Consiglio regionale della Calabria

DOSSIER

PPA n. 95/11
di iniziativa della Giunta regionale recante:
"Approvazione Piano Sociale Regionale 2020-2022"
relatore: S. ESPOSITO (Deliberazione di Giunta n. 502 del 22/12/2020);

DATI DELL'ITER	
NUMERO DEL REGISTRO DEI PROVVEDIMENTI	
DATA DI PRESENTAZIONE ALLA SEGRETERIA DELL'ASSEMBLEA	28/12/2020
DATA DI ASSEGNAZIONE ALLA COMMISSIONE	28/12/2020
COMUNICAZIONE IN CONSIGLIO	
SEDE	MERITO
PARERE PREVISTO	
NUMERO ARTICOLI	

ultimo aggiornamento: 28/12/2020

Testo del Provvedimento

Proposta di Provvedimento Amministrativo n. 95/XI pag. 4

"Approvazione Piano Sociale Regionale 2020-2022"

Normativa citata

Legge 8 novembre 2000, n. 328 pag. 86

"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"

Decreto legislativo 31 marzo 1998, n.109 pag. 109

"Definizioni di criteri unificati di valutazione della situazione economica dei soggetti che richiedono prestazioni sociali agevolate, a norma dell'articolo 59, comma 51, della legge 27 dicembre 1997, n. 449."

Decreto legislativo 03 luglio 2017, n.117 pag. 122

"Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106. (17G00128)"

Legge regionale 26 novembre 2003, n. 23 pag. 198

"Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali nella Regione Calabria (in attuazione della legge n. 328/2000)."

Regolamento regionale n. 22/2019 (allegato D.G.R. 503/2019) pag. 225

""PROCEDURE DI AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO E VIGILANZA DELLE STRUTTURE A CICLO RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE SOCIOASSISTENZIALI, NONCHÉ DEI SERVIZI DOMICILIARI, TERRITORIALI E DI PROSSIMITÀ"

Legge regionale 26 gennaio 1987, n. 5 pag. 245

"Riordino e programmazione delle funzioni socio-assistenziali."

Legge regionale 26 gennaio 1987, n. 5 pag. 267

"Riordino e programmazione delle funzioni socio-assistenziali."

Legge regionale 22 gennaio 1996, n. 2 pag. 289

"Norme per il riordino del servizio sanitario regionale"

Legge regionale 8 agosto 1996, n. 21 pag. 297

"Servizi socio-assistenziali a favore dei minori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria."

Legge regionale 2 febbraio 2004, n. 1 pag. 301

"Politiche regionali per la famiglia."

Legge regionale 12 giugno 2009, n. 18 pag. 310

"Accoglienza dei richiedenti Asilo, dei rifugiati e sviluppo sociale, economico e culturale delle Comunità locali."

Legge regionale 28 giugno 2012, n. 29 pag. 316

"Attuazione del comma 4 dell'articolo 118 della Costituzione sulla sussidiarietà orizzontale."

Legge regionale 26 luglio 2012, n. 33 pag. 319

"Norme per la promozione e la disciplina del volontariato."

Deliberazione Consiglio regionale del 6 agosto 2009, n. 364 pag. 329

"Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali e indirizzi per la definizione dei Piani di zona - Triennio 2007-2009. "

Normativa comparata

Piano Sociale - Campania_DGR_897_2018_Allegato pag. 440

"PIANO SOCIALE DELLA REGIONE CAMPANIA 2019 - 2021"

Deliberazione del Consiglio Regionale 24 gennaio 2019, n. 1 - Lazio pag. 516

"PIANO SOCIALE REGIONALE DENOMINATO "PRENDERSI CURA, UN BENE COMUNE".

Piano Sociale e sanitario -(All. delibera Consiglio regionale Toscana 73-2019) pag. 729

"PIANO SANITARIO SOCIALE INTEGRATO REGIONALE 2018 - 2020"

REGIONE CALABRIA
GIUNTA REGIONALE

Deliberazione n. 502 **della seduta del** 22 DIC. 2020.

Oggetto: Approvazione Piano Sociale Regionale 2020-2022.

Assessore Proponente: [redacted] (*timbro e firma*)

Relatore (se diverso dal proponente): [redacted] (*timbro e firma*)

Dirigente Generale: [redacted] (*timbro e firma*)

Dirigente di Settore: [redacted] (*timbro e firma*)

Alla trattazione dell'argomento in oggetto partecipano:

			Presente	Assente
1	ANTONINO SPIRLÌ	Presidente F.F.	X	
2	DOMENICA CATALFAMO	Componente	X	
3	SERGIO DE CAPRIO	Componente		X
4	GIANLUCA GALLO	Componente	X	
5	FAUSTO ORSOMARSO	Componente	X	
6	SANDRA SAVAGLIO	Componente	X	
7	FRANCESCO TALARICO	Componente	X	

Assiste il Segretario Generale Reggente della Giunta Regionale.

La delibera si compone di n. 4 pagine compreso il frontespizio e di n. 1 allegati.

Il Dirigente Generale [redacted] ancio
conferma la compatibilità (Dott. [redacted] rovvedimento
con nota n° [redacted]

[redacted]

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI

- il D.P.G.R. n. 354 del 24.06.1999 "Separazione dell'attività amministrativa di indirizzo e di controllo da quella di gestione";
- la Legge regionale del 13.05.1996, n. 7 "Norme sull'ordinamento della struttura organizzativa della Giunta regionale e sulla dirigenza regionale" e ss.mm.ii.;
- il Decreto legislativo 30.03.2001, n. 165 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" e ss.mm.ii.;
- le deliberazioni della Giunta regionale n. 91 del 15.05.2020, n. 98 del 20.05.2020, n. 237 del 07.08.2020, n. 271 del 28.09.2020 riguardanti le su specificate modifiche alla struttura organizzativa della Regione Calabria;
- la D.G.R. n. 118 del 11 giugno 2020, avente ad oggetto "D.G.R. 91/2020 "Struttura organizzativa della Giunta regionale – approvazione modifiche alla Deliberazione di G.R. n.63 del 15.02.2019 e s.m.i."- INTEGRAZIONI";
- la D.G.R. n. 144 del 18.06.2020 avente ad oggetto "D.G.R. n. 98/2020 "Struttura organizzativa della Giunta Regionale – Approvazione modifiche alla Deliberazione di G.R. n. 63 del15.02.2019 e s.m.i." – Integrazione ed Approvazione fascia economica e valutazione delle strutture di cui alla D.G.R. n. 91/2020 e n. 98/2020";
- la D.G.R. n. 161 del 29 giugno 2020 ed il successivo D.P.G.R. n. 95 del 29 giugno 2020, di nomina del Dott. Francesco Bevere quale Dirigente Generale del Dipartimento "Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari" della Giunta della Regione Calabria;
- il Decreto Dirigenziale n. 8749 del 26 agosto 2020 con il quale è stato conferito alla Dott.ssa Saveria Cristiano l'incarico di Dirigente del Settore n.13 "Programmazione Erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza Sociale – Servizi Sociali e Socio–Sanitari – Economia Sociale e Volontariato" del Dipartimento "Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari";

RICHIAMATE

- la Legge 8 novembre 2000, n. 328 che assicura alle persone ed alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali anche al fine di eliminare o ridurre le condizioni di disabilità, bisogno e disagio individuale e familiare derivanti da inadeguatezza del reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli artt. 2,3 e 38 della Costituzione;
- la Legge 8 novembre 2000, n. 328 che assegna i compiti relativi alla programmazione ed all'organizzazione del sistema integrato degli interventi e del servizi sociali agli Enti locali, alle Regioni ed allo Stato, anche ai sensi del decreto legislativo 31 marzo 1998 n. 112, secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli Enti Locali;
- l'art. 8, comma 5, della L. 328/2000 che disciplina il trasferimento ai Comuni delle funzioni indicate nell'art.3 del D.Lgs. 112/1998;
- la Legge Costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001 che ha riformato il Titolo V della Costituzione della Repubblica Italiana, assegnando alle Regioni la potestà legislativa e la competenza esclusiva in materia di assistenza sociale e che, conseguentemente le Regioni sono sciolte dai limiti posti in precedenza alla loro attività legislativa;

CONSIDERATO che il diritto all'assistenza sociale previsto dall'art. 38 della Costituzione viene completamente regionalizzato e compete alla Regione, in via esclusiva la predisposizione delle previsioni normative ed organizzative indispensabili per l'erogazione delle prestazioni socio assistenziali;

CONSIDERATO, ALTRESI', che

- con Legge regionale 26 novembre 2003, n. 23 e s.m.i., "Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali nella Regione Calabria (in attuazione della legge n. 328/2000)", così come modificata con Legge Regionale n. 3 agosto 2018, n. 26, viene riconosciuta la centralità delle Comunità locali, intese come sistema di relazioni tra le Istituzioni, le persone, le famiglie, le

Organizzazioni sociali, ognuno per le proprie competenze e responsabilità, per promuovere il miglioramento della qualità della vita e delle relazioni tra le persone;
- la Legge regionale n.23/2003 e s.m.i., all'art. 9 commi 1 e 2 assegna alla Regione compiti di programmazione, coordinamento e indirizzo sugli interventi sociali, oltre alla verifica all'attuazione ed alla disciplina dell'integrazione degli interventi ed assegna ai Comuni la titolarità delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale e la concorrenza alla programmazione regionale;
- la L.R. 23/2003 e s.m.i. disciplina il principio in essa contenuto della programmazione partecipata da parte delle comunità locali in virtù del quale i comuni, titolari delle funzioni socioassistenziali, sono deputati alla elaborazione di piani di intervento zonali con la partecipazione di tutti i soggetti pubblici e privati presenti nel proprio ambito territoriale intercomunale;

VISTI della legge regionale 23/2003:

- l'art. 11 che, al comma 1, prevede *"Nell'ambito delle proprie funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento, sono di competenza della Regione le seguenti funzioni amministrative: a) l'adozione del Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali provvedendo, in particolare, all'integrazione sociosanitaria e al coordinamento con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro;*
- *l'art. 18 che al comma 1 prevede che "La Regione, determina le linee della programmazione nella materia disciplinata dalla presente legge adottando un apposito Piano" ed il comma 2 che prevede che "Il Piano regionale adottato dalla Giunta d'intesa con i Comuni, realizzato in concertazione con i Comuni, con gli Enti e le Associazioni regionali del Terzo settore, delle Associazioni di rilievo regionali che operano nel settore dei servizi sociali, delle Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale e delle Associazioni di tutela degli utenti, viene approvato dal Consiglio Regionale, nel rispetto del Piano Nazionale triennale degli interventi e dei servizi sociali..."*
- *l'art. 29, come modificato dalla L.R. n. 26 del 3 agosto 2018, che al comma 1 stabilisce che: "In ottemperanza alla Legge 328/2000 e per realizzare il coinvolgimento dei Comuni, delle Province e del Terzo Settore e la loro responsabilizzazione sui temi sociali è istituita la conferenza permanente per la programmazione socio-assistenziale regionale" ed al comma 2: "La Conferenza Permanente è l'organismo rappresentativo delle autonomie locali e dei soggetti del Terzo settore con il fine di potenziare il loro ruolo nei procedimenti di programmazione socio-assistenziale";*

VISTO il "Piano sociale regionale 2020-2022", allegato alla presente deliberazione, per farne parte integrante e sostanziale, che definisce i principi di indirizzo e coordinamento per la programmazione e la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;

CONSIDERATO che il predetto Piano è stato pubblicato sul sito istituzionale e sulla piattaforma WelfareCalabria dal mese di agosto 2020 al fine di permettere la partecipazione a tutti gli stakeholder ed alla condivisione delle linee programmatiche del Piano stesso;

RILEVATO che:
- durante il periodo di pubblicazione sono pervenute alcune richieste di modifica valutate dal Settore compente del Dipartimento Tutela della Salute e in parte accolte;
- la Consulta del terzo Settore, istituita ai sensi dell'art. 29 comma 5 della l.r. 23/2003, nella seduta del 17 dicembre 2020 ha esaminato la prima bozza integrata del Piano sociale esprimendo parere favorevole, con verbale in atti;
- nella medesima data del 17 dicembre 2020 la "Conferenza permanente per la programmazione socio assistenziale regionale" si è espressa chiedendo un rinvio al 22 dicembre 2020 per l'approvazione definitiva del piano, al fine di consentire un ulteriore approfondimento da parte della Consulta delle Autonomie Locali;
- sono pervenute ulteriori osservazioni tra la data del 17 e il 22 dicembre 2020 dal Settore compente del Dipartimento Tutela della Salute e in parte accolte;

RILEVATO che la "Conferenza permanente per la programmazione socio assistenziale regionale" nella seduta del 22 dicembre 2020 ha esaminato esprimendo, per quanto di competenza e per

come risulta nel verbale della seduta, in atti, parere favorevole all'approvazione del Piano Sociale Regionale 2020/2022 di cui all'Allegato "A" alla presente deliberazione, per farne parte integrante e sostanziale;

RILEVATA la grande difficoltà, dovuta alla crisi sanitaria e alla difficile situazione economica in cui versano molte famiglie a causa della pandemia COVID 19;

RILEVATO che per fronteggiare l'emergenza sociale causata dal Covid-19, attraverso l'approvazione del piano sociale regionale i fondi potranno essere programmati e utilizzati per il rafforzamento e l'erogazione di interventi a favore delle persone fragili, in particolare:
- per pianificare azioni nell'ambito della disabilità, dell'assistenza domiciliare, della non autosufficienza, della famiglia, dei minori e degli anziani;
- per potenziare in via prioritaria i livelli essenziali delle prestazioni sociali;
- per attivare servizi per la cittadinanza contro la pandemia da Covid 19;

CONSIDERATO che, all'esito dell'acquisizione del parere favorevole della competente commissione consiliare, sarà possibile approvare il Piano sociale regionale 2020-2022 che definisce i principi di indirizzo e coordinamento del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali per il prossimo triennio, da parte del Consiglio regionale;

PRESO ATTO
- che il Dirigente generale ed il Dirigente di settore del Dipartimento proponente attestano che l'istruttoria è completa e che sono stati acquisiti tutti gli atti e i documenti previsti dalle disposizioni di legge e di regolamento che disciplinano la materia;
- che il Dirigente generale ed il Dirigente di settore del Dipartimento, proponenti ai sensi dell'art. 28, comma 2, lett. a, e dell'art. 30, comma 1, lett. a, della legge regionale 13 maggio 1996 n. 7, sulla scorta dell'istruttoria effettuata, attestano la regolarità amministrativa nonché la legittimità della deliberazione e la sua conformità alle disposizioni di legge e di regolamento comunitarie, nazionali e regionali, ai sensi della normativa vigente e del disciplinare dei lavori di Giunta approvato con D.G.R. n. 17/2020;
- che, ai sensi dell'art. 4 della legge regionale 23 dicembre 2011 n. 47, il Dirigente generale ed il Dirigente di settore del Dipartimento proponente attestano che il presente atto non comporta spese a carico del bilancio regionale;

SU PROPOSTA dell'Assessore al Welfare, Gianluca Gallo, la Giunta Regionale, a voti unanimi resi nelle forme di legge.

DELIBERA

per i motivi espressi in narrativa che qui si intendono integralmente riportati e confermati:

1. **di adottare** il Piano sociale regionale 2020-2022, ai sensi dell'art. 18 comma 2 della legge regionale n. 23del 2003, allegato alla presente deliberazione, per farne parte integrante e sostanziale, che definisce i principi di indirizzo e coordinamento per la programmazione e la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
2. **di demandare** al Segretariato Generale il compito di trasmettere il Piano Sociale allegato al Consiglio Regionale per i conseguenti adempimenti;
3. **di disporre** la pubblicazione in formato aperto del provvedimento sul BURC ai sensi della legge regionale 6 aprile 2011, n. 11 e la contestuale pubblicazione in formato aperto sul sito istituzionale della Regione, ai sensi del d.lgs. n. 33 del 14 marzo 2013 e nel rispetto delle disposizioni di cui al D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, a cura del Dirigente Generale del Dipartimento proponente.

IL [redacted] REGGENTE MONTILLA)

[redacted] SPIRLÌ)

Allegato alla deliberazione
n. 502 del 22 DIC 2020

REGIONE CALABRIA

Piano Sociale regionale

2020 – 2022

in attuazione della Legge regionale 26 novembre 2003, n. 23 "Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali nella Regione Calabria (in attuazione della Legge nazionale n. 328/2000)

1. PREMESSA E OBIETTIVI 6
1.1 Il Piano sociale della Regione Calabria 6
1.2 Quadro normativo di riferimento 7
1.3 Finalità generale 7
1.4 Obiettivi del Piano Sociale Regionale 7
2. LA POPOLAZIONE 9
2.1 L'andamento demografico della popolazione calabrese 9
2.2 La popolazione straniera 12
2.3 La fragilità adulta: caratteristiche, interventi e servizi di contrasto alla povertà ed alla esclusione sociale 12
2.4 Persone con disabilità: caratteristiche, interventi e servizi di assistenza 13
2.5 La popolazione anziana: caratteristiche, interventi e servizi di assistenza 14
3. L'ATTUALE SISTEMA SOCIOASSISTENZIALE 16
3.1 Assetto istituzionale 16
3.2 Strutture socioassistenziali autorizzate al funzionamento (ante DGR 503/219) 17
3.3 Tipologia di strutture e spesa annuale a carico di Regione Calabria ante D.G.R. 503/2019 25
3.4 Alcuni spunti di riflessione relativi al sistema delle strutture e servizi socioassistenziali 29
4. LA RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DEGLI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI 32
4.1 Le potenzialità della programmazione regionale e zonale 32
4.2 Priorità della programmazione sociale 33
4.3 Priorità di sistema 34
4.3.1 I Piani di zona 34
4.3.2 Il Sistema informativo 34
4.3.3 L'accreditamento, autorizzazione e vigilanza delle strutture socioassistenziali 34
4.3.4 La collaborazione con il Terzo settore e gli Organismi del volontariato (ai sensi del C.T.S. D.lgs 117/2017) 35
4.3.5 Il servizio sociale professionale 37
4.3.6 Il segretariato sociale 37
4.3.7 Attuazione dei Livelli essenziali delle prestazioni (art. 22, Legge 328/2000) 37
4.4. Priorità per aree di intervento 37
4.4.1 Le politiche per l'infanzia e l'adolescenza 37
4.4.2 Le politiche per la famiglia 39
4.4.3 Le politiche a favore dei giovani 39
4.4.4 Prevenzione e contrasto alla violenza sulle donne 40
4.4.5 Le politiche per le persone con disabilità 43
4.4.6 Le politiche a favore delle persone anziane 45

4.4.7 Le politiche per le persone a rischio di esclusione sociale e in povertà estrema 46
4.4.8 Le politiche a favore delle persone in età adulta 47
4.4.9 Le politiche per l'immigrazione 49
4.4.10 Politiche per l'inserimento e reinserimento lavorativo 50
4.4.11 I Piani di Zona 51
4.4.12 La programmazione sociale e sociosanitaria integrata dei servizi 53
4.4.13 L'applicazione dell'I.S.E.E. 55
4.4.14 I poteri sostitutivi 56
4.4.15 Indirizzi applicativi per l'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi 56
5. LE RISORSE E I FONDI 58
5.1 Le risorse 58
5.2 La politica della spesa e la gestione delle risorse 59
5.3 La gestione integrata dei Fondi 60
5.4 La programmazione integrata e unitaria delle risorse 60
5.5 La gestione dei fondi: il bilancio sociale di ambito 61
5.6 La spesa sociale dei Comuni 61
6. APPENDICE NORMATIVA 62
6.1 Appendice Normativa (normativa comunitaria e nazionale) 62
6.2 Appendice Normativa (riferimento Servizi alla Persona Regione Calabria) 62
6.3 Delibere della Giunta Regionale e Decreti 65
7. ALLEGATI 68
7.1 Allegato "A". Caratteristiche delle strutture socioassistenziali 68
7.2 Allegato "B". Sintesi priorità di sistema e aree di intervento 75
7.3 Allegato "C". I "Livelli essenziali delle prestazioni" 79

ACRONIMI

Acronimi	Descrizione
L.E.P.	Livelli Essenziali delle Prestazioni
I.N.P.S.	Istituto Nazionale della Previdenza Sociale
I.N.A.I.L.	Istituto Nazionale Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro
M.I.U.R.	Ministero dell'Istruzione e dell'Università e della Ricerca
ISTAT	Istituto Nazionale di Statistica
A.S.P.	Azienda Sanitaria Provinciale
C.P.I.	Centri per l'Impiego
S.P.R.A.R.	Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati
I.S.E.E.	Indicatore della Situazione Economica Equivalente
L.E.A.	Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria
I.C.T.	Information and Communications Technology
C.T.S.	Codice del Terzo Settore
P.I.P.P.I.	Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione
N.S.I.S.	Nuovo Sistema Informativo Sanitario
S.I.S.M.	Segretariato Italiano Studenti in Medicina
G.A.P.	Gioco d'Azzardo Patologico
SER.T.	Servizi per le Tossicodipendenze
In.C.I.P.I.T.	Iniziativa Calabra Identificazione, Protezione ed Inclusione sociale vittime di Tratta
RDC	Reddito di Cittadinanza
GePI	Gestionale Patti per l'Inclusione
P.O. FSE	Programma Operativo Fondo Sociale Europeo
F.N.P.S.	Fondo nazionale per le politiche sociali
F.N.A.	Fondo per le Non Autosufficienze
PON Inclusione	Programma Operativo Nazionale Inclusione
A.D.I.	Assistenza Domiciliare Integrata
F.E.S.R.	Fondo Europeo di Sviluppo Regionale
F.S.E.	Fondo Sociale Europeo
M.S.N.A.	Minori Stranieri Non Accompagnati
U.E.	Unione Europea
S.A.D.A.	Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani
S.A.D.D.	Servizio di Assistenza Domiciliare Persone con Disabilità
P.U.A.	Punto Unico di Accesso

1. PREMESSA E OBIETTIVI

1.1 Il Piano sociale della Regione Calabria

Il Piano Sociale Regionale è un documento di programmazione e organizzazione degli interventi e dei servizi sociali che, mediante un'analisi della popolazione e un approfondimento sull'attuale sistema di welfare in Calabria, offre una serie di indirizzi e priorità per riorganizzare il nuovo assetto delle politiche e dei servizi sociali a livello regionale e territoriale a partire dai bisogni della persona.

Il presente Piano Sociale Regionale, redatto ai sensi dell'art. 18 della Legge regionale 26 novembre 2003, n. 23 recante ad oggetto "Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e servizi sociali" (d'ora in poi Legge regionale 23/2003) (vedi Box 1), definisce gli obiettivi, le priorità e i criteri per la realizzazione degli interventi e dei servizi sociali, le modalità di realizzazione di attività volte alla sperimentazione dell'integrazione sociosanitaria mediante un coordinamento a livello regionale e zonale, nonché la collaborazione tra le amministrazioni pubbliche e gli enti del Terzo Settore. Inoltre, tale documento programmatico offre indicazioni in merito allo sviluppo della pianificazione territoriale.

Box 1. Articolo 18 della Legge regionale 23/2003

La Regione determina le linee della programmazione [...], riportando le seguenti indicazioni:

- *gli obiettivi, le priorità e i criteri per la realizzazione degli interventi e dei servizi sociali che prevedono impegni economici, nonché le modalità per il loro coordinamento e la loro integrazione con quelli sanitari, anche tramite specifici progetti-obiettivo, dovranno avere come presupposto il numero degli assistiti;*
- *le attività socioeducative, di formazione al lavoro e socioeconomiche che interagiscono con le attività socioassistenziali.*
- *le caratteristiche ed il fabbisogno da garantire dei servizi e degli interventi compresi nei livelli essenziali;*
- *i criteri per l'incentivazione dei programmi per la realizzazione degli obiettivi di promozione sociale;*
- *le modalità per il raccordo tra la pianificazione regionale e quella zonale, definendo in particolare linee di indirizzo e strumenti per la pianificazione di zona;*
- *le modalità per il concorso ...alla definizione dei Piani di zona ...e gli indirizzi per assicurare la partecipazione dei cittadini e degli utenti al controllo della qualità dei servizi;*
- *gli obiettivi e le priorità per la concessione di contributi alle organizzazioni del Terzo Settore;*
- *i criteri generali per la disciplina del concorso al costo dei servizi sociali da parte degli utenti, tenuto conto dei principi stabiliti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n° 109 e successive modificazioni.*

Il piano è redatto ogni 3 anni e costituisce lo strumento di riferimento per la stesura dei Piani di Zona. [...]

Il Piano regionale conserva la sua efficacia dopo la scadenza fino all'approvazione di quello successivo.

Dopo l'emanazione della legge regionale 23/2003, la Regione Calabria ha approvato un solo Piano sociale, relativo al triennio 2007 – 2009, la cui realizzazione è stata preclusa dal mancato passaggio delle competenze gestionali dalla Regione agli Enti Locali. In linea con la volontà politica e con la necessità di permettere una adeguata programmazione a livello locale, l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni e la fruizione di interventi e servizi da parte dei cittadini, la Regione adotta il presente Piano, per gli anni 2020-2022, nella consapevolezza degli impegni in capo alla Regione stessa ed altresì ai Comuni e agli Ambiti Territoriali.

1.2 Quadro normativo di riferimento

La normativa relativa alle politiche sociali attuate in Regione Calabria riguarda diverse aree di intervento, e considera tutte le possibili forme di aiuto e di supporto verso gruppi particolarmente vulnerabili quali: minori e giovani, famiglie in situazione di disagio, disabili, anziani, immigrati. Di particolare rilievo sono le Leggi-quadro di seguito elencate:

- *Legge regionale 26 gennaio 1987, n. 5 "Riordino e programmazione delle funzioni socio – assistenziali"*
- *Legge regionale 22 gennaio 1996, n. 2 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale"*
- *Legge regionale 8 agosto 1996, n. 21 "Servizi socio-assistenziali a favore dei minori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria"*
- *Legge regionale 5 dicembre 2003, n. 23 "Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali nella Regione Calabria (in attuazione della legge n. 328/2000)*
- *Legge regionale 2 febbraio 2004, n. 1 "Politiche regionali per la famiglia"*
- *Legge regionale 12 giugno 2009, n. 18 "Accoglienza dei richiedenti Asilo, dei rifugiati e sviluppo sociale, economico e culturale delle Comunità locali"*
- *Deliberazione del Consiglio Regionale 6 agosto 2009, n. 364 "Piano regionale degli interventi e di servizi sociali e*
- *indirizzi per la definizione dei Piani di Zona – Triennio 2007 – 2009"*
- *Legge regionale 28 giugno 2012, n. 29 "Attuazione del comma 4 dell'articolo 118 della Costituzione sulla sussidiarietà orizzontale"*
- *Legge regionale 26 luglio 2012, n. 33 "Norme per la promozione e la disciplina del volontariato"*

1.3 Finalità generale

La Regione Calabria intende potenziare un welfare capace di garantire dignità sociale diffusa, all'interno del quale i cittadini, gli enti, le istituzioni, gli organismi del Terzo settore siano soggetti di diritti e di doveri, di responsabilità e solidarietà politica, economica e sociale. Per perseguire questo scopo, appare fondamentale la definizione di obiettivi e di priorità monitorabili e verificabili, in grado di incidere sia a livello di sistema di *governance* che a livello degli *interventi e servizi sociali.*

1.4 Obiettivi del Piano Sociale Regionale

Primo obiettivo: rendere uniforme il sistema degli interventi e dei servizi definendo i criteri d'accesso alle prestazioni e mantenendo la natura e la qualità del bisogno come criterio superiore di valutazione, tenendo in considerazione le esigenze rilevate nell'analisi del contesto, le possibili risposte e le risorse finanziarie disponibili, potenziandole ove necessario.

Secondo obiettivo: garantire i Livelli essenziali delle prestazioni (LEP), tenendo in considerazione le aree di intervento, i bisogni prioritari cui i servizi devono rispondere, la tipologia di servizi e la loro quantità numerica essenziale in ogni Ambito territoriali, e selezionando i servizi e gli interventi prioritari.

Terzo obiettivo: rafforzare il servizio sociale professionale in modo che questo possa offrire un'adeguata valutazione del bisogno (complesso) e l'attivazione/gestione del progetto personalizzato, in linea con i criteri identificati dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e contenuti all'interno del Piano sociale nazionale e del Piano nazionale di contrasto alla povertà.

Quarto obiettivo: costruire e/o rafforzare una rete finalizzata al potenziamento delle collaborazioni tra istituzioni pubbliche e i soggetti del Terzo settore, in una logica di sussidiarietà orizzontale, dove siano definiti i criteri organizzativi e le modalità di finanziamento che garantiscano l'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni. All'interno di tale obiettivo è ricompreso anche quello relativo all'integrazione sociosanitaria, elemento fondamentale nelle politiche integrate volte al benessere dei cittadini.

Quinto obiettivo: avviare la pianificazione territoriale attraverso l'implementazione dei Piani di zona, partendo dalla fase di elaborazione (Ufficio di piano), approvazione (Conferenza dei Sindaci), attuazione, monitoraggio e valutazione (Soggetti del pubblico e provato), e definendo obiettivi, priorità, strategie, azioni, risorse umane e finanziarie per lo sviluppo delle attività in risposta ai bisogni del territorio, secondo una logica di efficienza, efficacia e dell'integrazione sociosanitaria.

Sesto obiettivo: implementare il sistema informativo quale strumento per l'attività di analisi e di verifica che mira soprattutto a facilitare la lettura dei bisogni della popolazione, e a dare un valido sostegno al processo decisionale ad ogni livello nonché a contribuire a tutte le attività di governo, programmazione e progettazione dei servizi.

2. LA POPOLAZIONE

2.1 L'andamento demografico della popolazione calabrese

La popolazione al 1° gennaio 2018 è pari a 1.956.317 abitanti, di cui, 959.741 maschi (49%) e 996.576 femmine (51%). Nell'anno 2011 si registrava una popolazione pari a 1.959.050 unità (2.733 unità in più rispetto al 1° gennaio 2018). Si registra, da ciò, dal 2011 al 2018, un decremento della popolazione totale. Come si evince dalla Tabella 1, gli Ambiti Territoriali con una popolazione superiore ai 100.000 abitanti sono: Reggio Calabria con 181.447 abitanti (9,28% della popolazione), Catanzaro con 161.952 (8,28% della popolazione), Cosenza con 116.727 abitanti (5,97% della popolazione), Lamezia Terme con 110.026 abitanti (5,62% della popolazione), Crotone con 105.375 abitanti (5,39% della popolazione) e Corigliano-Rossano con 101.137 abitanti (5,18%). Gli Ambiti Territoriali con una popolazione al di sotto delle 20.000 unità sono Soveria Mannelli con 16.592 abitanti (0,84% della popolazione) e Acri con una popolazione di 16.696 aitanti (0,85% della popolazione).

Tabella 1. Dati popolazione totale per Ambito territoriale.

Ambito Territoriale	Numero abitanti	Percentuale
ACRI	22.970	1,17
AMANTEA	27.656	1,41
CARIATI	16.696	0,85
CASTROVILLARI	49.905	2,55
CORIGLIANO-ROSSANO	101.137	5,18
COSENZA	116.727	5,97
MONTALTO UFFUGO	52.204	2,67
PAOLA	48.780	2,49
PRAIA A MARE	58.362	2,98
RENDE	68.045	3,48
ROGLIANO	26.078	1,33
SAN MARCO ARGENTANO	47.001	2,40
TREBISACCE	54.459	2,78
SAN GIOVANNI IN FIORE	21.971	1,12
CIRO' MARINA	38.454	1,97
CROTONE	105.376	5,39
MESORACA	26.319	1,35
CATANZARO	161.952	8,28
LAMEZIE TERME	110.026	5,62
SOVERATO	72.755	3,72
SOVERIA MANNELLI	16.529	0,84
SERRA SAN BRUNO	31.095	1,59
SPILINGA	50.391	2,58
VIBO VALENTIA	79.403	4,06
CAULONIA	67.915	3,47
LOCRI	63.979	3,27
MELITO PORTO SALVO	39.871	2,04
POLISTENA	41.201	2,11
REGGIO CALABRIA	181.447	9,28
ROSARNO	70.031	3,58
TAURIANOVA	42.157	2,15
VILLA SAN GIOVANNI	45.425	2,32
Totale regionale	1.956.317	100

(Fonte: ISTAT – 1° gennaio 2018)

Per quel che concerne la distribuzione della popolazione nei diversi Comuni calabresi, si riscontra che la maggior parte dei Comuni (78,96%) ha una popolazione residente inferiore ai 5.000 abitanti (Tabella 2).

Tabella 2. Comuni suddivisi per fasce di popolazione.

Valori	Numero totale Comuni	Comuni sotto i 5 mila ab.	Comuni 5.000-10.000 ab.	Comuni 10.000-25.000 ab.	Comuni 25.000-50.000 ab.	Comuni 50.000-75.000 ab.	Comuni 75.000-100.000 ab.	Comuni oltre 100.000 ab.
assoluti	404	319	52	25	2	3	2	1
%	100,00	78,96	12,87	6,18	0,50	0,74	0,50	0,25

(Fonte: ISTAT – 1° gennaio 2018)

Inoltre, si pone in evidenza che 605.764 abitanti (31% della popolazione calabrese) sono residenti nei 319 Comuni che hanno una popolazione al di sotto delle 5.000 unità. Di questi 319 Comuni (il 79% dei Comuni calabresi), 20 (4,95% del totale dei Comuni) hanno meno di 500 abitanti, per cui si evince che quasi 8.000 persone (circa 0,41%) risiedono in Comuni con meno di 500 abitanti.

La popolazione calabrese minorile, pari a 340.112 unità (il 17,4% della popolazione totale) è composta per il 14,2% da minori nella fascia di età 0-2 anni, per il 63,1% nella fascia 3-14 anni, per il 22,7% nella fascia 15-18 anni. La popolazione adulta è il 61,4% della popolazione totale (50% maschi, 50% femmine). Relativamente alla popolazione anziana, si sottolinea che è il 21,2% della popolazione totale, di cui, il 46,4% è over 75.

Dalla Tabella 3 si evince che vi è stato un lieve aumento della popolazione totale relativa al 2018, che è pari a 1.956.317 unità, rispetto al 2017 in cui si registrava una popolazione di 1.965.128 abitanti. Il saldo naturale è di – 5.124 unità e quello migratorio è pari a -3.317 unità, due valori negativi che indicano che, nell'anno 2017, in Calabria, sono stati registrati un numero minore di nati vivi rispetto ai decessi, mentre vi sono stati più individui emigrati che immigrati. I dati vanno nella direzione di un assottigliamento della popolazione presente sul territorio calabrese. Se compariamo il dato ISTAT relativo all'anno 2011 con quello del 2017, si registra un saldo naturale negativo che si protrae nel tempo, dal 2011 con un saldo naturale pari a – 237, al 2017 con un saldo negativo pari a – 5.124 unità. Ulteriore dato di interesse è quello relativo al numero medio dei componenti per famiglia, dove si passa dai 2.48 del 2011 al 2.4 del 2017, registrando una diminuzione del numero medio di componenti per nucleo familiare. Altro dato di rilievo è quello relativo al numero delle famiglie, che passa da 789.121 nuclei nel 2011 a 805.352 nuclei nel 2017.

Tabella 3. Bilancio demografico anno 2017 e popolazione residente al 31 dicembre 2017

	Maschi	Femmine	Totale
Popolazione al 1° gennaio	962.338	1.002.790	1.965.128
Nati	8.024	7.655	15.679
Morti	10.357	10.446	20.803
Saldo Naturale	-2.333	-2.791	-5.124
Iscritti da altri comuni	13.522	13.084	26.606
Iscritti dall'estero	7.773	4.205	11.978
Altri iscritti	1.206	645	1.851
Cancellati per altri comuni	17.690	17.596	3.5286
Cancellati per l'estero	2.726	1.983	4.709
Altri cancellati	2.653	1.104	3.757
Saldo Migratorio e per altri motivi	-568	-2.749	-3.317
Popolazione residente in famiglia	953.137	994.792	1.947.929
Popolazione residente in convivenza	6.300	2.458	8.758
Popolazione al 31 dicembre	959.437	997.250	1.956.687
Numero di Famiglie	805.352		
Numero di Convivenze	900		
Numero medio di componenti per famiglia	2.4		

(Fonte: Demo-Istat – 31 dicembre 2017)

In Calabria, il numero delle separazioni personali nel 2017 è pari a 2.568, lievemente in calo rispetto al 2016, quando si registrava un dato pari a 2.675, e comunque fortemente aumentato rispetto al numero delle separazioni nel 2007, quando se ne registravano 1.801. Dalla Tabella 4, si evince che le separazioni in Calabria incidono, sul totale nazionale, per il 2,6% e, sul dato relativo al Sud, per l'11,3%. Nella stessa regione, il numero degli scioglimenti e cessazioni degli effetti civili del matrimonio (divorzi) nel 2017 è pari a 1.922, in significativo aumento rispetto al 2007 dove se ne registrano 842. I divorzi in Calabria incidono sul totale nazionale per il 2,1%, e sul dato relativo al Sud per l'11,9%.

Tabella 4. Separazioni personali dei coniugi, e scioglimenti e cessazioni degli effetti civili del matrimonio in Calabria – anno 2017

Separazioni personali dei coniugi				
Territorio	Anno 2017			
	Presso i tribunali	Accordi extragiudiziali art. 6	Accordi extragiudiziali art. 12	TOTALE
Calabria	2.103	219	246	2.568
Sud	18.492	2.033	2.106	22.631
Italia	76.369	8.280	13.812	98.461
Scioglimenti e cessazioni degli effetti civili del matrimonio				
Territorio	Anno 2017			
	Presso i tribunali	Accordi extragiudiziali art. 6	Accordi extragiudiziali art. 12	TOTALE
Calabria	1.534	166	222	1.922
Sud	12.322	1.419	2.373	16.114
Italia	62.241	6.838	22.550	91.629

(Fonte: Demo-Istat – 31 dicembre 2017)

Le mutate condizioni socioeconomiche e demografiche, l'incidenza della povertà relativa, ed assoluta (soprattutto per le famiglie numerose e monogenitore) inducono a considerare una riorganizzazione dell'assetto di *governance* del sistema di welfare calabrese, in termini di raccordo interistituzionale, di nuove modalità di

partnership pubblico-privata, di programmazione delle attività, degli interventi e delle risorse, di monitoraggio e valutazione.

2.2 La popolazione straniera

La popolazione straniera residente in Calabria è pari a 108.494 unità di cui 55.332 maschi (51%) e 53.162 femmine (49%). La popolazione straniera residente in Calabria incide per il 2,11% sulla popolazione straniera residente in Italia.

Tabella 5. Popolazione straniera residente in Calabria al 1° gennaio 2018 per età e sesso

	0-14 anni	15-18 anni	19-64 anni	65-75 anni	Over 75	Totale
Valore assoluto	15.700	2.796	86.706	2.615	677	108.494
Valore %	14,47	2,58	79,92	2,41	0,62	100

(Fonte: ISTAT – 1° gennaio 2018)

2.3 La fragilità adulta: caratteristiche, interventi e servizi di contrasto alla povertà ed alla esclusione sociale

Le condizioni sociali della Regione rimangono tra le più critiche nel panorama nazionale, sia per quel che concerne le condizioni di vita e l'incidenza della povertà che al sistema degli interventi e dei servizi sociali. Quasi una famiglia su tre è in condizione di povertà relativa. In Italia, i nuclei familiari in condizioni di povertà relativa nel 2018[1] sono poco più di 3 milioni. Rispetto al 2017, il fenomeno si aggrava nel Nord (da 5,9% al 6,6%), in particolare nel Nord-est dove l'incidenza passa da 5,5% a 6,6%. Su scala regionale, la Calabria (30,6%) si conferma la regione con la maggiore incidenza in termini di povertà relativa.

Anche il reddito medio è ampiamente al di sotto della media nazionale, come si evince dalla Tabella 6

Tabella 6. Reddito medio per provincia

Provincia	Popolazione (valore assoluto)	Importo Complessivo (in euro)	Reddito Medio (in euro)
Provincia Catanzaro	362.343	3.400.592.588	15.906
Provincia Reggio Calabria	553.861	5.006.896.890	15.218
Provincia Cosenza	711.739	6.176.149.592	14.558
Provincia Vibo Valentia	161.619	1.386.549.235	14.146
Provincia Crotone	175.566	1.292.817.366	13.732
Totale Calabria		*17.263.005.671*	*14.982*
Italia	*60.589.085*	*851.926.743.552*	*20.918*

(Fonte: Ministero Economia e Finanze – Dichiarazioni dei redditi anno 2016)

Molteplici sono le misure introdotte, nel corso degli ultimi venti anni, sia a livello nazionale che a livello regionale. In particolare, il Reddito di Inclusione prima e, il Reddito di Cittadinanza poi, possono incidere in maniera significativa nelle azioni di contrato alla povertà e all'esclusione.

Allo stato attuale, in Calabria, beneficiano del Reddito di Cittadinanza 61.629 nuclei familiari[2]: 21.903 beneficiari sono nel territorio provinciale di Cosenza, 10.915 nell'area provinciale di Catanzaro, 7.816 nel territorio provinciale di Crotone, 16.850 a Reggio Calabria e 4.145 nell'area provinciale di Vibo Valentia.

[1] Fonte: Le statistiche dell'ISTAT sulla povertà (anno 2018)
[2] Fonte: INPS – 6 giugno 2019

2.4 Persone con disabilità: caratteristiche, interventi e servizi di assistenza

In Calabria le persone con disabilità sono 120.000 (anno 2013), circa il 6% della popolazione residente. Guardando ai dati rilevati da Istat, a livello regionale, si riscontra un aumento significativo delle persone con disabilità. Basti pensare che nell'anno 2005 le persone disabili in Regione Calabria erano 105.000, a fronte dei 120.000 rilevate nel 2013[3].

Le persone con disabilità in Italia sono soprattutto persone anziani e donne, sia coloro che vivono in famiglia che quelle istituzionalizzate. Anche l'istituzionalizzazione delle persone con disabilità riguarda soprattutto le donne e gli anziani: in Italia il 72% dei disabili in istituto sono donne e l'83% ha più di 65 anni. Soprattutto tra le regioni del Sud e delle Isole, la famiglia è il "soggetto" che generalmente si prende cura della persona con disabilità e rappresenta per la persona stessa una risorsa necessaria e fondamentale per affrontare le limitazioni derivanti dalla disabilità. Altro dato critico a livello nazionale, e ancor più per le regioni del Sud, è rappresentato dalla condizione professionale delle persone con disabilità. Il 66% delle persone con disabilità è fuori del mercato del lavoro: il 43,9% è in pensione e il 21,8% è inabile al lavoro, mentre solo il 3,5% è occupato e lo 0,9% cerca un'occupazione. La fonte di reddito principale per le persone con disabilità è la pensione (85% per cento), mentre nella popolazione totale è il reddito da lavoro (45%). Solamente il 3% delle persone con disabilità ha come fonte principale un reddito da lavoro. A tale riguardo, le successive Tabelle 7 (beneficiari di pensione) e 8 (pensioni di invalidità) evidenziano come la principale fonte di reddito siano le provvidenze assistenziali.

Tabella 7. Beneficiari (valori assoluti) di pensioni per le persone con disabilità per classe di età - Anno 2015

Regione	Fino a 19	20-34	35-49	50-64	65+	Imprecisata	Totale
Calabria	11.953	7.748	21.111	51.580	115.015	11	207.418

(Fonte dei dati: Istat www.disabilitaincifre.it)

In Calabria nel 2015 sono 207.418, pari al 10,53% della popolazione totale, le pensioni di invalidità civile erogate dall'INPS. Nella Tabella 8 sono riportati i dati relativi alle persone disabili titolari di rendita I.N.A.I.L. relativamente alla disabilità motoria, psicosensoriale, cardiorespiratoria, ed altre tipologie di disabilità.

Tabella 8. Disabili titolari di rendita I.N.A.I.L. al 31 dicembre 2018

Tipo di disabilità	Totale
Disabilità motoria	12.181
Disabilità psico-sensoriale	3.720
Disabilità cardio – respiratoria	1.182
Altre disabilità	3.429
Totale Calabria	20.512

(Fonte: Dati INAIL – 31 dicembre 2018)

A livello del sistema scolastico, il numero di alunni con disabilità è progressivamente cresciuto negli ultimi venti anni. Tale incremento può essere interpretato come segnale di un maggiore inserimento nel sistema scuola dei ragazzi con disabilità. Nell'anno scolastico 2018-2019, in Regione Calabria sono circa 7.250 gli alunni con

[3] Fonte: Istat, anno 3013

disabilità, nei diversi ordini di scuola (Rapporto MIUR maggio 2019).

I dati sopra riportati sono rilevanti ai fini della programmazione delle politiche sociali e dei servizi socioassistenziali territoriali, attesa che la presenza di condizioni sfavorevoli relativamente alla salute e, ancora più rapportata alla disabilità permanente, siano frequentemente associate a condizioni economiche sfavorevoli, a maggior ragione in Calabria per la situazione precaria del mondo del lavoro.

A tale riguardo, l'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) "Aspetti della Vita Quotidiana" del 2014, descrive una situazione di difficoltà delle famiglie con persone con limitazioni nelle attività quotidiane di avere una visita medica o un trattamento terapeutico a causa di difficoltà economica. La differenza riscontrata tra persone con e senza limitazioni nelle attività quotidiane è notevole. A livello nazionale, lo scarto è di circa 10 punti percentuali, mentre lo scarto per Regione Calabria è mediamente di 13,6 punti percentuali.

I servizi a favore delle persone con disabilità sono assicurati per il tramite di risorse specifiche, con destinazione vincolata, e, in minima parte, per il tramite di risorse finanziarie messe a disposizione dei Comuni. Tra le prime, sono da ricomprendere il servizio di assistenza domiciliare, i servizi di supporto e gli interventi di integrazione sociale, i tirocini e le borse lavoro. A carico dei Comuni, il supporto all'integrazione scolastica e la parte di sostegno al reddito. Da ultimo, la Regione assicura la copertura degli oneri connessi all'assistenza domiciliare integrata, ai centri diurni socioeducativi per persone con disabilità ed alle rette di ricovero in strutture residenziali.

2.5 La popolazione anziana: caratteristiche, interventi e servizi di assistenza

La popolazione calabrese è stata interessata, negli ultimi anni, da un progressivo fenomeno di invecchiamento, difatti, la fascia di popolazione composta da persone anziane passa dal 16% circa del 2009 al 21,19% del 2018.

Contemporaneamente al progressivo invecchiamento, grazie soprattutto ad un maggiore benessere ed alle mutate condizioni igienico sanitarie del Paese, negli ultimi decenni si è spostato in avanti il concetto di popolazione "anziana" ed è comparso un nutrito numero percentuale di persone cosiddette ultra- ottantacinquenni. Questo fenomeno, che dalle previsioni ISTAT è destinato ad accentuarsi nei prossimi decenni, dovrà prevedere la capacità dei servizi sociali e sanitari di adeguarsi alle nuove esigenze e fornire risposte adeguate ai cittadini. In particolare, dovranno essere implementate i servizi rivolti alla cura della cronicità e della non autosufficienza, salvaguardando la necessità e l'opportunità di privilegiare il mantenimento al domicilio rispetto alla istituzionalizzazione.

In Calabria:

- *l'indice di vecchiaia*, che rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione (rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni) nel 2018 indica che ci sono 158,4 anziani ogni 100 giovani;
- *l'indice di dipendenza strutturale*, che rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni), indica che, teoricamente, nel 2018 ci sono 52,8 individui a carico ogni 100 che lavorano;

- *l'indice di ricambio della popolazione attiva*, che rappresenta il rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni), indica che nel l 2018 l'indice di ricambio è 126,6, cioè che la popolazione in età lavorativa è molto anziana.

3. L'ATTUALE SISTEMA SOCIOASSISTENZIALE

3.1 Assetto istituzionale

La Legge nazionale 328/2000 e la Legge regionale 23/2003 definiscono le funzioni e le competenze di cui ciascun soggetto istituzionale è titolare. Di seguito le funzioni basilari:

- lo Stato si limita, attraverso il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali (Decreto Ministeriale 26 novembre 2018), ad esprimere una linea di indirizzo per l'attività di programmazione dei servizi, da recepire all'interno dei singoli Piani regionali;
- alle Regioni è affidato un compito di programmazione, coordinamento ed indirizzo. Spetta, inoltre, alla Regione determinare l'assetto organizzativo dell'offerta assistenziale sul proprio territorio e le politiche di integrazione con le politiche dell'istruzione, della formazione, della salute, dell'abitare e di ogni altra attività ad interesse sociale. Alla Regione Calabria spetta, inoltre, quale titolare delle funzioni di avvio all'impiego, un ruolo basilare nella definizione ed attuazione delle politiche sociali del lavoro, in collaborazione con i Comuni/Ambiti Territoriali.
- alle Province, in quanto titolari delle funzioni di formazione, qualificazione professionale, compete il ruolo fondamentale nella definizione ed attuazione delle politiche sociali in collaborazione con e in supporto ai Comuni/Ambiti Territoriali.
- i Comuni sono titolari di tutte le funzioni amministrative degli interventi svolti a livello locale e concorrono alla programmazione regionale. Ai Comuni compete la programmazione, progettazione e realizzazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali, ma anche l'autorizzazione, l'accreditamento ed il monitoraggio di soggetti erogatori di servizi e delle strutture socioassistenziali a ciclo residenziale e semiresidenziale.
- ai fini della programmazione e della gestione del sistema sociale, e sulla base delle determinazioni regionali l'Ambito Territoriale, composto dalla aggregazione dei Comuni, rappresenta il livello ottimale di programmazione e gestione dei servizi.

