza Permanente per la Programmazione Sociosanitaria (art. 15 l.r. 12/06 e art. 13 l.r. 41/06); approva i confini territoriali e l'organizzazione degli ambiti territoriali sociali. (art. 62 l.r. 12/06).</p>	<p>Ambiti territoriali sociali</p> <p>Province</p> <p>Regione</p>

## **B - INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA**

*(l.r. 12/06 artt. 1-2-10-11-15)*

Nelle reti integrate d'offerta per la famiglia, la non autosufficienza e la disabilità, una modalità portante è l'integrazione sociosanitaria, elemento base che attraversa le reti medesime per promuovere ed assicurare la tutela sociale e sociosanitaria delle persone in condizioni di bisogno complesso.

La competenza programmatica in materia di integrazione sociosanitaria spetta alla Regione in stretta collaborazione con la Conferenza Permanente per la Programmazione Sociosanitaria Regionale.

<b>OBIETTIVI</b>	<b>INTERVENTI DI CUI ALLA L.R. 12/06</b>	<b>ENTI/STRUTTURE DI RIFERIMENTO</b>
Realizzazione di una rete integrata di servizi sociosanitari.	<p>Il Distretto Sociosanitario provvede all'analisi delle potenzialità esistenti e alla formulazione di programmi che garantiscano l'offerta sociosanitaria ai cittadini fragili costituendo gli organi, dotandosi di strumenti e organizzando le attività come indicato nel capitolo precedente in ordine a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sportello integrato</li> <li>- Costituzione Unità di Valutazione Multidisciplinare</li> <li>- Elaborazione del Piano di Assistenza Individualizzato</li> <li>- Assistenza Domiciliare Integrata, disciplinata dalla d.g.r. 337/2007</li> </ul>	Regione; Conferenze dei Sindaci; Aziende Sanitarie Locali; Distretti Sociosanitari.

	– Residenzialità e Semiresidenzialità extraospedaliera, disciplinata dalla d.g.r. 308/05.	
--	---	--

## RETE 2 - FAMIGLIA

### A – SERVIZI ALLA FAMIGLIA (l.r. 12/06 art. 31)

La Regione promuove politiche di sostegno alla famiglia valorizzando le responsabilità genitoriali, supportando le attività di cura per i componenti più fragili e favorendo il benessere delle famiglie mediante la rimozione degli ostacoli, presenti nelle diverse fasi della vita familiare. Particolare attenzione è rivolta alle problematiche di carattere abitativo, lavorativo ed economico e al potenziamento di servizi più flessibili per la prima infanzia che permettano di conciliare tempi di vita e tempi di lavoro.

La Regione istituisce la Consulta Regionale della Famiglia al fine di collaborare alla programmazione regionale per la politica dei servizi a favore della famiglia e formulare pareri e proposte.

OBIETTIVI	INTERVENTI DI CUI ALLA L.R. 12/06	ENTI/STRUTTURE DI RIFERIMENTO
Supporto alla genitorialità, riconoscimento dell'opera svolta dalle donne nel lavoro di cura e sostegno alle giovani coppie	Prevenire e rimuovere le difficoltà economiche e sociali della famiglia utilizzando strumenti e misure che valorizzino sia l'autonomia e l'autodeterminazione delle persone, sia la capacità di creazione di offerta delle formazioni sociali, ivi comprese le misure di cui all'articolo 17 della l.328/2000.	Ambiti Territoriali Sociali e Comuni
	Promuovere forme di mutuo auto aiuto.	Ambiti Territoriali Sociali
	Promozione programmi di salute attraverso il potenziamento della rete dei consultori familiari.	Ambiti Territoriali Sociali e Comuni
	Mediazione familiare	Aziende Sanitarie Locali e Distretti Sociosanitari
	Sostegno all'affido familiare e all'adozione nazionale ed internazionale.	Aziende Sanitarie Locali e Distretti Sociosanitari
	Politiche per agevolare la permanenza di minori e anziani nel contesto familiare.	Ambiti Territoriali Sociali
	Sviluppo di corsi di formazione e di azioni anche economiche che consentano la partecipazione delle donne impegnate nel lavoro di cura.	Province e Regione

### B - MINORI

La Regione promuove politiche di sostegno dei servizi per la prima infanzia a sostegno e supporto alla genitorialità e sostiene iniziative socio educative innovative per la diffusione di "città sostenibili" e amiche delle bambine e dei bambini per i bambini.

OBIETTIVI	INTERVENTI DI CUI ALLA L.R. 12/06	ENTI/STRUTTURE DI RIFERIMENTO
Favorire la massima diffusione territoriale dei servizi socio-educativi per	Sviluppo e regolazione dei servizi socio-educativi per la prima infanzia improntati all'innovazione, alla sperimentazione, alla diversificazione delle offerte e alla	Distretti Sociosanitari, Ambiti Territoriali Sociali e Comuni

la prima infanzia.	flessibilità dell'organizzazione.  Sostegno a programmi di formazione permanente degli operatori dei servizi per l'infanzia.	Regione, Province e Distretti Sociosanitari
Protezione e Tutela dei minori	Interventi precoci su minori a rischio di esclusione sociale sostenendo azioni che migliorino l'abitare, il lavoro, il sostegno alla famiglia e alla genitorialità.  Interventi per contrastare il fenomeno del maltrattamento e abuso a danno dei Minori.	Ambiti Territoriali Sociali/Distretti Sociosanitari  Aziende Sanitarie Locali, Distretti Sociosanitari e Ambiti Territoriali Sociali
Promozione e diffusione della cultura sui diritti dell'infanzia	Interventi di sostegno a percorsi di autonomia per minori e giovani con problemi relazionali e di autismo.  Collaborazione con il Tribunale per i Minori finalizzata alla tutela dei minori, compresi i minori stranieri.  Garante Regionale dei Diritti dell'Infanzia e dell'adolescenza.  Sostegno a progetti e iniziative promosse da soggetti pubblici e privati che, potenziando il lavoro di rete, favoriscano la creazione e la diffusione di spazi a "misura di bambino".  Sostegno a progetti e iniziative che incentivano "il protagonismo dei bambini".	Aziende ospedaliere, Aziende sanitarie locali e Distretti Sociosanitari.  Ambiti Territoriali Sociali e Distretti Sociosanitari  Regione  Regione, Distretti Sociosanitari e Ambiti Territoriali Sociali  Regione, Distretti Sociosanitari e Ambiti Territoriali Sociali

### C – ADOLESCENTI E GIOVANI

La Regione promuove politiche giovanili supportando azioni finalizzate alla promozione di iniziative per la scolarizzazione, la prevenzione dell'abbandono scolastico, la formazione professionale favorendo inoltre momenti di aggregazione e socializzazione. Fino alla definizione della specifica normativa di settore, il fondo nazionale per le politiche giovanili, che finanzia le azioni previste dalle vigenti leggi (oratori, campeggi, servizio civile, ecc.), è ricompreso nel fondo per le politiche sociali e finanzia gli obiettivi del presente Piano.

OBIETTIVI	INTERVENTI DI CUI ALLA L.R. 12/06	ENTI/STRUTTURE DI RIFERIMENTO
Promozione di forme di aggregazione, di ascolto e socializzazione per preadolescenti, adolescenti e giovani, finalizzate anche a prevenire l'abbandono scolastico e i fenomeni di dipendenza.	Potenziamento di centri e spazi di aggregazione e socializzazione, nonché servizi residenziali e non, per pre-adolescenti, adolescenti e giovani, improntati all'innovazione, alla sperimentazione, alla diversificazione delle offerte e alla flessibilità dell'organizzazione.  Sostegno a programmi di formazione permanente degli operatori dei servizi per l'adolescenza.  Progetti che vedano i giovani protagonisti, che incrementino la partecipazione sociale, l'espressione creativa, un utilizzo responsabile del tempo libero.  Interventi precoci su giovani a rischio di esclusione sociale sostenendo azioni che migliorino l'abitare, il lavoro, il sostegno alla famiglia.  Interventi per contrastare il fenomeno dell'abbandono	Distretti Sociosanitari, Ambiti Territoriali Sociali e Comuni  Regione, Province e Distretti Sociosanitari  Regione, Distretti Sociosanitari e Ambiti territoriali sociali  Ambiti Territoriali sociali e Province  Ambiti Territoriali

	<p>scolastico.</p> <p>Interventi per contrastare il fenomeno delle dipendenze.</p> <p>Interventi per contrastare il fenomeno del maltrattamento e abuso a danno dei Minori.</p>	<p>Sociali/Distretti Sociosanitari e Province</p> <p>Aziende Sanitarie Locali, Distretti Sociosanitari e Ambiti Territoriali Sociali</p> <p>Aziende Sanitarie Locali, Distretti Sociosanitari, Ambiti Territoriali Sociali e Province</p>
--	---	---

### RETE 3 - NON AUTOSUFFICIENZA

#### A – SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA' PER ANZIANI E DISABILI. (l.r. 12/06 artt. 34-35-38-46-47-51)

La Regione tutela e valorizza la persona anziana sia come risorsa e soggetto della rete di protezione sociale sia come beneficiaria delle prestazioni erogate dal sistema integrato.

<b>OBIETTIVI</b>	<b>INTERVENTI DI CUI ALLA L.R. 12/06</b>	<b>ENTI/STRUTTURE DI RIFERIMENTO</b>
<p>Ampliamento e diversificazione della gamma dei servizi domiciliari attraverso il potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare.</p>	<p>Servizi di assistenza domiciliare a bassa intensità e attivazione di servizi di prossimità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- affido anziani, supporto alla domiciliarità</li> <li>- custodi sociali, rete di continuità assistenziale, ruoli civici dell'anziano.</li> </ul> <p>Sostegno all'attività di assistenza familiare e prevenzione/contenimento situazioni di fragilità diverse mediante l'attivazione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- personalizzazione degli interventi (progetto personalizzato e case manager), favorendo anche la partecipazione alla progettualità da parte del cittadino</li> <li>- servizi socio-sanitari (sostegno alla domiciliarità, potenziamento della residenzialità e semi residenzialità, ricoveri di sollievo)</li> <li>- processi di interazione tra la rete dei servizi e il lavoro di cura svolto a domicilio da familiari</li> <li>- emolumenti economici per garantire sostegno all'attività di cura alle persone non autosufficienti (anziani o disabili) da parte della famiglia</li> <li>- erogazione titoli per l'acquisto di prestazioni assistenziali.</li> </ul> <p>Individuazione all'interno del bilancio regionale della dotazione del Fondo per la Non Autosufficienza.</p>	<p>Ambiti Territoriali Sociali Distretti Sociosanitari</p> <p>Distretti Sociosanitari</p> <p>Regione</p>

**B - ATTIVITA' A FAVORE DEI DISABILI**  
(l.r. 12/06, art. 35)

La Regione Liguria garantisce la continuità delle iniziative già in essere per le persone anziane e disabili, atte a favorire:

- Autonomia
- Integrazione
- Partecipazione alla vita comunitaria
- Diritti di cittadinanza

OBIETTIVI	INTERVENTI DI CUI ALLA L.R. 12/06	ENTI/STRUTTURE DI RIFERIMENTO
Promozione di una cultura dei servizi sempre più attenta ai bisogni e alle aspettative dei cittadini disabili e dei loro familiari	Creazione di soluzioni adeguate per momenti di vita esterni alla famiglia.	Ambiti Territoriali Sociali
Attivazione di politiche di accompagnamento delle persone disabili e delle reti socio-relazionali al fine di promuovere l'autonomia dei soggetti con particolare riferimento a scuola e lavoro	Sostegno alla famiglia anche mediante interventi domiciliari. Potenziamento della rete dei servizi domiciliari e tutelari. Programmi di integrazione scolastica, della formazione professionale e lavorativa.	Ambiti Territoriali Sociali Distretto Sociosanitario Comuni, Province, Distretti Sociosanitari
Attivazione di politiche di promozione di attività di integrazione e modificazioni dell'ambiente in funzione delle necessità di disabili;	Redazione dei Progetti Individualizzati di assistenza da cui possono derivare le attività che vanno dalla bassa intensità assistenziale alla alta intensità sanitaria. Eliminazione barriere architettoniche. Potenziamento della rete del trasporto pubblico locale per favorire la mobilità.	Distretti Sociosanitari Comuni Comuni, Province
	Potenziamento dei trasporti "speciali" verso i centri di riabilitazione, i Centri socio-riabilitativi, la scuola. Utilizzo pieno delle misure per il "Dopo di Noi". Erogazione titoli per l'acquisto di prestazioni assistenziali. Elaborazione proposte turistiche e ricreative "accessibili".	Distretti Sociosanitari (compreso componente sanitaria) Distretti Sociosanitari Ambiti Territoriali Sociali Comuni

**RETE 4 - PROMOZIONE DELLA SOCIALITA' E INCLUSIONE SOCIALE**

**INDIRIZZI REGIONALI PER FAVORIRE L'INCLUSIONE SOCIALE**  
(artt. 36, 39, 40, 41, 42 l.r. 12/06 e Linee di indirizzo per la Tutela della Salute Mentale 2005-2006; Linee di indirizzo 2006/2008 sulle tossicodipendenze)



Le politiche regionali per le persone a rischio di esclusione sociale (immigrate; nomadi; senza fissa dimora; con dipendenza e/o patologie psichiatriche; ex detenuti, ecc.), comprendono un insieme di interventi e servizi volti a prevenire e ridurre tutte le forme di emarginazione.

