

# PRENDERSI CURA, UN BENE COMUNE

---

GUIDA ALLA LETTURA  
DEL PIANO SOCIALE  
REGIONALE  
2017-2019



REGIONE  
LAZIO



## INTRODUZIONE

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

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

Il Piano è orientato alla costruzione di processi di programmazione complessiva, e non è centrato su un'organizzazione per voci di bisogno o di target, al fine di evitare il rischio di politiche a "canne d'organo". Si occupa in particolare di disegnare la nuova governance delle politiche sociali a livello regionale e locale.

Altro elemento fondamentale è quello della partecipazione dei cittadini, delle comunità e del mondo del sociale alle scelte di programmazione. Il Piano sociale regionale rappresenta già un grande percorso di partecipazione, che ha visto numerosi incontri tematici e territoriali, con la presenza attiva di centinaia di persone, associazioni, cooperative, gruppi di portatori d'interesse.

Infine, è doveroso sottolineare l'ulteriore pilastro rappresentato dalla spinta all'integrazione sociosanitaria, elemento conduttore ed obiettivo prioritario del Piano.

## IL CONTESTO NORMATIVO

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

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

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

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

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

## I VALORI DI RIFERIMENTO

Il Piano sociale fa propri i valori indicati nella legge regionale 11/2016 (in particolare negli artt. 1, 2, 5, 7 e 68), con riferimento ai principi contenuti nella Costituzione italiana e nella Carta dei diritti fondamentali

dell'Unione Europea, oltre agli impegni contenuti nelle diverse Convenzioni sottoscritte dallo Stato italiano (es. Convenzioni ONU sui diritti del fanciullo, Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, Convenzione di Istanbul, ecc.).

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

6

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

La programmazione regionale intende rafforzare inoltre la connessione dei servizi socio-assistenziali con la formazione, il lavoro e in generale con il mondo produttivo, in un'ottica di welfare generativo e di

empowerment personale e comunitario, in grado di prevenire e contrastare i rischi dell'intrappolamento nella povertà e nei circuiti assistenzialistici. In questo contesto si valorizzano le potenzialità espresse dalla cooperazione sociale e dal welfare aziendale.

## GLI OBIETTIVI GENERALI

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

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

## GLI OBIETTIVI SPECIFICI

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

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

### **OBIETTIVO 1: SUPERARE LA SOGLIA DELLA POVERTÀ**

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

8

### **OBIETTIVO 2: LAVORARE INSIEME**

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

### **OBIETTIVO 3: NON LASCIARE NESSUNO SOLO**

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



#### **OBIETTIVO 4: ASSICURARE SERVIZI DI QUALITÀ IN TUTTI I TERRITORI**

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

#### **OBIETTIVO 5: ACCEDERE PIÙ FACILMENTE AI SERVIZI SOCIALI E SOCIO-SANITARI**

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

#### **OBIETTIVO 6: GENERARE AUTONOMIA**

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

#### **OBIETTIVO 7: OFFRIRE SERVIZI ADEGUATI AI BISOGNI DELLE PERSONE**

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

## OBIETTIVO 8: CONOSCERE DI PIÙ PER FARE MEGLIO

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

# LE PRIORITÀ

## ANZIANI

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

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

12

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

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

## VITA INDIPENDENTE

Il Piano individua quale impostazione strategica quella di garantire il più possibile alle persone una vita indipendente, con la permanenza nel loro

contesto di vita, limitando servizi residenziali e/o ospedalieri esclusivamente a situazioni per le quali tutti i supporti ed i sostegni possibili siano stati già attivati, e comunque sempre in un'ottica riabilitativa. Obiettivo di questa scelta è quello di evitare situazioni di isolamento ed emarginazione.

Per questo, principio ispiratore del Piano è l'idea che l'intervento sociale e sociosanitario sia pensato e progettato, in prima battuta e secondo le preferenze della persona o di chi la rappresenta, in forma domiciliare.

Nel dettaglio, tra i Livelli essenziali delle prestazioni sociali, il Piano, sulla base della legge 11/2016, inserisce l'assistenza domiciliare, individuando una serie di criteri per il suo miglioramento e per il rafforzamento della sua efficacia:

- tutte le persone hanno diritto di scegliere liberamente dove, come e con chi vivere, evitando ogni situazione di esclusione o di isolamento, e ricevendo i supporti di intensità adeguata alle specifiche condizioni personali e ambientali;
- tutte le politiche sociali devono ispirarsi al principio della prossimità alla persona e garantire la permanenza e l'inclusione nel proprio contesto di vita. In tale quadro l'offerta residenziale deve rappresentare l'ultima ratio ed essere attivata solo qualora siano venute meno tutte le possibilità di intervento domiciliare o di soluzioni alternative, oppure quando sia necessario un ricovero transitorio di emergenza;
- la capacitazione, il rafforzamento dell'autonomia personale, la realizzazione della vita indipendente devono essere concretamente perseguite attraverso la costruzione di un sistema articolato di servizi e di supporti che ponga al centro la persona e ne valorizzi e rafforzi le risorse;
- le prestazioni di assistenza domiciliare socioassistenziale e sociosanitaria e per la vita indipendente devono essere pensate all'interno di una progettazione personale che integri misure, sostegni, servizi e trasferimenti monetari.