L'assetto istituzionale attualmente presente sul territorio calabrese è il seguente:

- 32 Ambiti territoriali
- 404 Comuni
- 5 Aziende Sanitarie Provinciali
- 18 Distretti sociosanitari
- 15 Centri per l'Impiego

Nella Tabella 9 vengono rappresentate alcune informazioni di carattere generale.

Tabella 9. Comune capoluogo, Province, superfice e densità abitativa.

Regione Calabria	
Comune capoluogo	Catanzaro
Province in Regione	5
Superficie (Kmq)	15.221,60
Densità Abitativa (Abitanti/Kmq)	128,5

(Fonte: UrbiStat - anno 2017)

3.2 Strutture socioassistenziali autorizzate al funzionamento (ante DGR 503/219)

Le strutture socioassistenziali autorizzate al funzionamento sono 575, di cui 398 (69,22%) sono residenziali e 177 (30.78%) semiresidenziali (Tabella 10).

Tabella 10. Numero strutture autorizzate al funzionamento residenziali e semiresidenziali

Numero strutture autorizzate al funzionamento	Strutture autorizzate residenziali	%	Strutture autorizzate semiresidenziali	%
575	398	69,22	177	30,78

(Fonte: Regione Calabria – aprile 2019)

Strutture socioassistenziali residenziali e semiresidenziali autorizzate al funzionamento

Per quel che concerne le strutture che funzionano in regime semiresidenziale, si riscontra che quelle autorizzate sono numericamente maggiori rispetto a quelle ammesse a retta. Un dato interessante riguarda la differenza che intercorre tra le strutture a carattere residenziale e semiresidenziale. Di fatti, il numero delle strutture residenziali è maggiore di quelle semiresidenziali, il che suggerisce un'attività di accoglimento a ciclo residenziale degli utenti molto maggiore rispetto al supporto in termini di prevenzioni offerto da servizi a ciclo semiresidenziale. Le strutture socioassistenziali autorizzate al funzionamento a carattere residenziale sono 398, di cui, 153 (38,44%) sono ammesse a retta, con finanziamento regionale e 245 (61,56%) non sono ammesse a retta. Il totale delle strutture semiresidenziali autorizzate al funzionamento è pari a 177 unità, di cui, 72 (40,68%) sono ammesse a retta e 105 (59,32%) non sono ammesse a retta (Tabella 11).

Tabella 11. Strutture residenziali, semiresidenziali, autorizzate e ammesse a retta

TOTALE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI: 575			
Strutture residenziali totali		Strutture semiresidenziali totali	
398	69,22 %	177	30,78%
di cui: • 245 residenziali autorizzate (42,61%) • 153 residenziali ammesse a retta (26,61%)		di cui: • 105 semiresidenziali autorizzate (18,26%) • 72 semiresidenziali ammesse a retta (12,52%)	

(Fonte: Regione Calabria – aprile 2019)

Tipologia di strutture

La Tabella 12 indica il numero di strutture socioassistenziali autorizzate al funzionamento dalla Regione Calabria (cioè che rispondono ai requisiti e ai parametri fissati dalla Regione in termini di modalità organizzative, di funzionamento, di erogazione dei servizi e i requisiti strutturali), divise per tipologia, e trasferite per competenza agli Ambiti Territoriali per l'accreditamento ed il convenzionamento a seguito della D.G.R. 503 del 25 ottobre 2019.

Tabella 12. Tipologia di strutture (post DGR 503/2019)

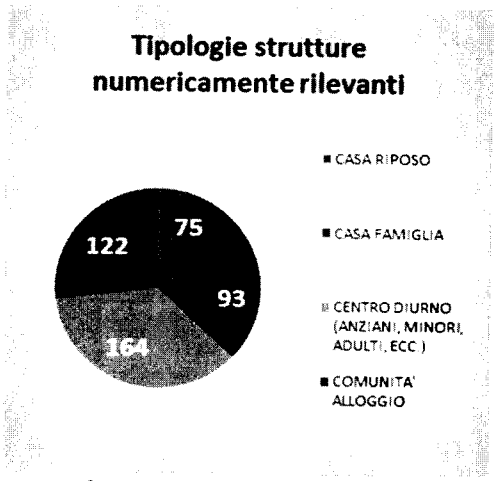
Tipologia di strutture (autorizzate al funzionamento) in Regione Calabria	Numero
Casa accoglienza per donne in difficoltà e/o con figli minori	25
Casa albergo	3
Casa riposo	77
Casa-famiglia	93
Casa protetta	3
Centro accoglienza donne in difficoltà	4
Casa rifugio	2

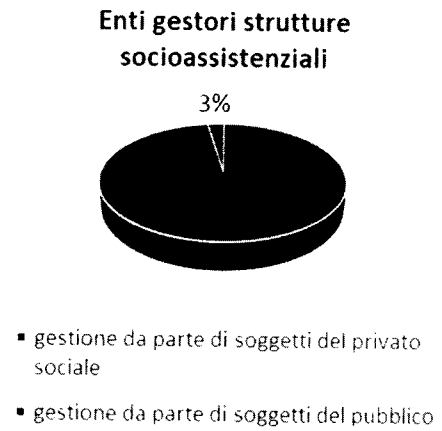
Centro aggregazione sociale	3
Centro ascolto e pronto intervento per adulti in difficoltà	2
Centro diurno (anziani, minori, adulti, ecc.)	164
Centro diurno autonomia e inclusione sociale	5
Centro diurno per disabili	3
Centro socioeducativo	3
Centro socioriabilitativo	32
Centro socioriabilitativo residenziale	1
Comunità alloggio	122
Comunità educativa minori	4
Comunità socioeducativa specialistica	2
Comunità specialistica	4
Gruppo appartamento minori	20
SPRAR minori	5
TOTALE	577

(Fonte: Regione Calabria – ottobre 2019)

Le strutture e i servizi, da un punto di vista numerico, maggiormente presenti sul territorio appartengono a quattro tipologie (Grafico 1): centri diurni (minori, anziani, adulti, ecc.); comunità alloggio; case-famiglia (minori e disabili); case riposo per anziani.

Le strutture/servizi socioassistenziali sono gestite in maniera prevalente dal privato sociale per circa il 97,50%,





mentre la parte gestita dal pubblico è pari al 2,50% (vedi grafico 2).

Grafico 1 Grafico 2

(Fonte: Regione Calabria – ottobre 2019)

Le Strutture socioassistenziali e le convenzioni con Regione Calabria ante D.G.R. 503/2019

Delle 575 strutture, 225 unità (39,13%) sono state ammesse a retta (per queste la Regione Calabria erogava una quota giornaliera per la frequenza di utenti sulla base della tipologia della struttura) e 350 unità (60,87%) non erano ammesse a retta (per queste Regione Calabria non erogava alcuna forma di sostegno e/o di contributo in conto quota giornaliera per la frequenza di utenti).

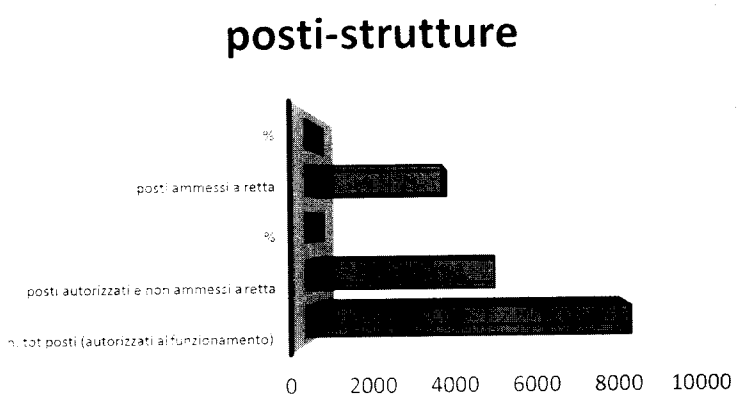
Per quanto concerne l'elaborazione statistica dei dati riguardanti la tipologia di utenza, sia per i posti ammessi a retta che per quelli non ammessi a retta, non è stato introdotto alcun sistema organizzato per eventuali profilazioni degli utenti che afferiscono ai diversi servizi.

Posti autorizzati al funzionamento: ammessi a retta e non ante D.G.R. 503/2019

Complessivamente i posti autorizzati sul territorio regionale sono pari a 8.562, di cui 4.969 (circa 58%) non erano

ammessi a retta, mentre 3.593 posti (quasi il 42%) erano ammessi a retta. Da ciò si evince che i posti non ammessi a retta, ma per i quali la Regione ha dato un'autorizzazione al funzionamento, potrebbero essere dei posti potenzialmente fruibili e, a seguito di una programmazione oculata, ammessi a retta.

Grafico 3



(Fonte: Regione Calabria – aprile 2019)

È importante, inoltre, rilevare, che rispetto alle presenze di utenti ed alla spesa:

- non è conosciuto il dato relativo alla effettiva presenza di utenti circa i posti autorizzati ma non ammessi a retta nelle strutture che non erano convenzionate con Regione Calabria;
- non è conosciuto il dato relativo alla spesa sostenuta e da chi la sostiene (famiglie, Comuni, altri soggetti) per i posti che non erano ammessi a retta.

Distribuzione per Ambito territoriale delle strutture autorizzate al funzionamento (ante DGR 503/2019)

In questa sezione viene rappresentata graficamente la distribuzione territoriale delle strutture socioassistenziali (Grafico 4).

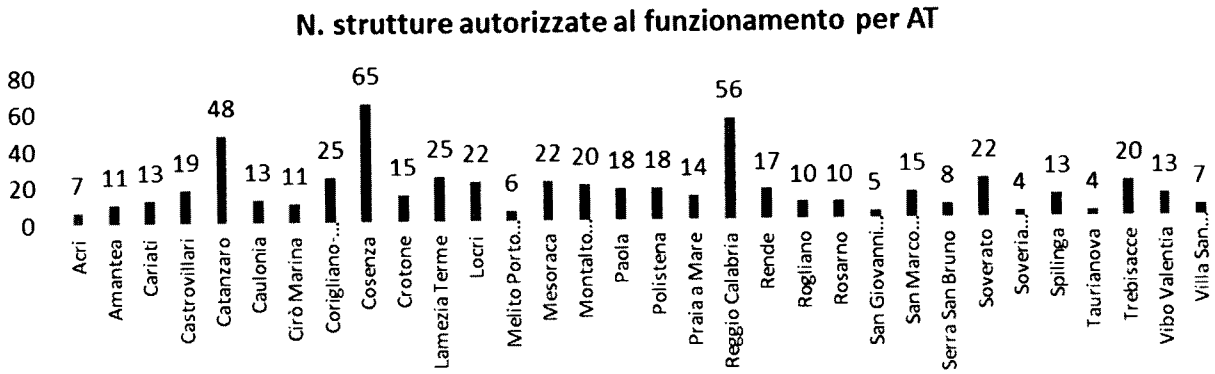


Grafico 4

(Fonte: Regione Calabria – aprile 2019)

Dal grafico 4 spiccano tre Ambiti Territoriali con una maggiore concentrazione di strutture autorizzate al funzionamento, dove si computano sia le strutture ammesse a retta che non: Cosenza, Reggio Calabria e Catanzaro. Gli Ambiti territoriali nei quali la presenza è numericamente inferiore sono Taurianova, Soveria Mannelli e San Giovanni in Fiore.

Rapporto tra posti ammessi a retta e la popolazione a livello di Ambito Territoriale e di Comune

La copertura di posti ammessi a retta varia significativamente tra i diversi Ambiti Territoriali (Tabella 13).

Tabella 13. Rapporto posti ammessi a retta sulla popolazione per ambito territoriale

Ambito Territoriale	popolazione	posti ammessi a retta	Rapporto posti ammessi a retta/popolazione
Acri	22.970	66	1:348
Amantea	27.656	10	1:2.766
Cariati	16.696	72	1:232
Castrovillari	49.905	74	1:674
Catanzaro	161.952	255	1:635
Caulonia	67.915	119	1:571
Cirò Marina	38.454	68	1:566
Corigliano-Rossano	101.137	93	1:1.087
Cosenza	116.727	477	1:245
Crotone	105.376	28	1:3.763
Lamezia Terme	110.026	137	1:803
Locri	63.979	116	1:552
Melito Porto Salvo	39.871	12	1:3.323
Mesoraca	26.319	119	1:221
Montalto Uffugo	52.204	132	1:395
Paola	48.780	127	1:384
Polistena	41.201	166	1:248
Praia a Mare	58.362	118	1:495
Reggio Calabria	181.447	299	1:607
Rende	68.045	164	1:415
Rogliano	26.078	63	1:414
Rosarno	70.031	109	1:642
S. Giovanni in Fiore	21.971	10	1:2.197
S. Marco Argentano	47.001	97	1:485
Serra San Bruno	31.095	71	1:438
Soverato	72.755	131	1:555
Soveria Mannelli	16.529	23	1:1.502
Spilinga	50.391	99	1:2.520
Taurianova	42.157	32	1:1.317
Trebisacce	54.459	202	1:269
Vibo Valentia	79.403	93	1:853
Villa San Giovanni	45.425	11	1:4.130
Totali	**1.956.317**	**3.593**	**1:544**

(Fonte: Regione Calabria – aprile 2019)

Il miglior rapporto posti ammessi a retta-popolazione è negli Ambiti Territoriali di Mesoraca, Cariati e Cosenza, mentre le zone maggiormente scoperte sono negli Ambiti Territoriali di Melito Porto Salvo, Crotone e Villa San Giovanni.

Strutture socioassistenziali: area minori

Caratteristiche dei posti in servizi per minori

Anche nell'area minori emergono grandi eterogeneità nella disponibilità territoriale di posti/servizi per ogni Ambito Territoriale (in relazione ai posti ammessi a retta e a quelli non ammessi a retta)[4]. *Gli Ambiti di Polistena (rapporto posti/popolazione di 1:51), Cosenza (rapporto posti/popolazione di 1:74), San Marco Argentano (rapporto*

[4] I dati presentati sono computati al netto dell'accoglienza nei gruppi appartamento, degli inserimenti in strutture extra-regionali (strutture che operano in luoghi diversi dal territorio della Regione Calabria).

posti/popolazione di 1:79), Acri (rapporto posti/popolazione di 1:84), Praia a Mare (rapporto posti/popolazione di 1:87) Paola (rapporto posti/popolazione 1:89) e Reggio Calabria (rapporto posti/popolazione di 1:92) hanno un grado di copertura favorevole. Altri territori, come ad esempio quelli degli Ambiti Territoriali di Melito Porto Salvo, Serra San Bruno, Taurianova e Villa San Giovanni sono completamente scoperti, sia rispetto ai posti ammessi a retta che a quelli non ammessi (Tabella 14).

Tabella 14. Rapporto posti sulla popolazione target (area minori)

Ambito T.	Pop. target	posti totali	posti autorizzati	posti ammessi a retta	posti-retta/ pop.	posti non ammessi a retta/pop.	tot. posti/ pop.
Acri	3.595	43	10	33	1:109	1:359	1:84
Amantea	4.205	10	0	10	1:421	0	1:421
Cariati	2.602	10	0	10	1:260	0	1:260
Castrovillari	7.409	44	37	7	1:1.058	1:200	1:168
Catanzaro	27.815	205	89	60	1:464	1:312	1:135
Caulonia	12.781	118	86	32	1:399	1:148	1:108
Cirò Marina	6.937	19	0	19	1:365	0	1:365
Corigliano-Rossano	19.161	117	34	83	1:231	1:563	1:164
Cosenza	18.769	254	32	222	1:85	1:586	1:74
Crotone	20.580	44	24	20	1:1.029	1:857	1:468
Lamezia Terme	19.974	42	42	0	0	1:475	1:476
Locri	12.042	65	52	13	1:926	1:231	1:185
Melito Porto Salvo	6.255	0	0	0	0	0	no copertura
Mesoraca	5.223	20	0	20	1:261	0	1:261
Montalto Uffugo	8.915	62	10	52	1:171	1:891	1:144
Paola	7.213	81	0	81	1:89	0	1:89
Polistena	7.900	154	16	57	1:139	1:493	1:51
Praia a Mare	9.117	105	10	95	1:96	1:911	1:87
Reggio Calabria	31.708	346	124	222	1:143	1:255	1:92
Rende	11.359	80	10	70	1:162	1:1.135	1:142
Rogliano	4.046	19	19	0	0	1:212	1:213
Rosarno	14.073	20	0	20	1:704	0	1:704
S. Giovanni in Fiore	3.506	10	0	10	1:351	0	1:351
S. Marco Argentano	7.773	99	24	75	1:104	1:323	1:79
Serra San Bruno	5.472	0	0	0	0	0	no copertura
Soverato	11.357	20	20	0	0	1:567	1:568
Soveria Mannelli	2.413	10	10	0	0	1:241	1:241
Spilinga	8.428	24	24	0	0	1:351	1:351
Taurianova	7.904	0	0	0	0	0	no copertura
Trebisacce	8.662	58	0	58	1:149	0	1:149
Vibo Valentia	14.593	18	18	0	0	1:810	1:811
Villa San Giovanni	8.204	0	0	0	0	0	no copertura
Totali	339.991	1.960	691	1.269	1:268	1:492	1:173

(Fonte: Regione Calabria – aprile 2019)

Importante è la sintesi, di seguito riassunta nella Tabella 15, relativa alle strutture socioassistenziali riferite all'area minori, all'interno della quale si menzionano il numero di strutture complessivamente autorizzate al funzionamento, sia quelle ammesse che non ammesse a retta.

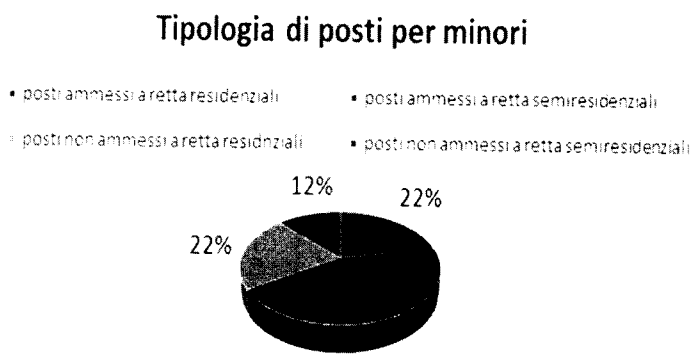
Tabella 15. Strutture area minori ammesse a retta e non ante D.G.R. 503/2019

Totale strutture area minori: 325	
Strutture ammesse a retta	Strutture non ammesse a retta
94 (28,92%)	231 (71,08%)

(Fonte: Regione Calabria – aprile 2019)

Dalla Tabella 15 si evince che la Regione Calabria ha erogato risorse per circa il 29% delle strutture dedicate all'accoglienza dei minori, a fronte di un 71% circa di strutture potenzialmente ammissibili a retta. Le strutture autorizzate al funzionamento, relative all'area di intervento dei minori, presenti sul territorio calabrese, sono complessivamente 325 (57% del totale delle strutture socioassistenziali autorizzate al funzionamento), di cui 94 (28,92% del totale area minori) ammesse a retta e 231 (71,08% del totale area minori) non sono ammesse a retta. Per quel che concerne i posti relativi all'area minori, si rileva che la totalità dei posti per l'accoglienza (residenziale e semiresidenziale) dei minori è pari a 1.960 unità, di cui, 1.269 sono ammessi a retta (65%) e 691 (35%) non lo sono. Dei posti ammessi a retta, 422 unità (22%) sono residenziali (casa- famiglia per minori, centro specialistico per bambini vittime di abusi o maltrattamenti, comunità educativa per minori con disturbi del comportamento o disadattati sociali) e 847 (44%) sono semiresidenziali, cioè, centri diurni per minori. Dei posti non ammessi a retta 419 (22%) sono residenziali e 238 (12%) sono semiresidenziali (Grafico 5).

Grafico 5



(Fonte: Regione Calabria – aprile 2019)

La Regione Calabria eroga servizi residenziali a favore di 387 minorenni (63% bambini/ragazzi e 37% bambine/ragazze), di cui 62 con cittadinanza straniera e 41 minori non accompagnati. Di questi, 113 sono accolti in Alloggio ad alta autonomia, 35 in Comunità educativa e psicologica, 237 in Comunità socioeducative e 2 in Servizi di accoglienza bambino-genitore. I neomaggiorenni accolti nei servizi residenziali sono 59, di cui 16 con cittadinanza straniera. Gli affidamenti a singoli, famigli e parenti sono 386, di cui 34 con cittadinanza straniera e 1 minore straniero non accompagnato. Dei 386 minori in affidamento (204 bambini/ragazzi e 182 bambine/ragazze), il 43% è in affidamento etero-familiare e il 57% in affidamento intra-familiare[5].

[5] Fonte: Regione Calabria, Rilevazione su bambini e adolescenti fuori dalla famiglia di origine o accolti nei servizi residenziali – anno 2017

Area disabilità

Caratteristiche dei posti in servizi per persone con disabilità

In relazione all'area disabilità, la copertura sul territorio (rapporto fra posti autorizzati e popolazione target) è massima nell'Ambito Territoriale di Mesoraca (1 posto ogni 112 abitanti), ed è invece inesistente negli Ambiti di Caulonia, di Soveria Mannelli e di Taurianova, che sono completamente scoperti, sia per quel che concerne i posti autorizzati che per quelli ammessi a retta (Tabella 16).

Tabella 16. Rapporto posti sulla popolazione (area disabilità)

Ambito Territoriale	pop. target	posti totali	posti autorizzati	posti ammessi a retta	posti autorizzati/pop.	posti-retta/ pop.	tot. posti/ pop.
Acri	22.970	39	39	0	1:588	0	1:588
Amantea	27.656	10	10	0	1:2.765	0	1:2.765
Cariati	16.696	23	10	12	1:1.669	1:1.414	1:737
Castrovillari	49.905	71	59	12	1:845	1:4.158	1:702
Catanzaro	161.952	220	111	109	1:1.459	1:1.485	1:1.190
Caulonia	67.915	0	0	0	0		no copertura
Cirò Marina	38.454	68	30	38	1:1.281	1:1.011	1:565
Corigliano-Rossano	101.137	45	35	10	1:2.889	1:10.113	1:2.247
Cosenza	116.727	215	149	66	1:783	1:177	1:542
Crotone	105.376	65	57	8	1:1.848	1:13.172	1:1.621
Lamezia Terme	110.026	67	24	43	1:4.584	1:2.558	1:1.642
Locri	63.979	12	0	12	0	1:5.331	1:5.331
Melito Porto Salvo	39.871	12	0	12	0	1:3.322	1:3.322
Mesoraca	26.319	233	165	68	1:159	1:387	1:112
Montalto Uffugo	52.204	104	80	24	1:652	1:2.175	1:501
Paola	48.780	55	43	12	1:1.134	1:4.065	1:886
Polistena	41.201	44	20	24	1:2.060	1:1.716	1:936
Praia a Mare	58.362	35	12	23	1:4.863	1:2.537	1:1.667
Reggio Calabria	181.447	86	70	16	1:2.592	1:11.340	1:2.109
Rende	68.045	69	30	39	1:2.268	1:1.744	1:986
Rogliano	26.078	22	0	22	0	1:1.185	1:1.185
Rosarno	70.031	20	0	20	0	1:3.501	1:3.501
S. Giovanni in Fiore	21.971	48	48	0	1:457	0	1:457
S. Marco Argentano	47.001	56	56	0	1:839	0	1:839
Serra San Bruno	31.095	10	0	10	0	1:3.109	1:3.109
Soverato	72.755	155	106	49	1:686	1:1.484	1:469
Soveria Mannelli	16.529	0	0	0	0	0	no copertura
Spilinga	50.391	20	20	0	1:2.519	0	1:2.519
Taurianova	42.157	0	0	0	0	0	no copertura
Trebisacce	54.459	99	35	64	1:1.555	1:850	1:550
Vibo Valentia	79.403	35	15	20	1:5.293	1:3.970	1:2.268
Villa S. Giovanni	45.425	23	12	11	1:3.785	1:4.129	1:1.975
Totali	1.956.317	1.960	1.236	724	1:1.583	1:2.702	1:998

Area anziani

Caratteristiche dei posti in servizi per anziani

La copertura di posti nell'area anziani sembra essere abbastanza diffusa a livello di Ambito Territoriale, seppur con notevoli differenze sul territorio regionale. In alcuni Ambiti, come ad esempio Cariati, Serra San Bruno, Mesoraca, Spilinga, Polistena, Locri, Rogliano, Amantea e Corigliano-Rossano, la copertura è particolarmente elevata, mentre altri territori, come ad esempio Melito Porto Salvo, Cirò Marina e Praia a Mare, hanno una copertura molto bassa.

Tabella 17. Rapporto posti sulla popolazione target (area anziani)

Ambito Territoriale	Pop. target	posti totali	posti autorizzati - non ammessi a retta	posti ammessi a retta	posti non ammessi a retta/ pop.	posti ammessi a retta/ pop.	tot. posti/pop.
Acri	5.540	33	0	33	0	1:168	1:168
Amantea	6.460	79	79	0	1:81	0	1:82
Cariati	4.197	101	46	50	1:91	1:81	1:42
Castrovillari	12.280	55	0	55	0	1:223	1:223
Catanzaro	34.173	158	108	50	1:316	1:683	1:216
Caulonia	14.002	101	14	87	1:1.000	1:161	1:139
Cirò Marina	8.432	12	12	0	1:702	0	1:703
Corigliano-Rossano	18.387	183	183	0	1:100	0	1:100
Cosenza	26.622	237	124	113	1:214	1:236	1:112
Crotone	18.381	104	104	0	1:176	0	1:177
Lamezia Terme	21.349	161	75	86	1:284	1:248	1:133
Locri	13.886	201	110	91	1:126	1:153	1:69
Melito Porto Salvo	9.490	16	16	0	1:593	0	1:593
Mesoraca	5.385	98	78	20	1:69	1:269	1:55
Montalto Uffugo	10.126	32	0	32	0	1:316	1:316
Paola	11.601	59	38	21	1:305	1:552	1:197
Polistena	8.242	131	46	85	1:179	1:97	1:63
Praia a Mare	13.112	14	14	0	1:936	0	1:937
Reggio Calabria	33.122	223	199	24	1:166	1:1.380	1:149
Rende	13.401	95	40	55	1:335	1:244	1:141
Rogliano	5.923	76	35	41	1:169	1:144	1:78
Rosarno	12.457	61	0	61	0	1:204	1:204
S. Giovanni in Fiore	4.989	23	23	0	1:216	0	1:217
S. Marco Argentano	10.169	38	16	22	1:635	1:462	1:531
Serra S. Bruno	6.821	138	77	61	1:88	1:112	1:49
Soverato	17.527	104	22	82	1:796	1:214	1:169
Soveria Mannelli	4.181	47	24	23	1:174	1:182	1:110
Spilinga	11.392	183	84	99	1:135	1:115	1:62
Taurianova	8.573	24	0	24	0	1:357	1:357
Trebisacce	12.946	120	40	80	1:323	1:162	1:108
Vibo Valentia	16.201	140	85	55	1:190	1:295	1:116
Villa S. Giovanni	9.899	33	33	0	1:300	0	1:300
Totali	409.266	3.080	1.725	1.350	1:237	1:303	1:133

(Fonte: Regione Calabria – aprile 2019)

Area adulti in difficoltà

Caratteristiche dei posti in servizi per adulti in difficoltà

L'area dei servizi socioassistenziali rivolti agli adulti in difficoltà sembra essere particolarmente critica: i dati disponibili evidenziano come molti territori sono particolarmente scoperti di posti (sia quelli autorizzati che ammessi a retta). Basti considerare che 18 Ambiti Territoriali (circa il 56%) non hanno nessuna copertura in termini di posti autorizzati/ammessi a retta (Tabella 18). L'Ambito Territoriale di Cosenza ha una copertura pari

a 1 posto ogni 861 adulti, il che significa che ha un grado di copertura elevato rispetto al resto degli Ambiti calabresi.

Tabella 18. Rapporto posti sulla popolazione target (area adulti in difficoltà)

Ambito territoriale	Pop. target	posti totali	posti autorizzati - non ammessi a retta - adulti	posti ammessi a retta - adulti	posti non ammessi a retta/ pop.	posti ammessi a retta/ pop.	tot. posti/pop
Acri	13.754	0	0	0	0	0	no copertura
Amantea	16.991	0	0	0	0	0	no copertura
Cariati	9.897	0	0	0	0	0	no copertura
Castrovillari	30.216	0	0	0	0	0	no copertura
Catanzaro	99.964	53	17	36	1:5.880	1:2.776	1.886
Caulonia	41.105	0	0	0	0	0	no copertura
Cirò Marina	23.085	21	10	11	1:2.308	1:2.098	1:1.099
Corigliano-Rossano	63.589	8	8	0	1:7.948	0	1:7.948
Cosenza	72.336	84	8	76	1:9.042	1:951	1:861
Crotone	66.417	0	0	0	0	0	no copertura
Lamezia Terme	68.704	8	0	8	0	1:8.588	1:8.588
Locri	38.051	0	0	0	0	0	no copertura
Melito Porto Salvo	24.156	0	0	0	0	0	no copertura
Mesoraca	15.711	11	0	11	0	1:1.428	1.428
Montalto Uffugo	33.164	24	0	24	0	1:1.381	1:1.381
Paola	29.966	21	8	13	1:3.745	1:2.305	1:1.426
Polistena	25.059	0	0	0	0	0	no copertura
Praia a Mare	36.133	0	0	0	0	0	no copertura
Reggio Calabria	110.617	61	24	37	1:4.609	1:2.989	1:1.813
Rende	43.285	10	10	0	1:4.328	0	1:4.328
Rogliano	16.109	0	0	0	0	0	no copertura
Rosarno	43.501	8	0	8	0	1:5.437	1:5.437
S. Giovanni in Fiore	13.476	0	0	0	0	0	no copertura
S. Marco Argentano	29.059	0	0	0	0	0	no copertura
Serra San Bruno	18.802	0	0	0	0	0	no copertura
Soverato	43.871	20	20	0	1:2.193	0	1:2.193
Soveria Mannelli	9.935	0	0	0	0	0	no copertura
Spilinga	30.571	0	0	0	0	0	no copertura
Taurianova	25.680	8	0	8	0	1:3.210	1:3.210
Trebisacce	32.851	0	0	0	0	0	no copertura
Vibo Valentia	48.609	18	0	18	0	1:2.700	1:2.700
Villa San Giovanni	27.322	0	0	0	0	0	no copertura
Totali	1.201.986	355	105	250	1:11.447	1:4.807	1:3.385

(Fonte: Regione Calabria – aprile 2019)

3.3 Tipologia di strutture e spesa annuale a carico di Regione Calabria ante D.G.R. 503/2019

Sulla base della capacità di accoglienza delle strutture convenzionate e dei posti ammessi a retta (con contributo a carico del bilancio regionale), nel 2019 la Regione Calabria ha affrontato una spesa complessiva di circa 27 milioni di euro, ottenuta considerando il numero di posti ammessi a retta moltiplicato per il costo unitario della quota giornaliera di ogni singolo servizio per i giorni di funzionamento.

Dal confronto tra la spesa teorica totale e la spesa effettivamente sostenuta nel biennio 2016 – 2017, indica come la spesa reale, da considerare per una previsione di bilancio è pari a circa 27 milioni di euro. Ciò comporta che il numero di posti autorizzati ed ammessi a retta si discosti in maniera significativa dal numero di ospiti effettivamente presenti con una compartecipazione regionale.

In particolare, viene fatto un utilizzo parziale dei posti ammessi a retta disponibili soprattutto per quel che riguarda le tipologie di strutture per persone anziane. Infatti, per le:

- Case di riposo per anziani, la percentuale di presenza media è del 32,10%
- Comunità alloggio per anziani, la percentuale di presenza media è del 45,98%.

Questo premesso, si rileva come complessivamente sia presente un utilizzo parziale dei posti ammessi a retta (63,68% rispetto all'effettivo potenziale di 3.593 posti) e conseguentemente, un minor onere a carico del bilancio regionale. Questa discrepanza tra posti disponibili e posti fruiti concretamente pone la necessità di una riflessione sulla potenzialità del sistema, i reali bisogni e la conseguente ridistribuzione delle risorse, anche considerando i possibili costi. Nella Tabella 19, di seguito riportata, si indicano le tipologie di strutture e le relative somme annuali a capacità media.

Tabella 19. Finanziamenti per tipologia di strutture

TIPOLOGIA DI STRUTTURE	FINANZIAMENTI REGIONALI ANNUALI	%
Centro diurno per bambini e adolescenti	1.840.628,81	6,80%
Casa-famiglia per minori	2.745.773,33	10,14%
Comunità specialistica educative per minori con disturbi del comportamento o disadattati sociali sottoposti a provvedimenti penali e/o ammnistrativi	1.560.748,76	5,77%
Centro specialistico per bambini e adolescenti vittime di abusi e maltrattamenti	488.643,75	1,81%
Centro diurno per anziani	32.736,00	0,12%
Casa di riposo per anziani-comunità alloggio per anziani (over 65)	3.486.054,17	12,88
Comunità accoglienza per adulti in difficoltà	1.022.000,00	3,78%
Case di accoglienza per donne in difficoltà, gestanti e/o con figli	3.056.875,00	11,29%
Centro diurno per persone con disabilità	2.147.067,00	7,93%
Comunità alloggio per persone con disabilità	3.147.744,79	11,63%
Comunità alloggio per persone con disabilità mentale	961.288,33	3,55%
Casa-famiglia - dopo di noi	3.052.844,79	11,28%
Centro diurno socioriabilitativo	600.300,00	2,22%
Centro socioriabilitativo	2.922.920,00	10,80%
TOTALE	27.065.624,74	100,00

(Fonte: Regione Calabria – aprile 2019 – rif. spesa anno 2017)

Per quel che concerne le risorse finanziarie a carico di Regione Calabria relativamente ai posti ammessi a retta, si mette in evidenza che a fronte di un investimento previsionale teorico pari ad €. 27.065.624,74 nell'anno 2017, sono state erogate somme pari a circa 22 milioni di euro.

Mentre per la fruizione di alcune strutture (case famiglia per minori, centri diurni per bambini ed adolescenti, centri specialistici per bambini soggetti ad abusi, centri per bambini con problemi di apprendimento, centri per donne ed adulti in difficoltà, case rifugio) non è prevista alcuna compartecipazione e, pertanto, la quota regionale erogata è pari al numero di giorni di ciascun ospite per il numero di ospiti per la retta giornaliera, per le altre strutture (case di riposo, case famiglia per persone con disabilità e per persone con disabilità mentali, dopo di noi e centri riabilitativi) in media un terzo della retta complessiva risulta a carico dell'utente/fruitore. Questo significa che per queste tipologie di strutture la Regione compartecipa per un importo che si aggira tra il 60 ed il 70%.

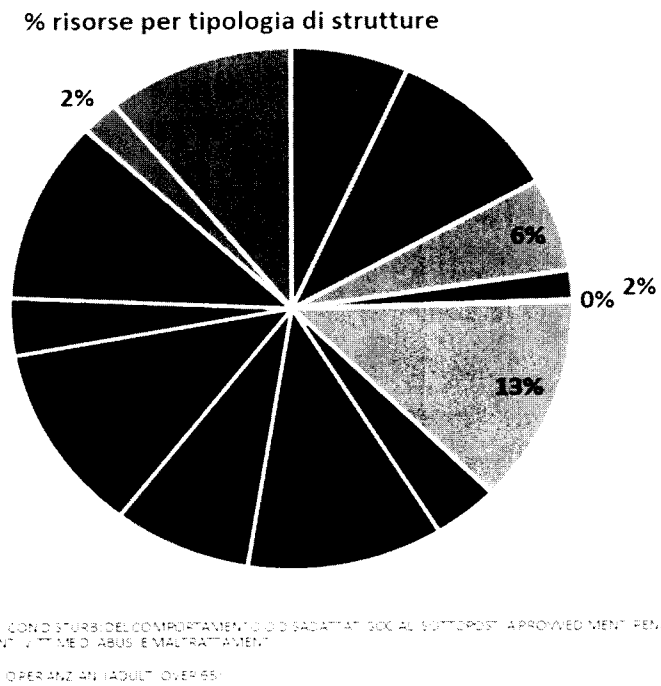
Come evidenziato dalla relazione del Dipartimento Lavoro, Formazione e Politiche Sociali[6], per alcune tipologie di strutture esiste un divario molto marcato tra il numero di ospiti autorizzati e quelli ammessi a retta con

[6] Fonte: dati della Regione Calabria (aprile 2019)

compartecipazione regionale. Se per le strutture socioriabilitative, quelle per adulti in difficoltà, i Dopo di noi e le comunità per disabili, la percentuale di occupazione a compartecipazione regionale è superiore all'80%, nelle strutture per anziani il dato si riduce drasticamente. Solo per il 35,83% degli ospiti sono ammessi a retta regionale.

In tale quadro complessivo, si rileva uno scostamento (del 16,45% circa) tra la spesa previsionale teorica impegnata e la spesa effettivamente erogata, per cui sarebbe ipotizzabile una maggiore attenzione ai bisogni ed alla conseguente ridistribuzione delle risorse, specie per i territori privi di strutture. Dall'analisi dettagliata circa l'utilizzo delle risorse, a fronte degli impegni previsionali regionali assunti, emergono i seguenti dati percentuali per tipologie di strutture dei posti ammessi a retta (Grafico 6).

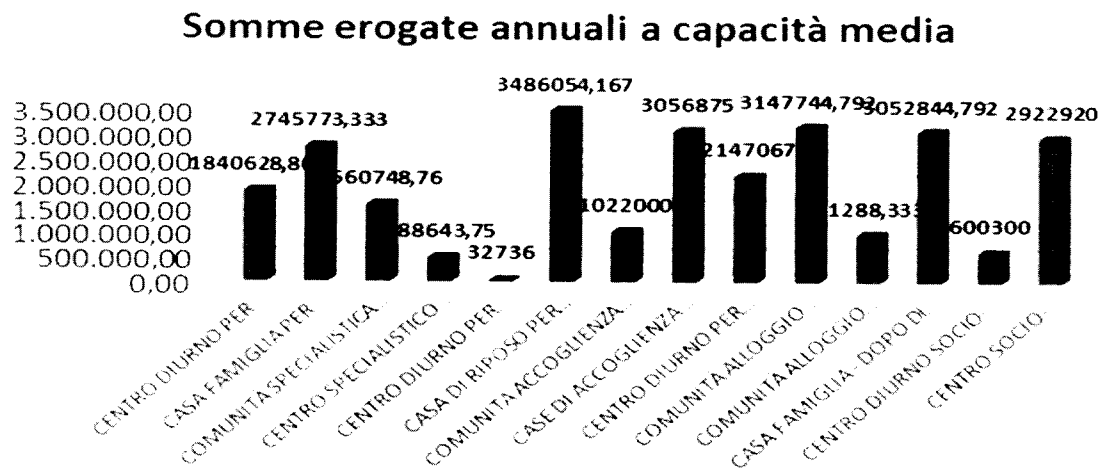
Grafico 6



(Fonte: Regione Calabria – aprile 2017)

Nel Grafico 7 si possono evidenziare le spese annuali a capacità media relativamente alle diverse tipologie di strutture socioassistenziali.

Grafico 7



(Fonte: Regione Calabria – aprile 2019)

Oneri per affidi – comunità educative extra regione e gruppi appartamento

Nell'impegno regionale erogato per la fruizione delle strutture socioassistenziali sopra evidenziata non sono compresi gli oneri per gli affidi, le comunità educative extraregione ed i gruppi appartamento. Il dato, di sicuro interesse sia per il numero dei minori coinvolti sia per il dato finanziario, permette una valutazione complessiva della spesa a carico del bilancio regionale. Per ogni affido, senza distinzione di tipologia, la Regione Calabria riconosce un contributo giornaliero di 20 euro, con una maggiorazione di 10 euro giornalieri nel caso di minori con disabilità (Tabella 20).

Tabella 20. Numero di affidi e costo regionale annuale

	N. AFFIDI ENDO-FAMILIARI	N. AFFIDI ETERO-FAMILIARI	N. TOTALE AFFIDI	COSTO ANNUALE TOTALE AFFIDI
REGGIO CALABRIA	75	69	144	€ 1.091.350,00
COSENZA	106	53	159	€ 1.160.700,00
CATANZARO	56	29	85	€ 649.700,00
CROTONE	24	3	27	€ 197.100,00
VIBO VALENTIA	7	10	17	€ 138.700,00
TOTALE	268 (62%)	164 (38%)	432	€ 3.237.550,00

(Fonte: Regione Calabria – aprile 2019)

La Tabella 21 riporta i dati relativi ai gruppi appartamento considerando sia il dato aggregato che disaggregato per provincia e per totale regionale. Oltre ai costi relativi ai gruppi-appartamento, la Regione Calabria sostiene il costo di un milione di euro per minori in comunità educative extraregionali.

Tabella 21. Ripartizione e spese relative ai gruppi-appartamento

	Numero gruppi appartamento	Numero giornaliero ospiti (7 ospiti pro die per struttura)	Spesa annua gruppi appartamento
REGGIO CALABRIA	7	49	€ 4.500.000,00
COSENZA	7	49	
CATANZARO	4	28	
CROTONE	1	7	
VIBO VALENTIA	0	0	
TOTALE	19	133	€ 4.500.000,00

(Fonte: Regione Calabria – aprile 2019)

3.4 Alcuni spunti di riflessione relativi al sistema delle strutture e servizi socioassistenziali

Dalla prima analisi dei servizi socioassistenziali emergono alcuni spunti di riflessione sullo stato attuale dei servizi e le attività potenzialmente più richieste in prospettiva futura. Si prende atto che Regione Calabria con la D.G.R. 503/2019 ha provveduto a determinare:

- regole certe per l'autorizzazione al funzionamento, l'accreditamento e la vigilanza;
- le caratteristiche delle convenzioni da attuare, compreso l'ammontare delle quote da riconoscere agli Enti gestori;
- il trasferimento delle competenze e delle risorse dalla Regione ai Comuni/Ambiti Territoriali;
- le modalità di collaborazione e di interazione tra Regione ed i Comuni/Ambiti Territoriali;
- i flussi di dati ed informazioni.

Box 2. PROGRAMMAZIONE, MONITORAGGIO e SISTEMA INFORMATIVO

La Regione Calabria ha attivato un sistema informativo unitario che potrà permettere, a regime, un'organizzazione ed una conoscenza, strutturata ed organizzata, dei fruitori dei servizi, della spesa complessiva e per aree di intervento, delle attività che si svolgono, di dati ed informazioni utili alla programmazione regionale e territoriale, nonché il monitoraggio relativo all'andamento della spesa, delle attività, degli obiettivi e dei risultati, elementi che caratterizzano la qualità dei servizi sociali.

Il Piano sociale 2020-2022 guarda all'integrazione sociosanitaria, sia da un punto di vista dei rapporti istituzionali che operativo, come un obiettivo strategico a cui tendere. Il presente Piano rappresenta una base di partenza per implementare in maniera ulteriore le attività volte all'integrazione fra il sociale ed il sanitario, considerando contestualmente che a seguito di monitoraggio, potrebbe essere soggetto a modificazioni e rimodulazione, al fine di raggiungere l'obiettivo soprarichiamato.

L'avvio del sistema è condizione necessaria per consentire una più efficace gestione delle attività volte alla programmazione e pianificazione territoriale ed un aggiornamento dei fabbisogni rilevati per una costante revisione e rimodulazione delle scelte afferenti alla pianificazione e alla distribuzione e redistribuzione delle risorse, con il coinvolgimento attivo dei Comuni/Ambiti Territoriali e dei soggetti del Terzo settore (enti che gestiscono per il circa il 97% le strutture socioassistenziali esistenti sul territorio) in linea con la legislazione regionale. Per quanto riguarda l'**AREA MINORI**, si pone in evidenza che il 56% circa dei posti autorizzati al funzionamento è dedicato ad attività volte alla prevenzione (centri diurni per minori), mentre il 44% di tali posti fa riferimento ad attività di accoglienza di tipo residenziale. Gli Ambiti territoriali di Villa San Giovanni, Taurianova, Melito Porto Salvo e Serra San Bruno, con una incidenza della popolazione minorile complessiva pari a circa il 2% della popolazione minorile calabrese, sono completamente scoperti, per cui si ritiene necessario avviare una riprogrammazione, relativamente alle strutture socioassistenziali specificatamente dedicate alle attività di sostegno dei minori.

Gli **ANZIANI** rappresentano il 21% circa della popolazione. Gli Ambiti rispetto ai quali si rileva una copertura sfavorevole relativamente a questa fascia di popolazione sono Melito Porto Salvo, Cirò Marin e Praia a Mare con un rapporto posti-popolazione target superiore a 1 posto ogni 500 anziani. Da questo quadro, affiancato al

progressivo invecchiamento della popolazione, si evince la necessità di rinforzare i servizi socioassistenziali specificatamente dedicati, con una particolare attenzione a questi ultimi Ambiti.

Per quanto riguarda l'**AREA ADULTI** (61% circa sul totale della popolazione calabrese), si riscontra, una completa mancanza di posti in 18 Ambiti territoriali su 32. La popolazione adulta residente nei 18 Ambiti nei quali mancano servizi socioassistenziali per questa fascia di popolazione è pari al 40% del totale della popolazione adulta. Da ciò si evince la necessità di avviare una riprogrammazione delle risorse finalizzata a rafforzare la copertura di strutture socioassistenziali specificatamente dedicate, e, in modo particolare, negli Ambiti completamente scoperti. Per quale che concerne l'offerta dei servizi socioassistenziali relativi all'**AREA DISABILITÀ**, si rileva che, gli Ambiti territoriali di Caulonia, Soveria Mannelli e Taurianova sono completamente sprovvisti di posti specificatamente dedicati. In questo quadro generale, in cui si intravede un aumento delle persone con disabilità, si ravvede la necessità di un rafforzamento dei servizi riferiti alle persone con disabilità, con particolare attenzione agli Ambiti completamente scoperti. Nella Tabella 22 viene rappresentata la presenza di strutture a livello di Ambito territoriale.

Tabella 22. Riepilogo della presenza di strutture socioassistenziali negli Ambiti territoriali

Ambito territoriale	presenza strutture minori	presenza strutture disabili	presenza strutture anziani	presenza strutture adulti in difficoltà
Acri	si	si	si	no
Amantea	si	si	si	no
Cariati	si	si	si	no
Castrovillari	si	si	si	no
Catanzaro	si	si	si	si
Caulonia	si	no	si	no
Cirò Marina	si	si	si	si
Corigliano-Rossano	si	si	si	si
Cosenza	si	si	si	si
Crotone	si	si	si	no
Lamezia Terme	si	si	si	si
Locri	si	si	si	no
Melito Porto Salvo	no	si	si	no
Mesoraca	si	si	si	si
Montalto Uffugo	si	si	si	si
Paola	si	si	si	si
Polistena	si	si	si	no
Praia a Mare	si	si	si	no
Reggio Calabria	si	si	si	si
Rende	si	si	si	si
Rogliano	si	si	si	no
Rosarno	si	si	si	si
San Giovanni in Fiore	si	si	si	no
San Marco Argentano	si	si	si	no
Serra San Bruno	no	si	si	no
Soverato	si	si	si	si
Soveria Mannelli	si	no	si	no
Spilinga	si	si	si	no
Taurianova	no	no	si	si
Trebisacce	si	si	si	no
Vibo Valentia	si	si	si	si
Villa San Giovanni	no	si	si	no

(Fonte: Regione Calabria – aprile 2019)

Da quest'analisi si evince una marcata disomogeneità territoriale, che pone l'accento sulla necessità di un rafforzamento dell'infrastruttura socioassistenziale, finalizzata ad offrire servizi, a carattere residenziale e

semiresidenziale, a favore della popolazione residente negli Ambiti maggiormente scoperti.

Per quel che concerne la **SPESA PER TIPOLOGIA DI STRUTTURA**, in riferimento ai dati contenuti nella Tabella 19, si riscontra che la *spesa per le tipologie di strutture residenziali*, sostenuta dalla Regione Calabria, si attesta attorno ai 23 milioni di euro, pari a circa l'85% della spesa totale impegnata (27 milioni di euro come da citata tabella 26). Per quanto riguarda i *servizi semiresidenziali*, la Regione sostiene una spesa pari a circa 4 milioni e mezzo di euro, il 15% circa. Da ciò, si rileva un investimento significativo sui servizi di accoglienza residenziali, mentre per i servizi a carattere diurno, deputati all'azione di prevenzione, vi è un investimento inferiore. Si riscontra, inoltre, che la spesa maggiormente rilevante è quella relativa all'area disabilità con quasi 13 milioni di euro (circa il 47% della spesa totale), con un'incidenza maggiore sui servizi residenziali (comunità alloggio e case-famiglia dopo di noi). La spesa meno rilevante è quella afferente all'area degli anziani, con un investimento superiore ai 3 milioni di euro e con un'incidenza sulla spesa totale pari a poco più del 13%.

4. LA RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DEGLI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI

Il Capitolo 4 ha l'obiettivo di fornire una traccia concreta volta alla riorganizzazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali. In tale sezione saranno trattati gli elementi relativi alle potenzialità della programmazione regionale e zonale, alle priorità della programmazione sociale, ai Piani di Zona, alla programmazione sociale e sociosanitaria integrata, ai poteri sostitutivi, all'applicazione dell'I.S.E.E., agli indirizzi applicativi per l'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi.