<b>OBIETTIVI</b>	<b>INTERVENTI DI CUI ALLA L.R. 12/06</b>	<b>ENTI/STRUTTURE DI RIFERIMENTO</b>
<p>Promozione dei diritti di cittadinanza e di integrazione sociale che valorizzino una cultura della tolleranza finalizzata a favorire l'inclusione sociale e a contrastare stati di povertà.</p>	<p>Iniziative volte a contrastare forme di discriminazione.</p>	<p>Ambiti Territoriali Sociali e Comuni</p>
	<p>Sviluppo dell'attività di accoglienza sul territorio sia per le urgenze che per una ospitalità di periodo medio-lungo.</p>	<p>Ambiti Territoriali Sociali e Comuni</p>
	<p>Interventi di promozione dell'integrazione scolastica, formativa e lavorativa.</p>	<p>Ambiti Territoriali Sociali e Province</p>
	<p>Promozione delle agenzie per la formazione, l'orientamento professionale, l'intermediazione e la tutela del lavoro.</p>	<p>Regione e Province</p>
	<p>Interventi di inserimento lavorativo mediante strumenti di mediazione al lavoro.</p>	<p>Ambiti Territoriali Sociali e Distretto Sociosanitario e Province</p>
	<p>Formazione professionale ed inserimento lavorativo delle fasce a rischio di esclusione sociale.</p>	<p>Province, Distretti Sociosanitari e Ambiti Territoriali Sociali</p>
	<p>Individuazione di forme di collaborazione stabili con le Associazioni delle comunità etniche presenti sul territorio.</p>	<p>Comuni/Ambiti Territoriali Sociali</p>
	<p>Promozione dei servizi di mediazione culturale e attività di informazione e formazione degli operatori.</p>	<p>Ambiti Territoriali Sociali e Province</p>
	<p>Potenziamento delle unità mobili su strada che rappresentano un valido strumento informativo e di sensibilizzazione nonché un primo punto di ascolto e di counseling.</p>	<p>Distretti Sociosanitari e Aziende Sanitarie Locali</p>
	<p>Valutazione del bisogno in termini di inserimento e di reinserimento della persona dipendente e/o con patologie psichiatriche.</p>	<p>Distretti Sociosanitari e Aziende Sanitarie Locali</p>
	<p>Prevenzione e valutazione multidimensionale delle situazioni a rischio o di esordio di psicopatologia / tossicodipendenza / alcoldipendenza.</p>	<p>Distretti Sociosanitari</p>
	<p>Cura e trattamento delle situazioni a rischio o di psicopatologia / tossicodipendenza / alcoldipendenza, utilizzando ambulatori e centri già esistenti.</p>	<p>Aziende Sanitarie Locali</p>
<p>Incentivazione di progetti che vedano protagonisti i detenuti, ex detenuti e persone ammesse a misure alternative attraverso il potenziamento della rete dei servizi territoriali e la collaborazione con le associazioni maggiormente rappresentative impegnate nel settore.</p>	<p>Ambiti Territoriali Sociali e Ministero di Giustizia e Province</p>	
<p>Potenziamento degli sportelli informativi all'interno e all'esterno del carcere che offrono un ventaglio diversificato di itinerari orientativi e informativi nonché di facilitazioni all'accesso delle risorse della rete territoriale dei servizi, per soggetti in stato di detenzione (o con problematiche legate alla</p>	<p>Regione/Comuni e Ministero di Giustizia</p>	

	<p>restrizione della libertà personale) e per i loro famigliari.</p> <p>Prestazioni di carattere economico (temporanee o continuative).</p> <p>Prestiti d'onore a persone e famiglie, al fine di superare difficoltà economiche e sociali</p> <p>[Potenziamento dei servizi di pronto intervento e di bassa soglia a favore di persone senza fissa dimora.</p>	<p>Ambiti Territoriali Sociali</p> <p>Regione con eventuale funzione di segretariato presso gli Ambiti Territoriali Sociali</p> <p>Comuni e Ambiti Territoriali Sociali</p>
--	--	---

## RETE 5 - EMERGENZA SOCIALE

Sono da individuare come riferimenti normativi gli articoli della l.r. 12/06 già citati per la rete 4. Si aggiungono le normative di settore sulle norme nazionali e regionali anti violenza e di contrasto all'emergenza sociale. Si tratta quindi di attivare, all'interno della più vasta rete dedicata all'inclusione, interventi coordinati per l'emergenza sociale.

OBIETTIVI	INTERVENTI DI CUI ALLA L.R. 12/06	ENTI/STRUTTURE DI RIFERIMENTO
Sviluppo di una rete di servizi territoriali in grado di attivarsi prontamente per intervenire in situazioni di emergenza.	Attività di protezione delle vittime di abuso, violenza o sfruttamento.	Ambiti Territoriali Sociali e Distretti Sociosanitari
	Cura e trattamento del minore vittima di abuso o maltrattamento.	Aziende Sanitarie Locali
	Cura e trattamento delle persone abusanti	Aziende Sanitarie Locali
	Sviluppo e potenziamento di una rete di accoglienza, di sostegno e di protezione per le donne che intendono uscire da percorsi di violenza favorendo una maggiore consapevolezza della reale possibilità di un'alternativa di vita.	Ambiti Territoriali Sociale e Distretti Sociosanitari
	Interventi di prevenzione della violenza di genere e misure a sostegno delle donne e dei minori vittime di violenza.	Province e Distretti Sociosanitari
	Potenziamento dei servizi di pronto intervento e di bassa soglia per le emergenze climatiche a favore di anziani, di persone senza fissa dimora o che versano in condizione di estrema povertà.	Comuni e Ambiti Territoriali Sociali
Interventi di contrasto al fenomeno dell'usura.	Regione/Comuni e Ambiti Territoriali Sociali	

## RETE 6 – POLITICHE ATTIVE PER L'INVECCHIAMENTO

### INDIRIZZI REGIONALI SULL'INVECCHIAMENTO ATTIVO

(l.r. 12/06, artt. 25, 34)

Accanto allo sviluppo ed al consolidamento di azioni di tutela e sostegno per le persone anziane in condizione di fragilità, un'altra area di interesse ed approfondimento è rappresentata dalla tematica dell'invecchiamento attivo.

L'invecchiamento attivo si riferisce, in particolare, a coloro che, in condizioni psico fisiche non problematiche, a conclusione della vita lavorativa utilizzano il tempo "liberato" per produrre relazioni sociali e mantenere un ruolo di partecipazione e cittadinanza attiva nella propria comunità.

In tal senso vanno particolarmente favorite le iniziative per coloro che versano in condizioni socio economiche e culturali di maggiore svantaggio i quali, più faticosamente degli altri, riescono a cogliere le occasioni di promozione che vedono l'anziano protagonista e non solo destinatario di servizi.

<b>OBIETTIVI</b>	<b>INTERVENTI DI CUI ALLA L.R. 12/06</b>	<b>ENTI/STRUTTURE DI RIFERIMENTO</b>
Attivazione di progetti ed azioni positive volte a favorire la crescita, il protagonismo e la cittadinanza attiva delle persone anziane.	Promozione della partecipazione degli anziani alla comunità locale, anche attraverso attività civiche.	Ambiti Territoriali Sociali
	Attivazione di servizi ricreativi locali in cui promuovere forme di associazionismo e inserimento sociale.	Ambiti Territoriali Sociali  Province
Promozione di forme di scambio ed apprendimento intergenerazionale.	Favorire, anche con il concorso delle imprese, il ruolo attivo dell'anziano nella trasmissione dei saperi alle nuove generazioni.	
Promozione di stili di vita e comportamenti che perseguano il benessere, contrastando i fattori di rischio sociale.	Realizzazione di un'informazione efficace su educazione alla salute e invecchiamento.	Distretti Sociosanitari

Inoltre, considerata la consistenza della popolazione anziana nella Regione, è opportuno definire, con le istituzioni, il mondo scientifico, gli attori sociali, il mondo del lavoro, gli enti locali, ecc.:

- progetti che abbiano la finalità di accompagnare, in maniera graduale, il passaggio dalla vita lavorativa al pensionamento;
- linee guida per l'approccio alla materia dell'invecchiamento attivo, agendo sui fenomeni di "perdita di ruolo" nel contesto produttivo e di emarginazione sociale.

### 3. Il sistema di regolazione degli erogatori (autorizzazione accreditamento e qualità)

Gli istituti utilizzati per il pieno inserimento nel sistema sociale dei soggetti privati sono quelli dell'*autorizzazione* e dell'*accreditamento*; l'articolo 11 della legge quadro disciplina entrambi gli aspetti individuando il Comune come l'Ente deputato a realizzarli. Alla Regione sono lasciati spazi normativi e programmatori per meglio definire, in base ai requisiti minimi stabiliti in sede nazionale (Decreto 21 maggio 2001, n. 308), i requisiti in sede locale.

I processi autorizzativi e di accreditamento si introducono *ufficialmente* nei servizi socio-assistenziali come sopra sottolineato, con legge 328/2000 L'importanza di tali istituti per migliorare la qualità degli interventi è indubbia, tutti conosciamo quanto i servizi sociali, particolarmente quelli a carattere residenziale, siano passati attraverso continui miglioramenti, ma anche improvvisazioni e soluzioni di urgenza.

L'*autorizzazione a funzionare* ha l'obiettivo di rendere omogenea l'offerta dei servizi, particolarmente quelli residenziali, sul piano nazionale e regionale offrendo ai cittadini la garanzia di un servizio regolato, almeno nei suoi contenuti essenziali: spazi, parametri di personale, attrezzature, modalità di gestione.

Il *processo di accreditamento* invece legittima il soggetto erogatore a divenire "fornitore" del servizio pubblico ed è quindi più finalizzato a garantire la buona organizzazione e la qualità, una qualità in divenire, sottoposta continuamente a valutazioni e aggiustamenti migliorativi. Nell'ambito dei servizi sociali, come specificato dall'articolo 59 della l.r. 12/06, che modifica la l.r. 20/99 si introduce la responsabilità di un organismo regionale, per effettuare l'istruttoria sui requisiti di accreditamento, processo che viene poi sancito con atto comunale.

Per il sistema sanitario e sociosanitario, come si diceva in precedenza, l'istituto dell'accreditamento è maggiormente consolidato e inserito nei provvedimenti nazionali di disciplina del sistema sanitario (Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"), come pratica obbligata per il rapporto con gli Enti privati. L'Ente che concede l'accreditamento è la Regione che può avvalersi anche di Agenzie esterne, come oggi avviene nella gran parte delle regioni italiane.

Negli altri paesi europei e del nord America il processo di accreditamento ha tradizioni ben più consolidate di quelle italiane: nella maggior parte dei casi gli Enti pubblici si avvalgono di agenzie esterne per garantire quella terzietà necessaria alla scelta di partners. Tra le agenzie di maggior rilievo per l'accreditamento dei servizi sanitari troviamo la Joint Commission on accreditation of healthcare organizations (JCAHO) che sta operando anche per grandi strutture ospedaliere italiane.

Autorizzazione e accreditamento, sono finalizzati a comporre in un *sistema*, servizi e interventi. Il sistema, come insegna tutta la normativa sulla qualità, è un *insieme organizzato*, basato su interrelazioni, collegamenti e integrazione tra le diverse componenti, che supera l'apporto dei singoli segmenti per costruire "una politica" a favore degli obiettivi per cui lo stesso è costituito, nel nostro caso la salute ed il benessere del cittadino. Il sistema è funzionale alla produzione, alla erogazione e quindi ai risultati e se questa impostazione è adottata nella produzione industriale, maggiormente deve esserlo nella produzione di servizi alla persona, per ottenere il miglior risultato.

Si può, quindi affermare che i due processi fanno parte di un *sistema di regolazione e di garanzia*. Garanzie interne al sistema, sul piano dell'equità dei soggetti erogatori (tutti devono sottostare alle regole dell'accreditamento, anche i pubblici), della qualità e della spesa, garanzie esterne a favore degli utenti per *certificare* il livello delle prestazioni offerte, la loro congruenza e rispondenza ai programmi regionali o nazionali.

Lo strumento che permette di regolare i rapporti con i soggetti accreditati è il *contratto* dove si fissano i volumi delle attività che debbono essere forniti, le sedi di fornitura, le tariffe e le verifiche sulle prestazioni rese.

Nel consolidato dei servizi sanitari e sociosanitari esistono differenti forme di accreditamento che possono applicarsi anche ai servizi sociali:

- **ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE** ha come riferimento il DPR 14 gennaio 1997 che fissa i requisiti indispensabili per l'autorizzazione e richiede alle Regioni di svilupparli fino a farli divenire requisiti per l'accreditamento ai fini della stipulazione dei contratti;
- **CERTIFICAZIONE DI QUALITÀ** Trattasi di forme di valutazione della qualità, di carattere volontario e professionale tra strutture equivalenti che valuta prevalentemente la qualità del servizio e la professionalità degli operatori, finalizzata al miglioramento continuo della qualità.

La Regione, con d.g.r. 283 del 22/03/2002 ha provveduto a fornire indirizzi transitori ai Comuni per l'accreditamento di strutture sociali pubbliche e private, tale provvedimento sarà aggiornato alla luce delle modifiche intervenute ai sensi della l.r. 12/06 e delle modifiche che verranno apportate alla l.r. 20/99 "Nome in materia di autorizzazione, vigilanza e accreditamento per i presidi sanitari, pubblici e privati. Recepimento del D.P.R.14/01/1997".

Per la tutela della Qualità, si aggiungono anche i **sistemi di certificazione** collegati alle norme ISO 9000 e 9001, 9004:2000. Le norme ISO 9000 sono nate per i controlli di qualità della produzione e si adattano con difficoltà al sistema dei servizi, mentre le ISO 9001-9004:2000 (Vision), costituiscono il modello di riferimento per il Sistema di Gestione della Qualità e sono più applicabili ai servizi. La struttura di queste norme, che coadiuva senz'altro i processi di analisi e di programmazione sociale prende in considerazione:

- Scopo e campo di applicazione;
- Riferimenti normativi;
- Termini e definizioni;
- Sistema di gestione per la qualità;
- Responsabilità della direzione;
- Gestione delle risorse;
- Realizzazione del prodotto;
- Misurazioni, analisi e miglioramento.

Accanto ai processi di autorizzazione e accreditamento si sviluppa anche quello di **appropriatezza** che ad oggi, ha ancora scarsa rilevanza per il sistema sociale, mentre è maggiormente consolidato nel sistema sanitario, ma è necessario introdurlo anche nella rete dei servizi sociali e sociosanitari per rispondere con correttezza ed efficacia ai bisogni, in un trend di spesa equo e sostenibile.

Nell'ambito del processo di accreditamento e dell'appropriatezza delle prestazioni, si intende sviluppare un sistema di qualità che premi gli erogatori che adottano sistemi di qualità, anche in relazione alle norme 190 e Vision 2000. Le aree di qualità, che andranno articolate in indicatori specifici, sono almeno quelle relative all'organizzazione del personale (tipologia del rapporto di lavoro, contenimento del turn over, percorsi formativi...), al comfort della struttura (spazi all'aperto, climatizzazione, arredi...), alla socializzazione ed animazione.

La definizione del sistema di qualità che alcuni Comuni hanno già messo in atto - ad esempio il Comune di Genova - deve essere incrementata anche in relazione agli sviluppi e alle modifiche della D.G.R. 308/05, che definisce le prestazioni sociosanitarie semiresidenziali e residenziali nonché la tariffa sociale a carico degli ospiti e/o dei Comuni in caso di limitato reddito.

Obiettivo dei Direttori di Distretto (Sociale e Sanitario), è quello di pianificare la "territorializzazione dell'offerta" per consentire alle persone in stato di bisogno la permanenza nel proprio territorio, conservando i legami con le persone del contesto di vita e con l'ambiente conosciuto.

#### **4. AZIONI INNOVATIVE O A RILEVANZA REGIONALE**

Nell'ambito della pianificazione regionale oltre alle attività già indicate per la progettazione distrettuale, sono individuati obiettivi strategici a rilevanza regionale, da conseguire nel triennio di vigenza del piano, di seguito riportati.

##### **4.1. POLITICHE A FAVORE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA**

###### **4.1.1. Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza**

La Regione Liguria ha istituito, con legge regionale n. 12/2006, il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) e con DGR 1106 del 20/10/2006 ha fornito indirizzi per il suo utilizzo. La misura del Fondo è a favore di persone ultrasessantacinquenni e di persona infrasessantacinquenni con gravi disabilità. Le indicazioni per l'utilizzo del fondo prevedono che almeno il 15 per cento dei finanziamenti sia riservato agli infrasessantacinquenni con gravi disabilità e l'85 per cento agli ultrasessantacinquenni.