Le azioni individuate a tal fine sono le seguenti:

- rafforzare l'integrazione tra assistenza domiciliare sociale e sanitaria, attraverso la programmazione sociosanitaria congiunta, la predisposizione di un modello organizzativo condiviso, la valutazione multidimensionale della persona e la redazione del progetto personale, con il relativo budget di salute;
- potenziare l'offerta domiciliare socioassistenziale e sociosanitaria, attraverso l'estensione progressiva degli orari in funzione dell'intensità dei supporti necessari alla persona, e garantire la flessibilità oraria e giornaliera;
- assicurare ai cittadini e alle cittadine, in tutti i Distretti sociosanitari e garantendone la trasportabilità, la possibilità di scegliere il mix più appropriato di interventi, erogati in forma diretta, indiretta o mista, e in combinazione con altre prestazioni, da definire nell'ambito del progetto personale;
- garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, attraverso l'integrazione tra prestazioni ospedaliere, di medicina generale, specialistica ambulatoriale e l'assistenza domiciliare e sociale territoriale, al fine di contrastare il ricorso a ricoveri impropri, anche con forme di ospedalizzazione a domicilio, e di prevenire l'istituzionalizzazione, assicurando alla persona la permanenza nella propria abitazione;
- disciplinare, attraverso deliberazione della Giunta regionale, le modalità di riconoscimento e supporto dei caregiver familiari, riconoscendo il loro ruolo e sostenendo la loro qualità di vita;
- favorire, nell'ambito della progettazione personale, la messa in rete dell'offerta di prestazioni sociali e sociosanitarie non solo pubbliche, ma anche private e non profit;

- individuare un sistema di indicatori che consentano di riconoscere le situazioni di isolamento e segregazione (anche in ambito domiciliare) presenti o potenziali, compresi indicatori per rilevare condizioni di disagio e sofferenza dell'operatore domiciliare, e diffondere tali strumenti ai servizi sociali e sociosanitari;
- adottare politiche e programmare percorsi di formazione e aggiornamento rivolti a tutto il personale coinvolto nei servizi domiciliari; favorire occasioni di scambio di saperi ed esperienze tra operatori domiciliari e caregiver familiari.

Altro argomento di grande rilevanza è quello della transizione dai servizi per l'infanzia a quelli per gli adulti e da questi ultimi a quelli per gli anziani, una delle fasi più rischiose per il percorso di una persona. Per questo è stato specificamente individuato un processo di accompagnamento che:

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

- preveda la possibilità di passaggio graduale e accompagnato fra tipologie di strutture, onde rendere meno traumatica possibile tale transizione, con fasi di monitoraggio di eventuali difficoltà o comportamenti problematici, e la conseguente ridefinizione del progetto personale;
- colga l'occasione del passaggio dei minorenni alla maggiore età per rivalutare, assieme all'interessato o a chi lo rappresenta, opzioni di vita autonoma, anche in forma di co-housing (cfr. legge 112/2016).

Infine, il Piano richiama l'attivazione dei servizi previsti nella legge sul "dopo di noi", attualmente in fase di programmazione, e l'attivazione di servizi per la fruizione delle prestazioni sanitarie da parte di persone con disabilità complessa e non collaboranti.

## GENITORIALITÀ E MINORI

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

Sarà dato un forte impulso al contrasto della povertà educativa e sarà consolidato il percorso già avviato nell'area adozione e affidamento familiare. In particolare, sarà assicurata la piena funzionalità dei tavoli regionali già istituiti o da istituirsi, al fine di assicurare spazi di confronto periodico tra le realtà attive nel settore, sviluppando politiche organiche,



con il coinvolgimento dei servizi territoriali, delle autorità giudiziarie minorili, delle associazioni del settore e dei genitori adottivi e affidatari.

In questo ambito:

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

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

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

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

Per quanto riguarda il sostegno alla genitorialità ed alla famiglia, l'impegno della Regione Lazio è, in particolare, quello di garantire l'appropriatezza degli allontanamenti familiari, e a tal fine si intende sostenere la famiglia in una logica multidimensionale in cui il focus rimane il mondo dei bambini, dei loro affetti, e le reti sociali in cui vivono.

I centri famiglia e l'implementazione su tutto il territorio di programmi nazionali come P.I.P.P.I. (Programma di Intervento Per Prevenire l'Istituzionalizzazione), promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, con il sostegno dell'affido familiare anche in forme e modalità innovative sono strumenti messi in campo insieme a progetti formativi di sostegno ai servizi territoriali. Le adozioni nazionali e internazionali sono molto cambiate per numero di coppie disponibili all'adozione e tipologia di bambini adottabili. Soprattutto la presenza di bambini con bisogni speciali rende indispensabile riorganizzare il

servizio dei Gruppi Integrati Lavoro Adozioni e il ruolo degli enti autorizzati, aumentando la possibilità per le famiglie di trovare professionalità specifiche e sostenere particolarmente il nucleo nel periodo del post adozione.

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

## GIOVANI

Il Piano sociale intende investire sulle giovani generazioni. In questo contesto, il sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali affianca ed integra le azioni realizzate nel quadro delle politiche giovanili.

19

La Regione sosterrà la realizzazione di Piani Locali Giovani (secondo il modello promosso da ANCI e Dipartimento Politiche giovanili della Presidenza del Consiglio dei ministri), che rappresentano il processo di concertazione tra più enti, al fine di individuare obiettivi comuni per l'attuazione di politiche orientate allo sviluppo locale e all'aumento della partecipazione dei giovani ai processi decisionali, integrando servizi e iniziative nell'ambito della creatività, dell'innovazione, della formazione, del lavoro, dell'abitare, del credito, del ricambio generazionale nei luoghi decisionali.

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

- promozione dell'autonomia, mediante programmi e interventi finalizzati sia a favorire soluzioni a basso costo per l'abitare (anche per gli studenti

universitari fuori sede), comprese modalità innovative di co-housing, sia l'orientamento e l'inclusione lavorativa, utilizzando al meglio gli strumenti a disposizione, come l'alternanza scuola-lavoro, i programmi "Garanzia Giovani" o "Torno subito", tirocini, borse-lavoro, ecc.;

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

20

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

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

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

## CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE

Le Nazioni Unite definiscono la "violenza di genere" come "ogni atto legato alla differenza di sesso che provochi o possa provocare un danno fisico, sessuale, psicologico o una sofferenza della donna, compresa la minaccia di tali atti, la coercizione o l'arbitraria privazione della libertà sia nella vita pubblica che nella vita privata" (Conferenza mondiale sui diritti umani, 1993). Circa il 20-25% delle donne in Europa ha subito atti di violenza fisica almeno una volta nel corso della propria vita adulta e oltre il 10% ha subito violenza sessuale. Il 45% delle donne ha subito qualche forma di violenza; il 12-15% delle donne in Europa è vittima della violenza domestica che, nell'Unione europea, causa ogni giorno la morte di sette donne (dati Commissione Ue, 31 gennaio 2014).