4.1 Le potenzialità della programmazione regionale e zonale

L'obiettivo della Regione Calabria è quello di indicare la propria visione strategica e il proprio impegno nello sviluppo, nel coordinamento e nella verifica in materia di politiche sociali e di gestione dei servizi alla persona, in particolare per quel che riguarda le funzioni di programmazione, committenza e verifica spettanti agli Enti locali, con l'intento di superare la frammentazione esistente delle varie forme di gestione dei servizi. L'obiettivo è quello di garantire maggiore adeguatezza gestionale, qualità ed integrazione dei servizi, nonché di assicurare percorsi di razionalizzazione amministrativa rispetto alle diverse competenze presenti.

È di fondamentale importanza, nel sistema-welfare, lo sviluppo del capitale sociale che, in una logica di sussidiarietà orizzontale, prevede il coinvolgimento dei soggetti del Terzo Settore e della comunità locali al fine di rispondere ai bisogni della popolazione, soprattutto a favore dei cittadini meno abbienti ed emarginati.

Molti fattori hanno reso difficile la pratica dell'integrazione tra sanità e sociale. Fra questi la netta separazione tra la spesa sociale e quella sanitaria e della mancanza di un reale obiettivo di salute che possa comprendere un progetto di intervento per e con la persona, privilegiando un limitato e temporaneo obiettivo di cura. Ciò ha comportato l'enorme divario nelle risorse disponibili, la frammentazione delle competenze, le difficoltà legate al reciproco riconoscimento delle professionalità, la scarsa considerazione di un lavoro di cura anche familiare che non consiste nella somministrazione di farmaci o di azioni mediche, ma nella tutela della persona.

Il Piano regionale di contrasto alla povertà della Regione Calabria (D.G.R. 381/2018), ha indicato le modalità, nel triennio 2018-2020, per il raggiungimento degli obiettivi relativi al potenziamento dei servizi sociali, potenziamento auspicabile affinché si possano erogare servizi adeguati ai cittadini.

Per quel che concerne i LEA (Livelli essenziali di assistenza sanitaria) sono entrati da tempo nell'ordinamento sanitario in forza del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421" e sono da considerare nel panorama degli interventi e delle prestazioni relativi ai progetti personalizzati.

Con l'articolo 1, comma 1 del D.L. 28 gennaio 2019, n. 4 "Disposizioni urgenti in materia di reddito di cittadinanza e di pensioni", è stato istituito nell'ordinamento il "Reddito di Cittadinanza", quale misura fondamentale di politica attiva del lavoro a garanzia del diritto al lavoro, di contrasto alla povertà, alla disuguaglianza e all'esclusione sociale, nonché' diretta a favorire il diritto all'informazione, all'istruzione, alla formazione e alla cultura attraverso politiche volte al sostegno economico e all'inserimento sociale dei soggetti a

rischio di emarginazione nella società e nel mondo del lavoro. Il Reddito di Cittadinanza costituisce livello essenziale delle prestazioni nei limiti delle risorse disponibili.

In tale contesto, la Regione, di concerto con le Aziende Sanitarie Provinciali e le altre Amministrazioni pubbliche e private, promuove e si impegna nel coordiamento di attività sperimentali, finalizzate allo sviluppo di nuove risposte ai bisogni nelle seguenti aree:

- area minori e famiglie;
- area anziani;
- area contrasto alla povertà a all'esclusione sociale;
- disabilità
- salute mentale.

L'implementazione e l'organizzazione del sistema verso l'integrazione della parte sociale e sanitaria, consentirebbe concretamente l'attuazione di politiche, di interventi e di prestazioni sociali e sanitarie coordinate ed integrate, impedendo la frammentazione nell'erogazione dei servizi e le sovrapposizioni di competenze, e ottimizzando efficacemente le risorse.

4.2 Priorità della programmazione sociale

Il Piano sociale regionale, quale strumento di programmazione strategica e integrata del welfare sociale, rappresenta per la Regione Calabria l'opportunità di:

- dare piena attuazione di quanto previsto dalla Legge 328/2000;
- costruire un sistema integrato di interventi e servizi, da realizzare nei vari ambiti di intervento;
- sviluppare un welfare comunitario in grado di realizzare una rete di opportunità e di garanzie orientate al benessere della comunità e delle persone.

Per cui, la Regione si impegna a perseguire una strategia essenziale, sostenuta dalla valorizzazione:

- del dialogo e della interazione tra Regione ed Autonomie Locali e Terzo Settore;
- di forme di integrazione territoriale, che promuovano la gestione associata delle politiche sociali da parte dei Comuni;
- dei processi partecipativi di territorio;
- delle connessioni tra gli attori del sistema tra sociale e sanitario, finalizzate a sostenere percorsi di aiuto alla persona con progetti individualizzati e personalizzati mirati a migliorare la qualità di vita e, allo stesso tempo, a rafforzare la collaborazione e la rete territoriale.

Box 3. GOVERNANCE DEL PIANO SOCIALE

Per quel che concerne la governance del Piano sociale, la Regione intende costituire una Unità di governance al fine di supportare la programmazione sociale triennale, il monitoraggio delle attività e delle risorse, e la verifica dei risultati connessi all'implementazione delle azioni previste nell'atto programmatorio.

4.3 Priorità di sistema

4.3.1 I Piani di zona

La Legge nazionale 328/2000 e la Legge regionale 23/2003 di recepimento, introducono il concetto di "programmazione partecipata", basato sul principio di sussidiarietà verticale, nel quale ciascun ente istituzionale è responsabile della programmazione per il proprio livello di responsabilità. Si va a definire così una "matrice di sussidiarietà" costituita da attori che agiscono secondo canoni di sussidiarietà verticale ed orizzontale, partecipando a creare le condizioni favorevoli per l'ottimizzazione della gestione dei servizi a ciascun livello. Lo strumento di programmazione viene indicato dalla Legge Quadro nel Piano di Zona. Attraverso questo strumento, l'associazione intercomunale deve ricercare la massima integrazione con il sistema sanitario e sociosanitario e la massima collaborazione di tutti i soggetti pubblici e privati presenti in tale area. Le modalità di programmazione ed attuazione degli interventi a livello di Ambito territoriale avvengono attraverso la Conferenza dei Sindaci, l'Ufficio di Piano e i Tavoli tematici. Rispetto a ciò, la Regione si impegna a promuovere, coordinare e supportare gli Ambiti Territoriali nella pianificazione degli interventi e servizi sociali a livello zonale. A tal fine la Regione ha approvato le linee guida e uno schema tipo per l'elaborazione dei PDZ.

La Regione Calabria potrà prevedere supporto tecnico e incentivi per la implementazione e valorizzazione della gestione associata a livello di Ambito territoriale.

4.3.2 Il Sistema informativo

La scelta già operata dalla Regione Calabria è quella di implementare un Sistema informativo che permetta, oltre che una produzione statistica ufficiale:

- una compiuta conoscenza dei bisogni sociali, del sistema integrato degli interventi e servizi sociali, al fine di disporre tempestivamente dei dati ed informazioni necessari alla programmazione, alla gestione e alla valutazione delle politiche sociali;
- la promozione e l'attivazione di progetti europei;
- il coordinamento con le strutture sanitarie, formative, con le politiche del lavoro e dell'occupazione.

Le caratteristiche peculiari di un sistema di questo tipo devono essere la semplicità di utilizzo, la flessibilità e la tempestività, garantendo correttezza di attuazione, visibilità e condivisione dei dati nonché omogeneità ed equità nella valutazione dei bisogni e nei conseguenti interventi e servizi.

4.3.3 L'accreditamento, autorizzazione e vigilanza delle strutture socioassistenziali

La Regione Calabria, in applicazione della Legge nazionale 328/2000, del D.M. 308/2001, della Legge regionale 23/2003 e della Deliberazione della Giunta Regionale n. 503 del 25.10.2019, pubblicata sul BUR Calabria n. 133 del 29.11.219 e del Regolamento n. 22/2019, ha provveduto a definire i criteri e le modalità per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture e dei servizi sociali a gestione pubblica e privata, al fine di programmare, favorire e supportare i processi fondamentali che stanno alla base del sistema integrato di interventi e servizi sociali nel territorio regionale.

Alla gestione ed all'offerta dei servizi, a titolarità degli Ambiti Territoriali, provvedono soggetti pubblici nonché, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati. Le strutture ed i servizi per i quali necessita definire criteri per il rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento sono come riportato nell'Allegato "A" del presente Piano sociale.

4.3.4 La collaborazione con il Terzo settore e gli Organismi del volontariato (ai sensi del C.T.S. D.lgs 117/2017)

La Regione Calabria, nell'ambito dell'interazione con i soggetti del Terzo settore, si impegna a garantire e promuovere i seguenti principi e criteri comuni:

- promozione della qualità, continuità, accessibilità, anche economica, disponibilità e completezza dei servizi;
- compartecipazione in termine di messa a disposizione di risorse umane, finanziarie e di beni aggiuntivi;
- promozione della risposta più appropriata e personalizzata rispetto ai bisogni;
- trasversalità delle azioni e delle finalità previste negli interventi proposti;
- qualità dell'aggiornamento professionale e formativo degli operatori;
- valorizzazione di progetti e di strumenti riconducibili al settore dell'ICT.

A livello di co-programmazione zonale, si dovranno costituire "tavoli tematici" corrispondenti alle macroaree di attività di interesse generale, salvaguardando la pubblicità del procedimento.
L'attuazione dei progetti relativi agli interventi e ai servizi in co-progettazione a livello di Ambito Territoriale deve svolgersi:

- a seguito dello svolgimento di procedimenti comparativi ad evidenza pubblica;
- mediante l'accreditamento territoriale di servizi;
- mediante l'affidamento di convenzioni;
- mediante la concessione di contributi e sovvenzioni;
- nella forma della valorizzazione di beni pubblici.

La co-progettazione di norma può concludersi con l'accreditamento locale degli interventi e dei servizi. Di seguito si elencano i criteri e i principi-guida più rilevanti:

- il progetto del servizio e/o dell'intervento si attua con il concorso degli Enti del Terzo Settore e degli eventuali soggetti terzi;
- i requisiti di ordine generale, comprensivi dell'inesistenza di cause ostative alla partecipazione alla procedura comparativa;
- i requisiti di capacità tecnica e professionale, nonché quelli di capacità economico-finanziaria;
- il termine per la presentazione delle domande di partecipazione e dell'eventuale proposta progettuale da parte degli Enti del Terzo Settore;
- la durata dell'intervento;
- le risorse, di varia natura, messe a disposizione dall'Autorità procedente;

- le modalità di svolgimento del tavolo di co-progettazione, nonché dei criteri per la valutazione delle Proposte;

L'accreditamento degli interventi e dei servizi è la modalità preferenziale di attuazione della co-progettazione. L'individuazione degli Enti del Terzo Settore, che dovranno essere iscritti da almeno sei mesi nel Registro unico nazionale del Terzo settore, fatto salvo il regime transitorio, di cui all'art. 101, comma 2, CTS, con cui attivare il partenariato avviene nel rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità, partecipazione e parità di trattamento, quali, tra i più rilevanti:

- di norma e laddove possibile, l'Ente del Terzo Settore accreditato è scelto direttamente dall'utente o dal proprio familiare di riferimento;
- l'accreditamento è, di norma, a tempo indeterminato;
- i reciproci rapporti fra Ambito Territoriale/Comune ed Enti del Terzo Settore accreditati sono regolati da apposito Atto negoziale, unitamente alla Carta dei Servizi;
- gli Avvisi pubblici devono specificare i requisiti di capacità tecnica-professionale e quelli di capacità economico-finanziaria.

In attuazione dell'art. 56 del CTS (Codice del Terzo Settore), i Comuni/Ambiti Territoriali possono sottoscrivere con le Organizzazioni di volontariato e le Associazioni di promozione sociale, iscritte da almeno sei mesi nel Registro unico nazionale del Terzo settore, fatto salvo il regime transitorio, di cui all'art. 101, comma 2, CTS, convenzioni finalizzate allo svolgimento in favore di terzi di attività o servizi sociali di interesse generale.
Tali convenzioni possono prevedere esclusivamente il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate. L'individuazione delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di promozione sociale è fatta nel rispetto dei principi di imparzialità, pubblicità, trasparenza, partecipazione e parità di trattamento, mediante procedure comparative riservate alle medesime.

Le convenzioni disciplinano i reciproci rapporti fra Organizzazioni di volontariato e Associazioni di promozione sociale ed il Comune/Ambito Territoriale.

Il Terzo settore è, inoltre, coinvolto attivamente nella progettazione sperimentale ed innovativa su specifiche problematiche di carattere sociale[7] e gli organismi che lo costituiscono, organizzano ed erogano i servizi e gli interventi nell'ambito del sociale, acquistati e affidati dai Comuni, i quali, in attuazione dei Piani di Zona, stipulano convenzioni con gli Enti fornitori iscritti all'albo, acquisendo le disponibilità del fornitore all'erogazione degli interventi e dei servizi sociali.

Nell'ambito della programmazione territoriale è di fondamentale importanza il coinvolgimento del Terzo settore:

- nella programmazione, attuazione, gestione, monitoraggio e valutazione del piano sociale territoriale;
- nella gestione ed erogazione dei servizi sociali e socioassistenziali.

[7] Art. 14, comma 1, della Legge Regionale 23/2003

4.3.5 Il servizio sociale professionale

Con il D.M. 18 maggio 2018 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, stabilisce che le priorità a livello nazionale vengono delineate nella logica degli obiettivi di servizio, finalizzati al riconoscimento dei livelli essenziali delle prestazioni, tenuto conto delle risorse disponibili. Il primo obiettivo da tenere in considerazione e il rafforzamento del servizio sociale professionale, le cui attività ed azioni sono essenziali per poter dare concretezza ai livelli essenziali afferenti al Reddito di inclusione, per i progetti personalizzati ancora vigenti, e al Reddito di Cittadinanza, relativamente ai Patti per l'inclusione sociale. Tale servizio costituisce il perno attorno a cui ruota l'intero sistema della presa in carico e le misure di inclusione sociale. Nella Tabella 23 si rappresentano gli standard per un'adeguata presenza del servizio sociale professionale all'interno di ogni Ambito territoriale. L'attività di rafforzamento, come sopra evidenziata, viene confermata sia a livello nazionale con il Piano sociale nazionale 2018-2020[8] che dal Piano regionale di contrasto alla povertà 2018-2020[9].

Tabella 23. Standard rafforzamento servizio sociale professionale (D.M. 18 maggio 2018 - MLPS)

CRITERI	RISORSE
Meno di 1 assistente sociale ogni 20.000 abitanti	Almeno il 60%
Meno di 1 assistente sociale ogni 10.000 abitanti	Almeno il 40%
Meno di 1 assistente sociale ogni 5.000 abitanti	Almeno il 20%
Almeno di 1 assistente sociale ogni 5.000 abitanti	Requisito soddisfatto

4.3.6 Il segretariato sociale

Con il D.M. 18 maggio 2018 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze definisce degli standard da raggiungere per potenziare l'attività di segretariato sociale, in particolare connessa alle attività di informazione, consulenza e orientamento. Coerentemente con le programmazioni nazionali, regionale e territoriale sono previsti degli standard da implementare a livello di Ambito Territoriale.

4.3.7 Attuazione dei Livelli essenziali delle prestazioni (art. 22, Legge 328/2000)

Nell'ambito delle competenze e nel rispetto degli equilibri di bilancio, i Comuni/Ambiti territoriali dovranno prestare adeguata attenzione all'attuazione dei Livelli essenziali delle prestazioni, come previsto dall'art. 22, Legge 328/2000, di cui all'allegato "C" del presente Piano. In tale programmazione ed attuazione dovranno essere considerate tutte le risorse in maniera integrata.

4.4. Priorità per aree di intervento

4.4.1 Le politiche per l'infanzia e l'adolescenza

Con riferimento al Piano sociale nazionale 2020-2022 si indicano gli interventi per bambini e ragazzi articolati in servizi domiciliari, servizi territoriali, servizi residenziali, da rafforzare o attivare con le risorse finanziarie messe

[8] D.M. 26 novembre 2018

[9] D.G.R. 10 agosto 2018, n. 381

a disposizione dallo Stato, ed in particolare, quelle relative al Fondo Nazionale Politiche Sociali.

A tal riguardo, quali priorità di intervento, sono da considerare:

- interventi di sostegno al contesto familiare in cui vivono i bambini e i ragazzi (sostegno socioeducativo domiciliare, sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione familiare, specifici sostegni in presenza di un bambino o una bambina entro i mille giorni di vita, attivazione di sostegni innovativi, come ad esempio, percorsi gruppali, famiglie/persone di appoggio, ecc.) oppure servizi di prossimità di tipo innovativo come già esistenti sul territorio (es. tagesmutter - mamma di giorno, inerente la fascia di età 0-6 anni - figura professionale adeguatamente formata che fornisce educazione e cura a uno o più bambini di altri presso il proprio domicilio;
- interventi di sostegno ai contesti quotidiani di vita quotidiana dei bambini e dei ragazzi (nella scuola: interventi co-progettati e co-gestiti con gli insegnanti, sia di gruppo, sia in equipe multidisciplinari per singoli alunni/ studenti in condizioni di difficoltà/rischio; nel territorio: sostegno e servizi socioeducativiterritoriali;
- sistema di interventi per minorenni fuori dalla famiglia di origine
- gli interventi, le azioni e le attività volte al contrasto alla povertà educativa minorile da realizzarsi all'interno di una cornice di progettazione e collaborazione tra organismi del pubblico e del privato.

In questo Piano si intende abbandonare il concetto di politiche per l'infanzia volte unicamente al recupero di situazioni di disagio o di pericolo per il minore, e si intende introdurre il concetto di politiche pubbliche di territorio, organiche e di comunità che si pongano l'obiettivo di accompagnare il minore verso un sano e corretto sviluppo evolutivo, con una chiara impostazione volta alla "prevenzione".

Gli interventi per l'infanzia e l'adolescenza vanno quindi inquadrati in una logica di totale esigibilità dei diritti da parte del minore e di costruzione di opportunità di crescita, sviluppo e realizzazione. Pertanto, nel rispetto degli obiettivi e delle priorità contemplati nel Piano sociale nazionale, si indicano alcune forme di intervento e di servizio, da potenziare o da avviare, per attuare gli indirizzi previsti dal presente Piano, come di seguito riportati:

- servizi per la prima infanzia, attraverso lo sviluppo e la qualificazione di nidi d'infanzia e di servizi ad essi integrativi, in raccordo con il Settore Scuola ed Istruzione;
- spazi di gioco di libero accesso per i bambini da 0 a 3 anni;
- servizio di ludoteca con percorsi di socializzazione e autonomia nonché di sostegno agli apprendimenti scolastici;
- tutoring domiciliare quale intervento di sostegno educativo, sociale, e psicologico rivolto ai minori e all'interno nucleo familiare;
- assistenza educativa domiciliare o nei contesti di vita rivolto a minori a rischio di emarginazione sociale e di devianza, per promuovere il ruolo della famiglia nella sua funzione di educazione e formazione dei figli, evitando l'istituzionalizzazione secondo la metodologia prevista dal Programma di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione (P.I.P.P.I.);
- servizi di cura e recupero psicosociale di minori vittime di maltrattamenti e violenze anche di tipo sessuale, attraverso interventi con caratteristiche di forte integrazione tra i settori sociale, sanitario, giudiziario e scolastico;
- servizi di cura e recupero psicosociale di minori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria per disfunzioni della condotta e/o dell'adattamento non gestibili all'interno della famiglia e che possono

comprometterne il sano sviluppo psicologico, fisico e sociale;

- servizi di cura per adolescenti e giovani affetti da disturbi del comportamento o disadattati sociali non gestibili all'interno della famiglia e necessitanti di interventi specialistici continuativi;
- interventi di prevenzione e sostegno presso le strutture residenziale e semiresidenziali destinate ad accogliere i minori nelle situazioni di disagio di tipo psicologico o mentale, in connessione con i servizi sociosanitari, specie con riguardo ai disturbi neuropsichici dell'età evolutiva;
- strutture e servizi socioassistenziali (semiresidenziali e residenziali) per minori (centri diurni, comunità educative, comunità specialistiche, centri specialistici e centri per minori stranieri non accompagnati, gruppi appartamento), nel caso in cui siano assenti o carenti all'interno degli Ambiti territoriali di riferimento a seguito di rilevazione del fabbisogno.

4.4.2 Le politiche per la famiglia

La Regione indica, quale indirizzo prioritario della programmazione, l'attivazione e il potenziamento di interventi e di servizi sulla base di una attenta valutazione dei fabbisogni a livello di Ambito/Comune, quali:

- interventi a sostegno della conciliazione tra responsabilità familiari e partecipazione al mercato del lavoro, nei casi di cura di minori e disabili all'interno e all'esterno del nucleo familiare, anche mediante l'erogazione di voucher per i servizi socioeducativi, sostegno a forme di erogazione e fruizione flessibile dei servizi per la prima infanzia, tra i quali nidi familiari, spazi gioco, centri per bambini e genitori, micronidi estivi, anche in riferimento ad orari e periodi di apertura, nel rispetto degli standard fissati per tali servizi;
- attivazione e/o potenziamento del centro per la famiglia[10], possibilmente da sviluppare a livello provinciale, quale servizio a sostegno dei nuclei familiari anche con la possibilità di uno scambio d'esperienze tra famiglie e i loro componenti. Costituiscono un presidio territoriale a supporto dei nuclei familiari multiproblematici allo scopo di rafforzare le competenze genitoriali e dirimere conflitti familiari[11] e, in stretta connessione con il servizio di educativa domiciliare, si configura come un contenitore ed un catalizzatore d'opportunità e di risorse della comunità, per l'assistenza "tra e alle famiglie", anche attivando forme di auto e mutuo aiuto;
- strutture socioassistenziali a ciclo residenziale (comunità familiari, casa-famiglia), nel caso in cui siano assenti o carenti all'interno degli Ambiti Territoriali di riferimento a seguito di rilevazione del fabbisogno;
- strumenti di incentivazione dell'affidamento familiare per quei minori che non possono rimanere, neppure per brevi periodi per condizioni di particolare disagio, presso la propria famiglia, attraverso sostegni economici o bonus da utilizzarsi a favore del minore accolto.

4.4.3 Le politiche a favore dei giovani

La Regione Calabria ritiene che il benessere di una società derivi, prima di ogni cosa, dalla capacità delle nuove generazioni di sentirsi parte integrante della stessa e di avvertire come fondamentale dovere l'impegno personale e collettivo per renderla migliore. A questo scopo appare fondamentale che il sistema sia in grado di formare giovani preparati che abbiano gli strumenti per crescere nella e con la società stessa, ma anche creare le condizioni per facilitare il passaggio dal mondo scolastico a quello lavorativo anche in connessione con il sistema produttivo

[10] Nomenclatore 2013 - MLPS

[11] Dipartimento per le Politiche della Famiglia – Centro di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza. Rapporto di monitoraggio sulle politiche della famiglia delle regioni e province autonome – in attuazione delle Intese 103/CU del 2014, 81/CU del 2015, 80/CU del 2016 e 68/CU del 2017

per creare alleanze e raccordi operativi per facilitare l'impiego. Al contempo non può essere trascurata la formazione di una coscienza civile improntata sul concetto della "cittadinanza attiva".

A tal riguardo, di seguito si indicano le azioni da intraprendere, valorizzando anche le nuove tecnologie:

- favorire l'incontro tra i giovani considerando l'importanza dei "social network" che possono costituire sia motivo di confronto su tematiche rilevanti per il mondo giovanile, sia modalità di pubblicizzazione di eventi, sia modalità di conoscenza e di opportunità formative e lavorative;
- favorire l'incontro e il confronto intergenerazionale attraverso l'attivazione di centri diurni d'incontro e percorsi culturali (musica, teatro, alimentazione, ecc.) che permettano confronti tra diverse generazioni e tra giovani provenienti da diverse aree d'Italia;
- promuovere nelle scuole e nelle famiglie le esperienze associative presenti nel territorio e incentivare la formazione di nuove forme associative di carattere sportivo, religioso o culturale, favorendo le collaborazioni tra le associazioni presenti sul territorio;
- promuovere la formazione di giovani preparati attraverso un miglioramento delle strutture scolastiche, in raccordo con le Autorità pubbliche deputate, un sostegno alla scolarizzazione per le famiglie meno abbienti, il miglioramento dei mezzi pubblici di collegamento ai centri scolastici;
- favorire l'inserimento nel mondo del lavoro potenziando l'orientamento scolastico, universitario e professionale, mediante l'attivazione e realizzazione di corsi informativi/formativi;
- realizzazione di programmi finalizzati alla sensibilizzazione di contrasto all'uso di sostanze stupefacenti, al gioco d'azzardo patologico e al bullismo/cyber bullismo;
- attivare e/o rafforzare azioni, attività e spazi di partecipazione finalizzate al contrasto della povertà educativa, considerando in modo particolare i NEET (Not in Education, Employment or Training), sviluppando progetti di intervento attraverso reti e collaborazioni pubblico-privato.

4.4.4 Prevenzione e contrasto alla violenza sulle donne

Con deliberazione della Giunta Regionale 15 novembre 2017, n. 539 sono state programmate le Linee generali di prevenzione e contrasto alla violenza sulle donne, le cui indicazioni costituiscono priorità per il prossimo triennio.

Le case rifugio, come indicato dalla Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, operano in stretto raccordo con i Centri Antiviolenza.

Le Associazioni e le Organizzazioni da cui dipendono le Case Rifugio devono avere nel loro Statuto il tema del contrasto alla violenza di genere quale obiettivo principale o dimostrare una consolidata e comprovata esperienza, almeno quinquennale, nella protezione e nel sostegno delle donne vittime di violenza. Al personale delle Case Rifugio è fatto esplicito divieto di applicare le tecniche di mediazione familiare e il personale deve essere qualificato e adeguatamente formato sul tema della violenza di genere.

Il Piano, *in coerenza con la Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, aperta alla firma l'11 maggio 2011 e ratificata con la legge 27 giugno 2013, n. 77*:

- riconosce la natura strutturale della violenza alle donne e pone come presupposto imprescindibile gli interventi preventivi legati alla formazione, all'educazione ed al rispetto dei generi;

- riconosce il valore dei centri antiviolenza e delle case rifugio che utilizzano la metodologia di accoglienza della relazione tra donne, propria dei centri antiviolenza;
- considera la necessità dell'integrazione tra le professionalità operanti nel settore e le esperienze delle attiviste e volontarie operatrici di accoglienza dei centri antiviolenza e delle case rifugio per la complessità del fenomeno della violenza di genere, non semplificabile con un approccio unico né come un unico servizio;
- riconosce la necessità di una negoziazione tra bisogni, processi e posizioni diverse che mettano sempre al centro la volontà della donna accolta ed il suo processo di consapevolezza e di autodeterminazione;
- ribadisce l'importanza del percorso di accoglienza della donna che viene messa al centro con i suoi bisogni, i suoi tempi, allo scopo di rafforzarla e sostenerla nel reinserimento sociale ed economico, nel rispetto della sua volontà, della sua privacy.
- riconosce la necessità di una rete integrata che coinvolga tutti gli attori coinvolti nella prevenzione e nel contrasto della violenza alle donne a partire da un'adeguata e necessaria formazione degli operatori/operatrici che hanno a che fare con il fenomeno (Servizi Sociali, Asp, Comuni, Forze dell'ordine, Tribunale, Ordini professionali).

Ciò premesso, il Piano si pone obiettivi specifici, che costituiscono le priorità per la programmazione sociale del triennio:

- promuovere una cultura di contrasto agli stereotipi, alle discriminazioni e ai pregiudizi relativi al genere come fondamento per la prevenzione dei fenomeni di violenza;
- promuovere una cultura, che nel rispetto dei generi, stigmatizzi e condanni ogni forma di violenza contro le donne favorendo anche campagne di sensibilizzazione mediatiche volta al superamento degli stereotipi;
- attivare un sistema di prevenzione e protezione efficace per prevenire e contrastare la violenza contro le donne, nei contesti di lavoro e di prossimità;
- promuovere e favorire il lavoro di rete territoriale e quindi l'integrazione tra l'intervento delle Case rifugio e dei Centri Antiviolenza e tutti i servizi, gli agenti pubblici, sociali e sanitari, giuridici coinvolti, che devono condividere i principi cardine del metodo, che mette al centro la volontà della donna;
- *attivare misure di sostegno per facilitare il recupero ed il reinserimento, quali l'aiuto psicoterapeutico, in collaborazione con i servizi sociosanitari, il sostegno pedagogico e educativo;*
- *attivare interventi di formazione e reinserimento lavorativo, anche mediante l'attivazione do tirocini di inclusione sociale;*
- rilevare e mettere a sistema il lavoro territoriale delle varie reti di supporto anche al fine del reinserimento lavorativo delle donne vittime di violenza, prevedendo dispositivi legislativi che favoriscano percorsi di facilitazione per sostenere le donne ad uscire dalla violenza;
- rilevare le criticità del sistema di protezione e individuare strumenti adeguati al fine di superare la frammentazione o la ripetizione degli interventi oppure di evitare che vengano praticati interventi non qualificati;
- stabilire strategie operative uniformi e condivise a livello regionale, nel rispetto delle specificità territoriali, favorendo la conoscenza degli strumenti di lavoro ed offrendo occasioni di formazione e confronto ai territori;
- individuare, nella costruzione delle reti territoriali, i soggetti che presiedono alla governance dei processi al fine di garantire l'efficacia degli interventi.

- promuovere la condivisione di un linguaggio comune tra quanti a vario titolo si occupano del tema della violenza, inclusi gli operatori della giustizia;
- contrastare altri fenomeni quali la tratta e la riduzione in schiavitù, matrimoni forzati e le mutilazioni genitali femminili, anche promuovendo campagne di comunicazione di ampia visibilità e forte impatto.

4.4.5 Le politiche per le persone con disabilità

Le indicazioni del Piano tengono conto del programma di azione biennale per la promozione dei diritti delle persone con disabilità[12], in attuazione della legislazione nazionale ed internazionale, in particolar modo, della Legge 3 marzo 2009, n. 18, di recepimento della Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità. Le Linee di indirizzo si pongono quali obiettivi da raggiungere su tutto il territorio regionale:

- il rispetto per la dignità intrinseca, l'autonomia individuale – compresa la libertà di compiere le proprie scelte – e l'indipendenza delle persone;
- la non-discriminazione;
- libertà di movimento e di cittadinanza;
- vita autonoma ed inclusione sociale;
- favorire lo sviluppo del massimo livello di autonomia esprimibile dalla persona con disabilità;
- sostenere le famiglie nella loro opera di cura e di assistenza della persona con disabilità nei bisogni di primari, al fine di favorire la sua permanenza nell'ambito familiare;
- favorire le condizioni di pari opportunità;
- favorire le forme di integrazione nel mondo del lavoro e nel contesto sociale;
- costruzione e sostegno del progetto individuale della persona con disabilità, a norma dell'art. 14 della Legge nazionale 328/2000;
- adottare misure ed interventi e attuare/rafforzare sostegni finalizzati a tutelare i diritti delle persone con disabilità intellettiva, contenendo la situazione di isolamento, aggravata, negli ultimi mesi, dall'emergenza sanitaria da Covid-19, con particolare attenzione a bambini e adolescenti.

Al fine del raggiungimento di questi obiettivi, la programmazione regionale e territoriale dovrà prevedere anche, in collegamento con gli altri Servizi pubblici territoriali e i soggetti del Terzo settore:

- la costruzione e redazione del progetto individuale (art.14 L. 328/00)
- la promozione dell'autonomia mediante programmi personalizzati;
- il sostegno al reinserimento sociale della persona con disabilità attraverso l'individuazione di soluzioni abitative adeguate alla disabilità fisica ed intellettiva e, anche attraverso incentivi economici e fiscali alla ristrutturazione delle abitazioni degli interessati, secondo la Legge 13/89 (abbattimento delle barriere architettoniche), la garanzia di mezzi di trasporto pubblici di facile utilizzo, la promozione dell'accesso ai servizi per il tempo libero e per lo sport;
- il potenziamento di un supporto in ambito scolastico;
- il sostegno alle famiglie che assistono una persona disabile attraverso forme di sostegno economico e buoni servizi (voucher);
- la sensibilizzazione e formazione sulle tematiche della disabilità e sostegno consulenziale ai familiari;
- l'attivazione di progetti DOPO DI NOI, di cui alla Legge 112/2016;
- l'attivazione e il potenziamento di strutture socioassistenziali a ciclo diurno e residenziale per minori (centri

[12] DPR 12 ottobre 2017 – G.U. n. 289 del 12/12/2017

diurni, comunità alloggio, case-famiglia dopo di noi, case-famiglia per disabilità grave, comunità familiare e gruppo appartamento), nel caso in cui siano assenti o carenti all'interno degli Ambiti territoriali di riferimento a seguito di rilevazione del fabbisogno;

- lo sviluppo e il potenziamento del servizio assistenza domiciliare;
- l'attivazione di tirocini formativi e/o di inclusione sociale
- la creazione e/o il potenziamento di centri diurni e semiresidenziali per persone con disturbo dello spettro autistico e disabilità intellettiva.

Disabilità psichiatrica

"Il Rapporto sulla salute mentale 2017" presentato dal Ministero della Salute nel dicembre 2018 pone in rilievo una elevata incidenza in Regione Calabria di utenti trattati con problematiche psichiatriche che si sono rivolti ai servizi territoriali. In particolare, avendo a raffronto la media nazionale di 169,40 per 10.000 abitanti, il valore di Regione Calabria è pari a 197,60, quarto soltanto al tasso delle Regioni Puglia (230,10), Emilia-Romagna (213,20) e Liguria (206,80). Rispetto ai nuovi utenti nell'anno, sempre per 10.000 abitanti, il tasso è pari a 115,00, valore più elevato in assoluto, contro una media nazionale di 66,30.

Le persone in carico sono 32.420, di cui 1.306 nella fascia di età 18-24, 2.696 nella fascia di età 25-34, 4.475 nella fascia di età 35-44, 6.886 nella fascia di età 45-54, 7.638 nella fascia di età 55-64, 4.079 nella fascia di età 65-74 e 5.340 over 75. (Fonte: NSIS – Sistema informativo salute mentale, SISM – anno 2017).

Le ricadute sul sistema dei servizi sociali territoriali sono evidenti, sia in relazione alla necessità di supportare la persona nel contesto familiare e comunitario, specie nel caso di presenza di minori, sia nella prospettiva di facilitare percorsi virtuosi di integrazione con i servizi sanitari e sociosanitari. Diventa allora prioritario:

- definire buone prassi di presa in carico integrate tra servizi sociali e servizi sanitari e sociosanitari territoriali al fine di progettare interventi di prevenzione e di supporto, ottimizzando le risorse;
- attivare l'assistenza domiciliare finalizzata ad accompagnare in un percorso di recupero delle capacità personali e relazionali, favorendo l'autonomia e l'integrazione sociale e prevenendo i rischi di esclusione;
- introdurre interventi assistenziali a favore dei nuclei familiari di appartenenza delle persone con disabilità psichiatrica, e in particolare nel caso di presenza di minori.
- dare continuità, attivare e/o rinforzare le Comunità alloggio per giovani con disabilità psichiatrica;
- attivare processi di formazione delle figure professionali e progetti che favoriscono la deistituzionalizzazione.

Autismo e disabilità intellettiva

Le conoscenze relative all'autismo sono in continua evoluzione, anche se numerosi aspetti di questo disturbo non sono ancora del tutto chiari. Si tratta infatti di un disturbo costituito in realtà da una "famiglia" di disturbi con caratteristiche simili ma che si esprimono in modi e livelli di gravità molto variabili tra loro (c.d. disturbi dello spettro autistico). I disturbi dello spettro autistico richiedono un lavoro sinergico che consenta di attivare o rafforzare quegli interventi e servizi in grado di facilitare il normale inserimento nella vita sociale delle persone che ne sono affette, sviluppandone le potenzialità e migliorandone la qualità della vita.

Diventa quindi prioritario attuare collaborazioni sistemiche multilivello e multi-settore tra amministrazioni pubbliche e soggetti del Terzo settore, al fine di superare la frammentazione degli interventi e di costruire politiche e servizi in grado di garantire i diritti fondamentali. In primis, la costruzione del progetto individuale, la creazione o il potenziamento di *centri diurni e semiresidenziali* permette di offrire servizi che rispondano in maniera adeguata ai bisogni delle persone con disturbi dello spettro autistico, attraverso la sinergia con il territorio, la garanzia della centralità della persona e della famiglia, dei suoi bisogni e dei suoi diritti.

All'interno dei servizi sopra richiamati opera personale qualificato in grado di facilitare percorsi personalizzati psico-sociali-educativi di inserimento nella vita sociale in stretta sinergia con le famiglie, le istituzioni pubbliche, come la scuola, ed il contesto sociale di riferimento.

4.4.6 Le politiche a favore delle persone anziane

Le politiche che la Regione intende promuovere devono affrontare la problematica dell'invecchiamento della popolazione da due punti di vista: l'anziano visto come soggetto della società che necessita di cure, attenzioni e servizi, e l'anziano come elemento ancora attivo della società capace di apportare il proprio peculiare contributo. La Regione intende quindi promuovere i sostegni verso la domiciliarità dell'anziano, sia quello che vive da solo e che non ha il supporto della rete familiare sia quello che è inserito in famiglia. La rete dei servizi, attiva e, eventualmente, da attivare, deve comprendere come servizi erogabili quali servizi di affiancamento nei compiti di assistenza per le problematiche più gravose, servizi di sollievo temporaneo dagli impegni di assistenza tramite strutture residenziali o semiresidenziali e forme di assistenza economica alle famiglie che assistono anziani.

A tal proposito, la Regione si impegna a favorire la domiciliarità degli anziani che vivono autonomamente al di fuori del nucleo familiare, considerando un doppio scopo: permettere all'anziano di mantenere il proprio stile di vita, le proprie abitudini e l'inclusione nel proprio nucleo sociale; risparmiare risorse derivanti dall'eccessiva residenzialità da usarsi con maggiore appropriatezza per servizi di altro genere. I Piani di zona devono prevedere i seguenti servizi:

- servizi di assistenza domiciliare con personale qualificato soprattutto nelle capacità relazionali;
- servizi di trasporto a sostegno della domiciliarità dell'anziano;
- forme di ospitalità temporanea in strutture residenziali per quegli anziani autonomi che debbano spostarsi per motivi sanitari o di altro genere per brevi periodi;
- forme di adozione temporanea o definitiva di anziani autosufficienti da parte di famiglie selezionate che possano necessitare del loro aiuto.

A fianco dei servizi di sostegno alla domiciliarità, sono da considerarsi anche i servizi a ciclo semiresidenziali, quali *centri diurni* e *centri di aggregazione sociale* per persone anziane.
In virtù della dimensione di promozione della socialità, dell'aggregazione e della coesione, i centri di aggregazione sociale per le persone anziane possono fungere da supporto ed integrazione dei servizi domiciliari. Attraverso la proposta e l'attuazione di attività aggregative, ludico-ricreative, culturali, attività motoria e tanto altro, questi centri possono favorire l'anziano nella cura di sé e del proprio benessere psico-fisico-relazionale, nonché permettere spazi di incontro tra gli anziani e il proprio territorio.

Di conseguenza, una programmazione territoriale attenta dovrebbe:

- supportare i centri già esistenti nella riorganizzazione degli spazi, nella regolare sanificazione degli ambienti e nella proposta di nuove attività;
- sviluppare la creazione di nuovi centri nei Comuni in cui gli stessi non siano presenti, valorizzando la dimensione del rapporto con la comunità locale e l'organizzazione di attività funzionali al benessere delle persone.

La Regione si impegna a garantire la presenza di una rete di strutture residenziali il cui accesso sia riservato ai soggetti per i quali i servizi resi a domicilio non risultino possibili o adeguatamente efficaci. L'assetto del sistema residenziale si basa sulle strutture a ciclo residenziali quali Comunità alloggio e Casa di riposo, tenendo comunque conto del diritto e del bisogno della persona anziana alla vicinanza con la famiglia e alla permanenza nel territorio di origine e/o di domicilio.

L'organizzazione di queste forme assistenziali può essere gestita da servizi pubblici e privati autorizzati, auspicando che ciò possa favorevolmente avvenire anche con la presenza del volontariato come personale aggiuntivo sull'organico previsto.

Inoltre, la Regione sostiene l'invecchiamento attivo per valorizzare la persona anziana, da considerare come risorsa. A tale scopo, promuove politiche di integrazione delle persone anziane, contrastando atteggiamenti di discriminazione ed esclusione al fine di consentire un invecchiamento dignitoso e in condizioni di salute. La Regione, in particolare, integra e coordina i programmi e gli strumenti settoriali al fine di realizzare una politica organica in favore della popolazione anziana, valorizzando, a questo scopo, l'apporto dei soggetti pubblici e privati. Tali azioni, considerate attività di utilità sociale, consistono, a titolo esemplificativo, nel coinvolgimento delle persone anziane in attività nelle aree della scuola e della cultura, nel sostegno ai soggetti fragili, della promozione e tutela dell'ambiente e del territorio, in ottemperanza della Legge Regionale 12/2018.

4.4.7 Le politiche per le persone a rischio di esclusione sociale e in povertà estrema

In ottemperanza a quanto previsto dall'articolo 14, comma 1, del D. Lgs. 147/2017, per il quale le Regioni e le Province Autonome adottano, con cadenza triennale, un atto, anche nella forma di un Piano regionale per la lotta alla povertà, di programmazione dei servizi essenziali necessari per l'attuazione del ReI come livello essenziale delle prestazioni, nei limiti delle risorse disponibili, nel rispetto e nella valorizzazione delle modalità di confronto con le autonomie locali e favorendo la consultazione delle parti sociali e degli enti del Terzo Settore territorialmente rappresentativi in materia di contrasto alla povertà, la Regione Calabria ha adottato "Le linee di

indirizzo per l'attivazione di contrasto alla povertà e di inclusione sociale attiva – Piano povertà 2018 – 2020", con deliberazione della Giunta Regionale 10 agosto 2018, n. 381.

Coerentemente con la legislazione nazionale, il Piano regionale delinea alcune priorità, che per la valenza temporale si confermano per il presente Piano Sociale:

- rafforzamento del Segretariato sociale;
- valutazione multidimensionale, definita come analisi preliminare e approfondita del bisogno che devono essere erogati dal servizio sociale professionale, in caso di bisogno complesso, in equipe multidisciplinare con una composizione variabile, da calibrare in funzione del nucleo e dei suoi bisogni;
- progetto personalizzato, che dovrà definire gli obiettivi generali, i risultati specifici attesi, l'insieme dei sostegni in termini di interventi e servizi posti a sostegno dei nuclei da parte dei servizi coinvolti e dai soggetti del Terzo settore che cooperano all'attuazione dei progetti personalizzati;
- forte integrazione degli interventi, dei servizi e delle risorse.

Destinatari degli interventi sono le persone che:

- vivono in strada o in sistemazioni di fortuna;
- ricorrono a dormitori o strutture di accoglienza notturna;
- sono ospiti di strutture, anche per periodi di lunga durata, per persone senza dimora;
- sono in procinto di uscire da strutture di protezione, cura o detenzione e non dispongono di una soluzione abitativa.

Gli obiettivi prioritari, nell'ottica di cui sopra, sono pertanto:

- l'accompagnamento e sostegno all'acquisizione della residenza anagrafica;
- la conoscenza delle situazioni dei senza dimora in Calabria e delle eventuali presa in carico del servizio sociale professionale;
- la riqualificazione degli interventi a bassa soglia, incluso il potenziamento delle unità di strada con funzioni di monitoraggio, aggancio ed accompagnamento al sistema dei servizi;
- la sperimentazione, il consolidamento e l'ampliamento dei percorsi di autonomia abitativa con particolare riferimento all'Housing Sociale, all'Housing First e all'Housing Led;
- la valorizzazione e potenziamento del lavoro di comunità.

4.4.8 Le politiche a favore delle persone in età adulta

Il sistema dei servizi per adulti si è confrontato, negli ultimi anni, con le forti sfide dovute, da una parte, a vari cambiamenti culturali in atto nell'ambito delle "povertà" e, dall'altra, alle emergenze emergenti legate a fenomeni e patologie sociali, oltre alla accentuazione della "crisi" economica e al conseguente impoverimento di varie fasce della popolazione, che storicamente non facevano riferimento all'ambito dei servizi sociali e che ora si trovano ad avere forti difficoltà legate soprattutto al lavoro e alla casa.

Prevenzione e contrasto alle dipendenze patologiche

In questo ambito risulta assolutamente indispensabile una efficace integrazione tra le politiche sociali e quelle di controllo del territorio e di polizia. L'impegno contro le tossicodipendenze e l'abuso di alcol deve indirizzarsi maggiormente verso una attività preventiva potenziando, contestualmente, anche le attività di recupero del soggetto e reinserimento nella società. La prevenzione in questo ambito coincide con l'informazione, l'educazione e la formazione di un tessuto sociale positivo che fornisca alla persona dipendente da sostanze d'abuso e con dipendenze patologiche stimoli positivi allontanandolo dall'utilizzo di stupefacenti e dall'abuso di alcol. In questa direzione, all'interno dei Piani di Zona devono essere previsti:

- forme di sostegno alla famiglia per favorire il procedere del giovane negli studi;
- forme di assistenza a livello scolastico con la promozione di specifiche attività formative sul tema tramite:
  - la programmazione di campagne informative sugli effetti dell'uso di sostanze stupefacenti e dell'alcol,
  - l'apertura di sportelli di consulenza sulle dipendenze e sulle possibilità di affrancamento da esse;
  - interventi educativi volti a promuovere modelli e stili di vita positivi che rifiutino il ricorso all'abuso di alcol e a sostanze stupefacenti, ad esempio proponendo come modelli campioni sportivi locali o altri elementi di spicco delle comunità locali;
- particolare attenzione al monitoraggio dell'utilizzo delle droghe sintetiche, che costituiscono la reale porta d'ingresso a tutte le dipendenze oltre a rappresentare di per sé una grave minaccia. Questo deve essere ottenuto attraverso una sinergia tra enti istituzionali sociali e forze di polizia: l'ammontare dei sequestri nella zona e i risultati delle analisi dei giovani fermati alla guida in stato di ebbrezza potrebbero fornire un quadro dettagliato della diffusione di queste sostanze;
- nella logica della integrazione e del reinserimento sociale e comunitario, promozione di azioni di sostegno educativo, di formazione professionale e di reinserimento lavorativo, anche mediante l'attivazione di tirocini di inclusione sociale.

Questa occasione di programmazione può e deve essere sfruttata per imprimere un nuovo slancio all'attività delle comunità di accoglienza e recupero del tossicodipendente e a quella dei SERT prevedendo una sempre maggiore integrazione con le politiche sanitarie e le attività di controllo del territorio.

Le dipendenze comportamentali

Esistono forme di dipendenza "senza sostanza" particolarmente rilevanti sul territorio regionale e che negli ultimi anni si sono ulteriormente sviluppate. Nello specifico, in letteratura, si identificano le dipendenze comportamentali da internet, social, shopping, sport, sesso, lavoro. In particolare, le prime, quelle da internet e da social, hanno particolare diffusione soprattutto in ambito giovanile. È quindi auspicabile immaginare percorsi di prevenzione ed intervento soprattutto in ambito giovanile.

Vi è poi codificata, e prevista in DSM 5 quale dipendenza, quella da gioco d'azzardo, che ha una estrema morbilità in Calabria.

I dati ufficiali sul gioco d'azzardo (Agenzia Dogane Monopoli "Libro Blu 2017 – Organizzazione, statistiche, attività" 5 dicembre 2018) confermano il crescente fenomeno del gioco d'azzardo, generalizzato in tutto il territorio italiano. In Regione Calabria le risorse spese per il gioco d'azzardo sono state pari a 1.651 milioni nel 2015, 1.820 milioni nel 2016 e 1.851 milioni nel 2017.

La Regione ha approvato una serie di interventi per la prevenzione e il contrasto alla diffusione del gioco d'azzardo patologico, contenuti negli articoli 16 e 54 della legge regionale 26 aprile 2018, n. 9, come modificati dalla legge regionale 28 dicembre 2018, n. 51, che costituiscono indirizzi e priorità di carattere generale, quali:

- realizzare provvedimenti comunali di limitazione degli orari di aperture delle sale da gioco;
- realizzare regolamenti che dispongano distanze minime dai luoghi sensibili;
- promozione di una serie di iniziative di sensibilizzazione sul tema del disturbo da gioco d'azzardo, nel limite delle risorse annuali stanziate per ciascuna regione dal Fondo per il GAP (Gioco d'Azzardo Patologico) istituito presso il Ministero della Salute.

In relazione a quest'ultimo punto occorre segnalare che sono in atto i Piani attuativi del Piano Regionale sul GAP che prevede interventi di prevenzione, cura e riabilitazione in ogni Azienda Sanitaria Provinciale, attraverso una sinergia tra organizzazioni accreditate per le dipendenze del Terzo Settore e le Aziende Sanitarie. Con queste si ritiene fondamentale che i Piani di Zona di ambito attivino adeguati collegamenti e sinergie.