Il programma a favore della non autosufficienza, e quindi la disciplina del FRNA, prevede:

- l'implementazione di una rete sociosanitaria distrettuale a favore della non autosufficienza
- il riconoscimento di una misura economica – massimo 350 euro - per facilitare la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti. Nei confronti dei disabili minori verrà effettuata una valutazione più mirata alla non autosufficienza rispetto a quella condotta con la L. 104/92;
- il potenziamento dell'offerta di residenzialità e semiresidenzialità.

In base al provvedimento citato i requisiti per accedere al FRNA sono:

- l'accertamento della condizione di non autosufficienza
- la certificazione ISEE che prevede l'accesso secondo le seguenti fasce:
  - o ISEE fino a 10.000 euro, nessun abbattimento della misura economica

- ISEE da 10.001 a 20.000 euro, abbattimento del 20% della misura economica
- ISEE da 20.001 a 30.000 euro, abbattimento del 30% della misura economica
- ISEE da 30.001 a 40.000 euro, abbattimento del 40% della misura economica.

Il programma per la non autosufficienza è stato avviato in via sperimentale ed ha consentito l'attivazione in ogni distretto sociosanitario:

- dello Sportello Integrato Sociosanitario,
- dell' Unità di Valutazione Multidisciplinare che permette la valutazione congiunta sia di tipo sanitario sia sociale,
- dell'adozione del Piano Individualizzato di Assistenza con l'individuazione di un case manager,
- dell'adozione di un Patto assistenziale con l'interessato o la sua famiglia, in merito all'assistenza da assicurare attraverso la misura economica.

La Giunta Regionale in base all'andamento della prima fase di avvio delle attività, a favore della non autosufficienza anche in relazione alla disponibilità delle risorse finanziarie del Fondo Nazionale per la non autosufficienza (art.1 comma 1264 L. 296/2006 – Finanziaria 2007) potrà rivedere le fasce ISEE garantendo prioritariamente la misura economica a condizioni di minor reddito.

A completamento delle misure sopra indicate, per monitorare la non autosufficienza anche attraverso servizi "a bassa soglia", per tutto il periodo di vigenza del piano sono potenziati servizi di prossimità consistenti in:

- un call-center di accesso e di smistamento delle richieste agli altri soggetti della "rete";
- attività di osservazione e monitoraggio delle persone a rischio attraverso custodi sociosanitari;
- realizzazione e disbrigo di piccole incombenze collegate alla vita quotidiana.

Tali attività sono effettuate da parte del soggetto no-profit aggiudicatario della gestione degli stessi servizi di prossimità (D.G.R. 26/05/2006, n. 537 e D.G.R. 24/04/2007, n. 414 relative agli interventi per le emergenze climatiche in collegamento con la rete per la non autosufficienza).

## **4.2. POLITICHE A FAVORE DEI MINORI E DEGLI ADOLESCENTI**

### **4.2.1. Educatori di Strada**

Per favorire la valorizzazione dei "luoghi di vita" degli adolescenti, e quindi anche della strada, la Regione Liguria promuove le attività educative che permettano l'incontro tra gli adolescenti, i giovani e gli operatori che sulla strada agiscono per la promozione del benessere delle comunità locali.

Si intende quindi il lavoro di forte prevenzione attraverso azioni educative di strada, un lavoro che tende a trasformare la strada da luogo che produce disagio a spazio dove incontrare i giovani con le loro difficoltà, ma soprattutto con le loro risorse, con le loro debolezze, ma anche con la capacità – magari ancora implicita – di diventare artefici del proprio benessere. Tali interventi saranno sperimentalmente introdotti nelle aree a rischio di devianza giovanile, con maggior dispersione scolastica e con indicatori di forte disagio minorile. Per tali progetti si dovranno integrare azioni diverse anche con il concorso di associazioni, organizzazioni o soggetti del terzo settore, sempre radicati nel territorio di riferimento.

### **4.2.2. Affidamento familiare**

Gli interventi di sostegno all'affido familiare sono ormai consolidati all'interno delle attività dei servizi sociali e sociosanitari.

La Regione Liguria intende quindi promuovere reti e ulteriori sinergie tra le Associazioni delle famiglie, le CEA e le Case Famiglia, per favorire ulteriormente l'utilizzo di tale servizio integrando le diverse prestazioni in filiera.

Azioni di promozione, formazione e divulgazione possono essere un utile sostegno alle attività consolidate.

### **4.2.3. Servizi per la prima infanzia e azioni a favore dei minori stranieri**

La rete dei servizi per la prima infanzia e per i minori ha determinato la possibilità di un'offerta diversificata che ha prodotto nuove progettualità; la Regione intende consolidare quanto realizzato finora e supportare azioni che favoriscano progetti formativi rivolti a tutti gli operatori dei diversi servizi per la prima infanzia presenti sul territorio, sviluppando con i Comuni sinergie che coinvolgano in un processo di qualità anche i gestori esterni. La Regione intende altresì adottare azioni finalizzate alla costruzione di un sistema integrato di servizi educativi e di istruzione per la prima infanzia e di sostegno alla genitorialità e alla famiglia attraverso la realizzazione di nidi d'infanzia, servizi integrativi al nido e servizi innovativi e sperimentali. Tali servizi integrati tra di loro concorrono con le famiglie alla crescita educativa dei bambini, al loro benessere psicofisico garantendo lo sviluppo delle loro capacità cognitive, affettive e

sociali. Una particolare attenzione sarà dedicata a progetti mirati a favorire l'inclusione e la socializzazione dei minori stranieri.

#### **4.2.4. Accoglienza famiglie e bambini ospedalizzati**

La Liguria vanta centri di eccellenza per la cura del bambino che necessita di trattamenti ospedalieri. Ciò determina la necessità di creare luoghi di accoglienza per le famiglie, nel periodo di degenza o cura del bambino, e per l'intero nucleo familiare, nei periodi in cui il bambino dimesso dall'ospedale ha bisogno di accedervi anche quotidianamente.

La Regione Liguria intende riconoscere e sostenere i centri di accoglienza che permettano alle famiglie di trovarsi in un contesto solidale, di auto mutuo aiuto, che possa sostenere la famiglia nelle difficoltà quotidiana e che aiuti a rendere il periodo di permanenza per malattia, un'esperienza positiva pur nella difficoltà della situazione. Tali centri possono essere promossi e gestiti da enti pubblici o afferenti ad organizzazioni no-profit.

#### **4.2.5. Contrasto al drop out**

L'abbandono scolastico rappresenta una scarsa fiducia nel sistema dell'istruzione e la percezione che la scuola non sia un importante momento di formazione e crescita per la persona. Spesso all'abbandono scolastico si accompagnano comportamenti contro la legalità che ancor di più contribuiscono all'allontanamento dalle istituzioni.

La Regione Liguria intende promuovere il lavoro interistituzionale affinché la collaborazione tra enti diversi migliori la capacità di operare anche attraverso azioni di orientamento, sostegno, rinforzo della motivazione, in collaborazione con le famiglie.

#### **4.2.6. Prevenzione per gli adolescenti nei confronti di abusi da alcool e sostanze stupefacenti.**

Il disagio adolescenziale e giovanile si esprime sempre più diffusamente attraverso l'abuso di alcool, di sostanze stupefacenti e altre forme di dipendenza meno evidenti ma non per questo meno pericolose. Tutto ciò comporta la necessità di prevedere azioni specifiche che sostengano adolescenti e giovani offrendo loro occasioni per sperimentare percorsi di crescita diversi.

La Regione intende promuovere progetti di intervento mirati, attraverso le competenze maturate dai soggetti del privato sociale che operano nel campo delle dipendenze, in accordo con la scuola, eventuali altri enti formativi e con i distretti sociosanitari.

#### **4.2.7. Progetti per l'autonomia a favore di minori e giovani in uscita dalla comunità**

L'accoglienza residenziale è un intervento a termine, un periodo di passaggio in cui i minori devono essere aiutati a costruire il proprio progetto di vita. In prossimità del raggiungimento della maggiore età è necessario preparare tutte le condizioni perché la persona possa realmente emanciparsi dalla condizione di tutela in cui ha vissuto. La Regione in tal senso sostiene progetti di autonomia relativa all'accompagnamento al lavoro, all'autonomia abitativa, allo sviluppo di capacità di autogestione e quant'altro ritenuto necessario ed opportuno per il raggiungimento di tale finalità.

### **4.3 POLITICHE PER LE PARI OPPORTUNITA', LA NON DISCRIMINAZIONE E LA CRESCITA SOCIALE**

#### **4.3.1. Laboratori per avviamento al lavoro dei disabili**

Gli interventi a favore delle persone con disabilità devono esprimere una progettualità il cui obiettivo sia quello di offrire a ciascuno, secondo le proprie capacità, la possibilità di essere protagonista di un progetto di vita personale e collettivo.

Ciò significa costruire opportunità di inserimento e socializzazione integrando i servizi riabilitativi sanitari con altre esperienze e progetti che partano dalle risorse della persona.

La Regione Liguria intende sostenere le azioni che si sviluppano in tale senso, supportando i progetti relativi all'inserimento al lavoro, attraverso percorsi formativi dedicati, accompagnamento personalizzato in situazione lavorativa, azioni integrate tra i servizi sociosanitari e gli interventi volti all'inclusione sociale e lavorativa delle fasce deboli e protette. Tali interventi dovranno essere predisposti con la fattiva partecipazione delle Province, in relazione alle competenze in materia di formazione e di inserimento lavorativo, attraverso la progettualità dei distretti sociosanitari.

#### **4.3.2. Giovani madri sole**

Le azioni di sostegno alla famiglia devono prevedere anche specifici progetti di aiuto alle donne sole con figli in minore età. Spesso si tratta di persone che hanno difficoltà ad inserirsi nel mondo del lavoro, che necessitano di aiuto sul piano psico-socio-educativo. In tali casi si rende necessario lavorare a progettualità che abbiano la finalità di promuovere le risorse delle madri perché possano – con uno specifico sostegno – inserirsi o reinserirsi nella comunità locale.

Devono essere quindi approntati progetti con obiettivi diversificati, che rappresentino il percorso della persona: dall'azione di protezione alla piena emancipazione.

La Regione Liguria intende promuovere progetti di rete che affrontino la materia in argomento in maniera integrata e completa di tutte le azioni che permettano di realizzare il percorso indicato.

#### **4.3.3. Sostegno alle famiglie fragili**

La Regione Liguria, nell'intento di coniugare l'esigenza di tutelare il minore anche e soprattutto in situazioni familiari fragili e/o violente e il diritto dello stesso di vivere con i propri genitori naturali, a fronte di un loro potenziale recupero, promuove in via sperimentale e in accordo con i distretti sociosanitari e il terzo settore, l'avvio di progetti tesi ad aumentare le competenze degli operatori per la valutazione della recuperabilità della famiglia e favorire azioni di sostegno nei casi di "crisi".

#### **4.3.4. Distribuzione alimentare**

La scelta di sostenere chi è in condizione di povertà o a rischio di povertà si coniuga con la politica di lotta agli sprechi e di utilizzo delle risorse in maniera flessibile, appropriata, "ecologica".

Occuparsi della raccolta delle eccedenze dei prodotti alimentari presso la grande distribuzione, le mense aziendali e scolastiche anche costituendo una scorta di generi di prima necessità in caso di calamità naturali, è una azione importante per far fronte alle crescenti e diffuse povertà familiari.

Una volta raccolti i prodotti devono essere gratuitamente redistribuiti ad Enti e Associazioni che si occupano di assistere chi è in condizione di bisogno.

La Regione Liguria intende sostenere le attività di raccolta e distribuzione alimentare che rappresentano un presupposto indispensabile per la rete dei servizi sul territorio. E' fondamentale verificare l'esistenza di spazi idonei per la raccolta degli alimenti, sia dal punto di vista della grandezza sia dal punto di vista delle condizioni climatiche, igieniche, di conservazione e sicurezza dei prodotti.

#### **4.3.5. Prestiti d'onore e prevenzione dell'usura**

Il "prestito d'onore" è una misura volta a sostenere le responsabilità individuali e familiari e ad agevolare l'autonomia finanziaria dei cittadini con problemi di grave e temporanea difficoltà economica.

Il sostegno economico è indirizzato a coloro che, in presenza di una situazione contingente, vedano ridotta la propria capacità di far fronte ad obblighi individuali e familiari, nonostante presentino nel medio periodo una capacità di reddito sufficiente a sostenere tali obblighi.

I prestiti devono privilegiare situazioni in cui la disponibilità finanziaria apporti un evidente aiuto per il cambiamento e l'uscita da "situazioni critiche", configurandosi l'intervento come preventivo della povertà e facilitante l'inclusione sociale. Accedono ai prestiti d'onore anche i neo-maggiorenni sottoposti a tutela amministrativa che si trovano nella condizione di prosieguo amministrativo decretato dal Tribunale per i Minorenni o anche neo-maggiorenni, fino a 21 anni, che sino alla minore età sono stati tutelati attraverso gli istituti previsti dalla L. 149/01. In tutti questi casi il prestito è erogato attraverso un progetto condiviso anche dall'Ente/famiglia che ha tutelato il minore fino all'età di diciotto anni.

Per la gestione dei prestiti d'onore la Regione può anche avvalersi di fondi finalizzati ed inoltre può coinvolgere la Finanziaria regionale FILSE.

#### **4.3.6. Sostegno ai marittimi**

La vocazione marinara propria della Regione Liguria non può far trascurare la situazione delle persone che lavorano in qualità di marittimi, spesso in condizione di forte precarietà.

Alcuni marittimi si trovano in condizioni precarie perché le navi da carico possono essere bloccate in porto per motivi di varia natura; spesso le attese durano per periodi prolungati e vi è necessità di intervenire per garantire a tali persone sostegni di varia natura nell'emergenza: vitto, alloggio ma anche iniziative di altro tipo – culturali, sociali, aggregative, sportive – che diano dignità alla persona umana.

La Regione intende implementare azioni volte a sostenere i marittimi che si trovino in condizioni di difficoltà, in collaborazione con le Associazioni già attive nell'offrire supporto ai marittimi per quanto concerne i beni di prima necessità.

#### **4.3.7. Aiuto alle persone vittime del traffico a scopo di sfruttamento sessuale**

Sul tema della tratta delle donne i riferimenti normativi sono dati dal combinato disposto di due leggi: il Decreto Legislativo 286/98 (Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero) che prevede all'art.18 il rilascio di un permesso di soggiorno speciale per motivi di protezione sociale al



fine di permettere alla persona straniera di sottrarsi alla violenza e partecipare ad un programma di assistenza ed integrazione sociale e la legge 228/2003 (Misure contro la tratta di persone) che all'articolo 1 individua il reato di riduzione in schiavitù.