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

Il principale riferimento normativo del Lazio è costituito dalla legge regionale del 19 marzo 2014, n. 4 “Riordino delle disposizioni per contrastare la violenza contro le donne in quanto basata sul genere e per la promozione di una cultura del rispetto dei diritti umani fondamentali e delle differenze tra uomo e donna”. La Regione, in attuazione di quanto previsto dalla legge 4 del 2014, ha istituito una “Cabina di regia” (con compiti di coordinamento degli interventi e formulazione di proposte) e l’Osservatorio regionale sulle pari opportunità e la violenza alle donne. La legge 4 prevede inoltre l’elaborazione del Piano triennale contro la violenza. Il Piano sociale ed il Piano contro la violenza dovranno reciprocamente integrarsi, nella considerazione che le politiche di contrasto e prevenzione della violenza di genere non ricadono esclusivamente nell’ambito sociale.

Il tema è ripreso dalla legge regionale 11/2016, che all’art. 15 afferma che “il sistema integrato sostiene la tutela delle persone vittime di violenze sessuali, abusi psicologici, maltrattamenti, sfruttamento e di atti persecutori di cui all’articolo 612 bis del codice penale, anche in ambito familiare o lavorativo, nonché delle donne gestanti o madri in situazione di disagio sociale, attraverso la realizzazione di interventi e servizi di rete in grado di offrire una risposta adeguata e appropriata”.

Nel corso del 2016 la Giunta regionale ha adottato diverse misure, tra cui la Deliberazione n. 614 del 18 ottobre 2016, con cui ha approvato specifiche linee guida per l’offerta di servizi uniformi su tutto il territorio regionale, nonché i requisiti minimi strutturali e organizzativi dei centri antiviolenza, delle case rifugio e delle case di semi-autonomia.

Il Piano sociale intende sostenere e consolidare il processo avviato con la legge regionale 4/2014, organizzando gli interventi sulle seguenti tre linee programmatiche.

## INFRASTRUTTURAZIONE E GOVERNANCE DEL SISTEMA

- aumento e diffusione omogenea di centri, servizi e strutture specializzate su tutto il territorio regionale, tenendo conto dei differenti fabbisogni;

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

### QUALITÀ E APPROPRIATEZZA DEGLI INTERVENTI

- monitoraggio dei processi di attuazione delle linee di indirizzo emanate con DGR n. 614 del 18 ottobre 2016, con cui sono state definite modalità omogenee di funzionamento delle strutture che erogano servizi per donne che hanno subito violenza e i/le loro figli/e, al fine di garantire standard qualificati nella presa in carico delle vittime di violenza in tutto il territorio regionale;
- avvio e realizzazione di un percorso di formazione e aggiornamento del personale che opera nei servizi e nelle strutture pubbliche e private attive in questo settore, in collaborazione con gli Ordini e le associazioni professionali, le Università e i Centri specializzati per la formazione;
- promozione e sostegno ad innovazioni di processo finalizzate all'identificazione e alla presa in carico tempestiva di situazioni a rischio, evitando l'aggravamento di condizioni che potrebbero evolvere negativamente;
- sostegno ad interventi, anche sperimentali, finalizzati alla realizzazione di programmi rivolti al recupero dei responsabili di

maltrattamento.

## PREVENZIONE

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

## ACCOGLIENZA E INTEGRAZIONE DEI NUOVI CITTADINI E DELLE NUOVE CITTADINE

La Regione Lazio, con la legge regionale n. 10 del 14 luglio 2008 (Disposizioni per la promozione e la tutela dell'esercizio dei diritti civili e sociali e la piena uguaglianza dei cittadini stranieri immigrati), ha definito il sistema di governo territoriale per l'accoglienza e l'integrazione sociale dei migranti e determinato le finalità generali verso le quali orientare le proprie politiche. La stessa legge, nel prendere atto del mutato contesto nel quale la migrazione si realizza, nonché della stratificazione della popolazione straniera sul territorio, ha individuato dispositivi di programmazione, regolazione e attuazione degli interventi in favore degli immigrati, che prevedono la valorizzazione di pratiche interistituzionali e di sussidiarietà, in un approccio globale ed integrato al tema.



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

In questo ambito, il Piano sociale prevede:

- un monitoraggio continuo e specifico dei flussi migratori per una migliore e tempestiva conoscenza del fenomeno, anche finalizzata ad una programmazione omogenea degli interventi;
- il potenziamento dell'accoglienza diffusa e misure di sostegno ai Comuni che garantiscono accoglienza ai richiedenti e ai titolari di protezione internazionale;
- una migliore integrazione tra il sistema di accoglienza governativo e quello SPRAR;
- una maggiore fluidità tra le varie fasi del percorso di accoglienza residenziale dei richiedenti e dei titolari di protezione internazionale;
- la promozione di responsabilità condivise, incentivando la collaborazione intra-istituzionale (sociale, sanitario, educativo, della formazione e del lavoro), inter-istituzionale e delle partnership territoriali;
- lo sviluppo di "patti" locali necessari per rispondere in modo globale ai bisogni e alla domanda di empowerment e d'integrazione dei beneficiari di protezione, e più in generale delle persone straniere immigrate;
- una specifica formazione degli operatori pubblici e del privato sociale;
- un forte impulso all'apprendimento linguistico, all'inserimento socio-lavorativo e alla partecipazione attiva alla vita economica, sociale e

culturale, in particolare delle seconde generazioni;

- la promozione di una cultura aperta alla solidarietà e all'accoglienza, anche mediante azioni di contrasto allo stigma, alle discriminazioni e allo sfruttamento;
- un confronto permanente attraverso il consolidamento e la piena funzionalità del tavolo tematico avviato.