4.4.9 Le politiche per l'immigrazione

La Calabria, in virtù della sua posizione geografica, costituisce, insieme alla Puglia e alla Sicilia, una delle più importanti aree di approdo dei flussi migratori via mare, sia per ingressi regolari che per quelli irregolari. A tal proposito il Governo italiano, al fine di definire strategie pluriennali di intervento per la prevenzione e il contrasto al fenomeno della tratta e del grave sfruttamento degli esseri umani, nonché azioni finalizzate alla sensibilizzazione, alla prevenzione sociale, all'emersione e all'integrazione sociale delle vittime, ha adottato, il Piano nazionale d'azione contro la tratta e il grave sfruttamento degli esseri umani per gli anni 2016-2018. L'obiettivo strategico del Piano è quello di migliorare - secondo un approccio unitario a livello europeo - la risposta nazionale al fenomeno della tratta, agendo lungo le direttrici della prevenzione, persecuzione dei crimini, protezione ed integrazione sociale delle vittime basate sul rispetto dei diritti umani e del principio di non discriminazione, in un'ottica di mainstreaming di genere e di tutela dei diritti dei minori.

La lotta alla tratta degli esseri umani rientra tra le azioni sulle quali la Regione presta massima attenzione. La Regione è titolare del progetto In.C.I.P.I.T. (INiziativa Calabra per l'Identificazione, Protezione ed Inclusione sociale delle vittime di Tratta), approvato e ammesso a finanziamento dalla Presidenza del Consiglio dei Ministro – Dipartimento Pari Opportunità nell'ambito del Bando 2/2017. Tal iniziativa progettuale vede la fattiva collaborazione dei soggetti del Terzo Settore che, mediante la piena espressione delle proprie capacità progettuali e competenze, possono concorrere a garantire elementi di qualità, efficacia, funzionalità ed operatività nella realizzazione di interventi ad alta complessità sociale. Le attività previste dal Progetto sono: accoglienza abitativa, protezione (assistenza sanitaria, psicologica, legale e consulenze varie), attività mirate all'ottenimento del permesso di soggiorno ex art. 18 d.lgs. 286/98, formazione (alfabetizzazione linguistica, informatica, ecc. e corsi di formazione professionale), attività mirate all'inserimento socio-lavorativo (borse lavoro, tirocini lavorativi, ecc.), collegamento con il Numero verde nazionale anti-tratta, per definire e formalizzare le procedure di messa in rete nazionale dei trasferimenti degli/delle utenti.

La Regione intende favorire l'integrazione dei cittadini migranti e prevenire forme di emarginazione sociale ed economica, garantire un accesso paritario all'istruzione, ai servizi, al mercato del lavoro ed alle esigenze abitative,

curando in particolare gli interventi in ambito scolastico; assicurando parità dei diritti ai bambini e adolescenti stranieri; favorendo l'emersione dal lavoro nero dei cittadini stranieri; garantendo una adeguata tutela sociale alle categorie particolarmente vulnerabili, quali minori stranieri non accompagnati, vittime di tratta e richiedenti asilo.
A tal riguardo la regione intende favorire una serie di azioni volte a:

- promuovere attività di mediazione linguistico-culturale, finalizzate alla rimozione di quegli ostacoli che limitano l'accesso ai servizi della Amministrazione pubblica, garantendo il dialogo tra istituzioni e comunità straniere anche al fine di prevenire e ridurre forme di conflittualità tra cittadini italiani e immigranti che in alcune realtà si sono già manifestate;
- promuovere forme di accoglienza e percorsi specifici di socializzazione per i minori stranieri non accompagnati;
- sperimentare percorsi e strumenti che facilitino l'accesso alla casa, in condizioni di equità e dignità, dei cittadini stranieri;
- promuovere percorsi ed attività di inserimento socio-lavorativo di immigrati, richiedenti asilo e rifugiati;
- promuovere il confronto interculturale tra cittadini italiani e migranti, con lo scopo di contrastare il fenomeno del razzismo, della xenofobia e di favorire la partecipazione alla vita pubblica locale dei cittadini immigrati;
- facilitare e promuovere la creazione di reti locali per contrastare il fenomeno dello sfruttamento della prostituzione tra le donne immigrate;
- promuovere, gestire e coordinare attività di progettazione (pubblico-privata) per contrastare la tratta di esseri umani, favorendo la partecipazione degli organismi del Terzo Settore alle iniziative progettuali, in continuità con le azioni intraprese su tale tematica.

4.4.10 Politiche per l'inserimento e reinserimento lavorativo

Nell'ambito dei percorsi volti all'inclusione e al reinserimento lavorativo ai fini è necessario gestire e monitorare le azioni ed attività nell'ambito dell'inserimento e reinserimento lavorativo per le fasce più vulnerabili. Tali attività sono attivate organizzando i servizi in accordo con Istituzioni ed Enti del Terzo Settore, finalizzate ad implementare servizi di inserimento al lavoro (SIL) per le "fasce deboli" e altri fruitori di servizi sociosanitari, e socioassistenziali.
Le persone, in età da lavoro, fruiscono di attività formative volte all'autonomia e all'emersione di capacità e abilità socializzanti e operative-produttive. Esse vengono accompagnate e formate mediante attività in aula, tirocini formativi e di inclusione, ed attività di tutoring on-the-job. Gli obiettivi sono:

- individuare insieme ai servizi sociali e sociosanitari quali persone abbiano maturato caratteristiche individuali che li rendano potenzialmente pronti a un inserimento lavorativo;
- formare le persone a dotarsi di adeguati "pre-requisiti al lavoro", ovvero a quelle competenze basilari che regolano ogni rapporto lavorativo e lo consentono con successo;
- proporre percorsi formativi professionali mirati e personalizzati per ciascuna delle persone prese in carico;
- costruire una rete di cooperative sociali, imprese sociali e imprese (ex Legge 68/1999) con le quali mantengono reti di relazione e collaborazione permanenti e dalle quali raccolgono costantemente richieste di inserimento;
- proporre matching mirati di inserimento attraverso un bilancio attitudinale e di competenze degli utenti;
- realizzare e promuovere tirocini di prova e selezione con le aziende;

- formare i lavoratori e i dirigenti di aziende, negozi, ecc., cooperative comprese, per agevolare l'inserimento, il monitoraggio e il supporto, anche collaborando con i servizi educativi, sociali e sanitari territoriali, delle persone inserite.

4.4.11 I Piani di Zona

Il Piano di Zona è lo strumento di programmazione territoriale volto all'implementazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali a livelli di Ambito Territoriale. Gli attori della programmazione zonale sono gli Ambiti Territoriali/Comuni, le Aziende Sanitarie Locali, le altre Amministrazioni pubbliche, gli Enti del Terzo

Settore che operano in rete e in collaborazione con la Regione Calabria. Nella fase di programmazione, progettazione ed elaborazione dei Piani di Zona è da considerare come elementi fondamentali l'organizzazione e le modalità di integrazione fra il sistema sociale e quello sanitario, e la sinergia con le altre Amministrazioni pubbliche e con il Terzo settore. Il processo di formazione del Piano di Zona deve considerare:

- l'avvio e la gestione delle procedure per individuare gli attori e gli organismi che gli Ambiti territoriali/Comuni intendono coinvolgere nel processo;
- l'elaborare, in maniera condivisa, dell'analisi di contesto, dei bisogni e dell'offerta dei servizi;
- la fase decisionale delle scelte politiche, strategiche e di indirizzo che la parte "politica" dovrà effettuare e che incideranno sulla definizione degli obiettivi, delle priorità e della valutazione dei Piani di zona.

L'articolazione dei Piani di zona dovrebbe essere sviluppata tenendo in considerazione:

- il contesto socioeconomico;
- l'analisi dei bisogni;
- gli obiettivi;
- gli indirizzi e le strategie da perseguire;
- le risorse e le aree di intervento;
- le attività di formazione e di aggiornamento per gli operatori e la valutazione.

Le prestazioni di carattere sociale, da includere nella programmazione zonale, indicate nelle Legge nazionale 328/2000 e nella Legge regionale 23/2003, sono le misure di contrasto alla povertà e di sostegno al reddito, con una particolare attenzione alle persone senza fissa dimora; misure economiche; interventi di sostegno per minori in situazioni di fragilità; misure di sostegno alle responsabilità genitoriali e alle donne in difficoltà; interventi per l'integrazione delle persone disabili; interventi per le persone anziane e disabili; prestazioni integrate di tipo socioeducative per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci; informazione e consulenza alle persone e alle famiglie; misure volte a contrastare la povertà e l'esclusione sociale, a favorire l'inclusione della popolazione immigrata.

Gli interventi e servizi da prevedere all'interno dei Piani di zona sono di seguito elencati:

- segretariato sociale
- servizio sociale professionale
- servizio di pronto intervento
- assistenza domiciliare
- strutture residenziali e semiresidenziali.

Sistema informativo nell'ambito della programmazione, attuazione e monitoraggio dei Piani di Zona

Nell'ambito del Piano Sociale regionale e dei Piani di Zona sono definite le risorse da destinare alla realizzazione del sistema informativo dei servizi sociali, entro i limiti di spesa stabiliti in tali piani, ma che consentano una concreta interoperabilità con il Sistema informativo relativo al Reddito di Cittadinanza (Patto per l'Inclusione) denominato GePI (Gestionale Patti per l'Inclusione) e i diversi Sistemi Informativi attivati e gestiti a livello di Ambito. La Regione ha in corso di definizione un sistema informativo che permetterà di:

- supportare la programmazione territoriale;
- censire le strutture che erogano servizi socioassistenziali;
- rendicontare le attività erogate e monitorare i flussi finanziari (da Regione ad Ambito Territoriale, Struttura di Servizio Sociosanitario incaricata, Prestazione) e, inoltre, di raccogliere il grado di soddisfazione del servizio.

Inoltre, il sistema informativo consentirà anche di gestire la Cartella sociale informatizzata che permetterà di registrare le richieste di assistenza dei cittadini e di gestirne la presa in carico, favorendo la cooperazione tra tutti gli attori del welfare regionale e in particolare con gli operatori sanitari per ciò che concerne i servizi sociosanitari. In particolare, la cartella consentirà:

- la raccolta e la condivisione delle informazioni di ogni richiesta rivolta al sistema integrato dei servizi;
- la valutazione e la decodifica del bisogno (sociale o sociosanitario, limitatamente alle informazioni di carattere sociale);
- la composizione del progetto individuale di intervento e il monitoraggio della sua attuazione, fino al termine dell'iter procedurale della presa in carico (chiusura della richiesta).

Ciascun Ambito territoriale, nell'ambito del Piano di Zona, dovrà considerare la completa utilizzazione del Sistema informativo valutando l'eventuale interoperabilità con i diversi sistemi informativi nazionali, regionali e territoriali.

La formazione degli operatori sociali all'interno dei Piano di Zona

I Comuni/Ambiti Territoriali, nell'ambito delle risorse disponibili, provvedono a definire all'interno dei Piani di Zona l'attività formativa e di aggiornamento degli operatori. La Regione Calabria, nell'ambito delle proprie competenze in materia di formazione professionale, promuove la formazione degli operatori sociali e sociosanitari, nonché delle iniziative formative a sostegno della qualificazione dei soggetti del Terzo Settore. In particolare, la Regione propone piani per la formazione e l'aggiornamento del personale addetto alle attività sociali, finalizzati a garantire agli utenti livelli di professionalità possibilmente omogenei sul territorio calabrese e rafforzando, contestualmente, la qualità del sistema degli interventi e dei servizi sociali.

Monitoraggio e valutazione dei Piani di Zona

Nel processo relativo alla programmazione dei Piani di Zona, è di fondamentale importanza considerare l'organizzazione e gestione di un sistema di monitoraggio e valutazione, finalizzato a monitorare e valutare:

- l'efficacia degli interventi e dei servizi sociali previsti dalla Legge nazionale 328/2000 e Legge regionale 23/2003);
- l'andamento e l'efficacia della spesa.

Il sistema di monitoraggio e valutazione, nell'ambito degli interventi e dei servizi sociali, consente di disporre di dati e informazioni tempestive per programmare, attuare e valutare le attività e le azioni del sistema integrato. Al monitoraggio e alla valutazione concorrono gli Ambiti territoriali/Comuni e, se possibile, le Aziende Sanitarie Locali e le altre Amministrazioni pubbliche e del privato che, a diverso titolo e/o competenza operano sinergicamente alla programmazione e realizzazione dei Piani di Zona.

Relazione consuntiva annuale dei Piani di Zona

La Regione esercita le funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento degli interventi e dei servizi sociali nonché di verifica dell'attuazione a livello territoriale. Tra le diverse funzioni, alla Regione compete quella relativa alla promozione di metodi e strumenti finalizzati a valutare l'efficacia e l'efficienza dei servizi ed i risultati raggiunti rispetto a quelli attesi. Gli Ambiti Territoriali/Comuni realizzano una relazione consuntiva annuale, finalizzata a valutare il Piano di Zona approvato in Conferenza dei Sindaci, considerando:

- gli output del Piano di Zona, cioè, cosa è stato prodotto nell'attuazione del Piano relativamente alle attività realizzate, alle risorse impiegate e all'utenza raggiunta;
- le modalità di realizzazione e ottenimento dei risultati previsti dal Piano, considerando le attività in termini di adeguatezza, appropriatezza, efficacie ed efficienza, e partecipazione;
- l'impatto che tali azioni ed attività hanno generato sul territorio di riferimento, mettendo in evidenza, dove è possibile, gli elementi di cambiamento ottenuto.

4.4.12 La programmazione sociale e sociosanitaria integrata dei servizi

La Regione Calabria si impegna nell'attività di ridefinizione del sistema sanitario e di riorganizzazione e potenziamento del sistema sociale, finalizzata all'integrazione sociosanitaria, definendo i seguenti processi:

- governo della domanda, attraverso:
  - accettazione territoriale integrata tra sociale e sanitario;
  - valutazione integrata a livello di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale (Unità di Valutazione multidimensionale integrata) prevedendo una progressiva sperimentazione nei vari settori di intervento, in particolare sulla disabilità e la non autosufficienza;
  - presa in carico e continuità assistenza integrata, con il Piano Assistenziale Individuale.
- rimodulazione dell'offerta dei servizi sociali e sanitari, attraverso la chiara specificazione degli:
  - interventi di sostegno e accompagnamento;
  - interventi e servizi territoriali;
  - interventi e servizi domiciliari;
  - interventi e servizi semiresidenziali;
  - interventi e servizi residenziali;
- definizione di un sistema tariffario complessivo, necessario per la definizione di un sistema complessivo sociosanitario che permetta la chiara identificazione e la competenza istituzionale circa gli interventi e servizi

residenziali;

- integrazione fra pubblico e privato dei servizi sanitari e dei servizi sociali;
- completamento e consolidamento del sistema informativo regionale, che preveda un unico luogo di coordinamento a livello regionale e una stretta connessione con le diverse fonti dei dati.

In questo percorso sono da evidenziare, come priorità:

- la progettazione e l'implementazione di flussi informativi;
- l'attivazione di database che raccolgano informazioni sull'utenza e sulle prestazioni erogate.

Il ruolo delle Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) nella programmazione locale

Le Aziende sanitarie provinciali (ASP) hanno un ruolo significativo nella programmazione zonale e svolgono le seguenti attività:

- operano in stretto raccordo con la Regione Calabria;
- lavorano in rete con gli Ambiti territoriali/Comuni;
- concorrono alla pianificazione territoriale e operano in rete con le altre Amministrazione pubbliche e private, in modo particolare, per quel che concerne le Unità di Valutazione Integrata.

Tali Unità sono il modello organizzativo basilare, finalizzato alla realizzazione degli interventi che necessitano di un apporto sia dalla parte sociale che sanitaria. Le Unità di Valutazione Integrata sono composte da componenti appartenenti agli Ambiti territoriali, ai Comuni e alle Aziende Sanitarie Locali, ed eventualmente, anche da altre Amministrazioni del pubblico e del privato che, a diverso titolo e/o competenza, possono concorrere ai processi di presa in carico integrata.

Indirizzi applicativi e standard comuni per i regolamenti di accesso al sistema integrato

L'accesso ai servizi è organizzato in modo tale da garantire pari opportunità di fruizione dei servizi e il diritto di scelta dei vari soggetti gestori dei servizi da parte degli utenti. Gli obiettivi per il raggiungimento di tali standard sono:

- unitarietà dell'accesso in ogni Ambito Territoriale;
- informazioni sistematica ed efficace sull'offerta dei servizi ed i relativi costi;
- orientamento e accompagnamento all'accesso dei servizi, con una particolare attenzione ai soggetti in condizione di fragilità, di non autosufficienza e dipendenza;
- trasparenza nella gestione dei tempi di attesa;
- osservazione e monitoraggio dei bisogni, delle risorse e delle risposte attraverso sistemi di valutazione del funzionamento e del bisogno con strumenti avanzati (ICD10, ICF, scale SIS, POS, Matrici Ecologiche).

L'accesso al sistema integrato si realizza a partire da una valutazione professionale del bisogno e che garantisca risposte adeguate ed appropriate. La valutazione del bisogno è effettuata dal servizio sociale professionale dell'Ente Locale. Se il bisogno si caratterizza come sociosanitario, la valutazione verrà effettuata dall'Unità di Valutazione Integrata, coinvolgendo le diverse professionalità previste. La valutazione del bisogno è condizione

necessaria per l'accesso al sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali erogati a livelli di Ambito Territoriale. Dopo la valutazione del bisogno si procede con la predisposizione di un progetto personalizzato, concordato con l'utente, all'interno del quale vengono considerate la natura del bisogno, l'articolazione degli interventi (complessità e intensità), la tempistica, i costi supportati, le responsabilità in merito all'attuazione e alla verifica.

Sperimentazione ed innovazione in ambito sociale e sociosanitario

La Regione si impegna a promuovere e coordinare sperimentazioni finalizzate allo sviluppo di nuove risposte ai bisogni nelle aree della domiciliarità, della solidarietà tra famiglie, degli interventi diurni e residenziali, dell'accompagnamento delle persone in difficoltà, degli interventi di comunità[13].

Le sperimentazioni si basano sulla realizzazione dei progetti personalizzati accompagnati dalle *Unità di valutazione integrata*, che operano a livello di Ambito territoriale e si configurano come modello organizzativo basilare per realizzare gli interventi di natura sociale e sanitaria in maniera integrata con strumenti di valutazione atte a definire il funzionamento e i bisogni della persona (ICD10, ICF), qualità di vita(SIS, POS, S. Martin) anche con software innovativi (Matrici Ecologiche).

Le sperimentazioni e le attività di innovazione, in tale ambito, hanno come caratteristica principale la cooperazione interistituzionale e con il Terzo Settore che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di benessere. Tali collaborazioni possono essere concretizzate mediante appositi strumenti giuridici quali le convenzioni, i protocolli e gli accordi di programma. L'integrazione gestionale viene garantita a livello di struttura operativa, in modo unitario, nell'Ambito Territoriale e in modo specifico nei diversi servizi che lo compongono.

"Al fine di favorire, nella programmazione e realizzazione degli interventi, una reale integrazione sociosanitaria, si raccomanda, a cura dell'Ambito territoriale, la costituzione di un coordinamento sociosanitario che preveda la partecipazione di componenti dell'Azienda Sanitaria alle attività dell'Ufficio di Piano con funzioni consultive, di programmazione, indirizzo ed attuazione di azioni integrate in materia sociosanitaria".

4.4.13 L'applicazione dell'I.S.E.E.

L'ISEE[14] è lo strumento di valutazione, attraverso criteri unificati, della situazione economica di coloro che richiedono prestazioni sociali agevolate. La determinazione e l'applicazione dell'indicatore ai fini dell'accesso alle prestazioni sociali agevolate, nonché della definizione del livello di compartecipazione al costo delle medesime, costituisce livello essenziale delle prestazioni, fatte salve le competenze regionali in materia di normazione, programmazione e gestione delle politiche sociali e sociosanitarie e ferme restando le prerogative dei comuni. In relazione a tipologie di prestazioni che per la loro natura lo rendano necessario e ove non diversamente disciplinato in sede di definizione dei livelli essenziali relativi alle medesime tipologie di prestazioni, gli enti erogatori possono prevedere, accanto all'ISEE, criteri ulteriori di selezione volti ad identificare specifiche platee di beneficiari, tenuto conto delle disposizioni regionali in materia e delle attribuzioni regionali specificamente dettate in tema di servizi sociali e sociosanitari. È comunque fatta salva la valutazione della condizione economica

[13] Art. 4, L.R. 23/2003

[14] Decreto Del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013, n. 159. Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE). (14G00009) - Vigente al: 22-1-2019

complessiva del nucleo familiare attraverso l'ISEE.

L'ISEE è calcolato, con riferimento al nucleo familiare di appartenenza del richiedente, di cui all'articolo 3, come rapporto tra l'ISE, di cui al comma 3, e il parametro della scala di equivalenza corrispondente alla specifica composizione del nucleo familiare.

La determinazione e l'applicazione dell'indicatore, ai fini dell'accesso alle prestazioni sociali agevolate, nonché della definizione del livello di compartecipazione al costo delle medesime, costituisce livello essenziale delle prestazioni, ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione.

La Giunta Regionale, tenuto conto del Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, sentito il parere della competente Commissione consiliare e della Conferenza Permanente per la programmazione socioassistenziale regionale, con proprie direttive definisce gli indirizzi generali per la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni erogate dal sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali[15].

4.4.14 I poteri sostitutivi

La Regione Calabria, nell'ambito delle proprie funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento, esercita i poteri sostitutivi nei confronti degli Enti Locali inadempienti rispetto a quanto stabilito dagli art. 6, comma 2, lettere a), b), c), e dell'art. 19 della Legge 328/2000[16]. La Regione Calabria, con atto di Giunta regionale, delibera di:

- nominare un commissario ad acta con le indicazioni delle generalità della persona incaricata;
- definire l'oggetto dell'incarico definendone le peculiari attività;
- definire gli oneri da riconoscere per l'espletamento delle attività;
- notificare l'atto all'Ambito territoriale o al Comune/i che si rendano protagonisti di gravi inadempienze nell'attuazione della programmazione, della progettazione e realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, nell'erogazione dei servizi, delle prestazioni economiche, e nella gestione delle attività di accreditamento, autorizzazione e vigilanza dei servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale.

In particolare, la Regione Calabria farà ricorso all'istituto dei poteri sostitutivi nelle situazioni in cui sia necessario tutelare i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali. A tale riguardo, si porrà attenzione alle azioni connesse con l'attuazione delle misure di contrasto alla povertà e con l'introduzione dell'I.S.E.E., quali livelli essenziali delle prestazioni previsti, rispettivamente, dal D.L. 4/2019 e dal D.P.C.M. 159/2013.

Inoltre, considerata la particolare fragilità del tessuto economico e sociale, si farà ricorso all'istituto dei poteri sostitutivi in presenza di ritardi nella programmazione e realizzazione di interventi connessi all'attribuzione di risorse da parte dell'Unione Europea, da parte dello Stato e della Regione.

4.4.15 Indirizzi applicativi per l'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi

La governance del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali vede un ruolo gestionale in capo ai Comuni

[15] Art. 32, comma 1, Legge Regionale 23/2003

[16] Art. 11, comma 1, lettera o), Legge Regionale 23/2003

(in forma singola o associata) i quali autorizzano, accreditano e controllano le strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale operanti nei diversi territori, come stabilito dalla DGR 503 del 2019 "Riorganizzazione dell'assetto istituzionale del sistema integrato degli interventi in materia di servizi e politiche

sociali. Legge 8 novembre 2000, n. 328 e Legge Regionale 26 novembre 2003, n. 23 e s.m.i. – PRESA D'ATTO PARERE TERZA COMMISSIONE CONSILIARE n. 54/10^ - APPROVAZIONE". Nello specifico:

- i servizi e le strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a gestione pubblica sono autorizzati dai Comuni;
- l'autorizzazione è rilasciata in conformità ai requisiti nazionali e regionali;
- gli Ambiti Territoriali/Comuni provvedono all'accreditamento e corrispondono ai soggetti accreditati tariffe per l'erogazione delle prestazioni erogate nell'ambito della programmazione regionale e locale[17].

[17] Art. 11, Legge Quadro 328/2000

5. LE RISORSE E I FONDI

5.1 Le risorse

Le risorse per le politiche sociali provengono dai quattro livelli di governo (Europa, Stato, Regioni e Comuni), secondo dotazioni finanziarie presenti nei rispettivi bilanci.

- P.O. FSE Calabria 2014-2020, Fondo Sociale Europeo, Obiettivo Tematico 9, che prevede quattro linee di azione in materia di inclusione sociale per il periodo 2014-2020: 1. Servizi innovativi di sostegno a nuclei familiari multiproblematici e/o a persone particolarmente svantaggiate; sostegno a persone in condizione di temporanea difficoltà anche attraverso il ricorso a microcredito e strumenti rimborsabili anche attraverso ore di lavoro da dedicare alla collettività; alfabetizzazione e inclusione digitale; 2. Interventi di presa in carico multiprofessionale, finalizzati all'inclusione lavorativa delle persone con disabilità e delle persone maggiormente vulnerabili; 3. Promozione di progetti e di partenariati tra pubblico, privato e privato sociale finalizzati all'innovazione sociale, alla responsabilità sociale d'impresa; rafforzamento delle imprese sociali e delle organizzazioni del terzo settore; rafforzamento delle attività delle imprese sociali di inserimento lavorativo; 4. Implementazione dei buoni servizio.

- Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS), di cui all'art. 20 della Legge 328/2000, in cui sono contenute le risorse che lo Stato stanzia annualmente per la promozione e il raggiungimento degli obiettivi di politica sociale. La citata Legge quadro per la realizzazione del Sistema integrato di interventi e servizi sociali ha delineato un sistema articolato di Piani Sociali Regionali e Piani di Zona che delineano, per ciascun territorio, una rete integrata di servizi sociali e sociosanitari finanziati attraverso il FNPS.

- Fondo per le non autosufficienze, istituito dall'art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006 (Legge finanziaria 2007) presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, è destinato alla realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi sociosanitari in favore di persone non autosufficienti. Il livello nazionale stabilisce le aree prioritarie di intervento riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni, nelle more della determinazione del costo e del fabbisogno standard, fra i quali si ricorda: l'attivazione o il rafforzamento del supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, adeguando le prestazioni alla evoluzione dei modelli di assistenza domiciliare; il supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia nelle forme individuate dalle Regioni; la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia, eventualmente anche con interventi complementari all'assistenza domiciliare, come per esempio i ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie, nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare. Le risorse di questo Fondo sono finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza sociosanitaria e le prestazioni e i servizi finanziati con queste risorse non sono sostitutivi ma aggiuntivi e complementari a quelli sanitari.
- Fondo nazionale per le politiche della famiglia, istituito ai sensi dell'art. 19, comma 1, del Decreto-legge 223/2006 presso la Presidenza del Consiglio dei ministri. Parte di queste risorse sono trasferite alle Regioni, con vincolo di destinazione a precise linee di intervento volte al proseguimento dello sviluppo e al consolidamento del sistema integrato di servizi socioeducativi; nel corso degli anni si è tenuto conto anche di

alcune specifiche finalità, come per esempio il sostegno alla genitorialità, il sostegno al lavoro educativo e assistenziale delle famiglie a favore dei minori, azioni a favore della natalità.

- Fondo nazionale per le politiche giovanili, istituito, ai sensi dell'art. 19 del Decreto-legge 223/06 presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, al fine di promuovere il diritto dei giovani alla formazione culturale e professionale e all'inserimento nella vita sociale, anche attraverso interventi volti a favorire il godimento del diritto dei giovani all'abitazione e all'accesso al credito per l'acquisto e l'utilizzo di beni e servizi.
- Fondo nazionale per le Pari opportunità, istituito nel 2009 presso la Presidenza del Consiglio dei ministri con risorse destinate alla realizzazione di un sistema di interventi per favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.
- Fondo "Disposizioni per la promozione ed il sostegno dei centri antiviolenza e delle case di accoglienza per le donne maltrattate", istituito dall'art. 13 della L.R. 31/2006, per il finanziamento dei centri antiviolenza.
- Fondo per il finanziamento del "Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere", istituito dalla L. 119/2013, per il finanziamento di azioni per il contrasto alla violenza di genere.
- PON "Inclusione sociale" 2014-2020, gestito dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali;
- Fondo nazionale per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale, istituito dalla legge 208 del 2015 (art. 1, comma 386);
- Fondo di Sviluppo e Coesione, Obiettivi di servizio per servizi educativi prima infanzia e ADI;
- Fondo Piano per lo sviluppo del sistema servizi educativi per la prima infanzia, rifinanziato dalla Legge 190/2014;
- Fondo nazionale sul "Dopo di noi", istituito dalla legge 208 del 2015 (art. 1, comma 400);
- Altri fondi derivanti da nuove norme o programmi nel periodo di vigenza del Piano.

Tale elenco evidenzia la grande e variegata disponibilità di risorse e di conseguenza la necessità di procedere verso un metodo di programmazione sempre più integrato, negoziato e condiviso a ogni livello istituzionale (Stato, Regione, Enti Locali, Aziende sanitarie) e settoriale (sociale, salute, istruzione, lavoro, casa, edilizia) e, parimenti, pone l'esigenza di migliorare la capacità di accedere alle risorse dell'Unione Europea, non solo a quelle dei fondi strutturali, ma anche alle risorse disponibili per sostenere progetti specifici. Ad esempio, potrebbero essere individuate delle aree di progetto, centrate sui soggetti destinatari dell'integrazione e distinte in sub-aree: materno-infantile, adolescenti e giovani; disabilità; salute mentale; anziani; dipendenze, disagio adulto e fragilità.

5.2 La politica della spesa e la gestione delle risorse

La definizione di strumenti e procedure in materia di politica della spesa deve essere guidata da due indirizzi generali:

- l'integrazione delle risorse;
- la coerenza con le priorità e le scelte compiute nel Piano Sociale Regionale

Fra le direttrici strategiche del presente Piano è compresa quella della gestione integrata delle risorse finanziarie, la cui attuazione è affidata anche al progressivo inserimento nel budget a disposizione dell'Ambito distrettuale sociale di fonti di finanziamento che erano prima gestite separatamente, ma d'ora in avanti saranno da utilizzarsi

in modo integrato e coordinato con tutte le altre. Si tratta di una scelta che consente agli Ambiti distrettuali sociali di avvalersi con maggiore e crescente flessibilità di tutte le possibili risorse finanziarie, pur nel rispetto del vincolo di destinazione, ove sussistente, e che appare pienamente coerente con l'altra strategia- chiave del Piano sociale, in base alla quale i Piani sociali di ambito distrettuale saranno sempre più il riferimento ed il "contenitore" di tutte le azioni di sviluppo del benessere sociale e di salute a livello territoriale.

5.3 La gestione integrata dei Fondi

Parallelamente alla gestione programmatoria coordinata, il finanziamento delle politiche sociali a livello locale seguirà il principio di integrazione della spesa. I principali fondi per il finanziamento delle strategie dei Piani sociali ambito distrettuale sono, in sintesi e allo stato attuale, quelli previsti al paragrafo 5.1.

Nell'ottica della promozione del cosiddetto "secondo welfare", gli Ambiti Territoriali dovranno impegnarsi a favorire lo sviluppo del proprio sistema di welfare locale attraverso un ruolo proattivo nell'acquisizione di altre risorse, quali, ad esempio:

- i fondi INPS relativi alle prestazioni di servizi assistenziali, quali l'iniziativa "Home Care Premium";
- i fondi messi a disposizione da altri enti pubblici o dai privati, quali Fondazioni bancarie, banche, aziende, consorzi, enti di Terzo Settore, ecc.;
- altre tipologie di risorse per il concorso al miglioramento del sistema dei servizi;
- le risorse derivanti dalla compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini. Attraverso il Piano di Zona gli Ambiti Territoriali definiscono i servizi che saranno soggetti al regolamento per l'accesso alle prestazioni sociali agevolate, in coerenza con la legislazione nazionale e regionale.

5.4 La programmazione integrata e unitaria delle risorse

Una strategia chiave del Piano sociale regionale 2020-2022 contempla il coordinamento della programmazione e la progressiva integrazione fra i sistemi che concorrono al benessere sociale e di salute delle persone. Le tre direttrici strategiche della nuova stagione delle politiche sociali sono:

- il coordinamento fra gli strumenti di programmazione, sia a livello regionale che a livello locale, con la definizione dei Piani di Zona di Ambito Territoriale;
- il coordinamento fra i sistemi e la loro progressiva integrazione, quali fattori chiave che concorrono alla cura della persona e allo sviluppo sociale;
- la gestione integrata delle risorse finanziarie.

Il Piano sociale regionale è l'atto attraverso cui si definisce l'attuazione delle tre direttrici strategiche. Il coordinamento fra gli strumenti di programmazione si realizza attraverso la definizione delle scelte strategiche del Piano regionale nei seguenti ambiti:

- la definizione degli obiettivi essenziali di servizio da garantire su tutto il territorio regionale;
- gli indirizzi per la gestione coordinata degli interventi di inclusione sociale;
- gli indirizzi per il sostegno alla genitorialità e alla famiglia e per il contrasto alla violenza domestica;
- gli indirizzi programmatici per favorire la piena partecipazione sociale delle persone con disabilità;
- gli indirizzi per la partecipazione degli utenti al costo dei servizi sociali e sociosanitari secondo fasce

proporzionali di reddito e con soglie di esclusione.

5.5 La gestione dei fondi: il bilancio sociale di ambito

Lo strumento individuato nella prospettiva di una valorizzazione della trasparenza verso l'esterno in merito all'utilizzo delle risorse è il Bilancio Sociale, strumento che concorre allo sviluppo, nella Pubblica Amministrazione, di capacità e strumenti di valutazione e rendicontazione dei risultati volti al miglioramento delle politiche e dei servizi pubblici, e alla valorizzazione della trasparenza verso l'esterno.

Il Bilancio Sociale di Ambito Territoriale sarà, a tendere, il modello di comunicazione e di rendicontazione del grado di realizzazione dei Piani di Zona e, pertanto, anche degli esiti del monitoraggio e autovalutazione degli stessi. Rappresenterà il principale strumento di conoscenza e di comunicazione, che favorirà la costruzione di un dialogo permanente tra istituzioni e cittadini a tutti i livelli, incluso il privato sociale, per il quale occorrerà dare evidenza della ricaduta effettiva alle comunità in termini di servizi aggiunti e occupazione e coesione sociale. Ciascun Ambito Territoriale sarà impegnato annualmente nella redazione del proprio Bilancio Sociale, da pubblicare sul sito Internet dei Comuni dell'Ambito.

5.6 La spesa sociale dei Comuni

Secondo i dati ISTAT, nel 2015 la spesa complessiva dei Comuni calabresi per i servizi sociali è ammontata ad € 46.464.081, di cui 43.665.169 (93,98%) a carico dei Comuni, 1.773.884 (3,82%) a carico dell'utenza e 1.025.028 (2,20%) a carico del S.S.N. La spesa sociale pro capite dei Comuni calabresi è di 22 euro18. Si precisa che nel calcolo non è considerata la spesa €.30.000.000,00 sostenuta fino al 2019 da parte della Regione L'area di utenza circa la spesa effettivamente sostenuta dai Comuni è connotata come riportata nella Tabella 24.

Tabella 24. Spesa sociale Comuni della Calabria

AREA	SPESA TOTALE	PERCENTUALE
Famiglia e minori	14.055.907	32.10%
Disabilità	10.468.417	24,00%
Dipendenze	381.855	0,90%
Anziani	9.412.812	21,60%
Immigrati e nomadi	4.673.048	10,70%
Povertà, disagio adulti, senza fissa dimora	3.437.999	7,90%
Multiutenza	1.235.131	2,80%
Totali	43.665.169	100,00

(Fonte: Regione Calabria – anno 2019)

[18] Fonte: ISTAT – Report del 27 dicembre 2017 "La spesa dei Comuni per il Servizi sociali", relativo all'anno 2016

6. APPENDICE NORMATIVA

6.1 Appendice Normativa (normativa comunitaria e nazionale)

1. Costituzione Europea
2. Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea
3. Costituzione della Repubblica Italiana
4. Legge 03 marzo 2009 n. 18, recante la ratifica e l'esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, adottata a New York il 13 dicembre 2006
5. Legge 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.";
6. Decreto legislativo 31.03.1998, n. 112 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della l. 15 marzo 1997, n.59";
7. Decreto legislativo 18.08.2000, n. 267 "Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali";
8. Legge 08.11.2000, n. 328 recante "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
9. D.P.R. 28.12.2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione legislativa";
10. D.P.C.M. 14.02.2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio - sanitarie";
11. D.P.R. 03.05.2001 "Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001 - 2003";
12. Legge costituzionale 18.10.2001, n. 3 "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione";
13. Legge 05.06.2003, n. 131 "Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3";
14. D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159 "Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente" e s.m.i.
15. Decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147 "Disposizione per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà"
16. Decreto Ministeriale 26 novembre 2018 "Riparto del Fondo nazionale politiche sociali. Annualità 2018
17. Decreto-Legge 28 gennaio 2019, n. 4, convertito con la legge 28 marzo 2019, n. 26 "Disposizioni urgenti in materia di reddito di cittadinanza e di pensioni"

6.2 Appendice Normativa (riferimento Servizi alla Persona Regione Calabria)

Leggi

18. Legge regionale 19 ottobre 2004, n. 25 "Statuto della Regione Calabria"
19. Legge regionale 27 luglio 1977, n. 19 "Norme per l'assistenza dei minorati della vista"
20. Legge regionale 8 settembre 1977, n. 26 "Norme sulla istituzione dei consultori familiari"
21. Legge regionale 22 maggio 1980, n. 10 "Norme per la promozione e lo sviluppo dell'assistenza domiciliare degli anziani e per la creazione di centri d'incontro"
22. Legge regionale 17 dicembre 1981, n. 20 "Disciplina delle funzioni per la tutela della salute mentale"
23. Legge regionale 18 giugno 1984, n. 14 "Provvidenze in favore dei mutilati ed invalidi civili e del lavoro"

24. Legge regionale 17 agosto 1984, n. 22 "Prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze"
25. Legge regionale 12 novembre 1984, n. 31 "Interventi regionali per la formazione e lo sviluppo dello sport e del tempo libero"
26. Legge regionale 19 aprile 1985, n. 18 "Ordinamento della formazione professionale in Calabria"
27. Legge regionale 8 maggio 1985, n. 27 "Norme per l'attuazione del diritto allo studio"
28. Legge regionale 28 marzo 1986, n. 11 "Tutela affettiva dei minori sottoposti a trattamenti sanitari"
29. Legge regionale 26 gennaio 1987, n. 4 "Istituzione della commissione per l'uguaglianza dei diritti e della pari opportunità fra uomo e donna"
30. Legge regionale 26 gennaio 1987, n. 5 "Riordino e programmazione delle funzioni socio-assistenziali"
31. Legge regionale 23 marzo 1988, n. 8 "Istituzione dei centri polivalenti per i giovani"
32. Legge regionale 5 maggio 1990, n. 57 "Norme per l'istituzione del servizio socio-psico-pedagogico in Calabria
33. Legge regionale 18 febbraio 1994, n. 6 "Istituzione e funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze"
34. Legge regionale 19 aprile 1995, n. 22 "Istituzione Progetto Donna"
35. Legge regionale 22 gennaio 1996, n. 2 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale"
36. Legge regionale 8 agosto 1996, n. 21 "Servizi socioassistenziali a favore dei minori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria"
37. Legge regionale 24 febbraio 1998, n. 5 "Norme per la promozione e lo sviluppo della pratica sportiva per le persone disabili"
38. Legge regionale 29 marzo 1999, n. 8 "Provvidenze in favore di soggetti affetti da particolari patologie"
39. Legge regionale 7 agosto 1999, n. 22 "Istituzione dell'Albo regionale delle Società di Mutuo Soccorso"
40. Legge regionale 14 febbraio 2000, n. 2 "Progetto Giovani"
41. Legge regionale 30 gennaio 2001, n. 4 "Misure di politiche attive dell'impiego in Calabria"
42. Legge regionale 19 febbraio 2001, n. 5 "Norme in materia di politiche del lavoro e di servizi per l'impiego in attuazione del decreto legislativo 23 dicembre 1997, n. 469"
43. Legge regionale 2 maggio 2001, n. 16 "Riconoscimento e valorizzazione della funzione sociale svolta dalla comunità cristiana e dagli operatori parrocchiali nell'ambito del percorso formativo della persona"
44. Legge regionale 26 novembre 2001, n. 32 "Norme per la promozione e lo sviluppo del diritto al lavoro delle persone con disabilità
45. Legge regionale 8 gennaio 2002, n. 1 "Mantenimento delle funzioni assistenziali in favore di ciechi e sordomuti in capo alle Province"
46. Legge regionale 26 novembre 2003, n. 23 "Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali nella Regione Calabria (in attuazione della legge n. 328/2000)"
47. Legge regionale 2 febbraio 2004, n. 1 "Politiche regionali per la famiglia"
48. Legge regionale 19 marzo 2004, n. 11 "Piano Regionale per la Salute 2004/2006"
49. Legge regionale 12 novembre 2004, n. 38 "Garante per l'infanzia e l'adolescenza"
50. Legge regionale 16 febbraio 2005, n. 2 "Disposizioni in materia sanitaria"
51. Legge regionale 10 gennaio 2007, n. 5 "Promozione del sistema integrato di sicurezza"

52. Legge regionale 21 agosto 2007, n. 20 "Disposizioni per la promozione ed il sostegno dei centri di antiviolenza e delle case di accoglienza per donne in difficoltà"
53. Legge regionale 10 luglio 2008, n. 22 "Istituzione del Garante della salute della Regione Calabria"
54. Legge regionale 18 luglio 2008, n. 24 "Norme in materia di autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali e controlli della strutture sanitaria e socio-sanitarie pubbliche e private"
55. Legge regionale 116 ottobre 2008, n. 36 "Norme di indirizzo per programmi di edilizia sociale"
56. Legge regionale 12 giugno 2009, n. 18 "Accoglienza dei richiedenti Asilo, dei rifugiati e sviluppo sociale, economico e culturale delle Comunità locali"
57. Legge regionale 17 agosto 2009, n. 28 "Norme per la promozione e lo sviluppo della cooperazione sociale"
58. Legge regionale 5 novembre 2009, n. 41 "Norme per l'istituzione e la disciplina del servizio civile in Calabria"
59. Legge regionale 26 febbraio 2010, n. 11 "Interventi regionali a favore dei familiari di lavoratrici e lavoratori deceduti o gravemente invalidi a causa di incidenti sui luoghi di lavoro"
60. Legge regionale 20 dicembre 2011, n. 44 "Norme per il sostegno di persone non autosufficienti – Fondo per la non autosufficienza"
61. Legge regionale 11 aprile 2012, n. 10 "Disposizioni in favore dei soggetti con disturbi specifici di apprendimento"
62. Legge regionale 19 aprile 2012, n. 13 "Disposizioni dirette alla tutela della sicurezza e alla qualità del lavoro, al contrasto e all'emersione del lavoro non regolare"
63. Legge regionale 28 giugno 2012, n. 29 "Attuazione del comma 4 dell'articolo 118 della Costituzione sulla sussidiarietà orizzontale"
64. Legge regionale 26 luglio 2012, n. 33 "Norme per la promozione e la disciplina del volontariato"
65. Legge regionale 27 dicembre 2012, n. 68 "Norme per il sostegno del coniuge separato o divorziato in situazione di difficoltà"
66. Legge regionale 29 marzo 2013, n. 15 "Norme sui servizi educativi per la prima infanzia"
67. Legge regionale 2 maggio 2013, n. 19 "Interventi di inclusione sociale, integrazione socio-sanitaria e contrasto alla povertà per gli agglomerati urbani a maggiore concentrazione di popolazione"
68. Legge regionale 8 novembre 2016, n. 34 "Riconoscimento del ruolo sociale delle società di mutuo soccorso operanti in Calabria"
69. Legge regionale 23 novembre 2016, n. 38 "Istituzione dell'Osservatorio regionale sulla violenza di genere"
70. Legge regionale1 febbraio 2017, n. 2 "Istituzione dell'Osservatorio regionale per i minori"
71. Legge regionale 26 aprile 2018, n. 9 "Interventi regionali per la prevenzione e il contrasto del fenomeno della 'ndrangheta e per la promozione delle legalità, dell'economia responsabile e della trasparenza"
72. Legge regionale 3 agosto 2018, n. 27 "Promozione dell'attività di recupero e ridistribuzione delle eccedenze alimentari per contrastare la povertà e il disagio sociale"
73. Legge regionale 3 agosto 2018, n. 26 "Modifiche all'articolo 29 della legge regionale 26.11.2003, n. 23)

6.3 Delibere della Giunta Regionale e Decreti

a) Decreto Presidente Giunta Regionale 31 gennaio 2011, n. 12 "Approvazione linee guida sul sistema di cure domiciliari e accesso ai servizi territoriali. Obiettivo specifico"

b) Delibera Giunta Regionale 22 giugno 2015, n. 210 "Ridefinizione degli ambiti territoriali e riorganizzazione del sistema dell'offerta per la gestione dei Servizi Socio-assistenziali"

ba) Allegato a) Delibera Giunta Regionale 22 giugno 2015, n. 210 "Ambiti territoriali della Regione Calabria"

bb) Allegato b) Delibera Giunta Regionale 22 giugno 2015, n. 210 "Le strutture socio-assistenziali"

c) Delibera Giunta Regionale 15 novembre 2017, n. 539 "Presa d'atto linee programmatiche di indirizzo del Tavolo di Lavoro regionale per la prevenzione ed il contrasto alla violenza sulle donne e del DPCM 25 novembre 2016 e relativa erogazione risorse – Integrazione D.G.R. n. 14/2017 – Censimento Centri antiviolenza regionali"

ca) Allegato a) Delibera Giunta Regionale 15 novembre 2017, n. 539 "Piano di azione regionale contro la violenza di genere"

cb) Allegato b) Delibera Giunta Regionale 15 novembre 2017, n. 539 "Linee guida sulle modalità del censimento e sui criteri per il riconoscimento dei CAV

cc) Delibera Giunta Regionale 21 settembre 2018, n. 417 "Criteri utilizzo risorse finanziarie DPCM 25 novembre 2016 per il sostegno ai Centri antiviolenza e alle Case Rifugio di nuova costituzione nonché dei fondi destinati al finanziamento aggiuntivo degli interventi regionali già operativi volti ad attuare azioni di assistenza e di sostegno alle donne vittime di violenza e ai loro figli"

d) Regolamento regionale n. 3 del 21 dicembre 2017 "Modifiche al Regolamento regionale 16 dicembre 2016, n. 17 (Regolamento sulle procedure di autorizzazione, accreditamento e vigilanza delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale socioassistenziali, nonché dei servizi domiciliari, territoriali e di prossimità).

e) Delibera Giunta Regionale 10 agosto 2018, n. 381 "Approvazione del Piano regionale 2018 – 2020 per la lotta alla povertà di cui all'art. 14 del Decreto Legislativo 15 settembre 2017, n. 147 "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà"

ea) Allegato a) Delibera Giunta Regionale 10 agosto 2018, n. 381 "Linee d'indirizzo per l'attivazione di contrasto alla povertà e di inclusione sociale attiva"

eb) Deliberazione Giunta Regionale 21 settembre 2018, n. 413 "Modifica e integrazione della DGR n. 278 del 28 giugno 2018: Istituzione Rete regionale della Protezione e dell'Inclusione Sociale per la lotta alla povertà di cui all'art. 14 del Decreto Legislativo 15 settembre 2017, n. 147 "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà".

f) Delibera Giunta Regionale 14 giugno 2018, n. 240 "Decreto Ministeriale n. 539/2017 "Accordo di programma Ministero Lavoro e Politiche Sociali e Regione Calabria del 27.12.2017 per il sostegno allo svolgimento di attività di interesse generale da parte di organizzazioni di volontariato e associazioni di promozione sociale". Approvazione Piano Operativo ex art. 5 dell'Accordo.

fa) Allegato a) alla Delibera Giunta Regionale 14 giugno 2018, n. 240

g) Delibera Giunta Regionale 19 novembre 2018, n. 545 "Legge 8 novembre 2000, n. 328 e Legge regionale 26 novembre 2003, n. 23 e ss.mm.ii. Approvazione Regolamenti per l'organizzazione ed il funzionamento della "Conferenza Permanente per la programmazione socio assistenziale regionale", della "Consulta delle Autonome Locali" e della "Consulta del Terzo Settore".

ga) Regolamento n. 17/2018 per l'organizzazione ed il funzionamento della "Conferenza Permanente per la programmazione socio assistenziale regionale"

gb) Regolamento n. 18/2018 per l'organizzazione ed il funzionamento della "Consulta delle Autonomie Locali"

gc) Regolamento n. 19/2018 per l'organizzazione ed il funzionamento della "Consulta del Terzo Settore"

gd) Deliberazione Giunta Regionale 19 novembre 2018, n. 544 "Legge 8 novembre 2000, n. 328 e Legge regionale 26 novembre 2003, n. 23 e ss.mm.ii. Adozione criteri per l'avvio delle procedure finalizzate alla istituzione della "Consulta del Terzo Settore"

h) Delibera Giunta Regionale 15 febbraio 2019, n. 63 "Struttura organizzativa della Giunta Regionale – Approvazione. Revoca della struttura organizzativa approvata con DGR n. 541/2015 e s.m.i.

ha) Allegato a) Delibera Giunta Regionale 15 febbraio 2019, n. 63 "Regolamento n. 3 di Organizzazione delle strutture della Giunta Regionale"

hb) Allegato b) Delibera Giunta Regionale 15 febbraio 2019, n. 63 "Settori modificati"

i) Delibera Giunta Regionale 31 gennaio 2017, n. 25 "Piano di inclusione attiva"

j) Delibera Giunta Regionale 11 agosto 2015, n. 303 "Programma Operativo Regionale FESR-FSE 2014 – 2020. Approvazione testo revisionato e relativi allegati.

k) Regolamento n. 15 del 22 luglio 2019 di riconoscimento del ruolo sociale delle società di mutuo soccorso operanti in Calabria.

l) Delibera Giunta Regionale 9 settembre 2019, n. 423 "Riorganizzazione dell'assetto istituzionale del sistema integrato degli interventi in materia di servizi e politiche sociali. Legge 8 novembre 2000, n. 328 e Legge Regionale 26 novembre 2003, n. 23 e s.m.i."

m) Delibera di Giunta Regionale 25 ottobre 2019, n. 503 "Riorganizzazione dell'assetto istituzionale del sistema integrato degli interventi in materia di servizi e politiche sociali. Legge 8 novembre 2000, n. 328 e Legge Regionale 26 novembre 2003, n. 23 e s.m.i. – PRESA D'ATTO PARERE TERZA COMMISSIONE CONSILIARE n. 54/10^ - APPROVAZIONE". Regolamento n. 22/2019 "Procedure di autorizzazione,

accreditamento e vigilanza delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale socioassistenziali, nonché dei servizi domiciliari, territoriali e di prossimità".