L'attività di ascolto, sostegno, accompagnamento delle donne perché riacquistino la propria dignità, richiede di lavorare ad una progettualità integrata sia tra diversi soggetti pubblici, compresa la collaborazione indispensabile delle forze dell'ordine, sia attraverso sinergie con gli enti del privato sociale impegnati spesso sui temi più ampi dell'immigrazione.

La Regione intende sostenere le azioni integrate che riguardano prevalentemente la realizzazione di interventi e prestazioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi di inclusione sociale, con particolare riferimento alla promozione dei Centri Antiviolenza di cui alla l.r. 12/2007.

#### **4.3.8. Reinserimento sociale di persone in esecuzione penale e persone ex detenute**

I temi relativi all'area penale hanno avuto una particolare attenzione data dalla misura dell'indulto dell'estate 2006. L'indulto ha nuovamente sollecitato la riflessione in merito alle opportunità e alla possibilità di reinserimento di coloro che hanno terminato il percorso di espiazione della pena.

Sull'area penale è di fondamentale importanza che si integrino le politiche della formazione, del lavoro, della casa, della salute: sono molte le istituzioni che possono portare il proprio contributo fattivo alla realizzazione di progetti integrati, quali la Provincia, il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria e l'UEPE, i Comuni, le ASL.

Alla rete istituzionale si aggiunge il ruolo del privato sociale e delle rappresentanze della società civile che possono svolgere un ruolo di grande efficacia sui temi relativi all'esclusione sociale, in maniera particolare quando tale emarginazione è dovuta alla rottura del patto sociale come nel caso di coloro che hanno commesso un reato. Per tali soggetti può infatti essere più facile rivolgersi alle organizzazioni non istituzionali che rappresentano lo Stato nelle sue diverse articolazioni.

La Regione intende sostenere azioni che favoriscano l'accesso da parte di coloro che vogliono trovare opportunità per reinserirsi nel tessuto sociale, integrando le attività dei soggetti di terzo settore con le attività istituzionali territoriali (Ambito Territoriale Sociale e Distretto Sociosanitario).

#### **4.3.9. Sostegno e valorizzazione del lavoro di cura**

Il lavoro di cura degli assistenti familiari rivolto prevalentemente alle persone anziane, riveste un valore ed un'importanza da sostenere attraverso specifiche azioni di sostegno.

In particolare la Regione Liguria intende promuovere azioni, di concerto con gli Enti competenti ed interessati, che qualificano la professionalità degli assistenti familiari, concorrano a definire le modalità di organizzazione ed accesso dell'assistenza familiare, trasformino il servizio di assistenza familiare privato in un settore organizzato, sussidiario e complementare a quello pubblico.

#### **4.3.10. La mediazione linguistico-culturale**

Per favorire i processi di inclusione è necessario dare rilievo alle attività che supportano e possono facilitare l'integrazione tra culture diverse, al fine di realizzare progetti e azioni di educazione interculturale.

Il lavoro di mediazione accompagna il confronto tra culture diverse ed il mediatore si pone come un attento interprete che cerca di ridurre le distanze anziché accrescerle, conoscitore delle evoluzioni, trasformazioni e cambiamenti sociali, capace nel prevenire e gestire i conflitti.

Il lavoro di mediazione assume un valore particolarmente significativo nella scuola dove possono esservi sia situazioni "di emergenza" riferite a studenti appena giunti da un paese straniero, che trovano nell'istituzione scolastica il primo luogo di accoglienza, sia progetti - di medio e lungo termine - di educazione interculturale.

La Regione Liguria intende, inoltre, sostenere attività di animazione ed informazione interculturale in special modo nei territori dove sono presenti fenomeni diffusi di immigrazione che richiedono particolare attenzione.

### **4.4 PROMOZIONE DI NUOVI STILI DI VITA PER MIGLIORARE LE CONDIZIONI PSICO-FISICHE**

La Regione, nella propria attività di indirizzo e di programmazione persegue, tra gli altri, l'obiettivo di promuovere **nuovi stili di vita** nei minori, negli adolescenti, negli adulti, nelle persone anziane al fine di migliorare la qualità della vita e le condizioni dell'invecchiamento, attraverso progetti integrati - da avviare a livello di Distretto Sociosanitario in collaborazione con l'ASL e con le istituzioni scolastiche. I principali "campi di azione" riguardano l'educazione alimentare; la lotta alle dipendenze; la diffusione di una cultura attenta ai problemi della mobilità e all'importanza dell'esercizio fisico in tutte le fasi dell'esistenza.

#### **4.4.1. La funzione degli animali da compagnia nella rete di solidarietà sociale e nella Pet Therapy**

Il benessere psico-fisico è fortemente collegato anche a politiche di sensibilità ecologica e di rispetto per il mondo animale e le bio-diversità. Questo si avverte, particolarmente, nell'ambito degli interventi per la non autosufficienza e per i minori con disagio fisico, psichico e sociale, dove un ruolo attivo degli animali da compagnia (cani, gatti, etc.), porta a notevoli miglioramenti delle condizioni di vita (e di salute). Tali terapie (nate negli Stati Uniti negli anni '60), sono ad oggi ancora poco praticate nel nostro Paese, nonostante la positività dei risultati ottenuti con le stesse al fine di migliorare la qualità della vita delle persone (in generale) e, soprattutto, di quelle più fragili e spesso, purtroppo, più sole.

E' da tempo acquisito, che il rapporto con gli animali genera benefici psico-fisici, facilita la socializzazione, la comunicazione, sviluppa il senso di responsabilità (soprattutto nel caso di bambini e di disabili) ed è fonte di rilassamento e di diminuzione del senso di solitudine per le persone anziane. Il rapporto affettivo con un animale da compagnia può infatti, se opportunamente gestito, intervenire positivamente in situazioni di squilibrio dell'affettività e costituire un prezioso veicolo per ripristinare canali di comunicazione e socializzazione ed anche per sviluppare abilità propedeutiche al raggiungimento di una maggiore autonomia delle persone e al recupero di autostima da parte di queste ultime.

#### **La Pet Therapy**

Tra le terapie "dolci" sviluppate a favore di persone con problemi relazionali o di grave handicap, da alcuni anni si sta consolidando la *Pet Therapy* ovvero un'attività che prevede il coinvolgimento di animali da compagnia proprio per supportare il recupero di persone di persone con disagio psico-fisico. Ovviamente non si tratta di attività volontarie, ma di vere e proprie azioni terapeutiche da effettuarsi con gruppi di operatori preparati e con animali "certificati" in quanto gli obiettivi di recupero si avvalgono di relazioni e contatti tra animale e persona da riabilitare; sono infatti i contatti "mirati" con l'animale che cercano di rimuovere il disagio e migliorare le condizioni esistenziali della persona con problemi di relazione.

In questa materia, che apre a nuove possibilità di cura senza "controindicazioni", sono reperibili studi e progetti condotti a livello scientifico da Istituti universitari, sul piano nazionale e anche locale; in particolare, è recente la conclusione di uno studio condotto su persone con autismo o plurihandicap da parte dell'Istituto David Chiossone di Genova in collaborazione con il Nucleo Operativo Disabili dell'ASL 3 Genovese, le Università di Genova e di Pisa.

L'analisi dell'esperienza condotta dal Chiossone e dall'ASL 3 Genovese, dimostra ampiamente l'effetto positivo della *Pet Therapy* come coadiuvante delle terapie cliniche e farmacologiche, nel campo dell'autismo o della grave disabilità, problemi che ancora oggi riservano elevate difficoltà all'approccio multidisciplinare.

#### **4.5 INTERVENTI SPECIFICI PER L'ENTROTERRA E I PICCOLI COMUNI**

L'abbandono scolastico è un tema particolarmente sentito nei comuni di piccole dimensioni e comuni montani, dove la dispersione territoriale e la difficoltà dei sistemi di trasporto locale non rendono agevole la frequenza a scuola e ad attività sociali, ricreative, educative e culturali.

Tali territori rischiano l'abbandono da parte dei residenti ed è quindi conveniente e necessario porre particolare attenzione alla creazione di opportunità, che riescano ad attrarre chi vi abita, con particolare attenzione ai giovani che altrimenti non consolidano la loro appartenenza al contesto di vita, con il rischio sia di trovarsi in difficoltà nella costruzione di una propria identità di cittadinanza, sia dell'abbandono del territorio una volta raggiunta l'età adulta.

La Regione Liguria intende promuovere l'attivazione di progetti specifici per tali realtà territoriali, integrati ed in rete tra le realtà locali sia istituzionali che non - anche attraverso centri polifunzionali che possano essere utilizzati come punti di riferimento e presidi sul territorio - ponendo particolare attenzione ai seguenti interventi:

- contrasto dei fenomeni di abbandono scolastico precoce e di espulsione dal mondo della scuola e della formazione;
- attività di incontro, aggregative, culturali, di confronto, anche a favore di altri gruppi di popolazione;
- promozione di scambi intergenerazionali.

### **TERZA PARTE**

#### **LE RISORSE, GLI INDIRIZZI, LE VERIFICHE**

## 1. Il finanziamento 2007/2010

La legge 328/2000 all'articolo 4 e la legge regionale 12/06 all'articolo 55, individuano nei Comuni singoli e associati L'Ente deputato a finanziare il sistema dei servizi sociali. In termini di sussidiarietà concorrono ai finanziamenti comunali quelli del bilancio regionale e fondi nazionali trasferiti alla regione per consolidare i piani Distrettuali e quelli degli Ambiti territoriali Sociali.

Le disponibilità finanziarie per il periodo di vigenza del piano derivano quindi da:

- a) Finanziamenti dei Comuni costituiti in Ambito e Distretto sociosanitario
- b) Fondi regionali derivati dalla legge 12/06 di parte corrente e in conto capitale
- c) Fondo Regionale a favore della non autosufficienza
- d) Fondi nazionali derivati dalle leggi finanziarie per la quota assegnata alla Liguria da utilizzarsi per programmi finalizzati stabiliti dagli indirizzi nazionali. La legge finanziaria 2007 prevede in particolare:

### FINANZIAMENTO 2007/2010

“La tabella che segue indica le ipotesi di finanziamento per il triennio. I dati presentati sono indicativi e possono subire modifiche poiché collegati al riparto dei fondi in sede nazionale ancora in corso di valutazione. I bilanci pluriennali, da cui sono tratte le previsioni per gli anni 2008 e 2009, possono anch'essi essere variati.

FINANZIAMENTI	2007	2008	2009
Fondo Politiche per la Famiglia (per riorganizzazione e potenziamento dei consultori familiari, asili nido e servizi socio-educativi ed altri indirizzi ministeriali)	4.915.000	4.915.000	4.915.000
Fondo Non Autosufficienza (risorse regionali + nazionali)	13.500.000	19.000.000	21.000.000
Fondo Politiche Giovanili	1.800.000	1.800.000	1.800.000
Fondo Regionale di cui alla l.r.12/06 (spesa parte corrente + conto capitale – bilancio pluriennale)	24.000.000	24.000.000	24.000.000
Fondo Nazionale per le Politiche Sociali	23.700.000	27.000.000	30.000.000

Di seguito si riportano le quote di finanziamento triennale del Fondo Sanitario, per la residenzialità e semi residenzialità extra ospedaliera, approvate con Delibera di Giunta regionale n. 346/2007 e dai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, all'interno dell'affiancamento ministeriale. Tale finanziamento garantisce il costo della quota sanitaria per gli inserimenti in strutture residenziali e semi residenziali; per quanto concerne la quota sociale vi è il concorso alla spesa da parte delle famiglie e, qualora le stesse non siano in grado di sostenerne il costo parzialmente o totalmente, dei Comuni. E' in corso di revisione il sistema tariffario – sia sanitario sia sociale – che riguarda l'intero impianto dei servizi per la residenzialità e semi residenzialità extra ospedaliera.

Fondo Sanitario regionale per la residenzialità e semi residenzialità (DGR 346/07 approvata)	210.026.000	235.291.000	250.563.000
--	-------------	-------------	-------------

La Regione, per la spesa corrente, erogherà i finanziamenti regionali al Comune capofila di ciascun Distretto sociosanitario che, sulla base delle indicazioni del Piano Distrettuale e del Comitato dei Sindaci, provvederà ad attribuire le quote destinate ai servizi gestiti dagli Ambiti Territoriali Sociali. Per quanto attiene la materia sanitaria negli atti di riparto delle risorse del Servizio Sanitario sono individuati i finanziamenti che le Aziende Sanitarie finalizzeranno alle attività sociosanitarie a carico del Servizio Sanitario Regionale.

I Distretti Sociosanitari con il fondo a disposizione finanziano le priorità territoriali contenute nel relativo Piano di distretto.

La tabella di seguito riportata individua per le politiche sociali gli orientamenti per il finanziamento a favore delle reti integrate d'offerta già illustrate nella seconda parte. Si tratta di punti di riferimento che possono essere modificati esplicitando le motivazioni che vanno a determinare scelte diverse all'interno dei piani distrettuali.

RETI DI SERVIZI	% FINANZIAMENTO 2007	% FINANZIAMENTO 2008	% FINANZIAMENTO 2009-2010
Accesso, cittadinanza e integrazione sociosanitaria	17 - 22	15 - 20	10 - 15
Famiglia	35 - 40	33 - 38	30 - 35
Non Autosufficienza (anziani e disabili) e Invecchiamento Attivo	30 - 35	32 - 37	35 - 40
Promozione della socialità e inclusione sociale	7 - 12 (1)	8 - 13 (1)	9 - 14 (1)
Emergenza Sociale	5 - 10 (2)	7 - 12 (2)	8 - 15 (2)

(1) I Distretti sociosanitari sulla base della programmazione sociosanitaria locale assicurano la realizzazione di programmi territoriali di prevenzione e inserimento lavorativo, coinvolgendo nelle fasi di progettazione e gestione i soggetti no-profit che operano nel campo delle dipendenze, autorizzati in base alla l.r. 20/1999, a cui riservano non meno del 2% del finanziamento globale assegnato.

Analogamente si procederà per programmi che riguardano la marginalità sociale, le povertà estreme e l'immigrazione, riservando ai soggetti no-profit che operano nel campo della marginalità sociale e delle estreme povertà non meno del 2% del finanziamento globale assegnato a ciascun Distretto.

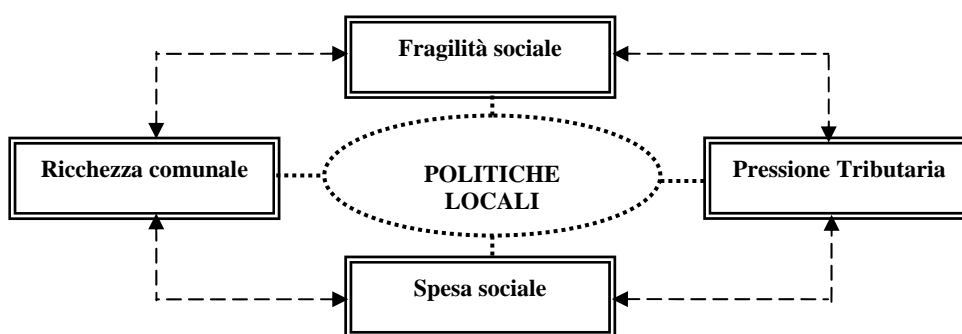
Secondo la valutazione effettuata nella rilevazione della spesa sociale (anno 2004), i Comuni, mediamente, impegnano, a fronte del co-finanziamento regionale per i servizi sociali, il 58,8% che va da un minimo del 39,5% ad un massimo del 75,06%.