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

## TERZO SETTORE E IMPRESA SOCIALE, CO-PROGETTAZIONE E PARTECIPAZIONE

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

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

anche al sistema integrato di interventi e servizi socio-assistenziali nonché di tutela e valorizzazione del patrimonio culturale, paesaggistico e ambientale e individuare criteri e modalità per l'affidamento agli enti dei servizi d'interesse generale, improntati al rispetto di standard di qualità e impatto sociale del servizio, obiettività, trasparenza e semplificazione e nel rispetto della disciplina europea e nazionale in materia di affidamento dei servizi di interesse generale, nonché criteri e modalità per la verifica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni;”

Si tratta dell'esplicitazione del compito di valorizzazione del ruolo del terzo settore che spetta agli enti pubblici, anche alla luce della ventennale esperienza maturata a seguito dell'approvazione della legge 328/2000, che dedica al rapporto tra sistema di servizi e enti del terzo settore la massima attenzione, e del DPCM 30 marzo 2001 che introduce, tra le altre cose, sia le modalità di affidamento della gestione dei servizi che quelle per le Istruttorie pubbliche per la co-progettazione con i soggetti del terzo settore.

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

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

Da segnalare l'art. 5 comma 2 che alla lettera f) impegna la Regione ad attivare procedure partecipative dei cittadini e delle organizzazioni sociali ai processi di programmazione e co-progettazione degli interventi e dei servizi, concertazione con le organizzazioni sindacali. Sul percorso

di co-progettazione La Regione Lazio ha stilato delle linee guida “Dal partenariato pubblico/privato alla co-progettazione per un nuovo welfare generativo e di comunità” che rappresentano un percorso nuovo di relazione tra i sistemi pubblici e le organizzazioni del terzo settore sulla base di responsabilità e ruoli definiti.

La co-progettazione è uno degli elementi innovativi caratterizzanti del Piano regionale, ed evidenzia più di ogni altro strumento di governance la volontà della Regione Lazio di favorire la partecipazione e la condivisione, finalizzate in questo caso ad una vera e propria co-programmazione e ad elementi di co-gestione.

Le linee guida costituiscono una grande novità per la Regione. La co-progettazione nasce con la funzione di allargare la governance delle politiche sociali locali per corresponsabilizzare maggiormente i soggetti in campo e per rafforzare il senso di appartenenza verso i progetti e i programmi di politica pubblica promossi.

28

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

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

Da un punto di vista metodologico, infatti, la co-progettazione è un metodo per costruire politiche pubbliche coinvolgendo risorse e punti di vista diversi, provenienti dal soggetto pubblico e dal terzo settore. L'idea della co-progettazione nasce sulla spinta della volontà di superare il tradizionale modello di rapporti tra enti pubblici e privato sociale, basato

sulla relazione committente-fornitore.

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

Il DPCM 2001 all'art. I prevede che le Regioni:

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

Nella co-progettazione devono essere soddisfatte le seguenti condizioni:

- attraverso la co-progettazione le Amministrazioni pubbliche saranno supportate e coadiuvate dai soggetti del terzo settore nella ricerca

di soluzioni tecniche utilizzabili per l'attuazione di progetti innovativi, che abbiano come obiettivo il soddisfacimento della domanda di servizi individuati dall'Amministrazione;

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

## I LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI SOCIALI (LEPS)

La legge regionale 11/2016 indica sette tipologie di servizi quali livelli essenziali:

1. servizio di segretariato sociale per favorire l'accesso ai servizi, mediante l'informazione e la consulenza ai cittadini;
2. servizio sociale professionale;
3. punto unico di accesso, garantito in ogni distretto sociosanitario;
4. pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza;
5. servizio di assistenza domiciliare per soggetti e nuclei familiari con fragilità sociali e con le prestazioni di cura sociali e sanitarie integrate;
6. strutture residenziali e centri di accoglienza;
7. strutture semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali o diurni a carattere comunitario.

Il Piano ha individuato degli obiettivi di riferimento per tali servizi, da validare nel corso del prossimo triennio sulla base dei dati relativi agli stati di bisogno della popolazione, all'offerta dei servizi presente sul territorio e alle risorse disponibili.

## SERVIZIO DI SEGRETARIATO SOCIALE E PUNTO UNICO DI ACCESSO-PUA

(art. 23, 52 e 53 l.r. 11/2016)

### Standard quantitativi

Garantire in ogni distretto sociosanitario:

- *l'Ufficio sociosanitario quale strumento di integrazione tra l'Ufficio di Piano e l'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD)*
- *l'Casa della Salute che integri le funzioni del Segretariato sociale e del PUA*
- *l'Unità di Valutazione Multidimensionale, composta da personale sanitario della ASL e personale sociale dei Comuni singoli o associati*

### Indicatori qualitativi

- *accessibilità*
- *fruibilità*
- *continuità e flessibilità oraria*
- *professionalità impegnate*
- *formazione congiunta*
- *procedure e strumenti condivisi*
- *integrazione sociosanitaria*
- *coordinamento con gli altri servizi territoriali, pubblici o privati*
- *tempistica certa tra il riconoscimento del diritto e l'attuazione del progetto personale (erogazione delle prestazioni)*

## SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE

(art. 24 l.r. 11/2016)

### Standard quantitativi

- *l'assistente sociale del distretto sociosanitario, a tempo pieno, ogni 6.000 residenti*

Con deliberazione regionale sarà definito un range tra 5.000 e 7.000 abitanti in relazione a:

- *gli esiti della diagnosi di comunità*
- *le dimensioni e le caratteristiche orografiche del territorio di riferimento*
- *la presenza di persone non residenti in condizioni di disagio socio-economico*



### Indicatori qualitativi

- divieto di esternalizzazione della funzione
- adeguatezza della dotazione organica
- stabilità contrattuale delle risorse umane
- esperienza, specializzazione e formazione continua del personale
- prevenzione del turnover e del rischio di burn out
- uso degli strumenti: progetto personale e budget di salute

## SERVIZIO DI EMERGENZA

### E PRONTO INTERVENTO ASSISTENZIALE

*(art. 30 l.r. 11/2016)*

#### Standard quantitativi

- 1 servizio operante nel territorio di Roma Capitale
- 1 servizio in ogni ASL negli altri territori, negli orari non coperti dal funzionamento ordinario del servizio sociale