7. ALLEGATI

7.1 Allegato "A". Caratteristiche delle strutture socioassistenziali

Legenda

- "Posti autorizzati": capacità di accoglienza delle strutture autorizzate, sulla base dei requisiti previsti per l'autorizzazione al funzionamento.
- "Posti a retta" ovvero "Posti a convenzione": posti autorizzati delle strutture convenzionate sulla base dei requisiti organizzativi, professionali, tecnologici e strutturali, come stabiliti dalla Regione, oltre a quelli vigenti in materia urbanistica, edilizia, prevenzione incendi, igiene e sicurezza.
- "Strutture convenzionate": strutture semiresidenziali e residenziali, in possesso dell'autorizzazione al funzionamento, in possesso di ulteriori requisiti, oltre a quelli per l'autorizzazione;
- "Struttura semiresidenziale": ha lo scopo di offrire ospitalità di tipo diurno ed un diverso grado di intensità assistenziale in relazione ai bisogni dell'utenza. Possono sia assicurare azioni di prevenzione sia favorire il recupero o il mantenimento della capacità psicofisiche residue dell'assistito, al fine di consentirne la permanenza al proprio domicilio e, contemporaneamente, offrendo un importante sostegno al nucleo familiare.
- "Struttura residenziale": ha lo scopo di fornire accoglienza e tutela a persone in condizione di disagio sociale. La struttura residenziale svolge funzioni diverse in risposta ai molteplici bisogni assistenziali degli ospiti ed è orientata a fornire prevalente accoglienza abitativa, offrendo ospitalità, attività socioeducativa, assistenza e occasioni di vita comunitaria, a seconda della tipologia di utenza.
- "Struttura socioassistenziale": presidio di accoglienza residenziale o diurna (semiresidenziale), destinata a persone che necessitano di tutele e di interventi appropriati di varia natura (educativi, assistenziali e sanitari) non assistibili a domicilio.

Strutture e servizi: caratteristiche ed obiettivi

Strutture per minori

Tipologia	Caratteristiche	Obiettivi
"Centro diurno per minori"	struttura semiresidenziale per bambini e adolescenti di entrambi i sessi, permanenti in famiglia e con problematiche. I minori dovranno essere suddivisi in modo omogeno per fasce d'età (6-10 anni; 11-14 anni; 15-18 anni)	supportare la famiglia nell'esercizio delle funzioni di educazione ed accudimento; prevenire l'allontanamento familiare ed i rischi di istituzionalizzazione; favorire percorsi di armonioso sviluppo psico-sociale
"Centro diurno per minori con disabilità"	struttura semiresidenziale per bambini e adolescenti di entrambi i sessi, permanenti in famiglia, con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, in situazione di disagio sociale a rischio di emarginazione e di perdita dell'autonomia, che per motivi eccezionali e rilevanti non possono temporaneamente integrati nei centri diurni per minori. I minori dovranno essere suddivisi in modo omogeneo per fasce d'età (6-10 anni; 11-14 anni; 15-18	garantire interventi volti all'implementazione ed al mantenimento dei livelli di autonomia e delle abilità; sviluppare percorsi psico-socioeducativi e cognitivo/comportamentali; promuovere l'inclusione e l'integrazione sociale e scolastica; coadiuvare la famiglia

	anni)	
"Comunità educativa per minori (6-13 anni)"	struttura residenziale per minori di entrambi i sessi che necessitano di un temporaneo allontanamento dalla propria famiglia per incapacità o impossibilità delle figure genitoriali a svolgere adeguatamente le funzioni di educazione ed accudimento	favorire un adeguato contesto di sviluppo psico-educativo di tipo familiare; favorire lo sviluppo di condizioni atte al rientro del minore in un idoneo contesto familiare
"Comunità educativa per preadolescenti ed adolescenti (14-18 anni)"	struttura residenziale per preadolescenti e adolescenti che necessitano di un temporaneo allontanamento dalla propria famiglia per incapacità o impossibilità delle figure genitoriali a svolgere adeguatamente le funzioni di educazione ed accudimento	favorire un adeguato contesto di sviluppo psico-educativo di tipo familiare; favorire lo sviluppo di condizioni atte al rientro del minore in un idoneo contesto familiare
"Gruppo appartamento maschile/femminile per minori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria"	struttura residenziale per preadolescenti e adolescenti maschi o femmine dai 12 ai 17 anni sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria per disfunzioni della condotta e/o dell'adattamento non gestibili all'interno della famiglia e che possono comprometterne il sano sviluppo psicologico, fisico e sociale	fornire un adeguato contesto di rieducazione e sviluppo psico-sociale; prevenire i rischi connessi ai disturbi della condotta e favorire il ripristino di una sana ed appropriata condotta sociale e relazionale intra ed extra-familiare
"Comunità specialistica educativa per minori con disturbi del comportamento o disadattati sociali sottoposti a provvedimenti penali e/o amministrativi":	struttura residenziale per ragazzi o ragazze dai 12 ai 21 anni affetti da disturbi del comportamento o disadattati sociali non gestibili all'interno della famiglia e necessitanti di interventi specialistici continuativi	creare percorsi individualizzati per i minori disadattati sociali o con il disturbo del comportamento, sottoposti a provvedimenti penali e/o amministrativi, di nazionalità italiana e straniera; favorire interventi integrati, grazie alla rete di collaborazione creata; favorire azioni di formazione/istruzione ed inserimento lavorativo; attivare strategie di rete per coinvolgere le risorse presenti sul territorio; svolgere attività di accompagnamento educativo; sperimentare ed ottimizzare percorsi individualizzati per il miglioramento degli utenti con problematiche psichiche e comportamentali; inserire nel mondo del lavoro gli ospiti che hanno mostrato volontà e capacità di rendersi indipendenti economicamente; -concludere positivamente l'accompagnamento educativo degli utenti collegati al circuito penale; attivare, anche su richiesta della Regione Calabria e/o dell'Autorità di giustizia minorile, ogni intervento ritenuto utile al raggiungimento degli scopi istitutivi della Comunità stessa
Centro specialistico per bambini e adolescenti vittime di abusi e maltrattamenti"	struttura residenziale per minori di entrambi i sessi e di età compresa tra i 6 ed i 17 anni presunte vittime di abusi e/o maltrattamenti	fornire un adeguato contesto di protezione e di sviluppo psico-socioeducativo; garantire assistenza psicologica e cura psicoterapica; accompagnare e sostenere il minore presunta parte offesa nell'iter giudiziario; favorire lo sviluppo di condizioni atte al rientro in un idoneo contesto familiare
"Centro per minori stranieri non accompagnati"	struttura residenziale per accoglienza di MSNA di paesi terzi o apolide di età inferiore ai diciotto anni che entrano nel territorio degli Stati membri dell'U.E. senza essere accompagnato da una persona adulta responsabile di riferimento	adeguato percorso di integrazione socioeducativa

Strutture per adulti

Tipologia	Caratteristiche	Obiettivi
"Centro diurno per anziani"	struttura semiresidenziale per persone anziane di 65 anni ed oltre, di ambo i sessi, autosufficienti in situazione di disagio sociale e/o a rischio di isolamento e di perdita dell'autonomia e non autosufficienti	assicurare attività assistenziali e garantire alta integrazione tra assistenza sociale e attività socio-ricreative-culturali
"Comunità alloggio per anziani"	struttura residenziale che eroga servizi socioassistenziali a persone ultrasessantacinquenni autonome o con ridotta autonomia ed un elevato bisogno di assistenza alla persona, che non necessitano di assistenza sanitaria continuativa e/o complessa e che, in situazione favorita dalla rete dei servizi sociali, decidono di condividere risorse e capacità di coabitazione	garantire alle persone anziane ospiti adeguate condizioni di vita e limitare il rischio di isolamento sociale ed affettivo
"Comunità accoglienza per adulti in difficoltà"	struttura residenziale destinata ad accogliere uomini e donne, con o senza minori, privi del necessario supporto familiare che abbiano necessità di un aiuto nel percorso di inserimento sociale. Età compresa tra i 19 ed i 64 anni	offrire bisogni primari di assistenza e promuovere azioni di sostegno al percorso di recupero o di acquisizione dell'autonomia
"Casa rifugio per donne vittime di violenza con o senza minori"	struttura residenziale che eroga servizi socioassistenziali a donne che hanno subito violenza sessuale, fisica, psicologica e/o economica, maltrattamenti, molestie e ricatti, nonché vittime di tratta	promuovere e valorizzare percorsi di elaborazione culturale, pratiche di accoglienza autonome e percorsi di uscita dalla violenza
"Casa rifugio per donne vittime di tratta con o senza minori"	struttura residenziale per persone vittime di tratta a fini di sfruttamento sessuale ovvero lavorativo, che offre ospitalità e assistenza a persone vittime di violenza fisica e/o psicologica rivolta alla riduzione in schiavitù o servitù, per lo sfruttamento lavorativo ovvero sessuale, per le quali si renda necessario il distacco dal luogo in cui è stata rilevata la situazione di sfruttamento. La casa rifugio offre alle persone vittime di tratta un luogo sicuro in cui sottrarsi alla violenza degli sfruttatori ed in cui intraprendere in un ambiente protetto e con attività di accompagnamento, percorsi per l'inserimento sociale e lavorativo, ovvero, per il rientro nel Paese d'origine	promuovere e valorizzare percorsi di elaborazione culturale, pratiche di accoglienza autonome autogestite delle donne; sostenere donne in situazioni di disagio per causa di violenza sessuale o sfruttamento lavorativo; dare valore alle relazioni tra donne anche in presenza di grave disagio
"Casa di accoglienza per donne in difficoltà, gestanti e/o con figli"	struttura residenziale che eroga servizi socio-assistenziali a donne, nonché donne gestanti e/o con figli e nello specifico a: donne, con o senza minori, privi del necessario supporto familiare che abbiano necessità di un aiuto nel percorso di inserimento sociale, secondo le finalità indicate nei piani personalizzati di reinserimento sociale; donne maggiorenni o minorenni italiane o extracomunitarie gestanti o con figli, con disagio sociale; donne con o senza figli minori sottoposte a misure cautelari (arresti domiciliari); madri e figli sottoposte a prescrizioni di Decreti dei Tribunale per i minori che prescrivono osservazione e sostegno alla genitorialità	offrire una risposta ai bisogni primari di assistenza e promuovere azioni di sostegno al percorso di recupero o di acquisizione dell'autonomia e della capacità di autogestione dell'ospite, anche attraverso la loro attiva partecipazione alla gestione del servizio, alle dinamiche di gruppo ed alla condivisione della vita comunitaria quotidiana

Casa di riposo per anziani"	struttura residenziale collettiva che fornisce agli ospitianziani, autosufficienti e parzialmente autosufficienti, prestazioni di tipo alberghiero, servizi specifici di carattere assistenziale, prestazioni di tipo culturale e ricreativo, dirette a recuperare e migliorare l'autosufficienza. Anziani che non necessitano di assistenza sanitaria continuativa e/o complessa e che, in situazione favorita dalla rete dei servizi sociali, decidono di condividere risorse e capacità di coabitazione	garantire alle persone anziane ospiti adeguate condizioni di vita e di limitare il rischio di isolamento sociale ed affettivo e le conseguenti implicazioni sul livello di autonomia

Strutture per persone con disabilità

Tipologia	Caratteristiche	Obiettivi
"Centro diurno per persone con disabilità mentali"	struttura semiresidenziale per disabili maggiorenni e sino ai 65 anni con psicopatologie, patologie di origine psicologica e patologie di origine fisiologiche	sostegno alle famiglie mediante lo sgravio dei compiti di assistenza; interventi per il recupero ed il mantenimento della propria personalità; interventi volti al recupero e mantenimento dei livelli di autonomia
"Centro diurno per persone con disabilità"	struttura semiresidenziale di ospitalità diurna e assistenza qualificata a persone con disabilità, giovani adulti di età superiore a 18 anni, con deficit funzionali derivati dalla perdita di capacità fisiche, psichiche o psico-fisiche, sensoriali	favorire la permanenza dell'utente nell'abituale ambiente di vita
"Comunità alloggio per persone con disabilità"	struttura residenziale per giovani adulti di età superiore a 18 anni, con deficit funzionali derivati dalla perdita di capacità fisiche, psichiche o psico-fisiche, sensoriali	inclusione sociale, fornendo occasioni per sviluppare e/o migliorare le capacità relazionali ed i legami, oltre che attività di assistenza personale ed alberghiera
"Comunità alloggio per persone con disabilità mentale"	struttura residenziale per persone adulte con disabilità mentale che non necessitano di assistenza sanitaria continuativa e le cui condizioni consentano il raggiungimento dell'integrazione sociale nell'ambito comunitario	inclusione sociale, oltre che attività di assistenza personale ed alberghiera
"Casa famiglia Dopo di noi" (ex DM 470/2001)	struttura residenziale rivolto alle persone con grave disabilità, prive del sostegno dei familiari che ad essi provvedono perché deceduti o non più in grado di assisterli	offrire la continuità allo stile di vita familiare della persona con disabilità che per cause non volontarie deve abbandonare la sua residenza
"Casa famiglia per disabilità grave" (L. 112/2016 e D.M. 23/11/2016)	struttura abitativa, di cui alla L. n.112/2016, che offre il servizio esclusivamente persone con disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n.104 del 1992, accertata nelle modalità indicate all'art. 4 della stessa legge. La disabilità grave non deve essere determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità. Il servizio è rivolto a colui che è privo di sostegno familiare, in quanto mancante di entrambi i genitori o perché gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale, o anche per il venir meno del sostegno familiare	Prevenire e contrastare il fenomeno della istituzionalizzazione offrendo opportunità di emancipazione alle persone con disabilità
Centri diurni e semiresidenziali per persone con disturbi dello spettro autistico e disabilità intellettiva	Strutture aperte al territorio e alla comunità che, lavorando in rete, garantiscono un supporto di carattere diurno e semiresidenziale alle persone con disturbi dello spettro autistico	Garantire supporto costante mediante un progetto personalizzato finalizzato a facilitare l'inserimento sociale e una migliore qualità della vita

Servizi domiciliari

Tipologia	Caratteristiche	Obiettivi
"Servizio di assistenza domiciliare anziani (SADA)"	servizio domiciliare rivolto ad anziani over 65 che si trovano in condizione di parziale o totale non autosufficienza fisica e/o psichica o comunque non più in grado di gestire la propria vita familiare senza aiuto esterno, al fine di consentire loro di permanere al proprio domicilio in condizioni di sicurezza	promozione ed il sostegno della qualità della vita degli anziani che hanno perso, in via temporanea o permanente, la capacità di provvedere autonomamente ed in modo soddisfacente a sé stessi/e. Si tratta di interventi tesi a dare una risposta ai bisogni primari di assistenza in modo da favorire la permanenza nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio dell'anziano, evitando o ritardando il più possibile il ricovero presso strutture residenziali
"Servizio di assistenza domiciliare persone con disabilità" (SADD)	servizio di assistenza domiciliare rivolto a minori e adulti fino al compimento dei 65 anni di età con disabilità psico-fisica e sensoriale, comunque, non in grado di gestire la propria vita familiare senza aiuto esterno, al fine di consentire loro di permanere al proprio domicilio in condizioni di sicurezza	promozione ed il sostegno della qualità della vita delle persone con disabilità che hanno perso, in via temporanea o permanente, la capacità di provvedere autonomamente ed in modo soddisfacente a sé stessi/e. Si tratta di interventi tesi a dare una risposta ai bisogni primari di assistenza in modo da favorire la permanenza nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio, evitando o ritardando il più possibile il ricovero presso strutture residenziali
"Servizio di educativa domiciliare minori"	servizio di assistenza rivolto a minori a rischio di emarginazione sociale e di devianza ed anche a minori immigrati presenti sul territorio regionale che si trovano a dover affrontare difficoltà di inserimento nel territorio di residenza, di inclusione nella scuola ed in generale nella comunità	prevenire il disagio sociale e l'entrata dei minori nei percorsi di emarginazione e illegalità; promuovere il ruolo della famiglia, nella sua funzione di educazione e di formazione dei figli, favorendo l'instaurarsi di relazioni reciproche autentiche con il bambino, la famiglia e la comunità di cui fa parte; promuovere il ruolo della madre immigrata per poter dare ai figli un'educazione adeguata anche all'interno di una cultura diversa dalla propria
"Servizio di assistenza domiciliare adulti in difficoltà"	assistenza domiciliare rivolto a adulti che temporaneamente versano in condizione di difficoltà nonché agli adulti immigrati che ancora non hanno avuto la possibilità di integrarsi nella comunità sociale di accoglienza, al fine di superare tali temporanee difficoltà e rendere possibili i processi di integrazione ed inclusione	accompagnare i soggetti in condizione di disagio e/o vulnerabilità sociale in un percorso di recupero delle capacità personali e relazionali, favorendo l'autonomia e l'integrazione sociale e prevenendo i rischi di esclusione

Servizi territoriali e di prossimità

Tipologia	Caratteristiche	Obiettivi
"Comunità familiare/gruppo appartamento multiutenza complementare"	struttura di tipo familiare, caratterizzata da bassa intensità assistenziale, che accoglie fino a un massimo di 6 utenti e destinata ad una utenza composta da anziani, disabili, minori o adolescenti, adulti in difficoltà per i quali la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente o definitivamente contrastante con il piano individualizzato di assistenza	sviluppare al massimo grado la relazione interpersonale coniugando tutta la ricchezza del lavoro di cura tipico dei legami parentali forti con la scientificità del lavoro educativo; garantire una impostazione ed organizzazione mutuata dalla famiglia naturale e qualificata dalla presenza di figure di riferimento educativo nel ruolo genitoriali con funzione paterno/materna che pongono stabile dimora nel presidio e garantiscono la continuità per scelta di vita; accogliere utenza senza predeterminazione a priori, ma secondo il criterio della genitorialità responsabile, instaurando e mantenendo rapporti personalizzati, ben individualizzati e di tipo parentale, con ciascuna persona accolta e tra gli utenti tra loro, costituendo così una vera famiglia supplente, sostitutiva e non antagonista, di quella naturale d'origine

"Comunità familiare/gruppo appartamento per minori di tipo familiare"	struttura educativa residenziale destinata alla convivenza stabile di un piccolo gruppo di minori con due o più adulti, preferibilmente una figura maschile e una femminile adeguatamente formate, che svolgono funzioni genitoriali. È rivolta a minori in età evolutiva per i quali non è praticabile l'affido	garantire ai minori in stato di difficoltà, di abbandono, di svantaggio un contesto di vita familiare in grado di sostenere il processo di evoluzione positiva e di maturazione mediante un'organizzazione caratterizzata da relazioni stabili, affettivamente significative, uniche e personalizzate, inserite in una rete comunitaria, con modalità di condivisione adeguate alle esigenze dell'età e del livello di maturazione di ciascun soggetto, vivendo con le persone accolte esperienze di vita di relazione anche nel contesto sociale circostante
"Comunità familiare/gruppo appartamento per adulti di tipo familiare"	una comunità familiare educativa residenziale, destinata alla convivenza di un piccolo gruppo di adulti, gestiti da due adulti preferibilmente una figura maschile e una femminile adeguatamente formate. La comunità offre una risposta temporanea alle esigenze abitative e di accoglienza di persone con difficoltà di carattere sociale prive del sostegno familiare, per le quali la permanenza nel nucleo familiare sia valutata temporaneamente o permanentemente impossibile o contrastante con il progetto individuale. L'organizzazione della vita quotidiana deve essere il più possibile simile a quella di una famiglia naturale	garantire agli adulti in stato di difficoltà, di abbandono, di svantaggio, per qualsivoglia motivo esso sia stato originato e/o causato, un contesto di vita familiare in grado di sostenere il processo di evoluzione positiva e di maturazione mediante un'organizzazione caratterizzata da relazioni stabili, affettivamente significative, uniche e personalizzate, inserite in una rete comunitaria, con modalità di condivisione adeguate alle esigenze dell'età e del livello di maturazione di ciascun soggetto, vivendo con le persone accolte esperienze di vita di relazione anche nel contesto sociale circostante
"Comunità familiare/gruppo appartamento per disabili di tipo familiare"	struttura di tipo familiare, che accoglie persone adulte con disabilità prive di nucleo familiare o per le quali la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente o permanentemente impossibilitata. Si caratterizza per la presenza effettiva e permanente di una famiglia o di almeno due adulti, di ambo i sessi, che svolgono funzioni educativo – tutelari	garantire ai disabili in stato di difficoltà, di abbandono, di svantaggio, per qualsivoglia motivo esso sia stato originato e/o causato, un contesto di vita familiare in grado di sostenere il processo di evoluzione positiva e di maturazione mediante un'organizzazione caratterizzata da relazioni stabili, affettivamente significative, uniche e personalizzate, inserite in una rete comunitaria, con modalità di condivisione adeguate alle esigenze dell'età e del livello di maturazione di ciascun soggetto, vivendo con le persone accolte esperienze di vita di relazione anche nel contesto sociale circostante
"Servizio di pronto intervento sociale"	destinatari del Servizio di Pronto Intervento Sociale sono uomini, donne, persone con disabilità o anziani con limitata autonomia ed in condizioni d'improvvisa ed imprevista necessità assistenziale	offrire una risposta concreta a situazioni impreviste ed imprevedibili, per necessità ed interventi richiesti fuori dagli orari di accesso ai consueti servizi d'assistenza sociale. Si tratta di un'accoglienza temporanea che dovrebbe prevedere una risoluzione entro 15 giorni dall'emergenza. Lo spirito del Servizio di Pronto intervento Sociale è offrire una prima risposta di bassa soglia all'emergenza, pertanto non rappresenta un percorso sostitutivo né una via preferenziale di presa in carico
"Progetto individuale per persone con disabilità (art. 14 l.328/2000)	Progetti individuali sono strumenti di progettazione per le persone con disabilità "per realizzare la piena integrazione delle persone disabili ossia di coloro che, ai sensi dell'art. 3 Legge 104/1992, presentano minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, stabilizzate o progressive, che sono causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tali da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione". I Comuni, d'intesa con le Aziende Sanitarie locali, la	Il Progetto Individuale ha lo scopo di realizzare la piena inclusione delle persone con disabilità nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro per garantire la migliore qualità di vita possibile

	famiglia e la persona predispongano Progetti individuali	
"Tutoring domiciliare"	intervento di sostegno educativo, sociale, psicologico rivolto al minore e all'intero nucleo familiare. Sono destinatari del Servizio, quindi, i minori e i loro nuclei familiari	ampliare le competenze socio-relazionali e cognitive dei minori, potenziare le capacità genitoriali dei nuclei di origine e fornire un adeguato "aggancio" con le realtà territoriali tale da garantire un'autonomia sociale di tutta la famiglia intervenendo direttamente nell'ambiente di vita quotidiana del nucleo familiare
"Ludoteca"	servizio rivolto a minori dai 3 ai 10 anni, compresi bambini con disabilità, che necessitano di percorsi di socializzazione e autonomia, nonché di sostegno agli apprendimenti scolastici	favorire lo sviluppo personale del minore, tenendo conto, in particolare, degli aspetti della socializzazione, dell'educazione all'autonomia e alla libertà di scelta, al fine di valorizzare le capacità creative ed espressive del bambino stesso
"Centro di aggregazione per ragazzi e adolescenti"	offerta strutturata di carattere educativo e di animazione, per minori tra gli 11 e 15 anni i cui bisogni afferiscono all'area della prevenzione e si definiscono in termini di socializzazione, accompagnamento scolastico e animazione del tempo libero	fornire " luoghi sicuri" dove proporre attività aggregative a sfondo sociale
"Centro di aggregazione giovanile"	offerta strutturata di carattere educativo e di animazione per giovani dai 16 ai 21 anni	offerta di spazi, di occasioni di incontro e socializzazione positiva
"Centro sociale per anziani"	struttura ricettiva che accoglie tutti gli anziani over 65	promuovere l'inclusione sociale dell'anziano nel territorio e l'integrazione con i servizi offerti dagli altri interlocutori presenti in campo sociale, sanitario, culturale e ricreativo che si occupano di questa fascia di età della popolazione; promuovere autonomia e azioni di inclusione sociale; valorizzare la funzione sociale dell'anziano nella comunità favorendo lo scambio intergenerazionale anche attraverso la promozione di servizi gestiti dagli anziani ad alto valore collettivo (quali il nonno-vigile, gestione di spazi verdi, ecc.)
"Servizio PUA front-office (punto unico d'accesso) e di segretariato sociale"	il Servizio di Segretariato Sociale è rivolto a tutti i cittadini ed ai nuclei familiari che si trovano in difficoltà o hanno bisogno di consulenza e orientamento per l'accesso ai servizi territoriali	riduzione della situazione di rischio e/o di emarginazione sociale (attivazioni servizi e/o prestazioni economiche, borse lavoro, altro); integrazione e collaborazione con i servizi socio-sanitari e del terzo settore (attivazione di un lavoro di rete); collaborazione con l'Autorità Giudiziaria; collaborazione con le istituzioni formative ed occupazionali (scuola, centri per l'impiego, ecc.); interventi di prevenzione, informazione, promozione sociale, sostegno al singolo, alla famiglia e alla collettività; interventi sostitutivi o alternativi alla famiglia (affidamento familiare, adozione)

7.2 Allegato "B". Sintesi priorità di sistema e aree di intervento

Sintesi priorità di sistema

	Obiettivi prioritari	Azioni	Tempistica
Priorità di sistema	Piani di zona	• definizione, adozioni e divulgazione delle Linee guida per l'implementazione dei Piani di zona • definizione del percorso di supporto agli Ambiti territoriali da parte della Regione per l'implementazione dei Piani di zona	2020
	Sistema informativo	• messa a regime e utilizzo del Sistema informativo da parte della Regione, degli Ambiti/Comuni, strutture socioassistenziali	2020
	Collaborazione con il Terzo settore e gli Organismi di volontariato	• attivazione e gestione dei procedimenti di co-programmazione, di co-progettazione e di accreditamento	2022
	Servizio sociale professionale	• promozione per l'implementazione strutturata del servizio sociale professionale a livello degli Ambiti territoriali, in ottemperanza agli standard previsti dai Piani nazionali e regionali	2022
	Segretariato sociale	• potenziare il segretariato sociale promuovendo una copertura adeguata nei territori	2022

Sintesi priorità per aree di intervento

	Obiettivi prioritari	Azioni	Tempistica
Priorità per aree di intervento	Politiche per l'infanzia e l'adolescenza	• promozione e incentivazione all'attivazione e al potenziamento dei servizi per la prima infanzia (nidi d'infanzia e di servizi ad essi integrativi) • promozione e incentivazione all'attivazione e al potenziamento di spazi di gioco di libero accesso per i bambini da 0 a 3 anni • promozione e incentivazione all'attivazione e al potenziamento servizio di ludoteca con percorsi di socializzazione e autonomia nonché di sostegno agli apprendimenti scolastici; • promozione e incentivazione all'attivazione e al potenziamento tutoring domiciliare rivolto ai minori e all'interno nucleo familiare • rafforzamento dell'attività di assistenza educativa domiciliare rivolto a minori a rischio di emarginazione sociale e di devianza • potenziamento dei servizi di cura e recupero psicosociale di minori vittime di maltrattamenti e violenze • rafforzamento delle strutture socioassistenziali a ciclo diurno e residenziale per minori (centri diurni, comunità educative, comunità specialistiche, centri specialistici e centri per minori stranieri non accompagnati, gruppi appartamento) • interventi, le azioni e le attività volte al contrasto alla povertà educativa minorile • servizi di cura e recupero psicosociale di minori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria per disfunzioni della condotta e/o dell'adattamento e sociale • servizi di cura per adolescenti e giovani affetti da disturbi del comportamento o disadattati sociali	2022
	Politiche per la famiglia	• programmazione, l'attivazione e il potenziamento di interventi a sostegno della conciliazione tra responsabilità familiari e partecipazione al mercato del lavoro	2022

		• attivazione e potenziamento dei centri per la famiglia • rafforzamento delle strutture socioassistenziali a ciclo residenziale • promozione di strumenti di incentivazione dell'affidamento familiare per quei minori	
	Politiche a favore dei giovani	• favorire l'incontro tra i giovani considerando l'importanza dei "social" • favorire l'incontro e il confronto intergenerazionale • promuovere nelle scuole e nelle famiglie le esperienze associative presenti nel territorio • promuovere la formazione di giovani • favorire l'inserimento nel mondo del lavoro • realizzazione di programmi finalizzati alla sensibilizzazione di contrasto all'uso di sostanze stupefacenti, al gioco d'azzardo patologio e al bullismo/cyber bullismo • attivare e/o rafforzare azioni, attività e spazi di partecipazione finalizzate al contrasto della povertà educativa, considerando in modo particolare i NEET	2022
	Prevenzione e contrasto alla violenza sulle donne	• promuovere una cultura di contrasto agli stereotipi, alle discriminazioni e ai pregiudizi • promuovere una cultura, che nel rispetto dei generi, stigmatizzi e condanni ogni forma di violenza contro le donne • attivare un sistema di prevenzione e protezione efficace per prevenire e contrastare la violenza contro le donne • promuovere e favorire il lavoro di rete territoriale • attivare misure di sostegno per facilitare il recupero ed il reinserimento • attivare interventi di formazione e reinserimento lavorativo • rilevare le criticità del sistema di protezione e individuare strumenti adeguati al fine di superare la frammentazione • stabilire strategie operative uniformi e condivise a livello regionale • promuovere la condivisione di un linguaggio comune tra quanti a vario titolo si occupano del tema della violenza • contrastare altri fenomeni quali la tratta e la riduzione in schiavitù	2022
	Politiche per le persone con disabilità	• costruire il progetto individuale (art.14 L. 328/00) • sviluppare l'attività di assistenza domiciliare • promuovere l'autonomia mediante programmi personalizzati • sostenere il reinserimento sociale • rafforzare l'attività di supporto in ambito scolastico • sostenere le famiglie che assistono una persona disabile (sostegno economico e buoni servizi - "voucher") • sensibilizzare sulle tematiche della disabilità e sostegno consulenziale ai familiari • attivare potenziare le strutture socioassistenziali a ciclo diurno e residenziale per minori • sviluppare e potenziare il servizio di assistenza domiciliare • attivare i tirocini formativi e/o di inclusione sociale	2022
	Politiche a favore delle persone anziane	• rafforzare e qualificare i servizi di assistenza domiciliare • potenziare i servizi di trasporto • rafforzare le forme di ospitalità temporanea in strutture residenziali per le persone anziane autonome che debbono spostarsi per motivi sanitari o di altro genere per brevi periodi • attivare delle forme di adozione temporanea o definitiva di anziani autosufficienti da parte di famiglie selezionate • sostenere l'invecchiamento attivo in ottemperanza della Legge Regionale 12/2018 • supportare i centri già esistenti nella riorganizzazione degli spazi, nella regolare sanificazione degli ambienti e nella proposta di nuove attività; • sviluppare la creazione di nuovi centri di aggregazione sociale nei Comuni in cui gli stessi non siano presenti, valorizzando la dimensione del rapporto con la comunità locale e organizzando attività funzionali al benessere delle persone.	2022

	Politiche per le persone a rischio di esclusione sociale e in povertà estrema	• accompagnamento e sostegno all'acquisizione della residenza anagrafica • conoscenza delle situazioni dei senza dimora in Calabria e delle eventuali presa in carico del servizio sociale professionale • riqualificazione degli interventi a bassa soglia, incluso il potenziamento delle unità di strada con funzioni di monitoraggio, aggancio ed accompagnamento al sistema dei servizi • sperimentazione, il consolidamento e l'ampliamento dei percorsi di autonomia abitativa con particolare riferimento all'Housing First e all'Housing Led • valorizzazione e potenziamento del lavoro di comunità	2022
	Politiche a favore delle persone in età adulta	*area disabilità psichiatrica* • formazione figure professionali • progetti di deistituzionalizzazione • costruire e sostenere progetti individuali • definire buone prassi di presa in carico integrate • attivazione di assistenza domiciliare • implementare interventi assistenziali a favore dei nuclei familiari di appartenenza delle persone con disabilità psichiatrica *area gioco d'azzardo patologico* • promozione di iniziative di sensibilizzazione sul tema del disturbo da gioco d'azzardo *area dipendenza patologica* • attivazione di forme di sostegno alla famiglia per favorire il procedere del giovane negli studi • forme di assistenza a livello scolastico con la promozione di specifiche attività formative sul tema • attivazione di attività di monitoraggio dell'utilizzo delle droghe sintetiche • promozione di azioni di sostegno educativo, di formazione professionale e di reinserimento lavorativo	2022
	Politiche per l'immigrazione	• promuovere attività di mediazione linguistico-culturale • promuovere varie forme di accoglienza e percorsi specifici di socializzazione per i minori stranieri non accompagnati • sperimentare percorsi e strumenti che facilitino l'accesso alla casa • promuovere percorsi ed attività di inserimento socio-lavorativo • promuovere il confronto interculturale tra cittadini italiani e migranti • facilitare e promuovere la creazione di reti locali per contrastare il fenomeno dello sfruttamento della prostituzione tra le donne immigrate • promuovere, gestire e coordinare attività di progettazione (pubblico-privato) per contrastare la tratta di esseri umani	2022
	Servizi di inserimento al Lavoro	• individuare insieme ai servizi sociali e sociosanitari quali utenti abbiano maturato caratteristiche individuali che li rendano potenzialmente pronti a un inserimento lavorativo; • formare le persone a dotarsi di adeguati "pre-requisiti al lavoro", ovvero a quelle competenze basilari che regolano ogni rapporto lavorativo e lo consentono con successo; • proporre percorsi formativi professionali mirati e personalizzati per ciascuna delle persone prese in carico; • costruire una rete di coop sociali, imprese sociali e imprese 68 con le quali mantengono reti di relazione e collaborazione permanenti e dalle quali raccolgono costantemente richieste di inserimento; • proporre matching mirati di inserimento attraverso un bilancio attitudinale e di competenze degli utenti; • realizzare e promuovere tirocini di prova e selezione con le aziende;	2022

		• formare i lavoratori e i dirigenti di aziende, negozi, ecc., cooperative comprese, per agevolare l'inserimento e monitorano e supportano, anche collaborando con i servizi educativi, sociali e sanitari territoriali, le persone inserite.	

7.3 Allegato "C". I "Livelli essenziali delle prestazioni"

L'art. 22 della Legge 328/00 elenca, al comma 2, gli interventi che costituiscono "i livelli essenziali delle prestazioni sociali" quali:

- misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento;
- misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana;
- interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza;
- misure per il sostegno delle responsabilità familiari, ai sensi dell'articolo 16, per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;
- misure di sostegno alle donne in difficoltà;
- interventi per la piena integrazione delle persone disabili;
- interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare;
- prestazioni integrate di tipo socioeducativo;
- informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto-aiuto.

I livelli essenziali delle prestazioni sono garantiti attraverso l'erogazione dei seguenti servizi:

- segretariato sociale
- servizio sociale professionale
- sostegno economico
- accoglienza familiare e comunità famiglie
- affido familiare
- aiuto familiare
- telesoccorso
- aiuto domiciliare
- centri diurni
- servizi semi residenziali
- centri educativi e occupazionali
- servizi di animazione e aggregazione sociale
- servizi di promozione culturale e per il tempo libero
- servizi di accoglienza residenziale e semiresidenziali
- alloggi assistiti
- comunità alloggio
- altri servizi residenziali previsti dalla programmazione regionale
- altri servizi di aiuto alla persona
- servizi per l'inclusione sociale e contrasto alla povertà

Altro livello essenziale delle prestazioni è riferito all'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E.) di cui al D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159 ed all'art. 25 della legge 328/2000, quale strumento di valutazione, attraverso criteri unificati, della situazione economica di coloro che richiedono prestazioni sociali agevolate.

Legge 8 novembre 2000, n. 328

"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"

pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 265 del 13 novembre 2000 - Supplemento ordinario n. 186

Capo I

PRINCÌPI GENERALI DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI

Art. 1.

(Princìpi generali e finalità)

1. La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione.

2. Ai sensi della presente legge, per "interventi e servizi sociali" si intendono tutte le attività previste dall'articolo 128 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

3. La programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli enti locali, alle regioni ed allo Stato ai sensi del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, e della presente legge, secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali.

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

5. Alla gestione ed all'offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici nonché, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha tra gli scopi anche la promozione della solidarietà sociale, con la valorizzazione delle iniziative delle persone, dei nuclei familiari, delle forme di auto-aiuto e di reciprocità e della solidarietà organizzata.

6. La presente legge promuove la partecipazione attiva dei cittadini, il contributo delle organizzazioni sindacali, delle associazioni sociali e di tutela degli utenti per il raggiungimento dei fini istituzionali di cui al comma 1.

7. Le disposizioni della presente legge costituiscono principi fondamentali ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono, nell'ambito delle competenze loro attribuite, ad adeguare i propri ordinamenti alle disposizioni contenute nella presente legge, secondo quanto previsto dai rispettivi statuti.

Art. 2.

(Diritto alle prestazioni).

1. Hanno diritto di usufruire delle prestazioni e dei servizi del sistema integrato di interventi e servizi sociali i cittadini italiani e, nel rispetto degli accordi internazionali, con le modalità e nei limiti definiti dalle leggi regionali, anche i cittadini di Stati appartenenti all'Unione europea ed i loro familiari, nonchè gli stranieri, individuati ai sensi dell'articolo 41 del testo unico di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286. Ai profughi, agli stranieri ed agli apolidi sono garantite le misure di prima assistenza, di cui all'articolo 129, comma 1, lettera *h)*, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

2. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha carattere di universalità. I soggetti di cui all'articolo 1, comma 3, sono tenuti a realizzare il sistema di cui alla presente legge che garantisce i livelli essenziali di prestazioni, ai sensi dell'articolo 22, e a consentire l'esercizio del diritto soggettivo a beneficiare delle prestazioni economiche di cui all'articolo 24 della presente legge, nonchè delle pensioni sociali di cui all'articolo 26 della legge 30 aprile 1969, n. 153, e successive modificazioni, e degli assegni erogati ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335.

3. I soggetti in condizioni di povertà o 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, nonchè i soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali, accedono prioritariamente ai servizi e alle prestazioni erogati dal sistema integrato di interventi e servizi sociali.

4. I parametri per la valutazione delle condizioni di cui al comma 3 sono definiti dai comuni, sulla base dei criteri generali stabiliti dal Piano nazionale di cui all'articolo 18.

5. Gli erogatori dei servizi e delle prestazioni sono tenuti, ai sensi dell'articolo 8, comma 3, della legge 7 agosto 1990, n. 241, ad informare i destinatari degli stessi sulle diverse prestazioni di cui possono usufruire, sui requisiti per l'accesso e sulle modalità di erogazione per effettuare le scelte più appropriate.

Art. 3.

(Princìpi per la programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali).

1. Per la realizzazione degli interventi e dei servizi sociali, in forma unitaria ed integrata, è adottato il metodo della programmazione degli interventi e delle risorse, dell'operatività per progetti, della verifica sistematica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni, nonchè della valutazione di impatto di genere.

2. I soggetti di cui all'articolo 1, comma 3, provvedono, nell'ambito delle rispettive competenze, alla programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali secondo i seguenti principi:

a) coordinamento ed integrazione con gli interventi sanitari e dell'istruzione nonchè con le politiche attive di formazione, di avviamento e di reinserimento al lavoro;

b) concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali, tra questi ed i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, che partecipano con proprie risorse alla realizzazione della rete, le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative

a livello nazionale nonchè le aziende unità sanitarie locali per le prestazioni socio- sanitarie ad elevata integrazione sanitaria comprese nei livelli essenziali del Servizio sanitario nazionale.

3. I soggetti di cui all'articolo 1, comma 3, per le finalità della presente legge, possono avvalersi degli accordi previsti dall'articolo 2, comma 203, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, anche al fine di garantire un'adeguata partecipazione alle iniziative ed ai finanziamenti dell'Unione europea.

4. I comuni, le regioni e lo Stato promuovono azioni per favorire la pluralità di offerta dei servizi garantendo il diritto di scelta fra gli stessi servizi e per consentire, in via sperimentale, su richiesta degli interessati, l'eventuale scelta di servizi sociali in alternativa alle prestazioni economiche, ad esclusione di quelle di cui all'articolo 24, comma 1, lettera *a),* numeri 1) e 2), della presente legge, nonchè delle pensioni sociali di cui all'articolo 26 della legge 30 aprile 1969, n. 153, e successive modificazioni, e degli assegni erogati ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335.

Art. 4.

(Sistema di finanziamento delle politiche sociali).

1. La realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali si avvale di un finanziamento plurimo a cui concorrono, secondo competenze differenziate e con dotazioni finanziarie afferenti ai rispettivi bilanci, i soggetti di cui all'articolo 1, comma 3.

2. Sono a carico dei comuni, singoli e associati, le spese di attivazione degli interventi e dei servizi sociali a favore della persona e della comunità, fatto salvo quanto previsto ai commi 3 e 5.

3. Le regioni, secondo le competenze trasferite ai sensi dell'articolo 132 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonchè in attuazione della presente legge, provvedono alla ripartizione dei finanziamenti assegnati dallo Stato per obiettivi ed interventi di settore, nonchè, in forma sussidiaria, a cofinanziare interventi e servizi sociali derivanti dai provvedimenti regionali di trasferimento agli enti locali delle materie individuate dal citato articolo 132.

4. Le spese da sostenere da parte dei comuni e delle regioni sono a carico, sulla base dei piani di cui agli articoli 18 e 19, delle risorse loro assegnate del Fondo nazionale per le politiche sociali di cui all'articolo 59, comma 44, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni, nonchè degli autonomi stanziamenti a carico dei propri bilanci.

5. Ai sensi dell'articolo 129 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, competono allo Stato la definizione e la ripartizione del Fondo nazionale per le politiche sociali, la spesa per pensioni, assegni e indennità considerati a carico del comparto assistenziale quali le indennità spettanti agli invalidi civili, l'assegno sociale di cui all'articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335, il reddito minimo di inserimento di cui all'articolo 59, comma 47, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, nonchè eventuali progetti di settore individuati ai sensi del Piano nazionale di cui all'articolo 18 della presente legge.

Art. 5.

(Ruolo del terzo settore).

1. Per favorire l'attuazione del principio di sussidiarietà, gli enti locali, le regioni e lo Stato, nell'ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19, promuovono azioni per il sostegno e la qualificazione dei soggetti operanti nel terzo settore anche attraverso politiche formative ed interventi per l'accesso agevolato al credito ed ai fondi dell'Unione europea.

>tj;2> 2. Ai fini dell'affidamento dei servizi previsti dalla presente legge, gli enti pubblici, fermo restando quanto stabilito dall'articolo 11, promuovono azioni per favorire la trasparenza e la semplificazione amministrativa nonchè il ricorso a forme di aggiudicazione o negoziali che consentano ai soggetti operanti nel terzo settore la piena espressione

della propria progettualità, avvalendosi di analisi e di verifiche che tengano conto della qualità e delle caratteristiche delle prestazioni offerte e della qualificazione del personale.

3. Le regioni, secondo quanto previsto dall'articolo 3, comma 4, e sulla base di un atto di indirizzo e coordinamento del Governo, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con le modalità previste dall'articolo 8, comma 2, della presente legge, adottano specifici indirizzi per regolamentare i rapporti tra enti locali e terzo settore, con particolare riferimento ai sistemi di affidamento dei servizi alla persona.

4. Le regioni disciplinano altresì, sulla base dei principi della presente legge e degli indirizzi assunti con le modalità previste al comma 3, le modalità per valorizzare l'apporto del volontariato nell'erogazione dei servizi.

Capo II

ASSETTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI

Art. 6.

(Funzioni dei comuni)

1. I comuni sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale e concorrono alla programmazione regionale. Tali funzioni sono esercitate dai comuni adottando sul piano territoriale gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa ed al rapporto con i cittadini, secondo le modalità stabilite dalla legge 8 giugno 1990, n. 142, come da ultimo modificata dalla legge 3 agosto 1999, n. 265.

2. Ai comuni, oltre ai compiti già trasferiti a norma del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, ed alle funzioni attribuite ai sensi dell'articolo 132, comma 1, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, spetta, nell'ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19 e secondo la disciplina adottata dalle regioni, l'esercizio delle seguenti attività:

a) programmazione, progettazione, realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, indicazione delle priorità e dei settori di innovazione attraverso la concertazione delle risorse umane e finanziarie locali, con il coinvolgimento dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 5;

b) erogazione dei servizi, delle prestazioni economiche diverse da quelle disciplinate dall'articolo 22, e dei titoli di cui all'articolo 17, nonché delle attività assistenziali già di competenza delle province, con le modalità stabilite dalla legge regionale di cui all'articolo 8, comma 5;

c) autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a gestione pubblica o dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 5, secondo quanto stabilito ai sensi degli articoli 8, comma 3, lettera *f),* e 9, comma 1, lettera *c)*;

d) partecipazione al procedimento per l'individuazione degli ambiti territoriali, di cui all'articolo 8, comma 3, lettera *a)*;

e) definizione dei parametri di valutazione delle condizioni di cui all'articolo 2, comma 3, ai fini della determinazione dell'accesso prioritario alle prestazioni e ai servizi.

3. Nell'esercizio delle funzioni di cui ai commi 1 e 2 i comuni provvedono a:

a) promuovere, nell'ambito del sistema locale dei servizi sociali a rete, risorse delle collettività locali tramite forme innovative di collaborazione per lo sviluppo di interventi di auto-aiuto e per favorire la reciprocità tra cittadini nell'ambito della vita comunitaria;

b) coordinare programmi e attività degli enti che operano nell'ambito di competenza, secondo le modalità fissate dalla regione, tramite collegamenti operativi tra i servizi che realizzano attività volte all'integrazione sociale ed intese con le aziende unità sanitarie locali per le attività socio-sanitarie e per i piani di zona;

c) adottare strumenti per la semplificazione amministrativa e per il controllo di gestione atti a valutare l'efficienza, l'efficacia ed i risultati delle prestazioni, in base alla programmazione di cui al comma 2, lettera *a);*

d) effettuare forme di consultazione dei soggetti di cui all'articolo 1, commi 5 e 6, per valutare la qualità e l'efficacia dei servizi e formulare proposte ai fini della predisposizione dei programmi;

e) garantire ai cittadini i diritti di partecipazione al controllo di qualità dei servizi, secondo le modalità previste dagli statuti comunali.

4. Per i soggetti per i quali si renda necessario il ricovero stabile presso strutture residenziali, il comune nel quale essi hanno la residenza prima del ricovero, previamente informato, assume gli obblighi connessi all'eventuale integrazione economica.

Art. 7.

(Funzioni delle province)

1. Le province concorrono alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali per i compiti previsti dall'articolo 15 della legge 8 giugno 1990, n. 142, nonché dall'articolo 132 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, secondo le modalità definite dalle regioni che disciplinano il ruolo delle province in ordine:

a) alla raccolta delle conoscenze e dei dati sui bisogni e sulle risorse rese disponibili dai comuni e da altri soggetti istituzionali presenti in ambito provinciale per concorrere all'attuazione del sistema informativo dei servizi sociali;

b) all'analisi dell'offerta assistenziale per promuovere approfondimenti mirati sui fenomeni sociali più rilevanti in ambito provinciale fornendo, su richiesta dei comuni e degli enti locali interessati, il supporto necessario per il coordinamento degli interventi territoriali;

c) alla promozione, d'intesa con i comuni, di iniziative di formazione, con particolare riguardo alla formazione professionale di base e all'aggiornamento;

d) alla partecipazione alla definizione e all'attuazione dei piani di zona.

Art. 8.

(Funzioni delle regioni)

1. Le regioni esercitano le funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali nonché di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale e disciplinano l'integrazione degli interventi stessi, con particolare riferimento all'attività sanitaria e socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria di cui all'articolo 2, comma 1, lettera *n),* della legge 30 novembre 1998, n. 419.

2. Allo scopo di garantire il costante adeguamento alle esigenze delle comunità locali, le regioni programmano gli interventi sociali secondo le indicazioni di cui all'articolo 3, commi 2 e 5, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, promuovendo, nell'ambito delle rispettive competenze, modalità di collaborazione e azioni coordinate con gli enti locali, adottando strumenti e procedure di raccordo e di concertazione, anche permanenti, per dare luogo a forme di cooperazione. Le regioni provvedono altresì alla consultazione dei soggetti di cui agli articoli 1, commi 5 e 6, e 10 della presente legge.