Nel periodo di vigenza del Piano viene richiesto ai Comuni con apporto inferiore al 50% un incremento della spesa sociale di almeno il 2%.

## 2. I criteri per il riparto ai Distretti Sociosanitari

Il riparto dei finanziamenti ai Distretti ed agli ATS deve tenere conto di alcune variabili che contestualizzano la situazione di ciascun comune secondo lo schema sotto riportato. Ciò significa che le politiche locali, particolarmente quelle dedicate ai servizi sociali, sono il risultato di una interazione tra ricchezza comunale, derivata da pressione tributaria e da altre entrate e destinazione di parte (più o meno cospicua) alla spesa sociale e quindi agli interventi a favore delle fragilità.

*Schema di analisi delle politiche locali*



La legge regionale 12/06, tenendo in considerazione le osservazioni che derivano dallo schema sopra indicato, prevede di ripartire i **fondi regionali** secondo criteri di sussidiarietà rispettosi delle logiche rappresentate. In particolare i **finanziamenti di parte corrente** sono ripartiti sulla base di **indicatori**, derivati dai seguenti elementi:

- a) perseguimento delle migliori prestazioni sociali, a partire dai livelli essenziali omogenei sul territorio regionale;
- b) compartecipazione alla spesa per interventi e servizi sociali e sociosanitari da parte delle amministrazioni locali;
- c) intensità della gestione associata ed integrata dei servizi sociali e sociosanitari nell'ambito territoriale sociale e nel distretto sociosanitario;
- d) bisogni di assistenza in rapporto con la situazione demografica e territoriale delle diverse aree geografiche;
- e) indicatori sulle entrate, anche potenziali, delle comunità locali e conseguenti azioni per un riequilibrio solidale in favore delle realtà con maggiore disagio.

Nei provvedimenti di riparto del Fondo per le Politiche Sociali verranno tenuti presenti i finanziamenti diretti erogati dai Ministeri (Interni, Famiglia, Solidarietà Sociale ecc.) ai Comuni, per piani e progetti riconducibili ad iniziative di politica sociale ed azioni del presente Piano.

Gli indicatori sono stati elaborati tenendo conto dei seguenti elementi:

1. con riferimento al punto b) spesa pro-capite comunale per la funzione sociale,
2. con riferimento al punto d) popolazione residente pesata secondo la composizione per fasce di età (minori/adulti/anziani) utilizzando l'incidenza delle singole componenti,
3. con riferimento al punto e) indice di ricchezza comunale (IRC) derivante dallo studio prodotto dall'IREF – Istituto di Ricerche Educative e Formative (Roma) e la capacità fiscale del comune (tramite i dati del patrimonio immobiliare e del gettito ICI) corretta per il fattore di sforzo fiscale (ottenuto attraverso il calcolo dell'aliquota media comunale).

#### **Descrizione e metodo di calcolo degli indicatori:**

COR = distanza del valore procapite comunale della spesa per la funzione sociale dalla media regionale

QPP = quota capitaria pesata in relazione alla composizione per fasce d'età

IRC = distanza del valore comunale di ricchezza territoriale dalla media regionale

CAP = distanza del valore procapite comunale del patrimonio immobiliare dalla media regionale corretto dallo sforzo fiscale misurato sull'aliquota ICI media comunale ed il gettito riscosso

#### **COR**

L'indicatore relativo alla spesa comunale "COR" è determinato a partire dalla spesa comunale per la funzione sociale, quale risulta dal certificato di conto consuntivo per l'anno finanziario 2004, rapportata alla popolazione residente al 31/12/2004.

Il numero indice è ottenuto dal rapporto di ciascun valore procapite comunale con il valore medio regionale posto convenzionalmente pari a 100.

#### **IRC**

L'indicatore relativo alla ricchezza comunale "IRC" è determinato a partire dai risultati della ricerca "Equità e benessere locale – Ricchezza e spesa sociale nei comuni della Liguria" ultimata dall'IREF (Istituto di ricerche educative e formative) nel giugno 2006.

L'indice di ricchezza comunale è stato costruito seguendo una particolare procedura di sintesi di indicatori elementari denominata "Sintesi mediante componenti principali": i punteggi dell'IRC sono stati trasformati in indici intermedi, ossia valori compresi da 0 (che indica il comune più povero della Liguria) a 100 (valore assegnato al Comune più ricco della Liguria). Ai fini dell'impiego dell'indicatore si è provveduto al calcolo del punteggio medio regionale mediante il calcolo della media aritmetica dei punteggi comunali; il numero indice comunale risulta dalla distanza di ciascun valore dalla media regionale; di tale valore comunale viene calcolato l'opposto per evidenziare quegli enti che, distanziandosi dalla media regionale in senso negativo, manifestano un maggior fabbisogno di risorse (in appendice si riporta l'IRC per ciascun Comune della Regione).

Le dimensioni utilizzate sono le seguenti:

1. contesto: indicatori di tipo demografico e geografico (sesso, età, titolo di studio, condizione familiare, indice di dipendenza, di ricambio)
2. dotazione strutturale: ovvero la dotazione dei comuni in relazione a due diversi tipi di strutture: strutture produttive (unità di lavoro ubicate nei singoli comuni); strutture residenziali (immobili ad uso privato presenti all'interno dei confini comunali). La combinazione di questi due aspetti definisce la vocazione residenziale o produttiva (agricola, industriale, commerciale) del comune

3. sviluppo economico: ovvero la sintesi degli indicatori che riguardano la produzione, il consumo ed il risparmio all'interno dei confini comunali (sportelli bancari, depositi, immatricolazioni autoveicoli, abbonamenti TV, consumi elettrici, condizione professionale)
4. ricchezza immobiliare: cioè il prezzo degli appartamenti, il prezzo degli affitti, il numero delle transazioni normalizzate e il valore Imi (il rapporto tra il numero delle transazioni e lo stock degli immobili), rilevati in ogni comune
5. ricchezza locale: tutti gli indicatori relativi alla ricchezza degli individui (reddito, numero di contribuenti, pensioni non di anzianità, ecc.)
6. pendolarismo: dimensione che indica sia la capacità di un comune di attrarre persone che vivono al di fuori dei confini amministrativi, sia la possibilità dei non residenti di trasferire ricchezza dal comune in cui si presta la propria opera al comune dove si vive.

#### QPP

L'indicatore relativo alla quota capitaria pesata "QPP" è determinato a partire dal dato della popolazione residente al 31/12/2004, ricalcolata attraverso la scomposizione per classi d'età (minori di 18 anni, adulti e anziani a partire dai 65 anni), secondo il peso relativo della spesa sociale per ciascuna classe. Ai minori è stato applicato il coefficiente pari a 1,6 mentre alla popolazione anziana il coefficiente pari a 1,9: dal nuovo dato di popolazione così ottenuto si isola la differenza dal dato di popolazione residente effettiva e la si impiega per determinare la quota percentuale comunale sul totale regionale.

#### CAP

L'indicatore di capacità fiscale "CAP" è determinato a partire dai dati sul patrimonio immobiliare ai fini dell'Imposta Comunale sugli Immobili in ragione del fatto che l'autonomia impositiva dei comuni è costituita in massima parte dal gettito ICI di cui il patrimonio immobiliare rappresenta la base imponibile. Il numero indice è calcolato come somma delle basi imponibili dell'imposta per le categorie catastali da A/1 a D/10 espressa in termini pro capite, indicizzata sulla media regionale posta convenzionalmente pari a 100; di tale valore comunale viene calcolato l'opposto per evidenziare quegli enti che, distanziandosi dalla media regionale in senso negativo, manifestano un maggior fabbisogno di risorse ovvero una minore capacità fiscale. A tale risultato si applica un *fattore di correzione* che vuole esprimere lo sforzo fiscale fino ad oggi adottato dal singolo comune; la misura di tale sforzo è data dal confronto dell'aliquota media comunale con il valore standard regionale. Tale distanza va a correggere il posizionamento del singolo comune rispetto al numero indice di patrimonio immobiliare procapite producendo una correzione negativa o positiva sulla *performance* per stimolare o premiare l'impiego della leva fiscale da parte dei singoli enti.

#### Fonti di raccolta dei dati per il calcolo degli indicatori:

- *statistiche della popolazione residente di fonte ISTAT;*
- *dati del patrimonio immobiliare forniti dalle Agenzie del Territorio*
- *dati delle entrate tributarie comunali, desunti dai Certificati di Conto Consuntivo dei Comuni della Liguria*
- *dati della spesa comunale per la funzione sociale sono desunti dai Certificati di Conto Consuntivo dei Comuni della Liguria valutando la funzione in campo sociale della spesa corrente;*
- *dati sull'indice di ricchezza comunale ricerca "Equità e benessere locale – Ricchezza e spesa sociale nei comuni della Liguria"- Ricerca IREF giugno 2006.*

Tale modello, già utilizzato sperimentalmente nel 2006 per il riparto del Fondo per le Politiche Sociali, è soggetto a verifiche ed eventuali revisioni periodiche.

#### Finanziamento degli investimenti (conto capitale)

Considerato che gli investimenti in conto capitale sono finalizzati a dotare i Distretti di un patrimonio di servizi moderno ed adeguato alle esigenze della popolazione, tenuto conto che la struttura della stessa, particolarmente per le fasce di fragilità, è fortemente omogenea a livello regionale, i finanziamenti in conto capitale vengono erogati, valutando:

- il raggiungimento degli obiettivi di Piano;
- capacità di co-finanziamento da parte del Distretto Sociosanitario;
- completamento delle opere da realizzare;
- capacità di selezione delle opere, scegliendo quelle più utili ad una organizzazione sistemica dell'offerta e rispondenti al raggiungimento degli indicatori previsti dal presente Piano.

I distretti erogheranno le risorse assegnate dalla Regione, che per loro rappresentano elemento di finanza derivata.

La Giunta Regionale delibera il riparto dei finanziamenti in conto capitale come risultante dall'attività istruttoria e propositiva, da parte dei Distretti, effettuata in condivisione degli indirizzi sopra riportati.

### 3. Finanziamento per le azioni innovative o a rilevanza regionale

La Giunta Regionale accantona, sui finanziamenti individuati per il periodo 2007/2010, il 7% a favore di progetti a rilevanza regionale. Gli interventi a rilevanza regionale si realizzano attraverso i progetti che dovranno essere presentati al Settore Regionale competente entro il 30 del mese di aprile di ogni anno di vigenza del Piano Sociale Integrato.

Potranno essere finanziati progetti anche pluriennali.

Preferibilmente i progetti dovranno essere presentati da una rete di soggetti – pubblici e privati – e dovranno riguardare le tematiche elencate al punto 5.

Le domande per la presentazione dei progetti dovranno contenere, in forma sintetica:

- il referente del progetto: nome, cognome, ente di appartenenza, indirizzo dell'ente, tel, fax, email
- il titolo del progetto e la tematica a cui afferisce, quindi i destinatari
- gli enti che aderiscono al progetto e con quali eventuali ruoli
- da quando è stato avviato il progetto o quando si pensa di avviarlo
- breve presentazione del progetto
- aspetti innovativi del progetto
- se si tratta di progetto già in corso, i risultati ottenuti
- esplicitazione degli indicatori di risultato che si intendono adottare
- risorse finanziarie a carico del proponente e/o dei partner.

### 4. Il concorso alla spesa da parte del cittadino

Nel 1997, la legge finanziaria per il 1998 ha delegato il Governo ad “emanare uno o più decreti legislativi per la definizione ... di criteri unificati di valutazione della **situazione economica dei soggetti che richiedono prestazioni sociali agevolate** nei confronti di amministrazioni pubbliche” (art. 59 comma 51 L. 449 del 27 dicembre 1997).

Un primo importante passo nella definizione dell'istituto della compartecipazione alla spesa quindi è stato il decreto legislativo 109/98 sull'*Indicatore della Situazione Economica*, che resta ancora il punto di riferimento fondamentale in quanto il decreto legislativo 130/2000 non può dirsi operante in quanto due decreti riguardanti le prestazioni di natura socio-sanitaria rivolte a persone con handicap permanente grave ed a persone ultrasessantacinquenni non autosufficienti, non sono stati più emanati.

La legge 328/00 è molto chiara in materia di compartecipazione alla spesa, infatti l'articolo 25 “Accertamento della condizione economica del richiedente”, afferma che “*ai fini dell'accesso ai servizi disciplinati dalla presente legge, la verifica della condizione economica del richiedente è effettuata secondo le disposizioni previste dalla normativa Ise.*” Anche la l.r. 12/06 all'articolo 51 individua i criteri per il concorso alla spesa.

Come si è precisato l'ISE è uno strumento rappresentativo delle condizioni reddituali della famiglia, ma l'accesso a servizi sociali implica che oltre le condizioni di reddito siano esaminate quelle anagrafiche e di benessere psico-fisico dei componenti. Allo scopo, si utilizza in “indicatore equivalente” definito ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente, articolo 1, D.Lgs. 109/98), quale strumento che tutela l'equità economica e le pari opportunità di accesso al sistema integrato dei servizi, tenendo conto della consistenza del nucleo familiare, dei componenti minori, anziani particolarmente delle loro disabilità.

Secondo le premesse, L'ISEE si calcola utilizzando informazioni relative a:

- **nucleo familiare** composto dai componenti la famiglia anagrafica del soggetto e dalle persone a carico ai fini IRPEF. In base ai parametri relativi al numero e alle caratteristiche dei componenti si individua il *coefficiente della scala di equivalenza*
- **reddito del nucleo familiare** costituito dalla somma dei redditi di tutti i componenti il nucleo familiare e dal rendimento del patrimonio mobiliare (Bot, CCT, depositi, azioni, ecc...)
- **patrimonio del nucleo familiare**, dato dalla somma del patrimonio immobiliare (case, terreni, fabbricati, ecc...) e mobiliare (Bot, CCT, depositi, partecipazioni...) di tutti i componenti il nucleo familiare. Il patrimonio concorre nella misura del 20% alla determinazione dell'ISEE e costituisce l'*indicatore patrimoniale*.