#### Indicatori qualitativi

- accessibilità (anche telefonica)
- tempestività
- integrazione con gli altri servizi di emergenza
- integrazione con i servizi sociali ordinari

## SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

*(art. 26 l.r. 11/2016)*

#### Standard quantitativi

Garantire in ogni distretto sociosanitario:

- l'implementazione del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- l'estensione della quota di persone con limitazioni funzionali che fruiscono di servizi pubblici a domicilio
- l'estensione delle ore erogate in funzione dell'intensità dei supporti necessari alla persona, rilevata in fase di valutazione
- la possibilità di scelta tra assistenza diretta, indiretta o mista

#### Indicatori qualitativi

- libertà di scelta
- capacitazione ed empowerment
- integrazione sociosanitaria

- integrazione con le altre prestazioni di carattere sociale e socio-sanitario, pubbliche e private, presenti sul territorio
- flessibilità oraria e giornaliera
- continuità assistenziale e prevenzione dell'istituzionalizzazione
- competenza e formazione continua di chi è coinvolto in servizi domiciliari
- prevenzione del rischio di burn out

## RESIDENZIALITÀ

(art. 31 l.r. 11/2016)

### Standard quantitativi

Garantire in ogni distretto socio-sanitario:

- il monitoraggio delle condizioni di chi vive attualmente in struttura
- la riduzione del numero delle persone istituzionalizzate
- la definizione di un procedimento unico di accreditamento socio-sanitario
- l'elaborazione di linee guida regionali che prendano a riferimento i criteri introdotti dalla Norma UNI 11010/2016 "Servizi socio sanitari e sociali - Servizi per l'abitare e servizi per l'inclusione sociale delle persone con disabilità (PcD) - Requisiti del servizio"
- la riqualificazione e l'adeguamento delle strutture residenziali esistenti in funzione delle linee guida elaborate dalla Regione
- la manutenzione straordinaria e la messa in sicurezza dei beni pubblici destinati al sociale
- la ristrutturazione di edifici pubblici inutilizzati per la creazione di soluzioni abitative innovative e per il co-housing
- la creazione di servizi per l'abitare che riproducano le condizioni di vita familiari

### Indicatori qualitativi

- libertà di scelta
- accessibilità
- rispetto della privacy
- capacitazione ed empowerment
- integrazione socio-sanitaria
- integrazione con le altre prestazioni di carattere sociale e socio-sanitario, pubbliche e private, presenti sul territorio

- mantenimento di relazioni con il contesto sociale di riferimento (comunità, reti informali, persone) e partecipazione alle attività realizzate all'esterno (anche di tipo ricreativo)
- competenza e formazione continua di chi è coinvolto nei servizi residenziali
- prevenzione del rischio di burn out
- protezione da ogni forma di abuso, maltrattamento, trattamento degradante o negligenza

## SEMIRESIDENZIALITÀ

(artt. 27, 28 e 31 l.r. 11/2016)

### Standard quantitativi

Omogeneizzare la rete territoriale dei servizi semiresidenziali in relazione a tutte le tipologie previste dalla normativa regionale, con particolare riferimento a:

- ludoteche
- laboratori per l'autonomia delle persone con disabilità
- centri di aggregazione giovanile
- centri anziani fragili
- mense sociali e centri di accoglienza notturna

### Indicatori qualitativi

- accessibilità
- fruibilità
- capacitazione ed empowerment
- integrazione sociosanitaria
- integrazione con le altre prestazioni di carattere sociale e sociosanitario, pubbliche e private, presenti sul territorio
- creazione di relazioni con il contesto sociale di riferimento (comunità, reti informali) e partecipazione alle attività realizzate sul territorio (anche di tipo ricreativo)
- competenza e formazione continua di chi è coinvolto nei servizi semiresidenziali
- prevenzione del rischio di burn out
- protezione da ogni forma di abuso, maltrattamento, trattamento degradante o negligenza

## CONDIZIONI DI ACCESSO PRIORITARIO

La legge 11/2016 dispone che l'accesso al sistema integrato sia garantito prioritariamente alle persone che versano nelle seguenti condizioni:

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

36

La definizione dei parametri per la valutazione delle condizioni che danno diritto all'accesso prioritario al sistema dei servizi territoriali spetta ai Distretti sociosanitari, sulla base di linee guida che saranno emanate entro novanta giorni dalla data di pubblicazione del Piano regionale.

## PROGRAMMAZIONE REGIONALE E LOCALE: PIANO REGIONALE E PIANI DI ZONA

Il Piano sociale propone un approccio centrato sul ciclo della programmazione, un percorso "a spirale" che parte dall'analisi dei bisogni e delle risorse per identificare obiettivi, priorità e mete da raggiungere. In ragione di questi si programmano, implementano e gestiscono le attività,

i cui esiti vengono valutati per fornire gli elementi di giudizio su cui si baserà la nuova pianificazione.

I due livelli territoriali della programmazione individuati dalla legge 11/2016 sono quello dell'intera Regione e quello dei Comuni associati nei distretti sociosanitari. Si tratta di livelli non indipendenti ma sequenziali. La pianificazione locale, elaborata a partire dai bisogni e dalle risorse del territorio, è definita in coerenza con le priorità e gli obiettivi del Piano regionale, in quanto concorre al loro raggiungimento. Nello stesso tempo, l'analisi degli elementi che emergono dalle problematiche locali e dai risultati ottenuti nei vari territori costituiscono la base per l'individuazione delle strategie di intervento e per la programmazione regionale.

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

La programmazione locale si concretizza essenzialmente nel Piano sociale di Zona. Il Piano sociale di Zona ha durata triennale e viene aggiornato annualmente.

Il Piano di Zona è predisposto con il coinvolgimento delle organizzazioni sindacali, delle Consulte sulla disabilità, delle associazioni di utenti e familiari e delle reti associative di secondo livello del terzo settore e a seguito di percorsi di redazione partecipata inclusiva, in appositi tavoli tematici, delle organizzazioni di primo livello e di associazioni di cittadini e utenti.