3. Alle regioni, nel rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, spetta in particolare l'esercizio delle seguenti funzioni:

a) determinazione, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, tramite le forme di concertazione con gli enti locali interessati, degli ambiti territoriali, delle modalità e degli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete. Nella determinazione degli ambiti territoriali, le regioni prevedono incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti territoriali di norma coincidenti con i distretti sanitari già operanti per le prestazioni sanitarie, destinando allo scopo una quota delle complessive risorse regionali destinate agli interventi previsti dalla presente legge;

b) definizione di politiche integrate in materia di interventi sociali, ambiente, sanità, istituzioni scolastiche, avviamento al lavoro e reinserimento nelle attività lavorative, servizi del tempo libero, trasporti e comunicazioni;

c) promozione e coordinamento delle azioni di assistenza tecnica per la istituzione e la gestione degli interventi sociali da parte degli enti locali;

d) promozione della sperimentazione di modelli innovativi di servizi in grado di coordinare le risorse umane e finanziarie presenti a livello locale e di collegarsi altresì alle esperienze effettuate a livello europeo;

e) promozione di metodi e strumenti per il controllo di gestione atti a valutare l'efficacia e l'efficienza dei servizi ed i risultati delle azioni previste;

f) definizione, sulla base dei requisiti minimi fissati dallo Stato, dei criteri per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture e dei servizi a gestione pubblica o dei soggetti di cui all'articolo 1, commi 4 e 5;

g) istituzione, secondo le modalità definite con legge regionale, sulla base di indicatori oggettivi di qualità, di registri dei soggetti autorizzati all'esercizio delle attività disciplinate dalla presente legge;

h) definizione dei requisiti di qualità per la gestione dei servizi e per la erogazione delle prestazioni;

i) definizione dei criteri per la concessione dei titoli di cui all'articolo 17 da parte dei comuni, secondo i criteri generali adottati in sede nazionale;

l) definizione dei criteri per la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni, sulla base dei criteri determinati ai sensi dell'articolo 18, comma 3, lettera *g)*;

m) predisposizione e finanziamento dei piani per la formazione e l'aggiornamento del personale addetto alle attività sociali;

n) determinazione dei criteri per la definizione delle tariffe che i comuni sono tenuti a corrispondere ai soggetti accreditati;

o) esercizio dei poteri sostitutivi, secondo le modalità indicate dalla legge regionale di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nei confronti degli enti locali inadempienti rispetto a quanto stabilito dagli articoli 6, comma 2, lettere *a)*, *b)* e *c)*, e 19.

4. Fermi restando i principi di cui alla legge 7 agosto 1990, n. 241, le regioni disciplinano le procedure amministrative, le modalità per la presentazione dei reclami da parte degli utenti delle prestazioni sociali e l'eventuale istituzione di uffici di tutela degli utenti stessi che assicurino adeguate forme di indipendenza nei confronti degli enti erogatori.

5. La legge regionale di cui all'articolo 132 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, disciplina il trasferimento ai comuni o agli enti locali delle funzioni indicate dal regio decreto - legge 8 maggio 1927, n. 798, convertito dalla legge 6 dicembre 1928, n. 2838, e dal decreto-legge 18 gennaio 1993, n. 9, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 marzo

1993, n. 67. Con la medesima legge, le regioni disciplinano, con le modalità stabilite dall'articolo 3 del citato decreto legislativo n. 112 del 1998, il trasferimento ai comuni e agli enti locali delle risorse umane, finanziarie e patrimoniali per assicurare la copertura degli oneri derivanti dall'esercizio delle funzioni sociali trasferite utilizzate alla data di entrata in vigore della presente legge per l'esercizio delle funzioni stesse.

Art. 9.

(Funzioni dello Stato)

1. Allo Stato spetta l'esercizio delle funzioni di cui all'articolo 129 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché dei poteri di indirizzo e coordinamento e di regolazione delle politiche sociali per i seguenti aspetti:

a) determinazione dei principi e degli obiettivi della politica sociale attraverso il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali di cui all'articolo 18;

b) individuazione dei livelli essenziali ed uniformi delle prestazioni, comprese le funzioni in materia assistenziale, svolte per minori ed adulti dal Ministero della giustizia, all'interno del settore penale;

c) fissazione dei requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale; previsione di requisiti specifici per le comunità di tipo familiare con sede nelle civili abitazioni;

d) determinazione dei requisiti e dei profili professionali in materia di professioni sociali, nonché dei requisiti di accesso e di durata dei percorsi formativi;

e) esercizio dei poteri sostitutivi in caso di riscontrata inadempienza delle regioni, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, e dell'articolo 5 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112;

f) ripartizione delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali secondo i criteri stabiliti dall'articolo 20, comma 7.

2. Le competenze statali di cui al comma 1, lettere *b)* e *c)*, del presente articolo sono esercitate sentita la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281; le restanti competenze sono esercitate secondo i criteri stabiliti dall'articolo 129, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

Art. 10.

(Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza)

1. Il Governo è delegato ad emanare, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, un decreto legislativo recante una nuova disciplina delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) di cui alla legge 17 luglio 1890, n. 6972, e successive modificazioni, sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) definire l'inserimento delle IPAB che operano in campo socio-assistenziale nella programmazione regionale del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui all'articolo 22, prevedendo anche modalità per la partecipazione alla programmazione, secondo quanto previsto dall'articolo 3, comma 2, lettera *b);*

b) prevedere, nell'ambito del riordino della disciplina, la trasformazione della forma giuridica delle IPAB al fine di garantire l'obiettivo di un'efficace ed efficiente gestione, assicurando autonomia statutaria, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica compatibile con il mantenimento della personalità giuridica pubblica;

c) prevedere l'applicazione ai soggetti di cui alla lettera *b)*:

1) di un regime giuridico del personale di tipo privatistico e di forme contrattuali coerenti con la loro autonomia;

2) di forme di controllo relative all'approvazione degli statuti, dei bilanci annuali e pluriennali, delle spese di gestione del patrimonio in materia di investimenti, delle alienazioni, cessioni e permute, nonché di forme di verifica dei risultati di gestione, coerenti con la loro autonomia;

d) prevedere la possibilità della trasformazione delle IPAB in associazioni o in fondazioni di diritto privato fermo restando il rispetto dei vincoli posti dalle tavole di fondazione e dagli statuti, tenuto conto della normativa vigente che regolamenta la trasformazione dei fini e la privatizzazione delle IPAB, nei casi di particolari condizioni statutarie e patrimoniali;

e) prevedere che le IPAB che svolgono esclusivamente attività di amministrazione del proprio patrimonio adeguino gli statuti, entro due anni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo, nel rispetto delle tavole di fondazione, a principi di efficienza, efficacia e trasparenza ai fini del potenziamento dei servizi; prevedere che negli statuti siano inseriti appositi strumenti di verifica della attività di amministrazione dei patrimoni;

f) prevedere linee di indirizzo e criteri che incentivino l'accorpamento e la fusione delle IPAB ai fini della loro riorganizzazione secondo gli indirizzi di cui alle lettere *b)* e *c)*;

g) prevedere la possibilità di separare la gestione dei servizi da quella dei patrimoni garantendo comunque la finalizzazione degli stessi allo sviluppo e al potenziamento del sistema integrato di interventi e servizi sociali;

h) prevedere la possibilità di scioglimento delle IPAB nei casi in cui, a seguito di verifica da parte delle regioni o degli enti locali, risultino essere inattive nel campo sociale da almeno due anni ovvero risultino esaurite le finalità previste nelle tavole di fondazione o negli statuti; salvaguardare, nel caso di scioglimento delle IPAB, l'effettiva destinazione dei patrimoni alle stesse appartenenti, nel rispetto degli interessi originari e delle tavole di fondazione o, in mancanza di disposizioni specifiche nelle stesse, a favore, prioritariamente, di altre IPAB del territorio o dei comuni territorialmente competenti, allo scopo di promuovere e potenziare il sistema integrato di interventi e servizi sociali;

i) esclusione di nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

2. Sullo schema di decreto legislativo di cui al comma 1 sono acquisiti i pareri della Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e delle rappresentanze delle IPAB. Lo schema di decreto legislativo è successivamente trasmesso alle Camere per l'espressione del parere da parte delle competenti Commissioni parlamentari, che si pronunciano entro trenta giorni dalla data di assegnazione.

3. Le regioni adeguano la propria disciplina ai principi del decreto legislativo di cui al comma 1 entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del medesimo decreto legislativo.

Art. 11.

(Autorizzazione e accreditamento)

1. I servizi e le strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a gestione pubblica o dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 5, sono autorizzati dai comuni. L'autorizzazione è rilasciata in conformità ai requisiti stabiliti dalla legge regionale, che recepisce e integra, in relazione alle esigenze locali, i requisiti minimi nazionali determinati ai sensi dell'articolo 9, comma 1, lettera *c)*, con decreto del Ministro per la solidarietà sociale, sentiti i Ministri interessati e la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

2. I requisiti minimi nazionali trovano immediata applicazione per servizi e strutture di nuova istituzione; per i servizi e le strutture operanti alla data di entrata in vigore della presente legge, i comuni provvedono a concedere autorizzazioni provvisorie, prevedendo l'adeguamento ai requisiti regionali e nazionali nel termine stabilito da ciascuna regione e in ogni caso non oltre il termine di cinque anni.

3. I comuni provvedono all'accreditamento, ai sensi dell'articolo 6, comma 2, lettera *c)*, e corrispondono ai soggetti accreditati tariffe per le prestazioni erogate nell'ambito della programmazione regionale e locale sulla base delle determinazioni di cui all'articolo 8, comma 3, lettera *n)*.

4. Le regioni, nell'ambito degli indirizzi definiti dal Piano nazionale ai sensi dell'articolo 18, comma 3, lettera *e)*, disciplinano le modalità per il rilascio da parte dei comuni ai soggetti di cui all'articolo 1, comma 5, delle autorizzazioni alla erogazione di servizi sperimentali e innovativi, per un periodo massimo di tre anni, in deroga ai requisiti di cui al comma 1. Le regioni, con il medesimo provvedimento di cui al comma 1, definiscono gli strumenti per la verifica dei risultati.

Art. 12.

(Figure professionali sociali)

1. Con decreto del Ministro per la solidarietà sociale, da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, di concerto con i Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale, della pubblica istruzione e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sulla base dei criteri e dei parametri individuati dalla Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, ai sensi dell'articolo 129, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sono definiti i profili professionali delle figure professionali sociali.

2. Con regolamento del Ministro per la solidarietà sociale, da emanare di concerto con i Ministri della sanità e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definiti:

a) le figure professionali di cui al comma 1 da formare con i corsi di laurea di cui all'articolo 6 del regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, adottato con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509;

b) le figure professionali di cui al comma 1 da formare in corsi di formazione organizzati dalle regioni, nonché i criteri generali riguardanti i requisiti per l'accesso, la durata e l'ordinamento didattico dei medesimi corsi di formazione;

c) i criteri per il riconoscimento e la equiparazione dei profili professionali esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge.

3. Gli ordinamenti didattici dei corsi di laurea di cui al comma 2, lettera *a)*, sono definiti dall'università ai sensi dell'articolo 11 del citato regolamento adottato con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509.

4. Restano ferme le disposizioni di cui all'articolo 3-*octies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'articolo 3 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, relative ai profili professionali dell'area socio-sanitaria ad

elevata integrazione socio-sanitaria.

5. Ai sensi del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni, con decreto dei Ministri per la solidarietà sociale, del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e per la funzione pubblica, da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono individuate, per le figure professionali sociali, le modalità di accesso alla dirigenza, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

6. Le risorse economiche per finanziare le iniziative di cui al comma 2 sono reperite dalle amministrazioni responsabili delle attività formative negli stanziamenti previsti per i programmi di formazione, avvalendosi anche del concorso del Fondo sociale europeo e senza oneri aggiuntivi a carico dello Stato.

Art. 13.

(Carta dei servizi sociali)

1. Al fine di tutelare le posizioni soggettive degli utenti, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la solidarietà sociale, d'intesa con i Ministri interessati, è adottato lo schema generale di riferimento della carta dei servizi sociali. Entro sei mesi dalla pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, ciascun ente erogatore di servizi adotta una carta dei servizi sociali ed è tenuto a darne adeguata pubblicità agli utenti.

2. Nella carta dei servizi sociali sono definiti i criteri per l'accesso ai servizi, le modalità del relativo funzionamento, le condizioni per facilitarne le valutazioni da parte degli utenti e dei soggetti che rappresentano i loro diritti, nonché le procedure per assicurare la tutela degli utenti. Al fine di tutelare le posizioni soggettive e di rendere immediatamente esigibili i diritti soggettivi riconosciuti, la carta dei servizi sociali, ferma restando la tutela per via giurisdizionale, prevede per gli utenti la possibilità di attivare ricorsi nei confronti dei responsabili preposti alla gestione dei servizi.

3. L'adozione della carta dei servizi sociali da parte degli erogatori delle prestazioni e dei servizi sociali costituisce requisito necessario ai fini dell'accreditamento.

Capo III

DISPOSIZIONI PER LA REALIZZAZIONE DI PARTICOLARI INTERVENTI DI INTEGRAZIONE E SOSTEGNO SOCIALE

Art. 14.

(Progetti individuali per le persone disabili)

1. Per realizzare la piena integrazione delle persone disabili di cui all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro, i comuni, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, predispongono, su richiesta dell'interessato, un progetto individuale, secondo quanto stabilito al comma 2.

2. Nell'ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19, il progetto individuale comprende, oltre alla valutazione diagnostico-funzionale, le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del Servizio sanitario nazionale, i servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale. Nel progetto individuale sono definiti le potenzialità e gli eventuali sostegni per il nucleo familiare.

3. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono definite, nel rispetto dei principi di tutela della riservatezza previsti dalla normativa vigente, le modalità per indicare nella tessera sanitaria, su richiesta dell'interessato, i dati relativi alle condizioni di non autosufficienza o di dipendenza per facilitare la persona disabile nell'accesso ai servizi ed alle prestazioni sociali.

Art. 15.

(Sostegno domiciliare per le persone anziane non autosufficienti)

1. Ferme restando le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, per le patologie acute e croniche, particolarmente per i soggetti non autosufficienti, nell'ambito del Fondo nazionale per le politiche sociali il Ministro per la solidarietà sociale, con proprio decreto, emanato di concerto con i Ministri della sanità e per le pari opportunità, sentita la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, determina annualmente la quota da riservare ai servizi a favore delle persone anziane non autosufficienti, per favorirne l'autonomia e sostenere il nucleo familiare nell'assistenza domiciliare alle persone anziane che ne fanno richiesta.

2. Il Ministro per la solidarietà sociale, con il medesimo decreto di cui al comma 1, stabilisce annualmente le modalità di ripartizione dei finanziamenti in base a criteri ponderati per quantità di popolazione, classi di età e incidenza degli anziani, valutando altresì la posizione delle regioni e delle province autonome in rapporto ad indicatori nazionali di non autosufficienza e di reddito. In sede di prima applicazione della presente legge, il decreto di cui al comma 1 è emanato entro novanta giorni dalla data della sua entrata in vigore.

3. Una quota dei finanziamenti di cui al comma 1 è riservata ad investimenti e progetti integrati tra assistenza e sanità, realizzati in rete con azioni e programmi coordinati tra soggetti pubblici e privati, volti a sostenere e a favorire l'autonomia delle persone anziane e la loro permanenza nell'ambiente familiare secondo gli indirizzi indicati dalla presente legge. In sede di prima applicazione della presente legge le risorse individuate ai sensi del comma 1 sono finalizzate al potenziamento delle attività di assistenza domiciliare integrata.

4. Entro il 30 giugno di ogni anno le regioni destinatarie dei finanziamenti di cui al comma 1 trasmettono una relazione al Ministro per la solidarietà sociale e al Ministro della sanità in cui espongono lo stato di attuazione degli interventi e gli obiettivi conseguiti nelle attività svolte ai sensi del presente articolo, formulando anche eventuali proposte per interventi innovativi. Qualora una o più regioni non provvedano all'impegno contabile delle quote di competenza entro i tempi indicati nel riparto di cui al comma 2, il Ministro per la solidarietà sociale, di concerto con il Ministro della sanità, sentita la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, provvede alla rideterminazione e riassegnazione dei finanziamenti alle regioni.

Art. 16.

(Valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari)

1. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali riconosce e sostiene il ruolo peculiare delle famiglie nella formazione e nella cura della persona, nella promozione del benessere e nel perseguimento della coesione sociale; sostiene e valorizza i molteplici compiti che le famiglie svolgono sia nei momenti critici e di disagio, sia nello sviluppo della vita quotidiana; sostiene la cooperazione, il mutuo aiuto e l'associazionismo delle famiglie; valorizza il ruolo attivo delle famiglie nella formazione di proposte e di progetti per l'offerta dei servizi e nella valutazione dei medesimi. Al fine di migliorare la qualità e l'efficienza degli interventi, gli operatori coinvolgono e responsabilizzano le persone e le famiglie nell'ambito dell'organizzazione dei servizi.

2. I livelli essenziali delle prestazioni sociali erogabili nel territorio nazionale, di cui all'articolo 22, e i progetti obiettivo, di cui all'articolo 18, comma 3, lettera *b)*, tengono conto dell'esigenza di favorire le relazioni, la corresponsabilità e la

solidarietà fra generazioni, di sostenere le responsabilità genitoriali, di promuovere le pari opportunità e la condivisione di responsabilità tra donne e uomini, di riconoscere l'autonomia di ciascun componente della famiglia.

3. Nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali hanno priorità:

a) l'erogazione di assegni di cura e altri interventi a sostegno della maternità e della paternità responsabile, ulteriori rispetto agli assegni e agli interventi di cui agli articoli 65 e 66 della legge 23 dicembre 1998, n. 448, alla legge 6 dicembre 1971, n. 1044, e alla legge 28 agosto 1997, n. 285, da realizzare in collaborazione con i servizi sanitari e con i servizi socio - educativi della prima infanzia;

b) politiche di conciliazione tra il tempo di lavoro e il tempo di cura, promosse anche dagli enti locali ai sensi della legislazione vigente;

c) servizi formativi ed informativi di sostegno alla genitorialità, anche attraverso la promozione del mutuo aiuto tra le famiglie;

d) prestazioni di aiuto e sostegno domiciliare, anche con benefici di carattere economico, in particolare per le famiglie che assumono compiti di accoglienza, di cura di disabili fisici, psichici e sensoriali e di altre persone in difficoltà, di minori in affidamento, di anziani;

e) servizi di sollievo, per affiancare nella responsabilità del lavoro di cura la famiglia, ed in particolare i componenti più impegnati nell'accudimento quotidiano delle persone bisognose di cure particolari ovvero per sostituirli nelle stesse responsabilità di cura durante l'orario di lavoro;

f) servizi per l'affido familiare, per sostenere, con qualificati interventi e percorsi formativi, i compiti educativi delle famiglie interessate.

4. Per sostenere le responsabilità individuali e familiari e agevolare l'autonomia finanziaria di nuclei monoparentali, di coppie giovani con figli, di gestanti in difficoltà, di famiglie che hanno a carico soggetti non autosufficienti con problemi di grave e temporanea difficoltà economica, di famiglie di recente immigrazione che presentino gravi difficoltà di inserimento sociale, nell'ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19, i comuni, in alternativa a contributi assistenziali in denaro, possono concedere prestiti sull'onore, consistenti in finanziamenti a tasso zero secondo piani di restituzione concordati con il destinatario del prestito. L'onere dell'interesse sui prestiti è a carico del comune; all'interno del Fondo nazionale per le politiche sociali è riservata una quota per il concorso alla spesa destinata a promuovere il prestito sull'onore in sede locale.

5. I comuni possono prevedere agevolazioni fiscali e tariffarie rivolte alle famiglie con specifiche responsabilità di cura. I comuni possono, altresì, deliberare ulteriori riduzioni dell'aliquota dell'imposta comunale sugli immobili (ICI) per la prima casa, nonché tariffe ridotte per l'accesso a più servizi educativi e sociali.

6. Con la legge finanziaria per il 2001 sono determinate misure fiscali di agevolazione per le spese sostenute per la tutela e la cura dei componenti del nucleo familiare non autosufficienti o disabili. Ulteriori risorse possono essere attribuite per la realizzazione di tali finalità in presenza di modifiche normative comportanti corrispondenti riduzioni nette permanenti del livello della spesa di carattere corrente.

Art. 17.

(Titoli per l'acquisto di servizi sociali)

1. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, i comuni possono prevedere la concessione, su richiesta dell'interessato, di titoli validi per l'acquisto di servizi sociali dai soggetti accreditati del sistema integrato di interventi e

servizi sociali ovvero come sostitutivi delle prestazioni economiche diverse da quelle correlate al minimo vitale previste dall'articolo 24, comma 1, lettera *a),* numeri 1) e 2), della presente legge, nonché dalle pensioni sociali di cui all'articolo 26 della legge 30 aprile 1969, n. 153, e successive modificazioni, e dagli assegni erogati ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335.

2. Le regioni, in attuazione di quanto stabilito ai sensi dell'articolo 18, comma 3, lettera *i),* disciplinano i criteri e le modalità per la concessione dei titoli di cui al comma 1 nell'ambito di un percorso assistenziale attivo per la integrazione o la reintegrazione sociale dei soggetti beneficiari, sulla base degli indirizzi del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali.

Capo IV

STRUMENTI PER FAVORIRE IL RIORDINO DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI

Art. 18.

(Piano nazionale e piani regionali degli interventi e dei servizi sociali)

1. Il Governo predispone ogni tre anni il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali, di seguito denominato "Piano nazionale", tenendo conto delle risorse finanziarie individuate ai sensi dell'articolo 4 nonché delle risorse ordinarie già destinate alla spesa sociale dagli enti locali.

2. Il Piano nazionale è adottato previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la solidarietà sociale, sentiti i Ministri interessati. Sullo schema di piano sono acquisiti l'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nonché i pareri degli enti e delle associazioni nazionali di promozione sociale di cui all'articolo 1, comma 1, lettere *a)* e *b),* della legge 19 novembre 1987, n. 476, e successive modificazioni, maggiormente rappresentativi, delle associazioni di rilievo nazionale che operano nel settore dei servizi sociali, delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale e delle associazioni di tutela degli utenti. Lo schema di piano è successivamente trasmesso alle Camere per l'espressione del parere da parte delle competenti Commissioni parlamentari, che si pronunciano entro trenta giorni dalla data di assegnazione.

3. Il Piano nazionale indica:

a) le caratteristiche ed i requisiti delle prestazioni sociali comprese nei livelli essenziali previsti dall'articolo 22;

b) le priorità di intervento attraverso l'individuazione di progetti obiettivo e di azioni programmate, con particolare riferimento alla realizzazione di percorsi attivi nei confronti delle persone in condizione di povertà o di difficoltà psico-fisica;

c) le modalità di attuazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e le azioni da integrare e coordinare con le politiche sanitarie, dell'istruzione, della formazione e del lavoro;

d) gli indirizzi per la diffusione dei servizi di informazione al cittadino e alle famiglie;

e) gli indirizzi per le sperimentazioni innovative, comprese quelle indicate dall'articolo 3, comma 4, e per le azioni di promozione della concertazione delle risorse umane, economiche, finanziarie, pubbliche e private, per la costruzione di reti integrate di interventi e servizi sociali;

f) gli indicatori ed i parametri per la verifica dei livelli di integrazione sociale effettivamente assicurati in rapporto a quelli previsti nonché gli indicatori per la verifica del rapporto costi - benefici degli interventi e dei servizi sociali;

g) i criteri generali per la disciplina del concorso al costo dei servizi sociali da parte degli utenti, tenuto conto dei principi stabiliti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109;

h) i criteri generali per la determinazione dei parametri di valutazione delle condizioni di cui all'articolo 2, comma 3;

i) gli indirizzi ed i criteri generali per la concessione dei prestiti sull'onore di cui all'articolo 16, comma 4, e dei titoli di cui all'articolo 17;

l) gli indirizzi per la predisposizione di interventi e servizi sociali per le persone anziane non autosufficienti e per i soggetti disabili, in base a quanto previsto dall'articolo 14;

m) gli indirizzi relativi alla formazione di base e all'aggiornamento del personale;

n) i finanziamenti relativi a ciascun anno di vigenza del Piano nazionale in coerenza con i livelli essenziali previsti dall'articolo 22, secondo parametri basati sulla struttura demografica, sui livelli di reddito e sulle condizioni occupazionali della popolazione;

o) gli indirizzi per la predisposizione di programmi integrati per obiettivi di tutela e qualità della vita rivolti ai minori, ai giovani e agli anziani, per il sostegno alle responsabilità familiari, anche in riferimento all'obbligo scolastico, per l'inserimento sociale delle persone con disabilità e limitazione dell'autonomia fisica e psichica, per l'integrazione degli immigrati, nonché per la prevenzione, il recupero e il reinserimento dei tossicodipendenti e degli alcoldipendenti.

4. Il primo Piano nazionale è adottato entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

5. Il Ministro per la solidarietà sociale predispone annualmente una relazione al Parlamento sui risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano nazionale, con particolare riferimento ai costi e all'efficacia degli interventi, e fornisce indicazioni per l'ulteriore programmazione. La relazione indica i risultati conseguiti nelle regioni in attuazione dei piani regionali. La relazione dà conto altresì dei risultati conseguiti nei servizi sociali con l'utilizzo dei finanziamenti dei fondi europei, tenuto conto dei dati e delle valutazioni forniti dal Ministro del lavoro e della previdenza sociale.

6. Le regioni, nell'esercizio delle funzioni conferite dagli articoli 131 e 132 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, e dalla presente legge, in relazione alle indicazioni del Piano nazionale di cui al comma 3 del presente articolo, entro centoventi giorni dall'adozione del Piano stesso adottano nell'ambito delle risorse disponibili, ai sensi dell'articolo 4, attraverso forme di intesa con i comuni interessati ai sensi dell'articolo 3 della legge 8 giugno 1990, n. 142, e successive modificazioni, il piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, provvedendo in particolare all'integrazione socio-sanitaria in coerenza con gli obiettivi del piano sanitario regionale, nonché al coordinamento con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro.

Art. 19.

(Piano di zona)

1. I comuni associati, negli ambiti territoriali di cui all'articolo 8, comma 3, lettera *a),* a tutela dei diritti della popolazione, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, provvedono, nell'ambito delle risorse disponibili, ai sensi dell'articolo 4, per gli interventi sociali e socio-sanitari, secondo le indicazioni del piano regionale di cui all'articolo 18, comma 6, a definire il piano di zona, che individua:

a) gli obiettivi strategici e le priorità di intervento nonché gli strumenti e i mezzi per la relativa realizzazione;

b) le modalità organizzative dei servizi, le risorse finanziarie, strutturali e professionali, i requisiti di qualità in relazione alle disposizioni regionali adottate ai sensi dell'articolo 8, comma 3, lettera *h)*;

c) le forme di rilevazione dei dati nell'ambito del sistema informativo di cui all'articolo 21;

d) le modalità per garantire l'integrazione tra servizi e prestazioni;

e) le modalità per realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali, con particolare riferimento all'amministrazione penitenziaria e della giustizia;

f) le modalità per la collaborazione dei servizi territoriali con i soggetti operanti nell'ambito della solidarietà sociale a livello locale e con le altre risorse della comunità;

g) le forme di concertazione con l'azienda unità sanitaria locale e con i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4.

2. Il piano di zona, di norma adottato attraverso accordo di programma, ai sensi dell'articolo 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142, e successive modificazioni, è volto a:

a) favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando in particolare le risorse locali di solidarietà e di auto-aiuto, nonché a responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi;

b) qualificare la spesa, attivando risorse, anche finanziarie, derivate dalle forme di concertazione di cui al comma 1, lettera *g)*;

c) definire criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun comune, delle aziende unità sanitarie locali e degli altri soggetti firmatari dell'accordo, prevedendo anche risorse vincolate per il raggiungimento di particolari obiettivi;

d) prevedere iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi.

3. All'accordo di programma di cui al comma 2, per assicurare l'adeguato coordinamento delle risorse umane e finanziarie, partecipano i soggetti pubblici di cui al comma 1 nonché i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, e all'articolo 10, che attraverso l'accreditamento o specifiche forme di concertazione concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali previsto nel piano.

Art. 20.

(Fondo nazionale per le politiche sociali)

1. Per la promozione e il raggiungimento degli obiettivi di politica sociale, lo Stato ripartisce le risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali.

2. Per le finalità della presente legge il Fondo di cui al comma 1 è incrementato di lire 106.700 milioni per l'anno 2000, di lire 761.500 milioni per l'anno 2001 e di lire 922.500 milioni a decorrere dall'anno 2002. Al relativo onere si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2000-2002, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente "Fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica per l'anno 2000, allo scopo utilizzando quanto a lire 56.700 milioni per l'anno 2000, a lire 591.500 milioni per l'anno 2001 e a lire 752.500 milioni per l'anno 2002, l'accantonamento relativo al Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica; quanto a lire 50.000 milioni per l'anno 2000 e a lire 149.000 milioni per ciascuno degli anni 2001 e 2002, l'accantonamento relativo al Ministero della pubblica istruzione; quanto a lire 1.000 milioni per ciascuno degli anni 2001 e 2002, le proiezioni dell'accantonamento relativo al Ministero dell'interno; quanto a lire 20.000 milioni per ciascuno degli anni 2001 e 2002, le proiezioni dell'accantonamento relativo al Ministero del commercio con l'estero.

3. Il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

4. La definizione dei livelli essenziali di cui all'articolo 22 è effettuata contestualmente a quella delle risorse da assegnare al Fondo nazionale per le politiche sociali tenuto conto delle risorse ordinarie destinate alla spesa sociale dalle regioni e dagli enti locali, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica dal Documento di programmazione economico-finanziaria.

5. Con regolamento, da emanare ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, il Governo provvede a disciplinare modalità e procedure uniformi per la ripartizione delle risorse finanziarie confluite nel Fondo di cui al comma 1 ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) razionalizzare e armonizzare le procedure medesime ed evitare sovrapposizioni e diseconomie nell'allocazione delle risorse;

b) prevedere quote percentuali di risorse aggiuntive a favore dei comuni associati ai sensi dell'articolo 8, comma 3, lettera *a);*

c) garantire che gli stanziamenti a favore delle regioni e degli enti locali costituiscano quote di cofinanziamento dei programmi e dei relativi interventi e prevedere modalità di accertamento delle spese al fine di realizzare un sistema di progressiva perequazione della spesa in ambito nazionale per il perseguimento degli obiettivi del Piano nazionale;

d) prevedere forme di monitoraggio, verifica e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati degli interventi, nonché modalità per la revoca dei finanziamenti in caso di mancato impegno da parte degli enti destinatari entro periodi determinati;

e) individuare le norme di legge abrogate dalla data di entrata in vigore del regolamento.

6. Lo schema di regolamento di cui al comma 5, previa deliberazione preliminare del Consiglio dei ministri, acquisito il parere della Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, è trasmesso successivamente alle Camere per l'espressione del parere da parte delle competenti Commissioni parlamentari, che si pronunciano entro trenta giorni dalla data di assegnazione. Decorso inutilmente tale termine, il regolamento può essere emanato.

7. Il Ministro per la solidarietà sociale, sentiti i Ministri interessati, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, provvede, con proprio decreto, annualmente alla ripartizione delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, tenuto conto della quota riservata di cui all'articolo 15, sulla base delle linee contenute nel Piano nazionale e dei parametri di cui all'articolo 18, comma 3, lettera *n).* In sede di prima applicazione della presente legge, entro novanta giorni dalla data della sua entrata in vigore, il Ministro per la solidarietà sociale, sentiti i Ministri interessati, d'intesa con la Conferenza unificata di cui al citato articolo 8 del decreto legislativo n. 281 del 1997, adotta il decreto di cui al presente comma sulla base dei parametri di cui all'articolo 18, comma 3, lettera *n).* La ripartizione garantisce le risorse necessarie per l'adempimento delle prestazioni di cui all'articolo 24.

8. A decorrere dall'anno 2002 lo stanziamento complessivo del Fondo nazionale per le politiche sociali è determinato dalla legge finanziaria con le modalità di cui all'articolo 11, comma 3, lettera *d),* della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni, assicurando comunque la copertura delle prestazioni di cui all'articolo 24 della presente legge.

9. Alla data di entrata in vigore del decreto legislativo di cui all'articolo 24, confluiscono con specifica finalizzazione nel Fondo nazionale per le politiche sociali anche le risorse finanziarie destinate al finanziamento delle prestazioni individuate dal medesimo decreto legislativo.

10. Al Fondo nazionale per le politiche sociali affluiscono, altresì, somme derivanti da contributi e donazioni eventualmente disposti da privati, enti, fondazioni, organizzazioni, anche internazionali, da organismi dell'Unione europea, che sono versate all'entrata del bilancio dello Stato per essere assegnate al citato Fondo nazionale.

11. Qualora le regioni ed i comuni non provvedano all'impegno contabile della quota non specificamente finalizzata ai sensi del comma 9 delle risorse ricevute nei tempi indicati dal decreto di riparto di cui al comma 7, il Ministro per la solidarietà sociale, con le modalità di cui al medesimo comma 7, provvede alla rideterminazione e alla riassegnazione delle risorse, fermo restando l'obbligo di mantenere invariata nel triennio la quota complessiva dei trasferimenti a ciascun comune o a ciascuna regione.

Art. 21.

(Sistema informativo dei servizi sociali)

1. Lo Stato, le regioni, le province e i comuni istituiscono un sistema informativo dei servizi sociali per assicurare una compiuta conoscenza dei bisogni sociali, del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali e poter disporre tempestivamente di dati ed informazioni necessari alla programmazione, alla gestione e alla valutazione delle politiche sociali, per la promozione e l'attivazione di progetti europei, per il coordinamento con le strutture sanitarie, formative, con le politiche del lavoro e dell'occupazione.

2. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge è nominata, con decreto del Ministro per la solidarietà sociale, una commissione tecnica, composta da sei esperti di comprovata esperienza nel settore sociale ed in campo informativo, di cui due designati dal Ministro stesso, due dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, due dalla Conferenza Stato-città e autonomie locali. La commissione ha il compito di formulare proposte in ordine ai contenuti, al modello ed agli strumenti attraverso i quali dare attuazione ai diversi livelli operativi del sistema informativo dei servizi sociali. La commissione è presieduta da uno degli esperti designati dal Ministro per la solidarietà sociale. I componenti della commissione durano in carica due anni. Gli oneri derivanti dall'applicazione del presente comma, nel limite massimo di lire 250 milioni annue, sono a carico del Fondo nazionale per le politiche sociali.

3. Il Presidente del Consiglio dei ministri, con proprio decreto, su proposta del Ministro per la solidarietà sociale, sentite la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e l'Autorità per l'informatica nella pubblica amministrazione, definisce le modalità e individua, anche nell'ambito dei sistemi informativi esistenti, gli strumenti necessari per il coordinamento tecnico con le regioni e gli enti locali ai fini dell'attuazione del sistema informativo dei servizi sociali, in conformità con le specifiche tecniche della rete unitaria delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 15, comma 1, della legge 15 marzo 1997, n. 59, tenuto conto di quanto disposto dall'articolo 6 del citato decreto legislativo n. 281 del 1997, in materia di scambio di dati ed informazioni tra le amministrazioni centrali, regionali e delle province autonome di Trento e di Bolzano. Le regioni, le province e i comuni individuano le forme organizzative e gli strumenti necessari ed appropriati per l'attivazione e la gestione del sistema informativo dei servizi sociali a livello locale.

4. Gli oneri derivanti dall'applicazione del presente articolo sono a carico del Fondo nazionale per le politiche sociali. Nell'ambito dei piani di cui agli articoli 18 e 19, sono definite le risorse destinate alla realizzazione del sistema informativo dei servizi sociali, entro i limiti di spesa stabiliti in tali piani.

Capo V

INTERVENTI, SERVIZI ED EMOLUMENTI ECONOMICI DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI

Sezione I

Disposizioni generali

Art. 22.

(Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali)

1. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali si realizza mediante politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche, e la definizione di percorsi attivi volti ad ottimizzare l'efficacia delle risorse, impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte.

2. Ferme restando le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché le disposizioni in materia di integrazione socio-sanitaria di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, gli interventi di seguito indicati costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi secondo le caratteristiche ed i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale, nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate dagli enti locali alla spesa sociale:

a) misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento, con particolare riferimento alle persone senza fissa dimora;

b) misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana;

c) interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza;

d) misure per il sostegno delle responsabilità familiari, ai sensi dell'articolo 16, per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;

e) misure di sostegno alle donne in difficoltà per assicurare i benefici disposti dal regio decreto-legge 8 maggio 1927, n. 798, convertito dalla legge 6 dicembre 1928, n. 2838, e dalla legge 10 dicembre 1925, n. 2277, e loro successive modificazioni, integrazioni e norme attuative;

f) interventi per la piena integrazione delle persone disabili ai sensi dell'articolo 14; realizzazione, per i soggetti di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, dei centri socio-riabilitativi e delle comunità-alloggio di cui all'articolo 10 della citata legge n. 104 del 1992, e dei servizi di comunità e di accoglienza per quelli privi di sostegno familiare, nonché erogazione delle prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie;

g) interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio;

h) prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale;

i) informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto-aiuto.

3. Gli interventi del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui al comma 2, lettera *c)*, sono realizzati, in particolare, secondo le finalità delle leggi 4 maggio 1983, n. 184, 27 maggio 1991, n. 176, 15 febbraio 1996, n. 66, 28 agosto 1997, n. 285, 23 dicembre 1997, n. 451, 3 agosto 1998, n. 296, 31 dicembre 1998, n. 476, del testo unico di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, e delle disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni, approvate con decreto del Presidente della Repubblica 22 settembre 1988, n. 448, nonché della legge 5 febbraio 1992, n. 104, per i minori disabili. Ai fini di cui all'articolo 11 e per favorire la deistituzionalizzazione, i servizi e le strutture a ciclo residenziale destinati all'accoglienza dei minori devono essere organizzati esclusivamente nella forma di strutture comunitarie di tipo familiare.

4. In relazione a quanto indicato al comma 2, le leggi regionali, secondo i modelli organizzativi adottati, prevedono per ogni ambito territoriale di cui all'articolo 8, comma 3, lettera *a),* tenendo conto anche delle diverse esigenze delle aree urbane e rurali, comunque l'erogazione delle seguenti prestazioni:

a) servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;

b) servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;

c) assistenza domiciliare;

d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;

e) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

Sezione II

Misure di contrasto alla povertà e riordino degli emolumenti economici assistenziali

Art. 23.

(Reddito minimo di inserimento)

1. L'articolo 15 del decreto legislativo 18 giugno 1998, n. 237, è sostituito dal seguente:

"Art. 15. – *(Estensione del reddito minimo di inserimento). – 1.* Il Governo, sentite la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, riferisce al Parlamento, entro il 30 maggio 2001, sull'attuazione della sperimentazione e sui risultati conseguiti. Con successivo provvedimento legislativo, tenuto conto dei risultati della sperimentazione, sono definiti le modalità, i termini e le risorse per l'estensione dell'istituto del reddito minimo di inserimento come misura generale di contrasto della povertà, alla quale ricondurre anche gli altri interventi di sostegno del reddito, quali gli assegni di cui all'articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335, e le pensioni sociali di cui all'articolo 26 della legge 30 aprile 1969, n. 153, e successive modificazioni".

2. Il reddito minimo di inserimento di cui all'articolo 15 del decreto legislativo 18 giugno 1998, n. 237, come sostituito dal comma 1 del presente articolo, è definito quale misura di contrasto della povertà e di sostegno al reddito nell'ambito di quelle indicate all'articolo 22, comma 2, lettera *a)*, della presente legge.

Art. 24.

(Delega al Governo per il riordino degli emolumenti derivanti da invalidità civile, cecità e sordomutismo)

1. Il Governo è delegato ad emanare, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, nel rispetto del principio della separazione tra spesa assistenziale e spesa previdenziale, senza nuovi o maggiori oneri a

carico della finanza pubblica, un decreto legislativo recante norme per il riordino degli assegni e delle indennità spettanti ai sensi delle leggi 10 febbraio 1962, n. 66, 26 maggio 1970, n. 381, 27 maggio 1970, n. 382, 30 marzo 1971, n. 118, e 11 febbraio 1980, n. 18, e successive modificazioni, sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) riclassificazione delle indennità e degli assegni, e dei relativi importi, che non determini una riduzione degli attuali trattamenti e, nel complesso, oneri aggiuntivi rispetto a quelli determinati dall'andamento tendenziale degli attuali trattamenti previsti dalle disposizioni richiamate dal presente comma. La riclassificazione tiene inoltre conto delle funzioni a cui gli emolumenti assolvono, come misure di contrasto alla povertà o come incentivi per la rimozione delle limitazioni personali, familiari e sociali dei portatori di *handicap,* per la valorizzazione delle capacità funzionali del disabile e della sua potenziale autonomia psico-fisica, prevedendo le seguenti forme di sostegno economico:

1) reddito minimo per la disabilità totale a cui fare afferire pensioni e assegni che hanno la funzione di integrare, a seguito della minorazione, la mancata produzione di reddito. Il reddito minimo, nel caso di grave disabilità, è cumulabile con l'indennità di cui al numero 3.1) della presente lettera;

2) reddito minimo per la disabilità parziale, a cui fare afferire indennità e assegni concessi alle persone con diversi gradi di minorazione fisica e psichica per favorire percorsi formativi, l'accesso ai contratti di formazione e lavoro di cui al decreto-legge 30 ottobre 1984, n. 726, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 dicembre 1984, n. 863, e successive modificazioni, alla legge 29 dicembre 1990, n. 407, e al decreto-legge 16 maggio 1994, n. 299, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 luglio 1994, n. 451, ed a borse di lavoro di cui al decreto legislativo 7 agosto 1997, n. 280, da utilizzare anche temporaneamente nella fase di avvio al lavoro e da revocare al momento dell'inserimento definitivo;

3) indennità per favorire la vita autonoma e la comunicazione, commisurata alla gravità, nonché per consentire assistenza e sorveglianza continue a soggetti con gravi limitazioni dell'autonomia. A tale indennità afferiscono gli emolumenti concessi, alla data di entrata in vigore della presente legge, per gravi disabilità, totale non autosufficienza e non deambulazione, con lo scopo di rimuovere l'esclusione sociale, favorire la comunicazione e la permanenza delle persone con disabilità grave o totale non autosufficienza a domicilio, anche in presenza di spese personali aggiuntive. L'indennità può essere concessa secondo le seguenti modalità tra loro non cumulabili:

3.1) indennità per l'autonomia di disabili gravi o pluriminorati, concessa a titolo della minorazione;

3.2) indennità di cura e di assistenza per ultrasessantacinquenni totalmente dipendenti;

b) cumulabilità dell'indennità di cura e di assistenza di cui alla lettera *a),* numero 3.2), con il reddito minimo di inserimento di cui all'articolo 23;

c) fissazione dei requisiti psico-fisici e reddituali individuali che danno luogo alla concessione degli emolumenti di cui ai numeri 1) e 2) della lettera *a)* del presente comma secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 1, secondo periodo, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109;

d) corresponsione dei nuovi trattamenti per coloro che non sono titolari di pensioni e indennità dopo centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo, prevedendo nello stesso la equiparazione tra gli emolumenti richiesti nella domanda presentata alle sedi competenti ed i nuovi trattamenti;

e) equiparazione e ricollocazione delle indennità già percepite e in atto nel termine massimo di un anno dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo;

f) disciplina del regime transitorio, fatti salvi i diritti acquisiti per coloro che già fruiscono di assegni e indennità;

g) riconoscimento degli emolumenti anche ai disabili o agli anziani ospitati in strutture residenziali, in termini di pari opportunità con i soggetti non ricoverati, prevedendo l'utilizzo di parte degli emolumenti come partecipazione alla spesa per l'assistenza fornita, ferma restando la conservazione di una quota, pari al 50 per cento del reddito minimo di inserimento di cui all'articolo 23, a diretto beneficio dell'assistito;

h) revisione e snellimento delle procedure relative all'accertamento dell'invalidità civile e alla concessione delle prestazioni spettanti, secondo il principio della unificazione delle competenze, anche prevedendo l'istituzione di uno sportello unico; revisione dei criteri e dei requisiti che danno titolo alle prestazioni di cui al presente articolo, tenuto conto di quanto previsto dall'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, dal decreto legislativo 30 aprile 1997, n. 157, nonché dalla Classificazione internazionale dei disturbi, disabilità ed *handicap – International classification of impairments, disabilities and handicaps* (ICIDH), adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità; definizione delle modalità per la verifica della sussistenza dei requisiti medesimi.

2. Sullo schema di decreto legislativo di cui al comma 1 sono acquisiti l'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nonché i pareri degli enti e delle associazioni nazionali di promozione sociale di cui all'articolo 1, comma 1, lettere *a)* e *b),* della legge 19 novembre 1987, n. 476, e successive modificazioni, delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale e delle associazioni di tutela degli utenti. Lo schema di decreto legislativo è successivamente trasmesso alle Camere per l'espressione del parere da parte delle competenti Commissioni parlamentari, che si pronunciano entro trenta giorni dalla data di assegnazione.

Art. 25.

(Accertamento della condizione economica del richiedente)

1. Ai fini dell'accesso ai servizi disciplinati dalla presente legge, la verifica della condizione economica del richiedente è effettuata secondo le disposizioni previste dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, come modificato dal decreto legislativo 3 maggio 2000, n. 130.

Art. 26.

(Utilizzo di fondi integrativi per prestazioni sociali)

1. L'ambito di applicazione dei fondi integrativi previsti dall'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, comprende le spese sostenute dall'assistito per le prestazioni sociali erogate nell'ambito dei programmi assistenziali intensivi e prolungati finalizzati a garantire la permanenza a domicilio ovvero in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane e disabili.

Capo VI

DISPOSIZIONI FINALI

Art. 27.

(Istituzione della Commissione di indagine sulla esclusione sociale)

1. È istituita, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, la Commissione di indagine sulla esclusione sociale, di seguito denominata "Commissione".

2. La Commissione ha il compito di effettuare, anche in collegamento con analoghe iniziative nell'ambito dell'Unione europea, le ricerche e le rilevazioni occorrenti per indagini sulla povertà e sull'emarginazione in Italia, di promuoverne la conoscenza nelle istituzioni e nell'opinione pubblica, di formulare proposte per rimuoverne le cause e le conseguenze, di

promuovere valutazioni sull'effetto dei fenomeni di esclusione sociale. La Commissione predispone per il Governo rapporti e relazioni ed annualmente una relazione nella quale illustra le indagini svolte, le conclusioni raggiunte e le proposte formulate.

3. Il Governo, entro il 30 giugno di ciascun anno, riferisce al Parlamento sull'andamento del fenomeno dell'esclusione sociale, sulla base della relazione della Commissione di cui al comma 2, secondo periodo.

4. La Commissione è composta da studiosi ed esperti con qualificata esperienza nel campo dell'analisi e della pratica sociale, nominati, per un periodo di tre anni, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la solidarietà sociale. Le funzioni di segreteria della Commissione sono assicurate dal personale del Dipartimento per gli affari sociali o da personale di altre pubbliche amministrazioni, collocato in posizione di comando o di fuori ruolo nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti. Per l'adempimento dei propri compiti la Commissione può avvalersi della collaborazione di tutte le amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, degli enti pubblici, delle regioni e degli enti locali. La Commissione può avvalersi altresì della collaborazione di esperti e può affidare la effettuazione di studi e ricerche ad istituzioni pubbliche o private, a gruppi o a singoli ricercatori mediante convenzioni.

5. Gli oneri derivanti dal funzionamento della Commissione, determinati nel limite massimo di lire 250

milioni annue, sono a carico del Fondo nazionale per le politiche sociali.

Art. 28.

(Interventi urgenti per le situazioni di povertà estrema)

1. Allo scopo di garantire il potenziamento degli interventi volti ad assicurare i servizi destinati alle persone che versano in situazioni di povertà estrema e alle persone senza fissa dimora, il Fondo nazionale per le politiche sociali è incrementato di una somma pari a lire 20 miliardi per ciascuno degli anni 2001 e 2002.

2. Ai fini di cui al comma 1, gli enti locali, le organizzazioni di volontariato e gli organismi non lucrativi di utilità sociale nonché le IPAB possono presentare alle regioni, secondo le modalità e i termini definiti ai sensi del comma 3, progetti concernenti la realizzazione di centri e di servizi di pronta accoglienza, interventi socio-sanitari, servizi per l'accompagnamento e il reinserimento sociale.

3. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con atto di indirizzo e coordinamento deliberato dal Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la solidarietà sociale, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definiti i criteri di riparto tra le regioni dei finanziamenti di cui al comma 1, i termini per la presentazione delle richieste di finanziamento dei progetti di cui al comma 2, i requisiti per l'accesso ai finanziamenti, i criteri generali di valutazione dei progetti, le modalità per il monitoraggio degli interventi realizzati, i comuni delle grandi aree urbane per i quali gli interventi di cui al presente articolo sono considerati prioritari.

4. All'onere derivante dall'attuazione del presente articolo, pari a lire 20 miliardi per ciascuno degli anni 2001 e 2002, si provvede mediante corrispondente riduzione delle proiezioni per gli anni 2001 e 2002 dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2000-2002, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente "Fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica per l'anno 2000, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica.