Formula per il calcolo dell'ISEE: La somma del reddito più il patrimonio deve essere divisa per il coefficiente della scala di equivalenza:

$$\frac{\text{REDDITO} + \text{PATRIMONIO}}{\text{Scala di equivalenza}} = \text{ISEE}$$

Analizzando il livello nazionale<sup>5</sup> e regionale<sup>6</sup> si evidenzia l'applicazione dell'ISEE alle seguenti prestazioni:

<b>Prestazioni nazionali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• assegno per nuclei familiari con almeno tre figli minori</li> <li>• assegno di maternità per le madri prive di altra garanzia assicurativa</li> <li>• fornitura gratuita o semigratuita dei libri di testo</li> <li>• erogazione borse di studio (<i>ex L. n. 62/2000</i>)</li> <li>• prestazioni del diritto allo studio universitario</li> <li>• agevolazione per il canone telefonico</li> </ul>
<b>Prestazioni nazionali che escludono l'utilizzo dell'ISEE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• integrazione al minimo pensionistico</li> <li>• assegno e pensione sociale</li> <li>• maggiorazione sociale</li> <li>• pensione di invalidità civile</li> </ul>
<b>Prestazioni Sociali e socio-educative a cui si accede con ISEE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• asili nido e altri servizi educativi per l'infanzia</li> <li>• mense scolastiche</li> <li>• servizi socio-sanitari domiciliari</li> <li>• servizi socio-sanitari diurni, residenziali, ecc.</li> <li>• altre prestazioni economiche assistenziali (es: reddito di cittadinanza)</li> </ul>
<b>Altre prestazioni che utilizzano l'ISEE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• agevolazione per tasse universitarie</li> <li>• contributo per il pagamento dei canoni di locazione (<i>ex L. 431/1998</i>)</li> <li>• agevolazioni per il canone di locazioni in edilizia residenziale pubblica</li> <li>• agevolazione per trasporto locale</li> <li>• servizio di scuola-bus</li> <li>• agevolazioni per tributi locali (rifiuti solidi urbani, ICI)</li> <li>• formulazione graduatorie per il pubblico impiego (<i>ex art. 16 l.56/87</i>)</li> </ul>

La dimensione dell'ISEE dipende dalla consistenza delle politiche sociali concretamente attivate a livello locale (non tutte sono infatti destinate a persone in condizioni di povertà. Se si esamina l'incidenza delle dichiarazioni ISEE si evidenzia che nel mezzogiorno è circa una persona su tre, mentre una su otto è al Centro, una su dieci nel Nord-est ed una su dodici nel Nord-ovest. Secondo dati INPS, in **Liguria** il numero delle certificazioni è di 7,1% rispetto al numero delle persone che richiedono prestazioni.

Nel dicembre 2003/4<sup>7</sup> è stata effettuata dalla regione un'indagine per acquisire informazioni sullo stato di applicazione dell'ISEE nei comuni/ associazioni intercomunali della regione che hanno risposto al 90% ad un questionario allo scopo predisposto.

Dall'indagine è risultato che:

- **46** associazioni intercomunali (79%) applicava l'ISEE ed in 8 lo strumento veniva applicato solo in alcuni Comuni (14%)
- **12** associazioni intercomunali (21%) non applicavano l'ISEE.

Circa le **prestazioni ed i servizi** ai quali si applicava l'ISEE, la situazione era estremamente disomogenea:

- asili nido (27%)
- assistenza domiciliare (5%)
- servizi residenziali (20%)
- centri diurni in 13 casi (15%)
- soggiorni vacanza (15%)
- trasporto disabili (15%)
- assistenza minori (3%)

Anche per la **soglia ISEE** collegata all'accesso gratuito ai servizi, la situazione era fortemente diversificata: sono stati indicati valori compresi tra 3.000,00 e 8.300,00 Euro.

a) Come riportato, l'applicazione dell'ISEE in Liguria, anche dal *Rapporto ISEE 2006*, fa riscontare una **limitata diffusione** ed una **forte disomogeneità**.

<sup>5</sup> CAPP, Centro di Analisi delle Politiche Pubbliche [www.capp.unimo.it](http://www.capp.unimo.it)

<sup>7</sup> Dall'indagine è risultata una forte disomogeneità, sia in termini di servizi per i quali è richiesta la certificazione, sia in termini di valori delle soglie di esenzione. È quindi da ritenersi che - ad oggi siano intervenuti cambiamenti - ma che comunque si debba riomogeneizzare l'applicazione dell'ISEE su tutto il territorio regionale



Al fine di rendere maggiormente coerente ed equa l'offerta dei servizi ai cittadini sull'intero territorio ligure, è necessario intervenire sulle fasce ISEE.

La proposta del Piano è di avviare un "tavolo di lavoro" tra Distretti Sociosanitari e Regione, allargato anche alle istanze sociali e sindacali con l'obiettivo di validare la proposta di:

- a) **esenzione da compartecipazione** per i livelli essenziali indicati tra i servizi prioritari, ovvero: informazione e consulenza sulle provvidenze concedibili dalla rete dei (diritto all'accesso), valutazione multidimensionale per definire le caratteristiche del problema/i evidenziati (diritto alla valutazione multidisciplinare del bisogno), elaborazione di progetto personalizzato (diritto a piano assistenziale);
- b) **3 fasce di valore ISEE** per l'accesso gratuito ai servizi non compresi tra quelli indicati alla lettera a) che tengano conto delle differenze socio-economiche tra i Comuni, come segue:

Tipologia Comuni	2007	Obiettivo a tendere entro il 2010
Comuni Montani dell'entroterra	€4.000,00=	€7.000,00=
Altri Comuni	€5.500,00=	€8.500,00=
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comuni con numero di abitanti &gt; di 15000;</li> <li>• Comuni con indice di ricchezza comunale (IRC) &gt; 40,00 (*)</li> </ul>	€8.000,00=	€10.000,00=

(\*) Vedi appendice al Piano.

- c) **confermare come primo set di servizi** a cui applicare l'ISEE quelli già indicati dai Comuni nell'indagine 2003/04: asili nido e servizi per i minori, assistenza domiciliare, servizi residenziali, centri diurni, soggiorni vacanza, trasporto disabili.

In relazione a quanto già stabilito all'articolo 59 della legge regionale 15/2006 "Norme ed interventi in materia di diritto all'istruzione e alla formazione", nel calcolo del reddito ISEE si applicano ulteriori abbattimenti, per il numero dei figli e il numero di disabili presenti in famiglia e precisamente:

- duemilacinquecento euro per ogni minore a carico oltre il primo;
- duemilacinquecento euro per ogni portatore di handicap presente nel nucleo familiare.

## 5. Indirizzi ai distretti sociosanitari per la programmazione 2007/2010

Nella prima parte del Piano sono stati illustrati gli scenari nazionali, europei e internazionali, nella seconda parte insieme all'assetto organizzativo della l.r. 12/06, sono stati declinati gli interventi derivati dalla stessa legge, sono stati altresì illustrate le azioni innovative promosse dalla Regione. Tutto il materiale esposto è da considerarsi guida e indirizzo alla predisposizione dei Piani Distrettuali.

In tal senso si richiamano sinteticamente le linee di programmazione che **ogni Distretto** dovrà adottare per il triennio 2007/2009 e comunque entro il 31/12/2010:

1. **Livelli di assistenza sociale** da erogare ai sensi della L.328/2000 e della l.r. 12/6:

- a) segretariato sociale (informazione, orientamento e consulenza sulla rete dei servizi sociali);
- b) servizio sociale professionale;
- c) assistenza domiciliare;
- d) servizio di pronto intervento sociale per situazioni di emergenza personali e familiari;
- e) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti fragili;
- f) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

2. **Livelli essenziali integrati da garantire**, in base al presente piano (senza concorso alla spesa da parte del cittadino):

- a) corretta informazione sulle provvidenze concedibili dalla rete sociale e sociosanitaria (diritto all'accesso);
- b) valutazione multidimensionale per analizzare le diverse dimensioni del bisogno (diritto alla valutazione personalizzata)
- c) progetto personalizzato (diritto ad un percorso assistenziale formalizzato).

3. I livelli sopra individuati si realizzano attraverso le seguenti **reti**:

1. Accesso, cittadinanza e integrazione sociosanitaria
2. Famiglia
3. Non Autosufficienza
4. Promozione della socialità e inclusione sociale
5. Emergenza sociale
6. Politiche attive per l'invecchiamento.

Per ciascuna rete, partendo dall'offerta attuale di ciascun distretto, si individuano specifici indicatori da raggiungere nel triennio.

Le tabelle evidenziano i dati per distretto sociosanitario: gli incrementi da porre in essere devono rispondere ad un'equa distribuzione sull'intero territorio distrettuale.

### RETE 1 – ACCESSO, CITTADINANZA E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

#### INDICATORI:

- Costituzione delle associazioni intercomunali degli Ambiti Territoriali Sociali come da D.G.R. del 7/12/2006, n. 1376 (rettificata con D.G.R. del 29/12/2006, n. 1596): *“Approvazione, ai sensi art. 62 l.r. 12/2006 “Promozione sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari” dei confini e dell’organizzazione degli ambiti territoriali sociali della Liguria”*.
- Costituzione delle associazioni intercomunali di Distretto come previsto dalla stessa l.r. 12/06 e dalla l.r. 41/06.
- Approvazione, su schema regionale, delle Convenzioni tra le Associazioni intercomunali di Distretto e l’Azienda Sanitaria Locale e della convenzione tra i Comuni dell’Ambito Territoriale Sociale.
- Istituzione, in ciascun Distretto dello **Sportello Integrato** sociosanitario.
- Istituzione in ciascun ogni Ambito Territoriale Sociale dello **Sportello di Cittadinanza**.

**Situazione a 01/01/2007**

DISTRETTI	abitanti (1)	sportelli socio-sanitari	ambiti territoriali sociali		UVM	Unità distrettuale (2)
	numero	numero	numero	Sportelli di cittadinanza	Si/no	Si/no
1 ventimigliese	58.678	0	4	16	Si	Si
2 sanremese	85.091	1	5	5	Si	
3 imperiese	71.822	1	6	7	Si	
4 albenganese	60.148	1	5	5	Si	
5 finalese	55.572	1	3	16	Si	
6 bormide	40.375	1	3	7	Si	
7 savonese	125.525	1	7	16	Si	Si
8 ge-ponente	98.495	3	4	10	Si	Si
9 ge-medioponte	127.914	0	2	8	Si	Si
10 ge-polcevera e scrivia	111.778	0	5	19	Si	Si
11 ge-centro	150.760	0	2	7	Si	Si
12 ge-bisagno e trebbia	149.189	1	4	11	Si	Si
13 ge-levante	98.555	1	4	7	Si	Si
14 tigullio occidentale	43.617	0	2	2	Si	
15 chiavarese	71.131	0	4	13	Si	Si
16 tigullio orientale	32.975	1	2	7	Si	
17 riviera val di vara	39.636	1	3	3	Si	
18 spezzino	109.056	0	3	2	Si	Si
19 val di magra	67.083	0	3	7	Si	
<b>Totale</b>	<b>1.597.400</b>	<b>13</b>	<b>71</b>	<b>168</b>		

(1) popolazione: stime al 1/01/2005

(2) Unità Distrettuale = Si, nei casi di avvenuta nomina del Direttore Sociale

**RETE 2 – FAMIGLIA:** erogazione da parte di tutti i Distretti e degli Ambiti territoriali sociali delle prestazioni di cui agli articoli 31 e 42 della l.r 12/06 con particolare riferimento agli interventi finalizzati a prevenire e contrastare forme di povertà, attraverso un sistema integrato di prestazioni economiche di integrazione al reddito, di promozione dell'inserimento lavorativo, di connessione con le politiche abitative.

**A - MINORI**
**INDICATORI:**

- Assicurare servizi per la prima infanzia zero/tre anni (asili nido, servizi integrativi, servizi sperimentali/innovativi, sezione primavera), raggiungendo un'offerta complessiva pari al 25% della popolazione 0/3 anni rispetto alla percentuale attuale del 17% (13% è la percentuale dei posti in asilo nido) come avvicinamento all'indicatore europeo (33%).
- Comunità per minori: almeno una per ciascun Distretto. Gli inserimenti dei minori in Comunità deve avvenire prioritariamente in strutture presenti sul territorio regionale.
- Realizzare azioni di contrasto all'abbandono scolastico.
- Realizzare azioni di promozione dei Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

**B – ADOLESCENTI E GIOVANI**
**INDICATORI:**

Realizzazione di una nuova azione per ogni anno di vigenza del Piano da scegliersi tra le seguenti:

- centri di aggregazione giovanile ivi comprese forme di aggregazione spontanea/informale di adolescenti;
- attività a favore dell'adolescenza;
- servizi a bassa soglia per contrastare disagio giovanile (bullismo, dipendenze, ecc.).

**Situazione a 01/01/2007**

DISTRETTI	minori <3 anni	Asili nido		Servizi integrativi per la prima infanzia		Servizi innovativi/ sperimentali per la prima infanzia		Totale posti per minori al 31/12/06	% posti sui minori	obiettivo europeo del 33% (* )
		n.	posti.	n.	posti.	n.	posti.			
1 ventimigliese	1.307	6	132	1	20	3	13	<b>165</b>	13%	431
2 sanremese	1.945	8	250	2	40	7	46	<b>336</b>	17%	642
3 imperiese	1.608	7	201	0	0	2	15	<b>216</b>	13%	531
4 albenganese	1.409	3	113	1	18	8	129	<b>260</b>	18%	465
5 finalese	1.313	5	151	3	28	3	14	<b>193</b>	15%	433
6 bormide	839	2	64	0	0	3	51	<b>115</b>	14%	277
7 savonese	2.772	11	386	3	107	3	24	<b>517</b>	19%	915
Genova (*)	13.680	---	---	---	---	---	---			
8 ge-ponente	2248	9	194	1	12	0	0	<b>206</b>	9%	742
9 ge-medioponente	3040	10	440	0	0	0	0	<b>440</b>	14%	1003
10 ge-polcevera e scrivia	2.632	11	301	0	0	4	26	<b>327</b>	12%	869
11 ge-centro	3040	29	839	0	0	0	0	<b>839</b>	28%	1003
12 ge-bisagno e trebbia	3213	15	522	2	25	0	0	<b>547</b>	17%	1060
13 ge-levante	2270	11	331	1	15	0	0	<b>346</b>	15%	749
14 tigullio occidentale	974	3	106	1	23	4	74	<b>203</b>	21%	321
15 chiavarese	1.466	4	142	4	63	4	19	<b>224</b>	15%	484
16 tigullio orientale	682	4	66	0	0	2	8	<b>74</b>	11%	225
17 riviera val di vara	879	5	123	3	30	0	0	<b>153</b>	17%	290
18 spezzino	2.285	19	476	3	82	1	16	<b>574</b>	25%	754
19 val di magra	1.492	6	214	3	28	1	36	<b>278</b>	19%	492
<b>Totale</b>	<b>35.414</b>	<b>168</b>	<b>5.051</b>	<b>28</b>	<b>491</b>	<b>45</b>	<b>471</b>	<b>6.013</b>	<b>17%</b>	<b>11.687</b>

(\*) L'obiettivo europeo è considerato l'ottimale da raggiungere nel periodo di vigenza del Piano, tenuto conto delle risorse finanziarie destinate a queste attività anche dal Piano straordinario dei nidi e dei servizi per la prima infanzia previsto dalla Finanziaria 2007. Resta fermo l'obiettivo di un incremento di almeno cinque punti in percentuale rispetto alla dotazione attuale.