Il raccordo tra le diverse programmazioni sociali non si esaurisce però solo tra il livello regionale e quello distrettuale. Sono necessarie anche altre programmazioni, ad un livello intermedio:

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

## LE FONTI DI FINANZIAMENTO

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

38

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

Il Fondo Regionale per la gestione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali è ripartito annualmente tra gli enti gestori delle attività socioassistenziali e sociosanitarie, secondo i criteri individuati dalla Giunta regionale.

## IL FONDO SOCIALE REGIONALE

Il Fondo viene ripartito in quattro parti:

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

## LE RISORSE PER IL PIANO SOCIALE REGIONALE

Le risorse finanziarie complessive a disposizione della Regione Lazio per l'attuazione del Piano sociale regionale sono indicate nelle seguenti Tabelle di Previsione Programmazione triennale, i cui dati sono stati ricavati dai documenti tecnici di accompagnamento del bilancio regionale 2017-2019 approvati dalla Giunta regionale con le deliberazioni del 31/12/2016 n. 857 e 858, e, limitatamente al bilancio per l'esercizio finanziario 2017, successive variazioni ed adeguamenti tecnici apportati con deliberazione del 14/3/2017 n. 118:

### RISORSE STANZIATE PER L'ANNUALITA' 2017

MISSIONE I2 PROGRAMMA	RISORSE REGIONALI	RISORSE STATALI	TOTALI
01- Interventi per l'infanzia e i minori e per asili nido	11.000.000,00	5.592.624,00	16.592.624,00
02- Interventi per la disabilità	13.690.000,00	36.925.763,63	50.615.763,63
03- Interventi per gli anziani	100.000,00		100.000,00
04- Interventi per soggetti a rischio di esclusione sociale	7.128.582,96	5.074.967,00	12.203.549,96
05 -Interventi per le famiglie	6.570.000,00	865.650,00	7.435.650,00
07- Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali	38.512.225,00	25.851.385,82	64.363.610,82
08- Cooperazione e associazionismo	400.000,00		400.000,00
<b>TOTALI</b>	<b>77.400.807,96</b>	<b>74.310.390,45</b>	<b>151.711.198,41</b>

### RISORSE STANZIATE PER L'ANNUALITA' 2018

MISSIONE I2 PROGRAMMA	RISORSE REGIONALI	RISORSE STATALI	TOTALI
01- Interventi per l'infanzia e i minori e per asili nido	10.500.000,00		10.500.000,00
02- Interventi per la disabilità	13.040.000,00	35.217.000,00	48.257.000,00



03- Interventi per gli anziani	2.000.000,00		2.000.000,00
04-Interventi per soggetti a rischio di esclusione sociale	5.280.000,00		5.280.000,00
05 -Interventi per le famiglie	6.500.000,00		6.500.000,00
07-Programmazione e governo della rete dei servizi socio-sanitari e sociali	38.500.000,00	24.341.883,00	62.841.883,00
08- Cooperazione e associazionismo	400.000,00		400.000,00
<b>TOTALI</b>	<b>76.220.000,00</b>	<b>59.558.883,00</b>	<b>135.778.883,00</b>

## RISORSE STANZIATE PER L'ANNUALITA' 2019

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

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

- risorse statali erogate per l'attuazione della legge 112/2016 "Dopo di noi", il cui primo decreto attuativo assegna al Lazio la somma di euro 9.090.000,00 per la prima annualità, che si realizzerà nel 2017;

- risorse statali concesse per il finanziamento di Programmi distrettuali per la vita indipendente delle persone con disabilità, relative ai bandi ministeriali 2014-2015-2016 la cui attuazione andrà a regime nel 2017, per un ammontare complessivo di 5.300.000,00 euro (compreso il cofinanziamento regionale del 20%);

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

## RISORSE FINANZIARIE DEL POR FSE 2014-2010 OBIETTIVO TEMATICO 9 - INCLUSIONE SOCIALE E LOTTA ALLA POVERTÀ

AZIONI	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTALE
Interventi per contrastare il rischio di povertà	2.710.605,82	2.970.638,26	3.712.166,36	3.786.459,90	3.862.237,92	3.939.530,02	4.018.361,72	25.000.000,00
Progetti sportivi per l'inclusione sociale	758.969,63	831.778,71	1.039.406,58	1.060.208,77	1.081.426,62	1.103.068,41	1.125.141,28	7.000.000,00
Azioni di formazione a sostegno del lavoro per lo sviluppo dei Servizi all'infanzia	4.336.969,31	4.753.021,21	5.939.466,17	6.058.335,83	6.179.580,68	6.303.248,03	6.429.378,76	40.000.000,00
Azioni di formazione sostegno lavoro Servizi cronici e terza età	6.505.453,97	7.129.531,82	8.909.199,25	9.087.503,75	9.269.371,02	9.454.872,05	9.644.068,14	60.000.000,00
<b>TOTALI</b>	<b>14.311.998,73</b>	<b>15.684.970,00</b>	<b>19.600.238,36</b>	<b>19.992.508,25</b>	<b>20.392.616,24</b>	<b>20.800.718,51</b>	<b>21.216.949,90</b>	<b>132.000.000,00</b>

All'utilizzazione delle suddette risorse, per ciascun intervento complessivo, si provvede con successiva deliberazione in conformità a quanto stabilito con la delibera di Giunta regionale n. 14 del 17 gennaio 2017, e fatto salvo quanto previsto dalla manovra di finanza pubblica di cui all'art. 1 commi 680 e seguenti della legge 208/2015 con riferimento alle risorse statali.