Art. 29.

(Disposizioni sul personale)

1. La Presidenza del Consiglio dei ministri è autorizzata a bandire concorsi pubblici per il reclutamento di cento unità di personale dotate di professionalità ed esperienza in materia di politiche sociali, per lo svolgimento, in particolare, delle funzioni statali previste dalla presente legge, nonché in materia di adozioni internazionali, politiche di integrazione degli immigrati e tutela dei minori non accompagnati. Al predetto personale non si applica la disposizione di cui all'articolo 12, comma 1, lettera *c)*, della legge 15 marzo 1997, n. 59. Le assunzioni avvengono in deroga ai termini ed alle modalità di cui all'articolo 39 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni.

2. All'onere derivante dall'attuazione del comma 1, pari a lire 2 miliardi per l'anno 2000 e a lire 7 miliardi annue a decorrere dall'anno 2001, si provvede a valere sul Fondo nazionale per le politiche sociali, come rifinanziato ai sensi dell'articolo 20 della presente legge.

Art. 30.

(Abrogazioni)

1. Alla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati l'articolo 72 della legge 17 luglio 1890, n. 6972, e il comma 45 dell'articolo 59 della legge 27 dicembre 1997, n. 449.

2. Alla data di entrata in vigore del decreto legislativo di cui all'articolo 10 è abrogata la disciplina relativa alle IPAB prevista dalla legge 17 luglio 1890, n. 6972. Alla data di entrata in vigore del decreto legislativo di cui all'articolo 24 sono abrogate le disposizioni sugli emolumenti economici previste dalle leggi 10 febbraio 1962, n. 66, 26 maggio 1970, n. 381, 27 maggio 1970, n. 382, 30 marzo 1971, n. 118, e 11 febbraio 1980, n. 18, e successive modificazioni.

NORMATTIVA
IL PORTALE DELLA LEGGE VIGENTE

DECRETO LEGISLATIVO 31 marzo 1998 , n. 109

Definizioni di criteri unificati di valutazione della situazione economica dei soggetti che richiedono prestazioni sociali agevolate, a norma dell'articolo 59, comma 51, della legge 27 dicembre 1997, n. 449.

Vigente al: 28-12-2020

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visti gli articoli 5, 76, 87, 117, 118 e 128 della Costituzione;

Visto l'articolo 59, commi 51, 52 e 53 della legge 27 dicembre 1997, n. 449;

Vista la preliminare deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 13 febbraio 1998;

Acquisito il parere delle commissioni riunite Bilancio e Finanze della Camera dei deputati;

Acquisito il parere della commissione Finanze del Senato della Repubblica;

Acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 27 marzo 1998;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri e dei Ministri delle finanze, del lavoro e della previdenza sociale, del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e per la solidarieta' sociale, di concerto con i Ministri dell'interno e della sanita';

E m a n a
il seguente decreto legislativo:

Art. 1.
Prestazioni sociali agevolate

1. Fermo restando il diritto ad usufruire delle prestazioni e dei servizi assicurati a tutti dalla Costituzione e dalle altre disposizioni vigenti, il presente decreto individua, in via sperimentale, criteri unificati di valutazione della situazione economica di coloro che richiedono prestazioni o servizi sociali o assistenziali non destinati alla generalita' dei soggetti o comunque collegati nella misura o nel costo a determinate situazioni economiche. Ai fini di tale sperimentazione le disposizioni del presente decreto si applicano alle prestazioni o servizi sociali e assistenziali, con esclusione della integrazione al minimo, della maggiorazione sociale delle pensioni, dell'assegno e della pensione sociale e di ogni altra prestazione previdenziale, nonche' della pensione e assegno di invalidita' civile e delle indennita' di accompagnamento e assimilate. In ogni caso, ciascun ente erogatore di prestazioni sociali agevolate utilizza le modalita' di raccolta delle

informazioni di cui al successivo articolo 4.

2. Gli enti erogatori, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, individuano, secondo le disposizioni dei rispettivi ordinamenti, le condizioni economiche richieste per l'accesso alle prestazioni agevolate, con possibilita' di prevedere criteri differenziati in base alle condizioni economiche e alla composizione della famiglia, secondo le modalita' di cui all'articolo 3. Gli enti erogatori possono altresi' differire l'attuazione della disciplina non oltre centottanta giorni dall'entrata in vigore delle disposizioni del decreto di cui all'articolo 2, comma 3. Entro la medesima data l'I.N.P.S. predispone e rende operativo il sistema informativo di cui all'articolo 4-bis.

3. Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro delle finanze, di concerto con il Ministro per la solidarieta' sociale, il Ministro dell'interno, il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica ed il Ministro del lavoro e della previdenza sociale, sono individuate le modalita' attuative, anche con riferimento agli ambiti di applicazione, del presente decreto. E' fatto salvo quanto previsto dall'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449.

3-bis. Nell'ambito della normativa vigente in materia di regolazione dei servizi di pubblica utilita', le autorita' e le amministrazioni pubbliche competenti possono utilizzare l'indicatore della situazione economica equivalente risultante al Sistema informativo dell'indicatore della situazione economica equivalente gestito dall'I.N.P.S. ai sensi del presente decreto per la eventuale definizione di condizioni agevolate di accesso ai servizi di rispettiva competenza.

(4) ***((5))***

AGGIORNAMENTO (4)

Il D.L. 6 dicembre 2011, n. 201, convertito con modificazioni dalla L. 22 dicembre 2011, n. 214, come modificato dal D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012, n. 135, ha disposto (con l'art. 5, comma 1) che "A far data dai trenta giorni dall'entrata in vigore delle disposizioni di approvazione del nuovo modello di dichiarazione sostitutiva unica concernente le informazioni necessarie per la determinazione dell'ISEE, attuative del decreto di cui al periodo precedente, sono abrogati il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221".

AGGIORNAMENTO (5)

Il D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159 ha disposto (con l'art. 15, comma 1) che "Ai sensi dell'articolo 5 del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, a far data dai trenta giorni dall'entrata in vigore del provvedimento, di cui all'articolo 10, comma 3, di approvazione del nuovo modello di dichiarazione sostitutiva unica concernente le informazioni necessarie per la determinazione dell'ISEE, sono abrogati il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 7 maggio 1999, n. 221".

Art. 2.

(Criteri per la determinazione dell'indicatore della situazione economica equivalente).

1. La valutazione della situazione economica del richiedente e' determinata con riferimento alle informazioni relative al nucleo familiare di appartenenza, come definito ai sensi dei commi 2 e 3 e quale risulta alla data di presentazione della dichiarazione sostitutiva unica di cui all'articolo 4.

2. Ai fini del presente decreto, ciascun soggetto puo' appartenere ad un solo nucleo familiare. Fanno parte del nucleo familiare i soggetti componenti la famiglia anagrafica. I soggetti a carico ai fini I.R.P.E.F. fanno parte del nucleo familiare della persona di cui sono a carico. I coniugi che hanno la stessa residenza anagrafica, anche se risultano a carico ai fini I.R.P.E.F. di altre persone, fanno parte dello stesso nucleo familiare. Il figlio minore di 18 anni, anche se risulta a carico ai fini I.R.P.E.F. di altre persone, fa parte del nucleo familiare del genitore con il quale convive.

3. Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sono stabiliti i criteri per l'individuazione del nucleo familiare per i soggetti che ai fini I.R.P.E.F. risultano a carico di piu' persone, per i coniugi non legalmente separati che non hanno la stessa residenza, per i minori non conviventi con i genitori o in affidamento presso terzi e per i soggetti non componenti di famiglie anagrafiche.

4. L'indicatore della situazione economica e' definito dalla somma dei redditi, come indicato nella parte prima della tabella 1. Tale indicatore del reddito e' combinato con l'indicatore della situazione economica patrimoniale nella misura del venti per cento dei valori patrimoniali, come definiti nella parte seconda della tabella 1.

5. L'indicatore della situazione economica equivalente e' calcolato come rapporto tra l'indicatore di cui al comma 4 e il parametro desunto dalla scala di equivalenza definita nella tabella 2, in riferimento al numero dei componenti del nucleo familiare.

6. Le disposizioni del presente decreto non modificano la disciplina relativa ai soggetti tenuti alla prestazione degli alimenti ai sensi dell'art. 433 del codice civile e non possono essere interpretate nel senso dell'attribuzione agli enti erogatori della facolta' di cui all'articolo 438, primo comma, del codice civile nei confronti dei componenti il nucleo familiare del richiedente la prestazione sociale agevolata.

(4) ***((5))***

AGGIORNAMENTO (4)

Il D.L. 6 dicembre 2011, n. 201, convertito con modificazioni dalla L. 22 dicembre 2011, n. 214, come modificato dal D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012, n. 135, ha disposto (con l'art. 5, comma 1) che "A far data dai trenta giorni dall'entrata in vigore delle disposizioni di approvazione del nuovo modello di dichiarazione sostitutiva unica concernente le informazioni necessarie per la determinazione dell'ISEE, attuative del decreto di cui al periodo precedente, sono abrogati il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221".

AGGIORNAMENTO (5)

Il D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159 ha disposto (con l'art. 15, comma 1) che "Ai sensi dell'articolo 5 del decreto-legge 6 dicembre

2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, a far data dai trenta giorni dall'entrata in vigore del provvedimento, di cui all'articolo 10, comma 3, di approvazione del nuovo modello di dichiarazione sostitutiva unica concernente le informazioni necessarie per la determinazione dell'ISEE, sono abrogati il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 7 maggio 1999, n. 221".

Art. 3.

Integrazione dell'indicatore della situazione economica e variazione del nucleo familiare da parte degli enti erogatori

1. Gli enti erogatori, ai quali compete la fissazione dei requisiti per fruire di ciascuna prestazione, possono prevedere, ai sensi dell'articolo 59, comma 52, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, accanto all'indicatore della situazione economica equivalente, come calcolato ai sensi dell'articolo 2 del presente decreto, criteri ulteriori di selezione dei beneficiari. Fatta salva l'unicita' della dichiarazione sostitutiva di cui all'articolo 4, gli enti erogatori possono altresi' tenere conto, nella disciplina delle prestazioni sociali agevolate, di rilevanti variazioni della situazione economica successive alla presentazione della dichiarazione medesima.

2. Per particolari prestazioni gli enti erogatori possono, ai sensi dell'articolo 59, comma 52, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, assumere come unita' di riferimento una composizione del nucleo familiare estratta nell'ambito dei soggetti indicati nell'articolo 2, commi 2 e 3, del presente decreto. Al nucleo comunque definito si applica il parametro appropriato della scala di equivalenza di cui alla tabella 2.

2-bis. In deroga alle disposizioni di cui al comma 2, per le prestazioni erogate nell'ambito del diritto allo studio universitario, il nucleo familiare del richiedente puo' essere integrato, dall'amministrazione pubblica cui compete la disciplina dell'accesso alle prestazioni sociali agevolate, ai sensi dell'articolo 4 della legge 2 dicembre 1991, n. 390, e successive modificazioni, con quello di altro soggetto, che e' considerato, alle condizioni previste dalla disciplina medesima, sostenere l'onere di mantenimento del richiedente.

2-ter. Limitatamente alle prestazioni sociali agevolate assicurate nell'ambito di percorsi assistenziali integrati di natura sociosanitaria, erogate a domicilio o in ambiente residenziale a ciclo diurno o continuativo, rivolte a persone con handicap permanente grave, di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, accertato ai sensi dell'articolo 4 della stessa legge, nonche' a soggetti ultrasessantacinquenni la cui non autosufficienza fisica o psichica sia stata accertata dalle aziende unita' sanitarie locali, le disposizioni del presente decreto si applicano nei limiti stabiliti con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri per la solidarieta' sociale e della sanita'. Il suddetto decreto e' adottato, previa intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, al fine di favorire la permanenza dell'assistito presso il nucleo familiare di appartenenza e di evidenziare la situazione economica del solo assistito, anche in relazione alle modalita' di contribuzione al costo della prestazione, e sulla base delle indicazioni contenute nell'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 3-septies, comma 3, del decreto

legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

3. Restano ferme le disposizioni vigenti che attribuiscono alle amministrazioni dello Stato e alle regioni la competenza a determinare criteri per l'uniformita' di trattamento da parte di enti erogatori da esse vigilati o comunque finanziati.

(4) ***((5))***

AGGIORNAMENTO (4)

Il D.L. 6 dicembre 2011, n. 201, convertito con modificazioni dalla L. 22 dicembre 2011, n. 214, come modificato dal D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012, n. 135, ha disposto (con l'art. 5, comma 1) che "A far data dai trenta giorni dall'entrata in vigore delle disposizioni di approvazione del nuovo modello di dichiarazione sostitutiva unica concernente le informazioni necessarie per la determinazione dell'ISEE, attuative del decreto di cui al periodo precedente, sono abrogati il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221".

AGGIORNAMENTO (5)

Il D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159 ha disposto (con l'art. 15, comma 1) che "Ai sensi dell'articolo 5 del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, a far data dai trenta giorni dall'entrata in vigore del provvedimento, di cui all'articolo 10, comma 3, di approvazione del nuovo modello di dichiarazione sostitutiva unica concernente le informazioni necessarie per la determinazione dell'ISEE, sono abrogati il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 7 maggio 1999, n. 221".

Art. 4.
(Dichiarazione sostitutiva unica).

1. Il richiedente la prestazione presenta un'unica dichiarazione sostitutiva, ai sensi del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, di validita' annuale, concernente le informazioni necessarie per la determinazione dell'indicatore della situazione economica equivalente di cui all'articolo 2, ancorche' l'ente si avvalga della facolta' riconosciutagli dall'articolo 3, comma 2. E' lasciata facolta' al cittadino di presentare entro il periodo di validita' della dichiarazione sostitutiva unica una nuova dichiarazione, qualora intenda far rilevare i mutamenti delle condizioni familiari ed economiche ai fini del calcolo dell'indicatore della situazione economica equivalente del proprio nucleo familiare. Gli enti erogatori possono stabilire per le prestazioni da essi erogate la decorrenza degli effetti di tali nuove dichiarazioni.

2. La dichiarazione di cui al comma 1 e' presentata ai comuni o ai centri di assistenza fiscale previsti dal decreto legislativo 9 luglio 1997, n. 241, o direttamente all'amministrazione pubblica alla quale e' richiesta la prima prestazione o alla sede dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) competente per territorio.

3. E' comunque consentita la presentazione all'INPS, in via telematica, della dichiarazione sostitutiva unica direttamente a cura del soggetto richiedente la prestazione agevolata.

4. L'INPS determina l'indicatore della situazione economica equivalente in relazione ai dati autocertificati dal soggetto richiedente la prestazione agevolata.

5. In relazione ai dati autocertificati dal soggetto richiedente, l'Agenzia delle entrate, sulla base di appositi controlli automatici, individua l'esistenza di omissioni, ovvero difformita' degli stessi rispetto agli elementi conoscitivi in possesso del Sistema informativo dell'anagrafe tributaria.

6. Gli esiti delle attivita' effettuate ai sensi del comma 5 sono comunicati dall'Agenzia delle entrate, mediante procedura informatica, all'INPS che provvedera' a inoltrarli ai soggetti che hanno ricevuto le dichiarazioni ai sensi del comma 2, ovvero direttamente al soggetto che ha presentato la dichiarazione sostitutiva unica ai sensi del comma 3.

7. Sulla base della comunicazione dell'INPS, di cui al comma 6, i comuni, i centri di assistenza fiscale e le amministrazioni pubbliche ai quali e' presentata la dichiarazione sostitutiva rilasciano un'attestazione, riportante l'indicatore della situazione economica equivalente, nonche' il contenuto della dichiarazione e gli elementi informativi necessari per il calcolo. Analoga attestazione e' rilasciata direttamente dall'INPS nei casi di cui al comma 3. L'attestazione riporta anche le eventuali omissioni e difformita' di cui al comma 5. La dichiarazione, munita dell'attestazione rilasciata, puo' essere utilizzata, nel periodo di validita', da ogni componente del nucleo familiare per l'accesso alle prestazioni agevolate di cui al presente decreto.

8. In presenza delle omissioni o difformita' di cui al comma 5, il soggetto richiedente la prestazione puo' presentare una nuova dichiarazione sostitutiva unica, ovvero puo' comunque richiedere la prestazione mediante l'attestazione relativa alla dichiarazione presentata recante le omissioni o le difformita' rilevate dall'Agenzia delle entrate. Tale dichiarazione e' valida ai fini dell'erogazione della prestazione, fatto salvo il diritto degli enti erogatori di richiedere idonea documentazione atta a dimostrare la completezza e veridicita' dei dati indicati nella dichiarazione. Gli enti erogatori eseguono, singolarmente o mediante un apposito servizio comune, tutti i controlli ulteriori necessari e provvedono ad ogni adempimento conseguente alla non veridicita' dei dati dichiarati.

9. Ai fini dei successivi controlli relativi alla determinazione del patrimonio mobiliare gestito dagli operatori di cui all'articolo 7, sesto comma, del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 605, l'Agenzia delle entrate, in presenza di specifiche omissioni o difformita' rilevate ai sensi del comma 5, effettua, sulla base di criteri selettivi, apposite richieste di informazioni ai suddetti operatori, avvalendosi delle relative procedure automatizzate di colloquio.

10. Nell'ambito della programmazione dell'attivita' di accertamento della Guardia di finanza, una quota delle verifiche e' riservata al controllo sostanziale della posizione reddituale e patrimoniale dei nuclei familiari dei soggetti beneficiari di prestazioni, secondo criteri selettivi.

11. I nominativi dei richiedenti nei cui confronti emergono divergenze nella consistenza del patrimonio mobiliare sono comunicati alla Guardia di finanza al fine di assicurare il coordinamento e l'efficacia dei controlli previsti dal comma 10.

12. Con apposita convenzione stipulata tra l'INPS e l'Agenzia delle entrate, nel rispetto delle disposizioni del codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, sono disciplinate le modalita' attuative e le specifiche tecniche per lo scambio delle informazioni necessarie all'attuazione delle disposizioni del presente articolo.

13. Al fine di consentire la semplificazione e il miglioramento degli adempimenti dei soggetti richiedenti le prestazioni agevolate, a seguito dell'evoluzione dei sistemi informativi dell'INPS e dell'Agenzia delle entrate possono essere altresi' previste specifiche attivita' di sperimentazione finalizzate a sviluppare l'assetto dei relativi flussi di informazione.

14. Ai fini del rispetto dei criteri di equita' sociale, con decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, sulla base delle valutazioni dell'INPS e dell'Agenzia delle entrate, si provvede alla razionalizzazione e all'armonizzazione dei criteri di determinazione dell'indicatore della situazione economica equivalente rispetto all'evoluzione della normativa fiscale.

(4) ***((5))***

AGGIORNAMENTO (4)

Il D.L. 6 dicembre 2011, n. 201, convertito con modificazioni dalla L. 22 dicembre 2011, n. 214, come modificato dal D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012, n. 135, ha disposto (con l'art. 5, comma 1) che "A far data dai trenta giorni dall'entrata in vigore delle disposizioni di approvazione del nuovo modello di dichiarazione sostitutiva unica concernente le informazioni necessarie per la determinazione dell'ISEE, attuative del decreto di cui al periodo precedente, sono abrogati il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221".

AGGIORNAMENTO (5)

Il D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159 ha disposto (con l'art. 15, comma 1) che "Ai sensi dell'articolo 5 del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, a far data dai trenta giorni dall'entrata in vigore del provvedimento, di cui all'articolo 10, comma 3, di approvazione del nuovo modello di dichiarazione sostitutiva unica concernente le informazioni necessarie per la determinazione dell'ISEE, sono abrogati il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 7 maggio 1999, n. 221".

Art. 4-bis.
(Sistema informativo dell'indicatore della situazione economica equivalente.).

1. L'INPS per l'alimentazione del sistema informativo dell'indicatore della situazione economica equivalente puo' stipulare apposite convenzioni con i soggetti di cui all'articolo 3, comma 3, lettera d), del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 luglio 1998, n. 322.

2. L'ente erogatore, qualora il richiedente la prestazione sociale agevolata o altro componente il suo nucleo familiare abbia gia' presentato la dichiarazione sostitutiva unica, richiede all'Istituto nazionale della previdenza sociale l'indicatore della situazione

economica equivalente. L'ente erogatore richiede all'Istituto nazionale della previdenza sociale anche le informazioni analitiche contenute nella dichiarazione sostitutiva unica quando procede alle integrazioni e alle variazioni di cui all'articolo 3, ovvero effettua i controlli di cui all'articolo 4, comma 8, o quando costituisce e gestisce, nel rispetto delle vigenti disposizioni sulla tutela dei dati personali, una banca dati relativa agli utenti delle prestazioni da esso erogate.

3. L'Istituto nazionale della previdenza sociale rende disponibili le informazioni analitiche o l'indicatore della situazione economica equivalente relativi al nucleo familiare, agli enti utilizzatori della dichiarazione sostitutiva unica presso i quali il richiedente ha presentato specifica domanda.

(4) ***((5))***

AGGIORNAMENTO (4)

Il D.L. 6 dicembre 2011, n. 201, convertito con modificazioni dalla L. 22 dicembre 2011, n. 214, come modificato dal D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012, n. 135, ha disposto (con l'art. 5, comma 1) che "A far data dai trenta giorni dall'entrata in vigore delle disposizioni di approvazione del nuovo modello di dichiarazione sostitutiva unica concernente le informazioni necessarie per la determinazione dell'ISEE, attuative del decreto di cui al periodo precedente, sono abrogati il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221".

AGGIORNAMENTO (5)

Il D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159 ha disposto (con l'art. 15, comma 1) che "Ai sensi dell'articolo 5 del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, a far data dai trenta giorni dall'entrata in vigore del provvedimento, di cui all'articolo 10, comma 3, di approvazione del nuovo modello di dichiarazione sostitutiva unica concernente le informazioni necessarie per la determinazione dell'ISEE, sono abrogati il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 7 maggio 1999, n. 221".

Art. 5.
Coordinamento istituzionale e monitoraggio

1. La commissione tecnica per la spesa pubblica elabora annualmente un rapporto sullo stato d'attuazione e sugli effetti derivanti dall'applicazione dei criteri di valutazione della situazione economica disciplinati dal presente decreto. A tale fine l'INPS le amministrazioni e gli enti erogatori e quelli responsabili delle attivita' di controllo delle dichiarazioni sostitutive dei richiedenti comunicano alla commissione le informazioni necessarie dirette ad accertare le modalita' applicative, l'estensione e le caratteristiche dei beneficiari delle prestazioni e ogni altra informazione richiesta. Il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica trasmette il rapporto al Parlamento.

1-bis. Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, e' istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri un comitato consultivo per la valutazione dell'applicazione della disciplina relativa agli indicatori della situazione economica equivalente. Del

comitato fanno parte rappresentanti dei Ministeri interessati, dell'Istituto nazionale della previdenza sociale, degli enti erogatori, delle regioni e della commissione tecnica per la spesa pubblica.

(4) ***((5))***

AGGIORNAMENTO (4)

Il D.L. 6 dicembre 2011, n. 201, convertito con modificazioni dalla L. 22 dicembre 2011, n. 214, come modificato dal D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012, n. 135, ha disposto (con l'art. 5, comma 1) che "A far data dai trenta giorni dall'entrata in vigore delle disposizioni di approvazione del nuovo modello di dichiarazione sostitutiva unica concernente le informazioni necessarie per la determinazione dell'ISEE, attuative del decreto di cui al periodo precedente, sono abrogati il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221".

AGGIORNAMENTO (5)

Il D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159 ha disposto (con l'art. 15, comma 1) che "Ai sensi dell'articolo 5 del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, a far data dai trenta giorni dall'entrata in vigore del provvedimento, di cui all'articolo 10, comma 3, di approvazione del nuovo modello di dichiarazione sostitutiva unica concernente le informazioni necessarie per la determinazione dell'ISEE, sono abrogati il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 7 maggio 1999, n. 221".

Art. 6.
(Trattamento dei dati).

1. Il trattamento dei dati di cui al presente decreto e' svolto nel rispetto delle vigenti norme in materia di tutela dei dati personali e in particolare delle disposizioni della legge 31 dicembre 1996, n. 675, e successive modificazioni, nonche' del decreto legislativo 11 maggio 1999, n. 135. Si applicano le disposizioni sulle misure minime di sicurezza, emanate ai sensi dell'articolo 15 della citata legge n. 675 del 1996.

2. I dati della dichiarazione sostitutiva unica su cui e' effettuato il trattamento da parte di soggetti di cui all'articolo 4, comma 2, del presente decreto sono specificati dal decreto di cui al medesimo articolo 4, comma 12. Gli enti erogatori possono trattare, nel rispetto delle disposizioni di cui al comma 1, ulteriori tipi di dati quando stabiliscono i criteri ulteriori di selezione dei beneficiari di cui all'articolo 3, comma 1.

3. Ai fini dei controlli formali di cui all'articolo 4, commi 8 e 9, del presente decreto, gli enti erogatori, l'Agenzia delle entrate e l'Istituto nazionale della previdenza sociale possono effettuare l'interconnessione e il collegamento con gli archivi delle amministrazioni collegate, nel rispetto della disciplina di cui al comma 1 del presente articolo.

4. I singoli centri di assistenza fiscale che, ai sensi dell'articolo 4, ricevono la dichiarazione sostitutiva unica possono effettuare il trattamento dei dati, ai sensi del comma 1 del presente

articolo, al fine di assistere il dichiarante nella compilazione della dichiarazione unica, di effettuare l'attestazione della dichiarazione medesima, nonche' di comunicare i dati all'Istituto nazionale della previdenza sociale. I dati acquisiti dalle dichiarazioni sostitutive sono conservati, in formato cartaceo o elettronico, dai centri medesimi al fine di consentire le verifiche del caso da parte dell'Istituto nazionale della previdenza sociale e degli enti erogatori. Ai centri di assistenza fiscale non e' consentita la diffusione dei dati, ne' altre operazioni che non siano strettamente pertinenti con le suddette finalita'. Dopo due anni dalla trasmissione dei dati all'Istituto nazionale della previdenza sociale, i centri di assistenza fiscale procedono alla distruzione dei dati medesimi. Le disposizioni del presente comma si applicano, altresi', ai comuni che ricevono dichiarazioni sostitutive per prestazioni da essi non erogate.

5. L'Istituto nazionale della previdenza sociale e gli enti erogatori effettuano elaborazioni a fini statistici, di ricerca e di studio in forma anonima; l'Istituto nazionale della previdenza sociale provvede alle elaborazioni secondo le indicazioni degli organismi di cui all'articolo 5. Ai fini dello svolgimento dei controlli di cui all'articolo 4, i dati sono conservati dall'Istituto nazionale della previdenza sociale, dall'Agenzia delle entrate e dagli enti erogatori per il periodo da essi stabilito.

(4) ***((5))***

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sara' inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addi' 31 marzo 1998

SCALFARO

Prodi, Presidente del Consiglio dei Ministri

Visco, Ministro delle finanze

Treu, Ministro del lavoro e della previdenza sociale

Ciampi, Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica

Turco, Ministro per la solidarieta' sociale

Napolitano, Ministro dell'interno

Bindi, Ministro della sanita'

Visto, il Guardasigilli: Flick

AGGIORNAMENTO (4)

Il D.L. 6 dicembre 2011, n. 201, convertito con modificazioni dalla L. 22 dicembre 2011, n. 214, come modificato dal D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012, n. 135, ha disposto (con l'art. 5, comma 1) che "A far data dai trenta giorni dall'entrata in vigore delle disposizioni di approvazione del nuovo modello di dichiarazione sostitutiva unica concernente le informazioni necessarie per la determinazione dell'ISEE, attuative del decreto di cui al periodo precedente, sono abrogati il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221".

AGGIORNAMENTO (5)

Il D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159 ha disposto (con l'art. 15, comma 1) che "Ai sensi dell'articolo 5 del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, a far data dai trenta giorni dall'entrata in vigore del provvedimento, di cui all'articolo 10, comma 3, di approvazione del nuovo modello di dichiarazione sostitutiva unica concernente le informazioni necessarie per la determinazione dell'ISEE, sono abrogati il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 7 maggio 1999, n. 221".

Tabella 1

CRITERI UNIFICATI DI VALUTAZIONE
DELLA SITUAZIONE REDDITUALE

Parte I.

La situazione economica dei soggetti appartenenti al nucleo definito dall'art. 2, si ottiene sommando:

a) il reddito complessivo ai fini IRPEF quale risulta dall'ultima dichiarazione presentata o, in mancanza di obbligo di presentazione della dichiarazione dei redditi, dall'ultimo certificato sostitutivo rilasciato dai datori di lavoro o da enti previdenziali; per quanto riguarda la valutazione dei redditi agrari dovra' essere predisposta un'apposita circolare ministeriale;

b) il reddito delle attivita' finanziarie, determinato applicando il rendimento medio annuo dei titoli decennali del Tesoro al patrimonio mobiliare definito secondo i criteri di seguito elencati.

Dalla predetta somma, qualora il nucleo familiare risieda in abitazione in locazione, si detrae il valore del canone annuo, fino a concorrenza, per un ammontare massimo di L. 10.000.000. In tal caso il richiedente e' tenuto a dichiarare gli estremi del contratto di locazione registrato.

Parte II - Definizione del patrimonio.

a) Patrimonio immobiliare:

fabbricati e terreni edificabili ed agricoli intestati a persone fisiche diverse da imprese: il valore dell'imponibile definito ai fini ICI al 31 dicembre dell'anno precedente a quello di presentazione della domanda, indipendentemente dal periodo di possesso nel periodo d'imposta considerato.

Dal valore cosi' determinato si detrae l'ammontare del debito residuo al 31 dicembre dell'anno precedente per i mutui contratti per l'acquisto dell'immobile, fino a concorrenza del suo valore come sopra definito. Per i nuclei familiari residenti in abitazione di proprieta', in alternativa alla detrazione per il debito residuo, e' detratto, se piu' favorevole e fino a concorrenza, il valore della

casa di abitazione, come sopra definito, nel limite di L. 100.000.000. La detrazione spettante in caso di proprieta' dell'abitazione di residenza e' alternativa a quella per il canone di locazione di cui alla parte I della presente tabella.

b) Patrimonio mobiliare:

l'individuazione del patrimonio mobiliare e' effettuata indicando in un unico ammontare complessivo l'entita' piu' vicina tra quelle riportate negli appositi moduli predisposti dall'amministrazione. A tale fine la valutazione dell'intero patrimonio mobiliare e' ottenuta sommando i valori mobiliari in senso stretto, le partecipazioni in societa' non quotate e gli altri cespiti patrimoniali individuali, secondo le modalita' che saranno definite con successiva circolare del Ministro delle finanze, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica.

Dal valore del patrimonio mobiliare, determinato come sopra, si detrae, fino a concorrenza, una franchigia pari a L. 30.000.000. Tale franchigia non si applica ai fini della determinazione del reddito complessivo di cui alla parte I della presente tabella.

Al reddito complessivo devono essere aggiunti i redditi da lavoro dipendente e assimilati, di lavoro autonomo ed impresa, redditi diversi di cui all'articolo 67, comma 1, lettere i) e l), del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, assoggettati ad imposta sostitutiva o definitiva, fatta salva diversa volonta' espressa dal legislatore sulle norme che regolano tali componenti reddituali.

(4) ***((5))***

AGGIORNAMENTO (4)

Il D.L. 6 dicembre 2011, n. 201, convertito con modificazioni dalla L. 22 dicembre 2011, n. 214, come modificato dal D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012, n. 135, ha disposto (con l'art. 5, comma 1) che "A far data dai trenta giorni dall'entrata in vigore delle disposizioni di approvazione del nuovo modello di dichiarazione sostitutiva unica concernente le informazioni necessarie per la determinazione dell'ISEE, attuative del decreto di cui al periodo precedente, sono abrogati il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221".

AGGIORNAMENTO (5)

Il D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159 ha disposto (con l'art. 15, comma 1) che "Ai sensi dell'articolo 5 del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, a far data dai trenta giorni dall'entrata in vigore del provvedimento, di cui all'articolo 10, comma 3, di approvazione del nuovo modello di dichiarazione sostitutiva unica concernente le informazioni necessarie per la determinazione dell'ISEE, sono abrogati il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 7 maggio 1999, n. 221".

Tabella 2

LA SCALA DI EQUIVALENZA

Numero dei componenti	Parametro
--	--

1	1,00
2	1,57
3	2,04
4	2,46
5	2,85

Maggiorazione di 0,35 per ogni ulteriore componente.

Maggiorazione di 0,2 in caso di presenza nel nucleo di figli minori e di un solo genitore.

Maggiorazione di 0,5 per ogni componente con handicap psicofisico permanente di cui all'art. 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o di invalidita' superiore al 66%.

Maggiorazione di 0,2 per nuclei familiari con figli minori, in cui entrambi i genitori svolgono attivita' di lavoro e di impresa.

(4) ***((5))***

AGGIORNAMENTO (4)

Il D.L. 6 dicembre 2011, n. 201, convertito con modificazioni dalla L. 22 dicembre 2011, n. 214, come modificato dal D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012, n. 135, ha disposto (con l'art. 5, comma 1) che "A far data dai trenta giorni dall'entrata in vigore delle disposizioni di approvazione del nuovo modello di dichiarazione sostitutiva unica concernente le informazioni necessarie per la determinazione dell'ISEE, attuative del decreto di cui al periodo precedente, sono abrogati il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221".

AGGIORNAMENTO (5)

Il D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159 ha disposto (con l'art. 15, comma 1) che "Ai sensi dell'articolo 5 del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, a far data dai trenta giorni dall'entrata in vigore del provvedimento, di cui all'articolo 10, comma 3, di approvazione del nuovo modello di dichiarazione sostitutiva unica concernente le informazioni necessarie per la determinazione dell'ISEE, sono abrogati il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 7 maggio 1999, n. 221".

NORMATTIVA
IL PORTALE DELLA LEGGE VIGENTE

DECRETO LEGISLATIVO 3 luglio 2017 , n. 117

Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106. (17G00128)

Vigente al: 28-12-2020

Titolo I
DISPOSIZIONI GENERALI

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visti gli articoli 76 e 87 della Costituzione;

Visto l'articolo 117, secondo comma, lettera l), della Costituzione;

Vista la legge 6 giugno 2016, n. 106, recante delega al Governo per la riforma del Terzo settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del servizio civile universale ed in particolare l'articolo 1, comma 2, lettera b), che prevede il riordino e la revisione organica della disciplina speciale e delle altre disposizioni vigenti relative agli enti del Terzo settore di cui al comma 1 del medesimo articolo, compresa la disciplina tributaria applicabile a tali enti, mediante la redazione di un apposito Codice del Terzo settore;

Visti gli articoli 2, 3, 4, 5, 7 e 9 della citata legge, recanti i principi e i criteri direttivi, generali e particolari, di esercizio della delega relativa alla riforma del Terzo settore;

Vista la preliminare deliberazione del Consiglio dei ministri, adottata nella riunione del 12 maggio 2017;

Udito il parere del Consiglio di Stato espresso dalla Sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del 31 maggio 2017;

Vista la mancata intesa in sede di Conferenza unificata, nella seduta del 20 giugno 2017;

Acquisiti i pareri delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica;

Vista la deliberazione del Consiglio dei ministri, adottata nella riunione del 28 giugno 2017;

Sulla proposta del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze;

E m a n a
il seguente decreto legislativo:

Art. 1

Finalita' ed oggetto

1. Al fine di sostenere l'autonoma iniziativa dei cittadini che concorrono, anche in forma associata, a perseguire il bene comune, ad elevare i livelli di cittadinanza attiva, di coesione e protezione sociale, favorendo la partecipazione, l'inclusione e il pieno sviluppo della persona, a valorizzare il potenziale di crescita e di occupazione lavorativa, in attuazione degli articoli 2, 3, 4, 9, 18 e 118, quarto comma, della Costituzione, il presente Codice provvede al riordino e alla revisione organica della disciplina vigente in materia di enti del Terzo settore.

Art. 2

Principi generali

1. E' riconosciuto il valore e la funzione sociale degli enti del Terzo settore, dell'associazionismo, dell'attivita' di volontariato e della cultura e pratica del dono quali espressione di partecipazione, solidarieta' e pluralismo, ne e' promosso lo sviluppo salvaguardandone la spontaneita' ed autonomia, e ne e' favorito l'apporto originale per il perseguimento di finalita' civiche, solidaristiche e di utilita' sociale, anche mediante forme di collaborazione con lo Stato, le Regioni, le Province autonome e gli enti locali.

Art. 3

Norme applicabili

1. Le disposizioni del presente Codice si applicano, ove non derogate ed in quanto compatibili, anche alle categorie di enti del Terzo settore che hanno una disciplina particolare.

2. Per quanto non previsto dal presente Codice, agli enti del Terzo settore si applicano, in quanto compatibili, le norme del Codice civile e le relative disposizioni di attuazione.

3. Salvo quanto previsto dal Capo II del Titolo VIII, le disposizioni del presente Codice non si applicano agli enti di cui al decreto legislativo 17 maggio 1999, n. 153.

Titolo II

DEGLI ENTI DEL TERZO SETTORE IN GENERALE

Art. 4

Enti del Terzo settore

1. Sono enti del Terzo settore le organizzazioni di volontariato, le associazioni di promozione sociale, gli enti filantropici, le imprese sociali, incluse le cooperative sociali, le reti associative, le societa' di mutuo soccorso, le associazioni, riconosciute o non riconosciute, le fondazioni e gli altri enti di carattere privato diversi dalle societa' costituiti per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalita' civiche, solidaristiche e di utilita' sociale mediante lo svolgimento, in via esclusiva o principale, di una o piu' attivita' di interesse generale in forma di azione volontaria o di erogazione gratuita di denaro, beni o servizi, o di mutualita' o di

produzione o scambio di beni o servizi, ed iscritti nel registro unico nazionale del Terzo settore.

2. Non sono enti del Terzo settore le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, le formazioni e le associazioni politiche, i sindacati, le associazioni professionali e di rappresentanza di categorie economiche, le associazioni di datori di lavoro, nonche' gli enti sottoposti a direzione e coordinamento o controllati dai suddetti enti, ad esclusione dei soggetti operanti nel settore della protezione civile alla cui disciplina si provvede ai sensi dell'articolo 32, comma 4. Sono esclusi dall'ambito di applicazione del presente comma i corpi volontari dei vigili del fuoco delle Province autonome di Trento e di Bolzano e della Regione autonoma della Valle d'Aosta. ***((Sono altresi' escluse dall'ambito di applicazione del presente comma le associazioni o fondazioni di diritto privato ex Ipab derivanti dai processi di trasformazione delle istituzioni pubbliche di assistenza o beneficenza, ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 16 febbraio 1990, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 45 del 23 febbraio 1990, e del decreto legislativo 4 maggio 2001, n. 207, in quanto la nomina da parte della pubblica amministrazione degli amministratori di tali enti si configura come mera designazione, intesa come espressione della rappresentanza della cittadinanza, e non si configura quindi mandato fiduciario con rappresentanza, sicche' e' sempre esclusa qualsiasi forma di controllo da parte di quest'ultima))***.

3. Agli enti religiosi civilmente riconosciuti le norme del presente decreto si applicano limitatamente allo svolgimento delle attivita' di cui all'articolo 5, a condizione che per tali attivita' adottino un regolamento, in forma di atto pubblico o scrittura privata autenticata, che, ove non diversamente previsto ed in ogni caso nel rispetto della struttura e della finalita' di tali enti, recepisca le norme del presente Codice e sia depositato nel Registro unico nazionale del Terzo settore. Per lo svolgimento di tali attivita' deve essere costituito un patrimonio destinato e devono essere tenute separatamente le scritture contabili di cui all'articolo 13.

Art. 5

Attivita' di interesse generale

1. Gli enti del Terzo settore, diversi dalle imprese sociali incluse le cooperative sociali, esercitano in via esclusiva o principale una o piu' attivita' di interesse generale per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalita' civiche, solidaristiche e di utilita' sociale. Si considerano di interesse generale, se svolte in conformita' alle norme particolari che ne disciplinano l'esercizio, le attivita' aventi ad oggetto:

a) interventi e servizi sociali ai sensi dell'articolo 1, commi 1 e 2, della legge 8 novembre 2000, n. 328, e successive modificazioni, e interventi, servizi e prestazioni di cui alla legge 5 febbraio 1992, n. 104, e alla legge 22 giugno 2016, n. 112, e successive modificazioni;

b) interventi e prestazioni sanitarie;

c) prestazioni socio-sanitarie di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001, pubblicato nella

Gazzetta Ufficiale n. 129 del 6 giugno 2001, e successive modificazioni;

d) educazione, istruzione e formazione professionale, ai sensi della legge 28 marzo 2003, n. 53, e successive modificazioni, nonche' le attivita' culturali di interesse sociale con finalita' educativa;

e) interventi e servizi finalizzati alla salvaguardia e al miglioramento delle condizioni dell'ambiente e all'utilizzazione accorta e razionale delle risorse naturali, con esclusione dell'attivita', esercitata abitualmente, di raccolta e riciclaggio dei rifiuti urbani, speciali e pericolosi ***((, nonche' alla tutela degli animali e prevenzione del randagismo, ai sensi della legge 14 agosto 1991, n. 281;))***;

f) interventi di tutela e valorizzazione del patrimonio culturale e del paesaggio, ai sensi del decreto legislativo 22 gennaio 2004, n. 42, e successive modificazioni;

g) formazione universitaria e post-universitaria;

h) ricerca scientifica di particolare interesse sociale;

i) organizzazione e gestione di attivita' culturali, artistiche o ricreative di interesse sociale, incluse attivita', anche editoriali, di promozione e diffusione della cultura e della pratica del volontariato e delle attivita' di interesse generale di cui al presente articolo;

j) radiodiffusione sonora a carattere comunitario, ai sensi dell'articolo 16, comma 5, della legge 6 agosto 1990, n. 223, e successive modificazioni;

k) organizzazione e gestione di attivita' turistiche di interesse sociale, culturale o religioso;

l) formazione extra-scolastica, finalizzata alla prevenzione della dispersione scolastica e al successo scolastico e formativo, alla prevenzione del bullismo e al contrasto della poverta' educativa;

m) servizi strumentali ad enti del Terzo settore resi da enti composti in misura non inferiore al settanta per cento da enti del Terzo settore;

n) cooperazione allo sviluppo, ai sensi della legge 11 agosto 2014, n. 125, e successive modificazioni;

o) attivita' commerciali, produttive, di educazione e informazione, di promozione, di rappresentanza, di concessione in licenza di marchi di certificazione, svolte nell'ambito o a favore di filiere del commercio equo e solidale, da intendersi come un rapporto commerciale con un produttore operante in un'area economica svantaggiata, situata, di norma, in un Paese in via di sviluppo, sulla base di un accordo di lunga durata finalizzato a promuovere l'accesso del produttore al mercato e che preveda il pagamento di un prezzo equo, misure di sviluppo in favore del produttore e l'obbligo del produttore di garantire condizioni di lavoro sicure, nel rispetto delle normative nazionali ed internazionali, in modo da permettere ai lavoratori di condurre un'esistenza libera e dignitosa, e di rispettare i diritti sindacali, nonche' di impegnarsi per il contrasto del lavoro infantile;

p) servizi finalizzati all'inserimento o al reinserimento nel mercato del lavoro dei lavoratori e delle persone di cui all'articolo 2, comma 4, del decreto legislativo recante revisione della disciplina in materia di impresa sociale, di cui all'articolo 1, comma 2, lettera c), della legge 6 giugno 2016, n. 106;

q) alloggio sociale, ai sensi del decreto del Ministero delle

infrastrutture del 22 aprile 2008, e successive modificazioni, nonche' ogni altra attivita' di carattere residenziale temporaneo diretta a soddisfare bisogni sociali, sanitari, culturali, formativi o lavorativi;

r) accoglienza umanitaria ed integrazione sociale dei migranti;

s) agricoltura sociale, ai sensi dell'articolo 2 della legge 18 agosto 2015, n. 141, e successive modificazioni;

t) organizzazione e gestione di attivita' sportive dilettantistiche;

u) beneficenza, sostegno a distanza, cessione gratuita di alimenti o prodotti di cui alla legge 19 agosto 2016, n. 166, e successive modificazioni, o erogazione di denaro, beni o servizi a sostegno di persone svantaggiate o di attivita' di interesse generale a norma del presente articolo;

v) promozione della cultura della legalita', della pace tra i popoli, della nonviolenza e della difesa non armata;

w) promozione e tutela dei diritti umani, civili, sociali e politici, nonche' dei diritti dei consumatori e degli utenti delle attivita' di interesse generale di cui al presente articolo, promozione delle pari opportunita' e delle iniziative di aiuto reciproco, incluse le banche dei tempi di cui all'articolo 27 della legge 8 marzo 2000, n. 53, e i gruppi di acquisto solidale di cui all'articolo 1, comma 266, della legge 24 dicembre 2007, n. 244;

x) cura di procedure di adozione internazionale ai sensi della legge 4 maggio 1983, n. 184;

y) protezione civile ai sensi della legge 24 febbraio 1992, n. 225, e successive modificazioni;

z) riqualificazione di beni pubblici inutilizzati o di beni confiscati alla criminalita' organizzata.

2. Tenuto conto delle finalita' civiche, solidaristiche e di utilita' sociale di cui all'articolo 1, comma 1, della legge 6 giugno 2016, n. 106, nonche' delle finalita' e dei principi di cui agli articoli 1 e 2 del presente Codice, l'elenco delle attivita' di interesse generale di cui al comma 1 puo' essere aggiornato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri da adottarsi ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400 su proposta del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Unificata, acquisito il parere delle Commissioni parlamentari competenti, che si esprimono entro trenta giorni dalla data di trasmissione del decreto, decorsi i quali quest'ultimo puo' essere comunque adottato.

Art. 6

Attivita' diverse

1. Gli enti del Terzo settore possono esercitare attivita' diverse da quelle di cui all'articolo 5, a condizione che l'atto costitutivo o lo statuto lo consentano e siano secondarie e strumentali rispetto alle attivita' di interesse generale, secondo criteri e limiti definiti con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottarsi ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, sentita la Cabina di regia di cui all'articolo 97, tenendo conto dell'insieme delle risorse, anche volontarie e

gratuite, impiegate in tali attivita' in rapporto all'insieme delle risorse, anche volontarie e gratuite, impiegate nelle attivita' di interesse generale.

Art. 7

Raccolta fondi

1. Per raccolta fondi si intende il complesso delle attivita' ed iniziative poste in essere da un ente del Terzo settore al fine di finanziare le proprie attivita' di interesse generale, anche attraverso la richiesta a terzi di lasciti, donazioni e contributi di natura non corrispettiva.

2. Gli enti del Terzo settore, possono realizzare attivita' di raccolta fondi anche in forma organizzata e continuativa, anche mediante sollecitazione al pubblico o attraverso la cessione o erogazione di beni o servizi di modico valore, impiegando risorse proprie e di terzi, inclusi volontari e dipendenti, nel rispetto dei principi di verita', trasparenza e correttezza nei rapporti con i sostenitori e il pubblico, in conformita' a linee guida adottate con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sentiti la Cabina di regia di cui all'articolo 97 e il Consiglio nazionale del Terzo settore.

Art. 8

Destinazione del patrimonio ed assenza di scopo di lucro

1. Il patrimonio degli enti del Terzo settore, comprensivo di eventuali ricavi, rendite, proventi, entrate comunque denominate e' utilizzato per lo svolgimento dell'attivita' statutaria ai fini dell'esclusivo perseguimento di finalita' civiche, solidaristiche e di utilita' sociale.

2. Ai fini di cui al comma 1, e' vietata la distribuzione, anche indiretta, di utili ed avanzi di gestione, fondi e riserve comunque denominate a fondatori, associati, lavoratori e collaboratori, amministratori ed altri componenti degli organi sociali, anche nel caso di recesso o di ogni altra ipotesi di scioglimento individuale del rapporto associativo.

3. Ai sensi e per gli effetti del comma 2, si considerano in ogni caso distribuzione indiretta di utili:

a) la corresponsione ad amministratori, sindaci e a chiunque rivesta cariche sociali di compensi individuali non proporzionati all'attivita' svolta, alle responsabilita' assunte e alle specifiche competenze o comunque superiori a quelli previsti in enti che operano nei medesimi o analoghi settori e condizioni;

b) la corresponsione a lavoratori subordinati o autonomi di retribuzioni o compensi superiori del quaranta per cento rispetto a quelli previsti, per le medesime qualifiche, dai contratti collettivi di cui all'articolo 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81, salvo comprovate esigenze attinenti alla necessita' di acquisire specifiche competenze ai fini dello svolgimento delle attivita' di interesse generale di cui all'articolo 5, comma 1, lettere b), g) o h);

c) l'acquisto di beni o servizi per corrispettivi che, senza

valide ragioni economiche, siano superiori al loro valore normale;

d) le cessioni di beni e le prestazioni di servizi, a condizioni piu' favorevoli di quelle di mercato, a soci, associati o partecipanti, ai fondatori, ai componenti gli organi amministrativi e di controllo, a coloro che a qualsiasi titolo operino per l'organizzazione o ne facciano parte, ai soggetti che effettuano erogazioni liberali a favore dell'organizzazione, ai loro parenti entro il terzo grado ed ai loro affini entro il secondo grado, nonche' alle societa' da questi direttamente o indirettamente controllate o collegate, esclusivamente in ragione della loro qualita', salvo che tali cessioni o prestazioni non costituiscano l'oggetto dell'attivita' di interesse generale di cui all'articolo 5;

e) la corresponsione a soggetti diversi dalle banche e dagli intermediari finanziari autorizzati, di interessi passivi, in dipendenza di prestiti di ogni specie, superiori di quattro punti al tasso annuo di riferimento. Il predetto limite puo' essere aggiornato con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze.