(\*\*) Per i DSS dell'area genovese il solo dato della popolazione è distinto in Genova città e Comuni dell'area extraurbana, per comodità di calcolo si è diviso il numero complessivo per il numero delle circoscrizioni, considerando le differenze minime rispetto alla classificazione per età della popolazione sul territorio genovese. Resta inteso che per i Distretti Sociosanitari che ricomprendono l'area del Comune di Genova, l'attribuzione dei posti in maniera decentrata non prescinde da un' omogeneità dell'intero territorio comunale.

**Situazione a 01/01/2007**

DISTRETTI	minori 0-17 anni	Comunità per minori			% posti sulla popolazione minorile	Centri di aggre- gazione	Servizi a bassa soglia per disagio giovanil e	Obiettivo al 31/12/2010 per centri/ servizi a bassa soglia
		n.	post i	Obiettivo al 31/12/2010				
1 ventimigliese	8.413	4	57		0,68%	6	0	1
2 sanremese	11.678	11	80		0,68%	3	0	1
3 imperiese	9.655	3	18		0,19%	5	3	
4 albenganese	8.302	1	8		0,10%	0	2	1
5 finalese	7.258	0	0	1 comunità	0	5	2	
6 bormide	4.936	2	10		0,20%	3	0	1
7 savonese	15.650	6	74		0,47%	3	3	
Genova (*)	79.290	---	---		---	---	---	

8 ge-ponente	13.434	3	23		0,17%	9	0	1
9 ge-medioponente	17.620	13	111		0,63%	11	0	1
10 ge-polcevera e scrivina	15.721	6	50		0,32%	12	0	1
11 ge-centro	17.620	8	58		0,33%	3	0	1
12 ge-bisagno e trebbia	18.698	1	6		0,03%	11	0	1
13 ge-levante	13.105	10	87		0,66%	3	0	1
14 tigullio occidentale	5.715	1	12		0,21%	5	2	
15 chiavarese	9.338	9	63		0,67%	6	0	1
16 tigullio orientale	4.125	0	0	1 comunità	0	2	0	1
17 riviera val di vara	5.080	2	16		0,31%	4	0	1
18 spezzino	13.677	2	20		0,15%	5	1	
19 val di magra	9.341	0	0	1 comunità	0	2	1	
<b>Totale</b>	<b>209.366</b>	<b>82</b>	<b>693</b>	<b>3 comunità</b>	<b>0,33%</b>	<b>98</b>	<b>14</b>	<b>13</b>

(\*) Per i DSS dell'area genovese il solo dato della popolazione è distinto in Genova città e Comuni dell'area extraurbana, per comodità di calcolo si è diviso il numero complessivo per il numero delle circoscrizioni, considerando le differenze minime rispetto alla classificazione per età della popolazione sul territorio genovese.

### RETE 3 - NON AUTOSUFFICIENZA

#### A - POPOLAZIONE ANZIANA

##### INDICATORI (1):

- incremento nel triennio dell'**assistenza domiciliare** (Assistenza domiciliare integrata e aiuto domestico familiare), dall'attuale 3% su popolazione ultrasessantacinquenne al 6% al 31/12/2010.
- Incremento, nel triennio, della **residenzialità e semiresidenzialità** dall'attuale percentuale del 2,7% su popolazione ultrasessantacinquenne al 4% al 31/12/2010 comprendendo anche le attività residenziali ad esclusivo carattere assistenziale.

#### CURE DOMICILIARI

ASL	Distretto	popolazione >=65 (stime al 01/01/2005)	Utenti Cure domiciliari al 1/1/2007	casi su 100 anziani	obiettivo al 31/12/2010
<b>1</b>	1 ventimigliese	13.936	592	4,2%	836
	2 sanremese	23.370	601	2,6%	1092
	3 imperiese	18.788	599	3,2%	994
<b>2</b>	4 albenganese	14.718	580	3,9%	889
	5 finalese	14.993	539	3,6%	854
	6 bormide	10.907	493	4,5%	654
	7 savonese	34.731	1.413	4,1%	2084
<b>3</b>	8 ge-ponente	26.585	819	3,1%	1377
	9 ge-medioponente	33.776	961	2,8%	1670
	10 ge-polcevera e scrivina	28.261	1.101	3,9%	1694
	11 ge-centro	39.809	936	2,4%	1772
	12 ge-bisagno e trebbia	39.802	930	2,3%	1766
	13 ge-levante	25.784	705	2,7%	1246
<b>4</b>	14 tigullio occidentale	11.875	344	2,9%	593
	15 chiavarese	19.367	776	4,0%	1162
	16 tigullio orientale	9.375	397	4,2%	563
<b>5</b>	17 riviera val di vara	10.464	229	2,2%	449
	18 spezzino	30.143	467	1,5%	1100
	19 val di magra	15.774	336	2,1%	667
<b>Totale regionale</b>		<b>422.458</b>	<b>12.818</b>	<b>3,0%</b>	<b>21.463</b>

*(1) Per la componente sanitaria l'incremento dell'Assistenza domiciliare e residenziale avviene nel rispetto della DGR 243/2007 "Approvazione Accordo tra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e Finanze e la Regione Liguria per il riequilibrio e la riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale".*

## RESIDENZIALITA' E SEMIRESIDENZIALITA'

ASL	Distretto	popolazione >=75 (al 01/01/05)	ANZIANI R.P.	ANZIANI R.S.A.	ANZIANI Centri Diurni	Totale posti al 1/1/07	posti su 100 anziani	obiettivo al 31/12/2010
1	1 ventimigliese	6.529	65	0	0	65	1,0%	261
	2 sanremese	10.832	208	0	12	220	2,0%	433
	3 imperiese	9.210	254	55	0	309	3,4%	368
2	4 albenganese	6.723	94	40	15	149	2,2%	269
	5 finalese	7.213	51	44	0	95	1,3%	289
	6 bormide	5.253	45	40	10	95	1,8%	210
	7 savonese	16.653	200	100	35	335	2,0%	666
3	8 ge-ponente	13.128	124	173	46	343	2,6%	525
	9 ge-medioponente	16.635	74	171	120	365	2,2%	665
	10 ge-polcevera e scrivvia	13.734	116	150	15	281	2,0%	549
	11 ge-centro	19.607	166	457	60	683	3,5%	784
	12 ge-bisagno e trebbia	19.644	367	508	125	1000	5,1%	786
	13 ge-levante	12.799	196	250	45	491	3,8%	512
4	14 tigullio occidentale	5.967	122	16	10	148	2,5%	239
	15 chiavarese	9.599	158	139	25	322	3,4%	384
	16 tigullio orientale	4.704	84	27	10	121	2,6%	188
5*	17 riviera val di vara	5.279	160	25	0	185	3,5%	211
	18 spezzino	16.102	243	60	22	325	2,0%	644
	19 val di magra	7.762	102	0	0	102	1,3%	310
<b>Totale regionale</b>		<b>207.373</b>	<b>2.829</b>	<b>2.255</b>	<b>550</b>	<b>5.634</b>	<b>2,7%</b>	<b>8.295</b>

\* Nei posti indicati nell'ASL 5 sono inclusi 149 posti in strutture della Regione Toscana.

Obiettivo dei distretti e dell'ASL è provvedere al rientro delle persone ricoverate fuori Regione (cfr. Piano di Rientro concordato con i Ministeri della Salute ed Economia e Finanze).

## B - PERSONE CON DISABILITA'

### INDICATORI (1):

- consolidamento nel triennio delle prestazioni residenziali e semiresidenziali di **riabilitazione** per raggiungere la percentuale 1,5 posti per 1.000 abitanti da 0/64 anni (è esclusa la popolazione anziana).
- Incremento delle strutture socio-riabilitative di **mantenimento** (diurne e a ciclo continuativo) per disabili gravi privi del sostegno familiare passando dalle attuali strutture ad almeno **una** per Distretto, per un totale di 0,4 posti in più per 1.000 abitanti (oltre alla percentuale di 1,5 per la riabilitazione sanitaria, di cui sopra).
- Incremento dell'offerta di laboratori socio-educativi e di addestramento per facilitare l'inclusione sociale per i meno gravi.

### RESIDENZIALITA' E SEMIRESIDENZIALITA' DISABILI

ASL	Distretto	Popolazione 6-65 (al 01/01/05)	Posti semi- residenziali	Posti residenziali	Totale posti al 1/1/07	Posti su 1000 abitanti 6/65	Obiettivo al 31/12/2010
1	1 ventimigliese	42.096	24	16	40	1,0	80
	2 sanremese	57.905	46	44	90	1,6	110
	3 imperiese	49.845	55	53	108	2,2	95
2	4 albenganese	42.590	13	38	51	1,2	81
	5 finalese	38.045	29	86	115	3,0	72
	6 bormide	27.839	0	6	6	0,2	53
	7 savonese	85.396	50	42	92	1,1	162

	8 ge-ponente	69.322	0	52	52	0,8	132
	9 ge-medioponente	82.730	0	58	58	0,7	157
<b>3</b>	10 ge-polcevera e scrivina	77.842	163	0	163	2,1	148
	11 ge-centro	97.508	175	77	252	2,6	185
	12 ge-bisagno e trebbia	101.211	65	201	266	2,6	192
	13 ge-levante	67.545	0	28	28	0,4	128
	14 tigullio occidentale	29.846	18	29	47	1,6	57
<b>4</b>	15 chiavarese	48.754	27	22	49	1,0	93
	16 tigullio orientale	22.241	0	4	4	0,2	42
	17 riviera val di vara	27.482	6	11	17	0,6	52
<b>5*</b>	18 spezzino	74.341	110	53	163	2,2	141
	19 val di magra	48.305	1	44	45	0,9	92
<b>Totale regionale</b>		<b>1.090.843</b>	<b>782</b>	<b>864</b>	<b>1.646</b>	<b>1,5</b>	<b>2.073</b>

\* Nei posti indicati nell'ASL 5 sono inclusi 39 posti in strutture della Regione Toscana.

Obiettivo dei distretti e dell'ASL è provvedere al rientro delle persone ricoverate fuori Regione (cfr. Piano di Rientro concordato con i Ministeri della Salute ed Economia e Finanze).

*(1) Per la componente sanitaria l'incremento avviene nel rispetto della DGR 243/2007 "Approvazione Accordo tra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e Finanze e la Regione Liguria per il riequilibrio e la riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale".*

#### **RETE 4: PROMOZIONE DELLA SOCIALITÀ E INCLUSIONE SOCIALE**

##### **INDICATORI PER SERVIZI DI RECUPERO A FAVORE DI PERSONE CON DIPENDENZA:**

- Consolidamento nel triennio dello 0,25 posti per 1.000 abitanti, valore medio regionale, in strutture di recupero e riabilitazione (in linea con gli indirizzi del Ministero della Salute).
- Programmare almeno un'azione di inclusione sociale in ciascun Distretto per ogni anno del triennio di vigenza del Piano

##### **POSTI IN COMUNITÀ TERAPEUTICHE PER DIPENDENZE (\*) (1)**

ASL	Popolazione residente	Totale semiresidenziale e residenziale	posti su 1.000 abitanti	Incremento offerta al 31/12/10
ASL 1	215.591	83	0,38	0
ASL 2	281.620	26	0,09	25
ASL 3 (**)	731.600	177	0,24	10
ASL 4	147.723	43	0,29	0
ASL 5	215.775	77	0,36	0
<b>Totale Regione</b>	<b>1.592.309</b>	<b>406</b>	<b>0,25</b>	<b>35</b>

(\*) Trattasi di servizi sovradistrettuali programmati nell'area ASL

(\*\*) Comprensivo di comunità terapeutica per AIDS

##### **INDICATORI PER SERVIZI SOCIOSANITARI DI SALUTE MENTALE:**

- Consolidamento nel triennio dello 0,6 posti per 1.000 abitanti (media regionale) in strutture residenziali e semiresidenziali di carattere terapeutico e/o di mantenimento (secondo quanto disposto dal P.O Salute Mentale del 2001).
- Programmare almeno un'azione di inclusione sociale in ciascun Distretto per ogni anno del triennio di vigenza del Piano.



**POSTI RESIDENZA E SEMIRESIDENZA SALUTE MENTALE (\*) (1)**

ASL	Popolazione residente	posti centri diurni	Posti residenze	Totale semiresidenze e residenziale	posti su 1.000 abitanti	Incremento offerta al 31/12/10
ASL 1	215.591	42	129	171	0,79	0
ASL 2	281.620	40	36	76	0,27	50
ASL 3	731.600	173	397	570	0,78	0
ASL 4	147.723	10	71	81	0,55	10
ASL 5	215.775	12	114	126	0,58	0
<b>Totale Regione</b>	<b>1.592.309</b>	<b>277</b>	<b>747</b>	<b>1.024</b>	<b>0,64</b>	<b>60</b>

(\*) Trattasi di servizi sovradistrettuali programmati nell'area ASL

(1) Per la componente sanitaria l'incremento avviene nel rispetto della DGR 243/2007 "Approvazione Accordo tra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e Finanze e la Regione Liguria per il riequilibrio e la riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale".

**INDICATORI PER SERVIZI DI CONTRASTO AL DISAGIO (estreme povertà, senza fissa dimora, ex detenuti, etc):**

- Potenziamento "servizi a bassa soglia e di reintegrazione sociale", realizzando in ogni Distretto **almeno un'azione** per ciascuna annualità di vigenza del Piano, in collaborazione tra Comuni, Province, ASL e il Terzo Settore.
- Potenziamento dei servizi di accompagnamento e reinserimento sociale e lavorativo, realizzando in ogni Distretto **almeno un'azione** per ciascuna annualità di vigenza del piano, in collaborazione tra Comuni, Scuola e Terzo Settore.

**OFFERTA AL 1.1.2007 SERVIZI DI INCLUSIONE SOCIALE ED EMERGENZA SOCIALE**

DISTRETTI	Estreme povertà	Immigrati	Senza Fissa Dimora	Emergenza Sociale	Comunità di accoglienza per adulti in difficoltà
	Presi in carico	Presi in carico	Presi in carico	Presi in carico	Numero strutture
1 ventimigliese	782	1036	257	67	1
2 sanremese	70	150	30	310	0
3 imperiese	295	150	7	55	1
4 albenganese	16	24	20	0	2
5 finalese	80	119	10	59	0
6 bormide	224	56	6	19	1
7 savonese	516	342	158	151	1
8 ge-ponente	364	307	6	49	0
9 ge-medioponente	379	795	0	82	2
10 ge-polcevera e scivia	295	372	2	91	2
11 ge-centro	482	973	260	81	3
12 ge-bisagno e trebbia	233	507	49	79	0
13 ge-levante	74	155	2	38	0
14 tigullio occidentale	142	68	24	31	0
15 chiavarese	119	40	2	93	1
16 tigullio orientale	90	77	7	9	1
17 riviera val di vara	25	83	3	7	0
18 spezzino	410	256	17	124	3
19 val di magra	433	140	12	0	0
<b>Totale</b>	<b>5.029</b>	<b>5.650</b>	<b>872</b>	<b>1.345</b>	<b>18</b>

## **RETE 5 - EMERGENZA SOCIALE: SERVIZI A FAVORE DI PERSONE VITTIME DI ABUSO E MALTRATTAMENTI.**

### **INDICATORI:**

- **almeno un'azione** in ogni Distretto, per ciascuna annualità del Piano, a favore delle persone vittime di abuso e maltrattamenti, delle donne che escono da percorsi di violenza e per il potenziamento dei servizi di pronto intervento e di bassa soglia per l'emergenza.