## LA GOVERNANCE DELLE POLITICHE SOCIALI REGIONALI

L'obiettivo dell'integrazione richiede naturalmente la definizione di un modello di governance delle politiche sociali regionali. L'attenzione è focalizzata sulla ricomposizione delle politiche e degli interventi a livello di Distretto sociosanitario, nel quadro degli indirizzi forniti dalla Regione e in funzione delle singole scelte programmatiche, elaborate in base alle diverse diagnosi di comunità che evidenziano caratteristiche ed esigenze dei singoli territori. Il Distretto sociosanitario, inteso come soggetto unitario, programma, implementa e valuta la rete integrata degli interventi e dei servizi sociali a livello distrettuale, gestendo in forma associata non soltanto le risorse affluenti dalla Regione, ma l'insieme delle funzioni sociali di cui sono titolari i Comuni del Distretto e le relative risorse impegnate, che confluiscono nel bilancio del Consorzio. Analogamente quando si fa riferimento alle dotazioni di personale o all'Ufficio di Piano e all'Ufficio sociosanitario (quale modalità organizzativa di raccordo tra la programmazione sociale e sanitaria locale, come successivamente illustrato), il Piano sociale fa riferimento alla dotazione professionale e agli organi tecnici del Distretto sociosanitario e non dei singoli Comuni di cui esso risulta composto. Ciò significa anche che il Piano di Zona non si limita a programmare gli interventi finanziati con le risorse afferenti al Fondo Regionale, ma rappresenta lo strumento di programmazione dell'intero sistema dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari del Distretto, di cui il consorzio rappresenta l'ente gestore.

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

In riferimento particolare ai Distretti sociosanitari a composizione pluricomunale, in linea con quanto disposto dalla legge quadro 328/2000, la legge regionale 11/2016 prevede la gestione associata delle funzioni sociali, quale strumento di garanzia dell'efficienza e dell'efficacia del sistema, anche al fine di favorire il coordinamento e l'integrazione con i servizi sanitari. Nello specifico, tra le forme associative previste dalla normativa vigente, la Regione promuove e incentiva il ricorso al consorzio, e in particolare al consorzio di funzioni, ossia a forme associative giuridicamente autonome, che consentono di superare il limite del frazionamento comunale nella gestione delle funzioni sociali. A tale scopo la Regione si impegna a fornire assistenza tecnica costante e a prevedere una specifica riserva di risorse per incentivare lo start up, proprio in direzione dell'implementazione sui territori delle forme consortili.

## L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

45

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

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

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

La programmazione sociale, all'interno di un modello integrato di attori e servizi, deve essere pensata per connettere le azioni promosse da tutti gli attori del welfare. Al contrario, una programmazione, pur efficiente ed efficace, ma che si limiti alla pura gestione delle risorse destinate al sociale alimenta la frammentazione delle risposte.

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

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

46

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

- Formazione e aggiornamento congiunti del personale del servizio sociale e sanitario.
- Programmazione territoriale triennale (aggiornata annualmente) integrata, attraverso il collegamento tra il Piano di Zona e il Programma delle Attività Territoriali (PAT) che dovranno contenere un identico capitolo, elaborato congiuntamente, sui LEA sociosanitari.

- Definizione, nell'ambito del capitolo integrato di cui al punto precedente, di un piano di sviluppo sociosanitario di breve, medio e lungo periodo che individui l'offerta e il suo finanziamento, nonché le modalità di erogazione, i criteri di qualità, gli indicatori di valutazione dei risultati e degli impatti.
- Predisposizione di convenzioni o accordi di programma per la definizione delle modalità di collaborazione a livello distrettuale.
- Messa in rete dei servizi sociali e sanitari nel Distretto integrato, attraverso la costruzione di una porta unica di accesso al sistema integrato dei servizi territoriali, sia in termini di una sede condivisa, che di approcci, metodi e strumenti comuni.
- Integrazione e interoperabilità dei sistemi di raccolta dei dati sociali e sanitari.

## PROGRAMMAZIONE REGIONALE CONGIUNTA TRA SOCIALE E SANITARIO

Uno dei presupposti per la realizzazione di un sistema regionale degli interventi e dei servizi sociali che sia realmente integrato è il raccordo tra la programmazione sociale e quella sanitaria, così da garantire, nel rispetto delle singole specificità, la condivisione dei principi e degli obiettivi del sistema e definire strategie e strumenti operativi comuni.

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

Il Piano regionale si propone di:

- Superare la programmazione settoriale in favore di una programmazione congiunta tra l'area sociale e sanitaria, ma anche con l'area educativa, della formazione, del lavoro, culturale, sportiva e dell'abitare.
- Costruire un sistema fondato su criteri e modalità comuni, che contrasti l'attuale frammentazione delle risposte e la loro differenziazione a livello territoriale. Un sistema che garantisca l'accesso unificato ai servizi e agli interventi e operi attraverso progetti personali redatti con la partecipazione attiva della persona e/o della sua famiglia.
- Realizzare l'integrazione istituzionale, organizzativa e professionale tra i servizi, per garantire apporti multidimensionali e multidisciplinari nel processo di definizione e di implementazione delle risposte alle persone, alle famiglie e alle comunità locali.
- Favorire lo sviluppo di comunità, attraverso il coinvolgimento di tutti i soggetti che, a vario titolo, sono chiamati a svolgere un ruolo nel riconoscimento e nell'affermazione dei diritti sociali.

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

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

I motivi per i quali la Regione Lazio non ha un proprio Piano sanitario, ma un Programma operativo, e ha avviato l'iter di approvazione di un Piano sociale, e non già un Piano sociosanitario integrato, dipendono



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

## LA DEFINIZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI OTTIMALI

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

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

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

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

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

A seconda delle dimensioni e delle caratteristiche del territorio, oltre alla sede distrettuale, possono essere previste anche delle sedi decentrate che hanno la funzione di front-office situati presso i vari presidi territoriali, al fine di garantire quanto più possibile la prossimità ai cittadini ed alle cittadine.

50

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

Per garantire la programmazione congiunta, il coordinamento, il finanziamento e la gestione integrata delle prestazioni sociosanitarie, la singola ASL e gli enti locali del relativo Distretto sociosanitario stipulano una convenzione o accordo di programma, secondo uno schema tipo approvato con deliberazione della Giunta regionale. Tra le azioni da realizzare, la creazione di un budget unico di distretto, che ricomponga le risorse economiche destinate dalla ASL e dai Comuni associati del Distretto sociosanitario alla gestione ed erogazione prestazioni sociosanitarie.

Il Sistema Informativo necessario alla gestione, al monitoraggio ed alla pubblicità dei dati relativi all'attuazione del presente Piano dovrà essere realizzato in maniera integrata con il Sistema Informativo Regionale al fine

di escludere ogni duplicazione di dati o procedure. La Cartella sociosanitaria consentirà di snellire le procedure, acquisire le informazioni una sola volta, monitorare il progetto personale, favorire l'integrazione tra servizi ed acquisire informazioni aggregate.

## LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE INTEGRATA

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

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

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

## IL PROGETTO PERSONALE

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

L'articolo 9 richiama anche, al comma 2, i piani individuali per le persone con disabilità di cui all'articolo 14 della legge quadro 328/2000.

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

52

Per “progetto personale” si intende un'azione integrata di misure, sostegni, servizi, prestazioni, trasferimenti monetari in grado di supportare il progetto di vita della persona e la sua inclusione sociale. Esso deve essere formulato dall'Unità di Valutazione Multidimensionale con la diretta partecipazione della persona o di chi la rappresenta, sulla base della valutazione multidimensionale della sua specifica situazione, in termini di condizioni di salute, limitazioni alle azioni e alla partecipazione, obiettivi e aspirazioni, oltre che della valutazione del contesto ambientale nella sua accezione più ampia.

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

## IL BUDGET DI SALUTE

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

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

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

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

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

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

## LA FORMAZIONE E L'AGGIORNAMENTO DEGLI OPERATORI SOCIALI

La formazione è uno strumento prezioso per “dare gambe” alla riforma del sistema integrato degli interventi e servizi sociali. Il Piano prevede perciò il disegno e l'avvio di un percorso sistematico di formazione e aggiornamento delle figure professionali sociali, che favorisca la condivisione di metodi e strumenti per la programmazione, il monitoraggio e la valutazione, la promozione della qualità e dell'efficacia, il lavoro in equipe, l'integrazione interprofessionale, intersettoriale e multidisciplinare, un'adeguata gestione degli strumenti informatici e telematici.

54

## OSSERVATORIO SOCIALE REGIONALE E SISTEMA INFORMATIVO

L'Osservatorio sociale ha un ruolo importante a supporto della programmazione sociale e sanitaria e delle nuove politiche sociali.

Sono individuabili due livelli territoriali dell'Osservatorio sociale:

- 1) regionale;
- 2) di ambito e/o comunale.

Gli obiettivi del primo livello territoriale riguardano l'analisi di fenomeni sociali e sociosanitari riconducibili a livello regionale con un riferimento specifico all'integrazione con altre tipologie di Osservatori (sanitario, del mercato del lavoro, economico, scolastico), la comparazione e la valutazione dei Piani di Zona e della spesa sociale a livello di ambito e/o zonale. Gli obiettivi del livello di ambito e/o comunale, oltre all'analisi dei fenomeni sociali e sociosanitari riconducibili al livello distrettuale, sono quelli prevalentemente di valutazione della programmazione, dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi e dei servizi.

## LA PROGRAMMAZIONE PARTECIPATA E IL COINVOLGIMENTO DEGLI UTENTI

Per influenzare i problemi sociali è necessario influenzare gli ambienti sociali in modo duraturo. L'esperienza mostra come i cambiamenti siano più probabili quando l'azione è condivisa da una "comunità competente", focalizzata su specifici obiettivi. Per questo è necessario lavorare per una progettazione partecipata, che persegua il coinvolgimento della comunità locale nella ricerca dei cambiamenti possibili. Da questo punto di vista, fondamentale risulta la concertazione con le organizzazioni sindacali, la partecipazione del privato sociale, della consulta e dell'Osservatorio alle attività di analisi e progettazione.

55

Uno degli obiettivi del Piano, come si è visto, riguarda l'empowerment della comunità locale e in particolare delle organizzazioni che offrono ai gruppi vulnerabili concrete opportunità per accedere a risorse importanti (ad esempio un'associazione impegnata per l'aggregazione degli anziani che riesce a farsi affidare un'area dismessa per attrezzare un centro sociale).

Si prevede pertanto di attivare linee di intervento finalizzate alla manutenzione dei legami sociali, per contrastare la progressiva erosione

della dimensione relazionale. L'assottigliarsi delle forme tradizionali di legame comunitario ha sì consentito una più spiccata libertà individuale, ma ha esposto anche i soggetti più deboli al rischio dell'isolamento e della solitudine.







## SOMMARIO

	PAG.
Introduzione	3
Il contesto normativo	4
I valori di riferimento	5
Gli obiettivi generali	7
Gli obiettivi specifici	7

## LE PRIORITÀ

Anziani	12
Vita indipendente	12
Genitorialità e minori	16
Giovani	19
Contrasto alla violenza di genere	21
Accoglienza e integrazione dei nuovi cittadini e delle nuove cittadine	24
Terzo settore e impresa sociale, co-progettazione e partecipazione	26
I livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS)	31
Condizioni di accesso prioritario	36
Programmazione regionale e locale: Piano regionale e Piani di zona	36
Le fonti di finanziamento	38
Il Fondo sociale regionale	39
Le risorse per il Piano sociale regionale	40
La governance delle politiche sociali regionali	44
L'integrazione sociosanitaria	45
Programmazione regionale congiunta tra sociale e sanitario	47

	PAG.
La definizione degli ambiti territoriali ottimali	49
La valutazione multidimensionale integrata	51
Il progetto personale	52
Il budget di salute	53
La formazione e l'aggiornamento degli operatori sociali	54
Osservatorio sociale regionale e sistema informativo	54
La programmazione partecipata e il coinvolgimento degli utenti	55



A series of horizontal dotted lines for writing, spanning most of the page width.



### **La proposta di Piano sociale regionale 2017-2019**

è stata predisposta dalla Giunta regionale del Lazio e inviata al Consiglio regionale per l'approvazione definitiva, a norma della legge regionale 11/2016.

Il testo integrale della proposta di Piano è disponibile sul sito [www.socialelazio.it](http://www.socialelazio.it)