## **RETE 6 – POLITICHE ATTIVE PER L'INVECCHIAMENTO**

### **INDICATORI:**

- **almeno un'azione** in ogni Distretto, per ogni annualità del Piano, relativa alle attività di socializzazione, impegno civico, promozione della partecipazione e cittadinanza attiva, scambio intergenerazionale a favore delle persone anziane anche in collaborazione con enti ed associazioni del territorio;
- **almeno un'azione** in ogni Distretto, per ogni annualità del Piano, sui temi di educazione alla salute e promozione di stili di vita salutari, di interesse per le persone anziane e per la comunità locale.

## **6. Le verifiche sulla realizzazione del Piano Regionale e dei Piani Distrettuali in rapporto al Sistema Informativo Regionale**

La l.r. 12/06 ha istituito la Conferenza permanente per la Programmazione Sociosanitaria Regionale che rappresenta le istanze dei Comuni, delle Province delle Aziende Sanitarie e del Terzo Settore per la valutazione della pianificazione sociosanitaria, e sanitaria, compreso il nuovo assetto organizzativo disegnato dalla l.r.12/06. La Conferenza Permanente è uno strumento di pianificazione, integrato, attraverso cui realizzare la regia dell'intero impianto sociosanitario.

A fine 2008 la Giunta regionale presenterà alla competente Commissione consiliare apposita relazione sullo stato di attuazione degli obiettivi di Piano, sulle forme di convenzione tra Comuni e ASL per la gestione integrata e coordinata dei servizi sociosanitari, sulle forme di convenzione tra Comuni per la gestione associata dei servizi sociali nell'Ambito Territoriale Sociale.

La Giunta Regionale al fine di supportare l'implementazione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari e la realizzazione degli obiettivi indicati nel Piano per ciascuna rete di offerta, promuove momenti partecipativi di livello regionale, che coinvolgono i singoli territori su tematiche e settori di interesse specifico.

Nel primo anno di vigenza del Piano i Distretti, in relazione agli indicatori illustrati, provvederanno entro il 31/12/2007 ad elaborare il Piano di Distretto, congiuntamente alle Aziende Sanitarie, agli Ambiti Territoriali Sociali e al Terzo Settore, riguardante gli interventi da porre in essere nel triennio secondo le indicazioni riepilogate nel presente capitolo. Per gli aspetti sociosanitari dovrà essere raggiunta intesa formale con l'ASL.

La partecipazione del Terzo Settore ai Piani distrettuali avviene attraverso la collaborazione con la Consulta del Terzo Settore che:

- definisce criteri e modalità attraverso cui ogni Distretto Sociosanitario verifica e raccoglie l'interesse dei soggetti di Terzo Settore, presenti sul proprio territorio, a partecipare alla elaborazione del Piano
- individua i criteri per definire la rappresentanza del Terzo Settore a livello Distrettuale.

I Piani di Distretto Sociosanitario, in ordine alla rete dei servizi sociali di base tengono conto dei Piani di Ambito Territoriale Sociale, sono approvati dal Comitato dei Sindaci di Distretto Sociosanitario e trasmessi alla Regione per l'attività di valutazione di cui al seguente capoverso.

La Giunta regionale, nell'ambito del Settore Controllo di Qualità e di Gestione sull'Assistenza Sanitaria Ospedaliera e sui Servizi Sociali, istituisce un apposito "tavolo di monitoraggio" per valutare le pianificazioni distrettuali in termini di adesione agli obiettivi del presente Piano, di utilizzo dei finanziamenti erogati dalla regione e di miglioramento della qualità della vita nei diversi territori. Il "tavolo di monitoraggio" nel corso delle verifiche sulla realizzazione dei piani distrettuali segnala alla Giunta regionale l'opportunità di azioni di affiancamento laddove si riscontrino significative difformità rispetto al Piano adottato dal Distretto stesso.

La Regione, al fine di verificare la realizzazione del piano regionale e dei piani distrettuali, individua un sistema di indicatori che consenta di valutare il raggiungimento degli obiettivi previsti nei piani in termini qualitativi e

quantitativi, di efficacia degli interventi e dei costi sostenuti.

Primi indicatori sono quelli individuati nella parte seconda del presente piano al capitolo 2 “*Indirizzi della legge regionale 12/06 sulle reti integrate di offerta del sistema sociale e sociosanitario ligure*”.

La fonte dei dati per la costruzione degli indicatori è principalmente il Sistema Informativo regionale dei Servizi Sociali e Sociosanitari (SISS) che – essendo orientato a monitorare i servizi e interventi erogati a vasti gruppi sociali e a conoscere la domanda effettiva e potenziale degli stessi ai fini della programmazione e valutazione delle politiche sociali - si basa su informazioni relative a:

- l’offerta dei servizi con informazioni sulla tipologia di prestazioni erogate, le modalità di accesso, gli aspetti organizzativi e il personale dedicato, il costo del servizio, informazioni sull’utenza che ne usufruisce
- informazioni sul soggetto che richiede assistenza, il suo bisogno espresso e l’intervento erogato
- dati statistici di contesto sociale ed economico provenienti da altri sistema informativi
- flussi o indagini ad hoc per valutare il bisogno della popolazione e l’impatto delle politiche.

Ai diversi livelli servono informazioni con aggregazioni differenti basate su un insieme comune di dati: a livello locale tali informazioni vengono utilizzate in particolare per la programmazione e gestione dei servizi, mentre a livello regionale e nazionale sono necessarie in forma aggregata per la pianificazione e il controllo strategico.

Il SISS regionale, pertanto, in raccordo con il bisogno informativo a livello nazionale, definisce terminologia e metodologia della raccolta delle informazioni utili ai propri fini istituzionali ivi compresi progetti di informatizzazione e di sviluppo on-line dello sportello integrato sociosanitario, degli sportelli di cittadinanza e degli sportelli sociali. Laddove possibile, il SISS funge come organo intermedio nelle rilevazioni nazionali sui servizi erogati dagli enti locali e provvedendo quindi a fornire - a livello nazionale - le informazioni richieste.

Confluiscono quindi nel SISS regionale le informazioni provenienti dai sistemi informativi locali, anche di tipo gestionale e, fino alla completa implementazione degli stessi, la Regione può fornire strumenti comuni idonei alla raccolta delle informazioni. In tal senso, fanno parte del SISS regionale i flussi già attivati per la rilevazione dell’offerta dei servizi e dei loro costi (censimento dei servizi, rilevazioni sulle strutture socio assistenziali, rilevazione sulle cooperative e il volontariato, rilevazione sulla spesa sociale), nonché quelli per la rilevazione del bisogno espresso e gli interventi erogati (cartella sociale). Il set minimo di informazioni, come sopra definito, costituisce obbligo informativo da parte degli Enti locali verso la Regione.

#### **APPENDICE AL PIANO: INDICE DI RICCHEZZA COMUNALE (IRC) (\*)**

<b>Comune</b>	<b>Valore dell'IRC</b>
PORTOFINO	100
ALASSIO	67,59
LAIGUEGLIA	57,8
DIANO MARINA	55,22
MONTEROSSO AL MARE	55,19
SPOTORNO	53,22
LOANO	53,16
PIEVE LIGURE	52,38
VERNAZZA	49,81
NOLI	49,68
SANTA MARGHERITA LIGURE	49,45
FINALE LIGURE	49,26
CHIAVARI	49,07
CELLE LIGURE	48,84
PIETRA LIGURE	48,45
PORTOVENERE	48
VARAZZE	47,91
BONASSOLA	47,84
BORGIO VEREZZI	47,55
CAMOGLI	47,39
ANDORA	46,91

BOGLIASCO	46,71
ARENZANO	46,36
ALBISSOLA MARINA	45,72
LERICI	44,04
BERGEGGI	43,72
LAVAGNA	42,94
SESTRI LEVANTE	42,88
OSPEDALETTI	42,72
ALBENGA	42,46
RIOMAGGIORE	41,98
SAN BARTOLOMEO AL MARE	41,72
SAVONA	40,95
GENOVA	40,56
ZOAGLI	40,3
RECCO	40,17
SORI	40,17
CERVO	39,85
MONEGLIA	39,69
RAPALLO	39,34
FASCIA	39,08
DEIVA MARINA	39,05
BORDIGHERA	38,79
SARZANA	38,79
SESTA GODANO	38,76
COGOLETO	38,66
ALBISSOLA SUPERIORE	38,47
CERIALE	38,47
SANREMO	37,95
AMEGLIA	37,92
LEVANTO	37,63
GORRETO	37,37
TIGLIETO	37,18
IMPERIA	36,05
LA SPEZIA	35,34
BORGHETTO SANTO SPIRITO	35,28
BRUGNATO	35,15
SAN LORENZO AL MARE	34,99
TRIORA	34,54
PORNASSIO	34,34
MILLESIMO	34,12
CISANO SUL NEVA	34,09
CICAGNA	33,86
VADO LIGURE	33,86
ALTARE	33,25
URBE	32,99
ZUCCARELLO	32,99
TAGGIA	32,57
BUSALLA	32,44
SANTO STEFANO AL MARE	32,25
ROVEGNO	32,15
CARASCO	31,7
BARDINETO	31,48
VOBBIA	31,19
CARCARE	31,09
COGORNO	30,96
VENTIMIGLIA	30,64

MOCONESI	30,28
RONCO SCRIVIA	30,12
CASELLA	29,86
PIEVE DI TECO	29,7
BOISSANO	29,25
VILLANOVA D'ALBENGA	29,22
TORRIGLIA	29,16
FRAMURA	29,12
STELLA	28,9
MONTOGGIO	28,83
CAIRO MONTENOTTE	28,8
VEZZANO LIGURE	28,64
TOIRANO	28,54
MIGNANEGO	28,51
BORGHETTO DI VARA	28,32
CALIZZANO	28,32
CHIUSAVECCHIA	28,25
CAMPO LIGURE	28,13
SERRA RICCO'	27,96
VALLECROSIA	27,71
MENDATICA	27,61
SAVIGNONE	27,55
RIVA LIGURE	27,32
FOTANIGORDA	27
REZZOAGLIO	26,9
CASARZA LIGURE	26,55
LEIVI	26,26
BARGAGLI	25,97
DIANO CASTELLO	25,93
CALICE LIGURE	25,9
ORCO FEGLINO	25,87
BOLANO	25,68
CAMPOMORONE	25,68
SEBORGA	25,61
GARLENDIA	25,48
MASONE	25,29
ROCCHETTA DI VARA	25,1
BORZONASCA	25
CARPASIO	25
COSSERIA	25
SASSELLO	24,97
SANTO STEFANO D'AVETO	24,9
CASTELNUOVO MAGRA	24,65
LUMARZO	24,32
AVEGNO	24,1
MIOGLIA	24,1
PONTINVREA	23,97
CARAVONICA	23,94
ROCCA VIGNALE	23,84
OSIGLIA	23,81
FOLLO	23,71
USCIO	23,68
CROCEFIESCHI	23,65
MELE	23,58
MONTEBRUNO	23,58
ORTONOVO	23,49

SANTO STEFANO MAGRA	23,49
CERANESI	23,42
QUILIANO	23,39
CAMPOROSSO	23,36
ISOLA DEL CANTONE	23,36
MAGLIOLO	23,32
CENGIO	23,26
OLIVETTA SAN MICHELE	23,23
VEZZI PORTIO	23,07
BALESTRINO	22,94
SANT'OLCESE	22,71
BAIARDO	22,62
ROSSIGLIONE	22,49
DEGO	22,42
NE	22,29
SAN COLOMBANO CERTENOLI	22,29
BORMIDA	22,26
CARRO	22,13
MOLINI DI TRIORA	21,84
MALLARE	21,55
CARRODANO	21,49
ORTOVERO	21,42
TOVO SAN GIACOMO	21,3
ARCOLA	21,1
RICCO' DEL GOLFO	20,75
PALLARE	20,72
NEIRONE	20,55
CASTEL VITTORIO	20,49
FAVALE DI MALVARO	20,46
VALBREVENNA	20,46
COSIO DI ARROSCIA	20,23
ORERO	20,17
TESTICO	19,75
GIUSTENICE	19,59
COSTARAINERA	19,36
MEZZANEGO	19,36
CASTELBIANCO	19,01
CALICE AL CORNOVIGLIO	18,72
DAVAGNA	18,65
VARESE LIGURE	18,62
BORGOMARO	18,52
PONTEDASSIO	18,49
STELLANELLO	18,43
CASTIGLIONE CHIAVARESE	18,27
DOLCEACQUA	18,17
PIETRABRUNA	17,98
CASANOVA LERRONE	17,91
CASTELVECCHIO DI ROCCA BARBENA	17,56
BEVERINO	17,17
ERLI	17,04
ISOLABONA	16,98
NASINO	16,85
BADALUCCO	16,82
TRIBOGNA	16,72
CIPRESSA	16,62
PIGNA	16,49

MONTEGROSSO PIAN LATTE	16,14
RONDANINA	16,04
PIGNONE	15,91
VASIA	15,72
ARNASCO	15,34
BORGHETTO D'ARROSCIA	15,3
VILLA FARALDI	15,17
DIANO ARENTINO	14,79
PIANA CRIXIA	14,79
LUCINASCO	14,56
VESSALICO	14,53
ONZO	14,14
ZIGNAGO	14,11
APRICALLE	13,92
PROPATA	13,92
GIUSVALLA	13,76
CASTELLARO	13,69
MURIALDO	13,27
VENDONE	13,21
RIALTO	12,66
RANZO	12,4
TERZORIO	12,21
MONTALTO LIGURE	12,15
CIVEZZA	11,92
REZZO	11,89
CHIUSANICO	11,76
POMPEIANA	11,63
DIANO SAN PIETRO	11,21
CERIANA	11,08
COREGLIA LIGURE	11,08
MASSIMINO	10,99
PRELA'	10,66
DOLCEDO	10,37
MAISSANA	10,15
PLODIO	10,05
AURIGO	9,95
LORSICA	9,95
ROCCHETTA NERVINA	9,83
VALLEBONA	9,7
CESIO	9,41
SOLDANO	7,73
AIROLE	7,7
PERINALDO	5,93
SAN BIAGIO DELLA CIMA	5,35
ARMO	3,58
AQUILA DI ARROSCIA	0

(\*) Fonte IREF – Equità e benessere locale – ricchezza e spesa sociale nei Comuni della Liguria.