Art. 9

Devoluzione del patrimonio in caso di scioglimento

1. In caso di estinzione o scioglimento, il patrimonio residuo e' devoluto, previo parere positivo dell'Ufficio di cui all'articolo 45, comma 1, e salva diversa destinazione imposta dalla legge, ad altri enti del Terzo settore secondo le disposizioni statutarie o dell'organo sociale competente o, in mancanza, alla Fondazione Italia Sociale. Il parere e' reso entro trenta giorni dalla data di ricezione della richiesta che l'ente interessato e' tenuto a inoltrare al predetto Ufficio con raccomandata a/r o secondo le disposizioni previste dal decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, decorsi i quali il parere si intende reso positivamente. Gli atti di devoluzione del patrimonio residuo compiuti in assenza o in difformita' dal parere sono nulli.

Art. 10

Patrimoni destinati ad uno specifico affare

1. Gli enti del Terzo settore dotati di personalita' giuridica ed iscritti nel registro delle imprese possono costituire uno o piu' patrimoni destinati ad uno specifico affare ai sensi e per gli effetti degli articoli 2447-bis e seguenti del codice civile.

Art. 11

Iscrizione

1. Gli enti del Terzo settore si iscrivono nel registro unico nazionale del Terzo settore ed indicano gli estremi dell'iscrizione negli atti, nella corrispondenza e nelle comunicazioni al pubblico.

2. Oltre che nel registro unico nazionale del Terzo settore, gli enti del Terzo settore che esercitano la propria attivita' esclusivamente o principalmente in forma di impresa commerciale sono soggetti all'obbligo dell'iscrizione nel registro delle imprese.

3. Per le imprese sociali, l'iscrizione nell'apposita sezione del registro delle imprese soddisfa il requisito dell'iscrizione nel registro unico nazionale del Terzo settore.

Art. 12

Denominazione sociale

1. La denominazione sociale, in qualunque modo formata, deve contenere l'indicazione di ente del Terzo settore o l'acronimo ETS. Di tale indicazione deve farsi uso negli atti, nella corrispondenza e nelle comunicazioni al pubblico.

2. La disposizione di cui al comma 1 non si applica agli enti di cui all'articolo 4, comma 3.

3. L'indicazione di ente del Terzo settore o dell'acronimo ETS, ovvero di parole o locuzioni equivalenti o ingannevoli, non puo' essere usata da soggetti diversi dagli enti del Terzo settore.

Art. 13

Scritture contabili e bilancio

1. Gli enti del Terzo settore devono redigere il bilancio di esercizio formato dallo stato patrimoniale, dal rendiconto ***((gestionale))***, con l'indicazione, dei proventi e degli oneri, dell'ente, e dalla relazione di missione che illustra le poste di bilancio, l'andamento economico e ***((gestionale))*** dell'ente e le modalita' di perseguimento delle finalita' statutarie.

2. Il bilancio degli enti del Terzo settore con ricavi, rendite, proventi o entrate comunque denominate inferiori a 220.000,00 euro puo' essere redatto nella forma del rendiconto ***((...))*** per cassa.

3. Il bilancio di cui ai commi 1 e 2 deve essere redatto in conformita' alla modulistica definita con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sentito il consiglio nazionale del terzo settore.

4. Gli enti del Terzo settore che esercitano la propria attivita' esclusivamente o principalmente in forma di impresa commerciale devono tenere le scritture contabili di cui all'articolo 2214 del codice civile.

5. Gli enti del Terzo settore di cui al comma 4 devono redigere e depositare presso il registro delle imprese il bilancio di esercizio redatto, a seconda dei casi, ai sensi degli articoli 2423 e seguenti, 2435-bis o 2435-ter del codice civile.

6. L'organo di amministrazione documenta il carattere secondario e strumentale ***((delle attivita'))*** di cui all'articolo 6 ***((a seconda dei casi,)) ((...))*** nella relazione di missione ***((o in una annotazione in calce al rendiconto per cassa o nella nota integrativa al bilancio.))***.

7. Gli enti del Terzo settore non iscritti nel registro delle imprese devono depositare il bilancio presso il registro unico nazionale del Terzo settore.

Art. 14

Bilancio sociale

1. Gli enti del Terzo settore con ricavi, rendite, proventi o entrate comunque denominate superiori ad 1 milione di euro devono depositare presso il registro unico nazionale del Terzo settore, e pubblicare nel proprio sito internet, il bilancio sociale redatto secondo linee guida adottate con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sentiti la Cabina di regia di cui all'articolo 97 e il Consiglio nazionale del Terzo settore, e tenendo conto, tra gli altri elementi, della natura dell'attivita' esercitata e delle dimensioni dell'ente, anche ai fini della valutazione dell'impatto sociale delle attivita' svolte.

2. Gli enti del Terzo settore con ricavi, rendite, proventi o entrate comunque denominate superiori a centomila euro annui devono in ogni caso pubblicare annualmente e tenere aggiornati nel proprio sito internet, o nel sito internet della rete associativa di cui all'articolo 41 cui aderiscano, gli eventuali emolumenti, compensi o corrispettivi a qualsiasi titolo attribuiti ai componenti degli organi di amministrazione e controllo, ai dirigenti nonche' agli associati.

Art. 15

Libri sociali obbligatori

1. Oltre le scritture prescritte negli articoli 13, 14 e 17, comma 1, gli enti del Terzo settore devono tenere:

a) il libro degli associati o aderenti;

b) il libro delle adunanze e delle deliberazioni delle assemblee, in cui devono essere trascritti anche i verbali redatti per atto pubblico;

c) il libro delle adunanze e delle deliberazioni dell'organo di amministrazione, dell'organo di controllo, e di eventuali altri organi sociali.

2. I libri di cui alle lettere a) e b) del comma 1, sono tenuti a cura dell'organo di amministrazione. I libri di cui alla lettera c) del comma 1, sono tenuti a cura dell'organo cui si riferiscono.

3. Gli associati o gli aderenti hanno diritto di esaminare i libri sociali, secondo le modalita' previste dall'atto costitutivo o dallo statuto.

4. Il comma 3 non si applica agli enti di cui all'articolo 4, comma 3.

Art. 16

Lavoro negli enti del Terzo settore

1. I lavoratori degli enti del Terzo settore hanno diritto ad un trattamento economico e normativo non inferiore a quello previsto dai contratti collettivi di cui all'articolo 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81. In ogni caso, in ciascun ente del Terzo settore, la differenza retributiva tra lavoratori dipendenti non puo' essere superiore al rapporto uno a otto, da calcolarsi sulla base della retribuzione annua lorda. Gli enti del Terzo settore danno conto del rispetto di tale parametro nel proprio bilancio sociale o, in mancanza, nella relazione di cui all'articolo 13, comma 1.

Titolo III

DEL VOLONTARIO E DELL'ATTIVITA' DI VOLONTARIATO

Art. 17

Volontario e attivita' di volontariato

1. Gli enti del Terzo settore possono avvalersi di volontari nello svolgimento delle proprie attivita' e sono tenuti a iscrivere in un apposito registro i volontari che svolgono la loro attivita' in modo non occasionale.

2. Il volontario e' una persona che, per sua libera scelta, svolge attivita' in favore della comunita' e del bene comune, anche per il tramite di un ente del Terzo settore, mettendo a disposizione il proprio tempo e le proprie capacita' per promuovere risposte ai bisogni delle persone e delle comunita' beneficiarie della sua azione, in modo personale, spontaneo e gratuito, senza fini di lucro, neanche indiretti, ed esclusivamente per fini di solidarieta'.

3. L'attivita' del volontario non puo' essere retribuita in alcun modo nemmeno dal beneficiario. Al volontario possono essere rimborsate dall'ente del Terzo settore tramite il quale svolge l'attivita' soltanto le spese effettivamente sostenute e documentate per l'attivita' prestata, entro limiti massimi e alle condizioni preventivamente stabilite dall'ente medesimo. Sono in ogni caso vietati rimborsi spese di tipo forfetario.

4. Ai fini di cui al comma 3, le spese sostenute dal volontario possono essere rimborsate anche a fronte di una autocertificazione resa ai sensi dell'articolo 46 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, purche' non superino l'importo di 10 euro giornalieri e 150 euro mensili e l'organo sociale competente deliberi sulle tipologie di spese e le attivita' di volontariato per le quali e' ammessa questa modalita' di rimborso. La disposizione di cui al presente comma non si applica alle attivita' di volontariato aventi ad oggetto la donazione di sangue e di organi.

5. La qualita' di volontario e' incompatibile con qualsiasi forma di rapporto di lavoro subordinato o autonomo e con ogni altro rapporto di lavoro retribuito con l'ente di cui il volontario e' socio o associato o tramite il quale svolge la propria attivita' volontaria. ***((Le disposizioni di cui al presente comma non si applicano agli operatori che prestano attivita' di soccorso per le organizzazioni di cui all'articolo 76 della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, della Provincia autonoma di Bolzano e di cui all'articolo 55-bis della legge provinciale 19 luglio 1990, n. 23, della Provincia autonoma di Trento.))***

6. Ai fini del presente Codice non si considera volontario l'associato che occasionalmente coadiuvi gli organi sociali nello svolgimento delle loro funzioni.

((6-bis. I lavoratori subordinati che intendano svolgere attivita' di volontariato in un ente del Terzo settore hanno diritto di usufruire delle forme di flessibilita' di orario di lavoro o delle turnazioni previste dai contratti o dagli accordi collettivi, compatibilmente con l'organizzazione aziendale.))

7. Le disposizioni di cui al presente titolo non si applicano agli operatori volontari del servizio civile universale, al personale impiegato all'estero a titolo volontario nelle attivita' di cooperazione internazionale allo sviluppo, nonche' agli operatori che prestano le attivita' di cui alla legge 21 marzo 2001, n. 74

Art. 18

Assicurazione obbligatoria

1. Gli enti del Terzo settore che si avvalgono di volontari devono assicurarli contro gli infortuni e le malattie connessi allo svolgimento dell'attivita' di volontariato, nonche' per la responsabilita' civile verso i terzi.

2. Con decreto del Ministro dello sviluppo economico, da emanarsi di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente Codice, sono individuati meccanismi assicurativi semplificati, con polizze anche numeriche, e sono disciplinati i relativi controlli.

3. La copertura assicurativa e' elemento essenziale delle convenzioni tra gli enti del Terzo settore e le amministrazioni pubbliche, e i relativi oneri sono a carico dell'amministrazione pubblica con la quale viene stipulata la convenzione.

Art. 19

Promozione della cultura del volontariato

1. Le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, nei limiti delle risorse disponibili, promuovono la cultura del volontariato, in particolare tra i giovani, anche attraverso apposite iniziative da svolgere nell'ambito delle strutture e delle attivita' scolastiche, universitarie ed extrauniversitarie, valorizzando le diverse esperienze ed espressioni di volontariato, anche attraverso il coinvolgimento delle organizzazioni di volontariato e di altri enti del Terzo settore, nelle attivita' di sensibilizzazione e di promozione.

2. Il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'istruzione, dell'universita' e della ricerca e del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, definisce con decreto i criteri per il riconoscimento in ambito scolastico e lavorativo delle competenze acquisite nello svolgimento di attivita' o percorsi di volontariato.

3. Ai fini del conseguimento di titoli di studio, le Universita' possono riconoscere, nei limiti previsti dalla normativa vigente, crediti formativi a favore degli studenti che abbiano svolto attivita' di volontariato certificate nelle organizzazioni di volontariato o in altri enti del Terzo settore rilevanti per la crescita professionale e per il curriculum degli studi.

4. All'articolo 10, comma 2, della legge 6 marzo 2001, n. 64, dopo le parole «che prestano il servizio civile o il servizio militare di leva», sono inserite le seguenti: «o attivita' di volontariato in enti del Terzo settore iscritti nel Registro unico nazionale per un numero di ore regolarmente certificate».

Titolo IV

DELLE ASSOCIAZIONI E DELLE FONDAZIONI DEL TERZO SETTORE

Capo I

Disposizioni generali

Art. 20

Ambito di applicazione

1. Le disposizioni del presente titolo si applicano a tutti gli enti del Terzo settore costituiti in forma di associazione, riconosciuta o non riconosciuta, o di fondazione.

Capo II

Della Costituzione

Art. 21

Atto costitutivo e statuto

1. L'atto costitutivo deve indicare la denominazione dell'ente; l'assenza di scopo di lucro e le finalita' civiche, solidaristiche e di utilita' sociale perseguite; l'attivita' di interesse generale che costituisce l'oggetto sociale; la sede legale il patrimonio iniziale ai fini dell'eventuale riconoscimento della personalita' giuridica; le norme sull'ordinamento, l'amministrazione e la rappresentanza dell'ente; i diritti e gli obblighi degli associati, ove presenti; i requisiti per l'ammissione di nuovi associati, ove presenti, e la relativa procedura, secondo criteri non discriminatori, coerenti con le finalita' perseguite e l'attivita' di interesse generale svolta; la nomina dei primi componenti degli organi sociali obbligatori e, quando previsto, del soggetto incaricato della revisione legale dei conti; le norme sulla devoluzione del patrimonio residuo in caso di scioglimento o di estinzione; la durata dell'ente, se prevista.

2. Lo statuto contenente le norme relative al funzionamento dell'ente, anche se forma oggetto di atto separato, costituisce parte integrante dell'atto costitutivo. In caso di contrasto tra le clausole dell'atto costitutivo e quelle dello statuto prevalgono le seconde.

Art. 22

Acquisto della personalita' giuridica

1. Le associazioni e le fondazioni del Terzo settore possono, in deroga al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, acquistare la personalita' giuridica mediante l'iscrizione nel registro unico nazionale del Terzo settore ***((ai sensi del presente articolo.))***.

((1-bis. Per le associazioni e fondazioni del Terzo settore gia' in possesso della personalita' giuridica ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, che ottengono l'iscrizione nel registro unico nazionale del Terzo settore ai sensi delle disposizioni del presente articolo e nel rispetto dei requisiti ivi indicati, l'efficacia dell'iscrizione nei registri delle persone giuridiche di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361 e' sospesa fintanto che sia mantenuta l'iscrizione nel registro unico nazionale del Terzo settore. Nel periodo di sospensione, le predette associazioni e fondazioni non perdono la personalita' giuridica acquisita con la pregressa

iscrizione e non si applicano le disposizioni di cui al citato decreto del Presidente della Repubblica n. 361 del 2000. Dell'avvenuta iscrizione al registro unico nazionale del Terzo settore nonche' dell'eventuale successiva cancellazione, e' data comunicazione, da parte dell'ufficio di cui all'articolo 45 competente, entro 15 giorni, alla Prefettura o alla Regione o Provincia autonoma competente.))

2. Il notaio che ha ricevuto l'atto costitutivo di una associazione o di una fondazione del Terzo settore, o la pubblicazione di un testamento con il quale si dispone una fondazione del Terzo settore, verificata la sussistenza delle condizioni previste dalla legge per la costituzione dell'ente, ed in particolare dalle disposizioni del presente Codice con riferimento alla sua natura di ente del Terzo settore, nonche' del patrimonio minimo di cui al comma 4, deve depositarlo, con i relativi allegati, entro venti giorni presso il competente ufficio del registro unico nazionale del Terzo settore, richiedendo l'iscrizione dell'ente. L'ufficio del registro unico nazionale del Terzo settore, verificata la regolarita' formale della documentazione, iscrive l'ente nel registro stesso.

3. Se il notaio non ritiene sussistenti le condizioni per la costituzione dell'ente o il patrimonio minimo, ne da' comunicazione motivata, tempestivamente e comunque non oltre il termine di trenta giorni, ai fondatori, o agli amministratori dell'ente. I fondatori, o gli amministratori o, in mancanza ciascun associato, nei trenta giorni successivi al ricevimento della comunicazione del notaio, possono domandare all'ufficio del registro competente di disporre l'iscrizione nel registro unico nazionale del Terzo settore. Se nel termine di sessanta giorni dalla presentazione della domanda l'ufficio del registro non comunica ai richiedenti il motivato diniego, ovvero non chiede di integrare la documentazione o non provvede all'iscrizione, questa si intende negata.

4. Si considera patrimonio minimo per il conseguimento della personalita' giuridica una somma liquida e disponibile non inferiore a 15.000 euro per le associazioni e a 30.000 euro per le fondazioni. Se tale patrimonio e' costituito da beni diversi dal denaro, il loro valore deve risultare da una relazione giurata, allegata all'atto costitutivo, di un revisore legale o di una societa' di revisione legale iscritti nell'apposito registro.

5. Quando risulta che il patrimonio minimo di cui al comma 4 e' diminuito di oltre un terzo in conseguenza di perdite, l'organo di amministrazione, e nel caso di sua inerzia, l'organo di controllo, ove nominato, devono senza indugio, in un'associazione, convocare l'assemblea per deliberare, ed in una fondazione deliberare la ricostituzione del patrimonio minimo oppure la trasformazione, la prosecuzione dell'attivita' in forma di associazione non riconosciuta, la fusione o lo scioglimento dell'ente.

6. Le modificazioni dell'atto costitutivo e dello statuto devono risultare da atto pubblico e diventano efficaci con l'iscrizione nel registro unico nazionale del Terzo settore. Il relativo procedimento di iscrizione e' regolato ai sensi dei commi 2 e 3.

7. Nelle fondazioni e nelle associazioni riconosciute come persone giuridiche, per le obbligazioni dell'ente risponde soltanto l'ente con il suo patrimonio.

Capo III
Dell'ordinamento e della amministrazione

Art. 23

Procedura di ammissione e carattere aperto delle associazioni

1. Se l'atto costitutivo o lo statuto non dispongono diversamente, in un'associazione, riconosciuta o non riconosciuta, del Terzo settore l'ammissione di un nuovo associato e' fatta con deliberazione dell'organo di amministrazione su domanda dell'interessato. La deliberazione e' comunicata all'interessato ed annotata nel libro degli associati.

2. Se l'atto costitutivo o lo statuto non dispongono diversamente, l'organo competente ai sensi del comma 1 deve entro sessanta giorni motivare la deliberazione di rigetto della domanda di ammissione e comunicarla agli interessati.

3. Se l'atto costitutivo o lo statuto non dispongono diversamente, chi ha proposto la domanda puo' entro sessanta giorni dalla comunicazione della deliberazione di rigetto chiedere che sull'istanza si pronunci, l'assemblea o un altro organo eletto dalla medesima, che deliberano sulle domande non accolte, se non appositamente convocati, in occasione della loro successiva convocazione.

4. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano anche alle fondazioni del Terzo settore il cui statuto preveda la costituzione di un organo assembleare o di indirizzo, comunque denominato, in quanto compatibili ed ove non derogate dallo statuto.

Art. 24

Assemblea

1. Nell'assemblea delle associazioni, riconosciute o non riconosciute, del Terzo settore hanno diritto di voto tutti coloro che sono iscritti da almeno tre mesi nel libro degli associati, salvo che l'atto costitutivo o lo statuto non dispongano diversamente.

2. Ciascun associato ha un voto. Agli associati che siano enti del Terzo settore l'atto costitutivo o lo statuto possono attribuire piu' voti, sino ad un massimo di cinque, in proporzione al numero dei loro associati o aderenti. Si applica l'articolo 2373 del codice civile, in quanto compatibile.

3. Se l'atto costitutivo o lo statuto non dispongono diversamente, ciascun associato puo' farsi rappresentare nell'assemblea da un altro associato mediante delega scritta, anche in calce all'avviso di convocazione. Ciascun associato puo' rappresentare sino ad un massimo di tre associati nelle associazioni con un numero di associati inferiore a cinquecento e di cinque associati in quelle con un numero di associati non inferiore a cinquecento. Si applicano i commi quarto e quinto dell'articolo 2372 del codice civile, in quanto compatibili.

4. L'atto costitutivo o lo statuto possono prevedere l'intervento all'assemblea mediante mezzi di telecomunicazione ovvero l'espressione del voto per corrispondenza o in via elettronica, purche' sia possibile verificare l'identita' dell'associato che partecipa e vota.

5. L'atto costitutivo o lo statuto delle associazioni che hanno un numero di associati non inferiore a cinquecento possono prevedere e

disciplinare la costituzione e lo svolgimento di assemblee separate, comunque denominate, anche rispetto a specifiche materie ovvero in presenza di particolari categorie di associati o di svolgimento dell'attivita' in piu' ambiti territoriali. A tali assemblee si applicano le disposizioni di cui ai commi terzo, quarto, quinto e sesto dell'articolo 2540 del codice civile, in quanto compatibili.

6. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano anche alle fondazioni del Terzo settore il cui statuto preveda la costituzione di un organo assembleare o di indirizzo, comunque denominato, in quanto compatibili ed ove non derogate dallo statuto.

Art. 25

Competenze inderogabili dell'assemblea

1. L'assemblea delle associazioni, riconosciute o non riconosciute, del Terzo settore:

a) nomina e revoca i componenti degli organi sociali;

b) nomina e revoca, quando previsto, il soggetto incaricato della revisione legale dei conti;

c) approva il bilancio;

d) delibera sulla responsabilita' dei componenti degli organi sociali e promuove azione di responsabilita' nei loro confronti;

e) delibera sull'esclusione degli associati, se l'atto costitutivo o lo statuto non attribuiscono la relativa competenza ad altro organo eletto dalla medesima;

f) delibera sulle modificazioni dell'atto costitutivo o dello statuto;

g) approva l'eventuale regolamento dei lavori assembleari;

h) delibera lo scioglimento, la trasformazione, la fusione o la scissione dell'associazione;

i) delibera sugli altri oggetti attribuiti dalla legge, dall'atto costitutivo o dallo statuto alla sua competenza.

2. Gli atti costitutivi o gli statuti delle associazioni che hanno un numero di associati non inferiore a cinquecento possono disciplinare le competenze dell'assemblea anche in deroga a quanto stabilito al comma precedente, nel rispetto dei principi di democraticita', pari opportunita' ed eguaglianza di tutti gli associati e di elettivita' delle cariche sociali.

3. Lo statuto delle fondazioni del Terzo settore puo' attribuire all'organo assembleare o di indirizzo, comunque denominato, di cui preveda la costituzione la competenza a deliberare su uno o piu' degli oggetti di cui al comma 1, nei limiti in cui cio' sia compatibile con la natura dell'ente quale fondazione e nel rispetto della volonta' del fondatore.

Art. 26

Organo di amministrazione

1. Nelle associazioni, riconosciute o non riconosciute, del Terzo settore deve essere nominato un organo di amministrazione. Salvo quanto previsto dall'articolo 25, comma 2, la nomina degli amministratori spetta all'assemblea, fatta eccezione per i primi amministratori che sono nominati nell'atto costitutivo.

2. La maggioranza degli amministratori e' scelta tra le persone

fisiche associate ovvero indicate dagli enti giuridici associati. Si applica l'articolo 2382 del codice civile.

3. L'atto costitutivo o lo statuto possono subordinare l'assunzione della carica di amministratore al possesso di specifici requisiti di onorabilita', professionalita' ed indipendenza, anche con riferimento ai requisiti al riguardo previsti da codici di comportamento redatti da associazioni di rappresentanza o reti associative del Terzo settore. Si applica in tal caso l'articolo 2382 del codice civile.

4. L'atto costitutivo o lo statuto possono prevedere che uno o piu' amministratori siano scelti tra gli appartenenti alle diverse categorie di associati.

5. La nomina di uno o piu' amministratori puo' essere attribuita dall'atto costitutivo o dallo statuto ad enti del Terzo settore o senza scopo di lucro, ad enti di cui all'articolo 4, comma 3, o a lavoratori o utenti dell'ente. In ogni caso, la nomina della maggioranza degli amministratori e', salvo quanto previsto dall'articolo 25, comma 2, riservata all'assemblea.

6. ~~Gli amministratori, entro trenta giorni dalla notizia della~~ loro nomina, devono chiederne l'iscrizione nel Registro unico nazionale del terzo settore, indicando per ciascuno di essi il nome, il cognome, il luogo e la data di nascita, il domicilio e la cittadinanza, nonche' a quali di essi e' attribuita la rappresentanza dell'ente, precisando se disgiuntamente o congiuntamente.

7. Il potere di rappresentanza attribuito agli amministratori e' generale. Le limitazioni del potere di rappresentanza non sono opponibili ai terzi se non sono iscritte nel Registro unico nazionale del Terzo settore o se non si prova che i terzi ne erano a conoscenza.

8. Nelle fondazioni del Terzo settore deve essere nominato un organo di amministrazione. Si applica l'articolo 2382 del codice civile. Si applicano i commi 3, 6 e 7. Nelle fondazioni del Terzo settore il cui statuto preveda la costituzione di un organo assembleare o di indirizzo, comunque denominato, possono trovare applicazione, in quanto compatibili, i commi 4 e 5.

Art. 27

Conflitto di interessi

1. Al conflitto di interessi degli amministratori si applica l'articolo 2475-ter del codice civile.

Art. 28

Responsabilita'

1. Gli amministratori, i direttori ***((generali))***, i componenti dell'organo di controllo e il soggetto incaricato della revisione legale dei conti rispondono nei confronti dell'ente, dei creditori sociali, del fondatore, degli associati e dei terzi, ai sensi degli articoli 2392, 2393, 2393-bis, 2394, 2394-bis, 2395, 2396 e 2407 del codice civile e dell'articolo 15 del decreto legislativo 27 gennaio 2010, n. 39, in quanto compatibili.

Art. 29

Denunzia al tribunale e ai componenti dell'organo di controllo

1. Almeno un decimo degli associati, l'organo di controllo, il soggetto incaricato della revisione legale dei conti ovvero il pubblico ministero possono agire ai sensi dell'articolo 2409 del codice civile, in quanto compatibile.

2. Ogni associato, ovvero almeno un decimo degli associati nelle associazioni, riconosciute o non riconosciute, che hanno piu' di 500 associati, puo' denunziare i fatti che ritiene censurabili all'organo di controllo, se nominato, il quale deve tener conto della denunzia nella relazione all'assemblea. Se la denunzia e' fatta da almeno un ventesimo degli associati dell'ente, l'organo di controllo deve agire ai sensi dell'articolo 2408, secondo comma, del codice civile.

3. Il presente articolo non si applica agli enti di cui all'articolo 4, comma 3.

Art. 30

Organo di controllo

1. Nelle fondazioni del Terzo settore deve essere nominato un organo di controllo, anche monocratico.

2. Nelle associazioni, riconosciute o non riconosciute, del Terzo settore, la nomina di un organo di controllo, anche monocratico, e' obbligatoria quando siano superati per due esercizi consecutivi due dei seguenti limiti:

a) totale dell'attivo dello stato patrimoniale: 110.000,00 euro;

b) ricavi, rendite, proventi, entrate comunque denominate: 220.000,00 euro;

c) dipendenti occupati in media durante l'esercizio: 5 unita'.

3. L'obbligo di cui al comma 2 cessa se, per due esercizi consecutivi, i predetti limiti non vengono superati.

4. La nomina dell'organo di controllo e' altresi' obbligatoria quando siano stati costituiti patrimoni destinati ai sensi dell'articolo 10.

5. Ai componenti dell'organo di controllo si applica l'articolo 2399 del codice civile. I componenti dell'organo di controllo devono essere scelti tra le categorie di soggetti di cui all'articolo 2397, comma secondo, del codice civile. Nel caso di organo di controllo collegiale, i predetti requisiti devono essere posseduti da almeno uno dei componenti.

6. L'organo di controllo vigila sull'osservanza della legge e dello statuto e sul rispetto dei principi di corretta amministrazione, anche con riferimento alle disposizioni del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231, qualora applicabili, nonche' sull'adeguatezza dell'assetto organizzativo, amministrativo e contabile e sul suo concreto funzionamento. ***((Esso puo' esercitare inoltre, al superamento dei limiti di cui all'articolo 31, comma 1, la revisione legale dei conti. In tal caso l'organo di controllo e' costituito da revisori legali iscritti nell'apposito registro.))***.

7. L'organo di controllo esercita inoltre compiti di monitoraggio dell'osservanza delle finalita' civiche, solidaristiche e di utilita' sociale, avuto particolare riguardo alle disposizioni di cui agli articoli 5, 6, 7 e 8, ed attesta che il bilancio sociale sia stato redatto in conformita' alle linee guida di cui all'articolo 14. Il

bilancio sociale da' atto degli esiti del monitoraggio svolto ***((dall'organo di controllo.))***.

8. I componenti dell'organo di controllo possono in qualsiasi momento procedere, anche individualmente, ad atti di ispezione e di controllo, e a tal fine, possono chiedere agli amministratori notizie sull'andamento delle operazioni sociali o su determinati affari.

Art. 31

Revisione legale dei conti

1. Salvo quanto previsto dall'articolo 30, comma 6, le associazioni, riconosciute o non riconosciute, e le fondazioni del Terzo settore devono nominare un revisore legale dei conti o una societa' di revisione legale iscritti nell'apposito registro quando superino per due esercizi consecutivi due dei seguenti limiti:

a) totale dell'attivo dello stato patrimoniale: 1.100.000,00 euro;

b) ricavi, rendite, proventi, entrate comunque denominate: 2.200.000,00 euro;

c) dipendenti occupati in media durante l'esercizio: 12 unita'.

2. L'obbligo di cui al comma 1 cessa se, per due esercizi consecutivi, i predetti limiti non vengono superati.

3. La nomina e' altresi' obbligatoria quando siano stati costituiti patrimoni destinati ai sensi dell'articolo 10.

Titolo V

DI PARTICOLARI CATEGORIE DI ENTI DEL TERZO SETTORE

Capo I

Delle organizzazioni di volontariato

Art. 32

Organizzazioni di volontariato

1. Le organizzazioni di volontariato sono enti del Terzo settore costituiti in forma di associazione, riconosciuta o non riconosciuta, da un numero non inferiore a sette persone fisiche o a tre organizzazioni di volontariato, per lo svolgimento prevalentemente in favore di terzi di una o piu' attivita' di cui all'articolo 5, avvalendosi in modo prevalente ***((dell'attivita' di volontariato dei propri associati o delle persone aderenti agli enti associati))***.

((1-bis. Se successivamente alla costituzione il numero degli associati diviene inferiore a quello stabilito nel comma 1, esso deve essere integrato entro un anno, trascorso il quale l'organizzazione di volontariato e' cancellata dal Registro unico nazionale del Terzo settore se non formula richiesta di iscrizione in un'altra sezione del medesimo.))

2. Gli atti costitutivi delle organizzazioni di volontariato possono prevedere l'ammissione come associati di altri enti del Terzo settore o senza scopo di lucro, a condizione che il loro numero non sia superiore al cinquanta per cento del numero delle organizzazioni di volontariato.

3. La denominazione sociale deve contenere l'indicazione di organizzazione di volontariato o l'acronimo ODV. L'indicazione di organizzazione di volontariato o l'acronimo ODV, ovvero di parole o

locuzioni equivalenti o ingannevoli, non puo' essere usata da soggetti diversi dalle organizzazioni di volontariato.

4. Alle organizzazioni di volontariato che svolgono l'attivita' di cui all'articolo 5, comma 1, lettera y), le norme del presente capo si applicano nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione civile e alla relativa disciplina si provvede nell'ambito di quanto previsto dall'articolo 1, comma 1, lettera d), della legge 16 marzo 2017, n. 30.

Art. 33

Risorse

1. Le organizzazioni di volontariato possono assumere lavoratori dipendenti o avvalersi di prestazioni di lavoro autonomo o di altra natura esclusivamente nei limiti necessari al loro regolare funzionamento oppure nei limiti occorrenti a qualificare o specializzare l'attivita' svolta. In ogni caso, il numero dei lavoratori impiegati nell'attivita' non puo' essere superiore al cinquanta per cento del numero dei volontari.

2. Salvo quanto previsto dal comma 3, le organizzazioni di volontariato possono trarre le risorse economiche necessarie al loro funzionamento e allo svolgimento della propria attivita' da fonti diverse, quali quote associative, contributi pubblici e privati, donazioni e lasciti testamentari, rendite patrimoniali ed attivita' di raccolta fondi nonche' delle attivita' di cui all'articolo 6.

3. Per l'attivita' di interesse generale prestata le organizzazioni di volontariato possono ricevere, soltanto il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate ***((, salvo che tale attivita' sia svolta quale attivita' secondaria e strumentale nei limiti di cui all'articolo 6))***.

Art. 34

Ordinamento ed amministrazione

1. Tutti gli amministratori delle organizzazioni di volontariato sono scelti tra le persone fisiche associate ovvero indicate, tra i propri associati, ***((dagli enti associati.))***. Si applica l'articolo 2382 del codice civile.

2. Ai componenti degli organi sociali, ad eccezione di quelli di cui all'articolo 30, comma 5 che siano in possesso dei requisiti di cui all'articolo 2397, secondo comma, del codice civile, non puo' essere attribuito alcun compenso, salvo il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate per l'attivita' prestata ai fini dello svolgimento della funzione.

Capo II
Delle associazioni di promozione sociale

Art. 35

Associazioni di promozione sociale

1. Le associazioni di promozione sociale sono enti del Terzo settore costituiti in forma di associazione, riconosciuta o non

riconosciuta, da un numero non inferiore a sette persone fisiche o a tre associazioni di promozione sociale per lo svolgimento in favore dei propri associati, di loro familiari o di terzi di una o piu' attivita' di cui all'articolo 5, avvalendosi in modo prevalente dell'attivita' di volontariato dei propri associati ***((o delle persone aderenti agli enti associati.))***.

((1-bis. Se successivamente alla costituzione il numero degli associati diviene inferiore a quello stabilito nel comma 1, esso deve essere integrato entro un anno, trascorso il quale l'associazione di promozione sociale e' cancellata dal Registro unico nazionale del Terzo settore se non formula richiesta di iscrizione in un'altra sezione del medesimo.))

2. Non sono associazioni di promozione sociale i circoli privati e le associazioni comunque denominate che dispongono limitazioni con riferimento alle condizioni economiche e discriminazioni di qualsiasi natura in relazione all'ammissione degli associati o prevedono il diritto di trasferimento, a qualsiasi titolo, della quota associativa o che, infine, collegano, in qualsiasi forma, la partecipazione sociale alla titolarita' di azioni o quote di natura patrimoniale.

3. Gli atti costitutivi delle associazioni di promozione sociale possono prevedere l'ammissione come associati di altri enti del Terzo settore o senza scopo di lucro, a condizione che il loro numero non sia superiore al cinquanta per cento del numero delle associazioni di promozione sociale.

4. Il comma 3 non si applica agli enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI che associano un numero non inferiore a cinquecento associazioni di promozione sociale.

5. La denominazione sociale deve contenere l'indicazione di associazione di promozione sociale o l'acronimo APS. L'indicazione di associazione di promozione sociale o l'acronimo APS, ovvero di parole o locuzioni equivalenti o ingannevoli, non puo' essere usata da soggetti diversi dalle associazioni di promozione sociale.

Art. 36

Risorse

1. Le associazioni di promozione sociale possono assumere lavoratori dipendenti o avvalersi di prestazioni di lavoro autonomo o di altra natura, anche dei propri associati, fatto comunque salvo quanto disposto dall'articolo 17, comma 5, solo quando cio' sia necessario ai fini dello svolgimento dell'attivita' di interesse generale e al perseguimento delle finalita'. In ogni caso, il numero dei lavoratori impiegati nell'attivita' non puo' essere superiore al cinquanta per cento del numero dei volontari o al cinque per cento del numero degli associati.

Capo III

Degli enti filantropici

Art. 37

Enti filantropici

1. Gli enti filantropici sono enti del Terzo settore costituiti in forma di associazione riconosciuta o di fondazione al fine di erogare

denaro, beni o servizi, anche di investimento, a sostegno di categorie di persone svantaggiate o di attivita' di interesse generale.

2. La denominazione sociale deve contenere l'indicazione di ente filantropico. L'indicazione di ente filantropico, ovvero di parole o locuzioni equivalenti o ingannevoli, non puo' essere usata da soggetti diversi dagli enti filantropici.

Art. 38

Risorse

1. Gli enti filantropici traggono le risorse economiche necessarie allo svolgimento della propria attivita' principalmente da contributi pubblici e privati, donazioni e lasciti testamentari, rendite patrimoniali ed attivita' di raccolta fondi.

2. Gli atti costitutivi degli enti filantropici indicano i principi ai quali essi devono attenersi in merito alla gestione del patrimonio, alla raccolta di fondi e risorse in genere, alla destinazione, alle modalita' di erogazione di denaro, beni o servizi ***((, anche di investimento)) ((...))*** a sostegno ***((di categorie di persone svantaggiate o di attivita' di interesse generale.))***.

Art. 39

Bilancio sociale

1. Il bilancio sociale degli enti filantropici deve contenere l'elenco e gli importi delle erogazioni deliberate ed effettuate nel corso dell'esercizio, con l'indicazione dei beneficiari diversi dalle persone fisiche.

Capo IV
Delle imprese sociali

Art. 40

Rinvio

1. Le imprese sociali sono disciplinate dal decreto legislativo recante revisione della disciplina in materia di impresa sociale, di cui all'articolo 1, comma 2, lettera c), della legge 6 giugno 2016, n. 106.

2. Le cooperative sociali e i loro consorzi sono disciplinati dalla legge 8 novembre 1991, n. 381.

Capo V
Delle reti associative

Art. 41

Reti associative

1. Le reti associative sono enti del Terzo settore costituiti in forma di associazione, riconosciuta o non riconosciuta, che:

a) associano, anche indirettamente attraverso gli enti ad esse

aderenti, un numero non inferiore a 100 enti del Terzo settore, o, in alternativa, almeno 20 fondazioni del Terzo settore, le cui sedi legali o operative siano presenti in almeno cinque regioni o province autonome;

b) svolgono, anche attraverso l'utilizzo di strumenti informativi idonei a garantire conoscibilita' e trasparenza in favore del pubblico e dei propri associati, attivita' di coordinamento, tutela, rappresentanza, promozione o supporto degli enti del Terzo settore loro associati e delle loro attivita' di interesse generale, anche allo scopo di promuoverne ed accrescerne la rappresentativita' presso i soggetti istituzionali.

2. Sono reti associative nazionali le reti associative di cui al comma 1 che associano, anche indirettamente attraverso gli enti ad esse aderenti, un numero non inferiore a 500 enti del Terzo settore o, in alternativa, almeno 100 fondazioni del Terzo settore, le cui sedi legali o operative siano presenti in almeno dieci regioni o province autonome. Le associazioni del terzo settore formate da un numero non inferiore a 100 mila persone fisiche associate e con sedi in almeno 10 regioni o provincie autonome sono equiparate alle reti associative nazionali ai fini di cui all'articolo 59, comma 1, lettera b).

3. Le reti associative nazionali possono esercitare, oltre alle proprie attivita' statutarie, anche le seguenti attivita':

a) monitoraggio dell'attivita' degli enti ad esse associati, eventualmente anche con riguardo al suo impatto sociale, e predisposizione di una relazione annuale al Consiglio nazionale del Terzo settore;

b) promozione e sviluppo delle attivita' di controllo, anche sotto forma di autocontrollo e di assistenza tecnica nei confronti degli enti associati.

4. Le reti associative possono promuovere partenariati e protocolli di intesa con le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e con soggetti privati.

5. E' condizione per l'iscrizione delle reti associative nel Registro unico nazionale del Terzo settore che i rappresentanti legali ed amministratori non abbiano riportato condanne penali, passate in giudicato, per reati che comportano l'interdizione dai pubblici uffici. L'iscrizione, nonche' la costituzione e l'operativita' da almeno un anno, sono condizioni necessarie per accedere alle risorse del Fondo di cui all'articolo 72 che, in ogni caso, non possono essere destinate, direttamente o indirettamente, ad enti diversi dalle organizzazioni di volontariato, dalle associazioni di promozione sociale e dalle fondazioni del Terzo settore.

6. Alle reti associative operanti nel settore di cui all'articolo 5, comma 1, lettera y), le disposizioni del presente articolo si applicano nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione civile, e alla relativa disciplina si provvede nell'ambito di quanto previsto dall'articolo 1, comma 1, lettera d), della legge 16 marzo 2017, n. 30.

7. Gli atti costitutivi o gli statuti disciplinano l'ordinamento interno, la struttura di governo e la composizione e il funzionamento degli organi sociali delle reti associative nel rispetto dei principi di democraticita', pari opportunita' ed eguaglianza di tutti gli associati e di elettivita' delle cariche sociali.

8. Gli atti costitutivi o gli statuti delle reti associative

possono disciplinare il diritto di voto degli associati in assemblea anche in deroga a quanto stabilito dall'articolo 24, comma 2.

9. Gli atti costitutivi o gli statuti delle reti associative possono disciplinare le modalita' e i limiti delle deleghe di voto in assemblea anche in deroga a quanto stabilito dall'articolo 24, comma 3.

10. Gli atti costitutivi o gli statuti delle reti associative possono disciplinare le competenze dell'assemblea degli associati anche in deroga a quanto stabilito dall'articolo 25, comma 1.

Capo VI
Delle societa' di mutuo soccorso

Art. 42

Rinvio

1. Le societa' di mutuo soccorso sono disciplinate dalla legge 15 aprile 1886, n. 3818, e successive modificazioni.

Art. 43

Trasformazione

1. Le societa' di mutuo soccorso, gia' esistenti alla data di entrata in vigore del presente Codice, che nei successivi tre anni da tale data si trasformano in associazioni del Terzo settore o in associazioni di promozione sociale, mantengono, in deroga all'articolo 8, comma 3, della legge 15 aprile 1886, n. 3818, il proprio patrimonio.

Art. 44

Modifiche e integrazioni alla disciplina

1. Alle societa' di mutuo soccorso non si applica l'obbligo di versamento del contributo del 3 per cento sugli utili netti annuali di cui all'articolo 11 della legge 31 gennaio 1992, n. 59.

2. In deroga all'articolo 23, comma 1, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, non sono soggette all'obbligo di iscrizione nella sezione delle imprese sociali presso il registro delle imprese le societa' di mutuo soccorso che hanno un versamento annuo di contributi associativi non superiore a 50.000 euro e che non gestiscono fondi sanitari integrativi.

Titolo VI
DEL REGISTRO UNICO NAZIONALE DEL TERZO SETTORE

Art. 45

Registro unico nazionale del Terzo settore

1. Presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e' istituito il Registro unico nazionale del Terzo settore, operativamente gestito su base territoriale e con modalita'

informatiche in collaborazione con ciascuna Regione e Provincia autonoma, che, a tal fine, individua, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, la struttura competente. Presso le Regioni, la struttura di cui al periodo precedente e' indicata come «Ufficio regionale del Registro unico nazionale del Terzo settore». Presso le Province autonome la stessa assume la denominazione di «Ufficio provinciale del Registro unico nazionale del Terzo settore». Il Ministero del lavoro e delle politiche sociali individua nell'ambito della dotazione organica dirigenziale non generale disponibile a legislazione vigente la propria struttura competente di seguito indicata come «Ufficio statale del Registro unico nazionale del Terzo settore».

2. Il registro e' pubblico ed e' reso accessibile a tutti gli interessati in modalita' telematica.

Art. 46

Struttura del Registro

1. Il Registro unico nazionale del Terzo settore si compone delle seguenti sezioni:

a) Organizzazioni di volontariato;

b) Associazioni di promozione sociale;

c) Enti filantropici;

d) Imprese sociali, incluse le cooperative sociali;

e) Reti associative;

f) Societa' di mutuo soccorso;

g) Altri enti del Terzo settore.

2. Ad eccezione delle reti associative, nessun ente puo' essere contemporaneamente iscritto in due o piu' sezioni.

3. Il Ministro del lavoro e delle politiche sociali puo', con decreto di natura non regolamentare, sentita la Conferenza Unificata, istituire sottosezioni o nuove sezioni o modificare le sezioni esistenti.

Art. 47

Iscrizione

1. Salvo quanto previsto dall'articolo 22, la domanda di iscrizione nel Registro unico nazionale del Terzo settore e' presentata dal rappresentante legale dell'ente o della rete associativa cui l'ente eventualmente aderisca all'Ufficio del Registro unico nazionale della Regione o della Provincia autonoma in cui l'ente ha la sede legale, depositando l'atto costitutivo, lo statuto ed eventuali allegati, ed indicando la sezione del registro nella quale l'ente chiede l'iscrizione. Per le reti associative la domanda di iscrizione nella sezione di cui all'articolo 46 comma 1, lettera e) e' presentata all'Ufficio statale del Registro unico nazionale.

2. L'ufficio competente di cui al comma 1 verifica la sussistenza delle condizioni previste dal presente Codice per la costituzione dell'ente quale ente del Terzo settore, nonche' per la sua iscrizione nella sezione richiesta.

3. L'ufficio del Registro, entro sessanta giorni dalla presentazione della domanda, puo':

a) iscrivere l'ente;

b) rifiutare l'iscrizione con provvedimento motivato;

c) invitare l'ente a completare o rettificare la domanda ovvero ad integrare la documentazione.

4. Decorsi sessanta giorni dalla presentazione della domanda o dalla presentazione della domanda completata o rettificata ovvero della documentazione integrativa ai sensi del comma 3, lettera c), la domanda di iscrizione s'intende accolta.

5. Se l'atto costitutivo e lo statuto dell'ente del Terzo settore sono redatti in conformita' a modelli standard tipizzati, predisposti da reti associative ed approvati con decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, l'ufficio del registro unico nazionale del Terzo settore, verificata la regolarita' formale della documentazione, entro trenta giorni dalla presentazione della domanda iscrive l'ente nel Registro stesso.

6. Avverso il diniego di iscrizione nel Registro e' ammesso ricorso avanti al tribunale amministrativo competente per territorio.

Contenuto e aggiornamento

1. Nel Registro unico nazionale del Terzo settore devono risultare per ciascun ente almeno le seguenti informazioni: la denominazione; la forma giuridica; la sede legale, con l'indicazione di eventuali sedi secondarie; la data di costituzione; l'oggetto dell'attivita' di interesse generale di cui all'articolo 5, il codice fiscale o la partita IVA; il possesso della personalita' giuridica e il patrimonio minimo di cui all'articolo 22, comma 4; le generalita' dei soggetti che hanno la rappresentanza legale dell'ente; le generalita' dei soggetti che ricoprono cariche sociali con indicazione di poteri e limitazioni.

2. Nel Registro devono inoltre essere iscritte le modifiche dell'atto costitutivo e dello statuto, le deliberazioni di trasformazione, fusione, scissione, di scioglimento, estinzione, liquidazione e cancellazione, i provvedimenti che ordinano lo scioglimento, dispongono la cancellazione o accertano l'estinzione, le generalita' dei liquidatori e tutti gli altri atti e fatti la cui iscrizione e' espressamente prevista da norme di legge o di regolamento.

3. I rendiconti e i bilanci di cui agli articoli 13 e 14 e i rendiconti delle raccolte fondi svolte nell'esercizio precedente devono essere depositati entro il 30 giugno di ogni anno. Entro trenta giorni decorrenti da ciascuna modifica, devono essere pubblicate le informazioni aggiornate e depositati gli atti di cui ai commi 1e 2, incluso l'eventuale riconoscimento della personalita' giuridica.

4. In caso di mancato o incompleto deposito degli atti e dei loro aggiornamenti nonche' di quelli relativi alle informazioni obbligatorie di cui al presente articolo nel rispetto dei termini in esso previsti, l'ufficio del registro diffida l'ente del Terzo settore ad adempiere all'obbligo suddetto, assegnando un termine non superiore a centottanta giorni, decorsi inutilmente i quali l'ente e' cancellato dal Registro.

5. Del deposito degli atti e della completezza delle informazioni di cui al presente articolo e dei relativi aggiornamenti sono onerati gli amministratori. Si applica l'articolo 2630 del codice civile.

6. All'atto della registrazione degli enti del Terzo settore di cui all'articolo 31, comma 1, l'ufficio del registro unico nazionale acquisisce la relativa informazione antimafia.

Art. 49

Estinzione o scioglimento dell'ente

1. L'ufficio del registro unico nazionale del Terzo settore accerta, anche d'ufficio, l'esistenza di una delle cause di estinzione o scioglimento dell'ente e ne da' comunicazione agli amministratori e al presidente del tribunale ove ha sede l'ufficio del registro unico nazionale presso il quale l'ente e' iscritto affinche' provveda ai sensi dell'articolo 11 e seguenti delle disposizioni di attuazione del codice civile.

2. Chiusa la procedura di liquidazione, il presidente del tribunale provvede che ne sia data comunicazione all'ufficio del registro unico nazionale del Terzo settore per la conseguente cancellazione dell'ente dal Registro.

Art. 50

Cancellazione e migrazione in altra sezione

1. La cancellazione di un ente dal Registro unico nazionale avviene a seguito di istanza motivata da parte dell'ente del Terzo settore iscritto o di accertamento d'ufficio, anche a seguito di provvedimenti della competente autorita' giudiziaria ovvero tributaria, divenuti definitivi, dello scioglimento, cessazione, estinzione dell'ente ovvero della carenza dei requisiti necessari per la permanenza nel Registro unico nazionale del Terzo settore.

2. L'ente cancellato dal Registro unico nazionale per mancanza dei requisiti che vuole continuare a operare ai sensi del codice civile deve preventivamente devolvere il proprio patrimonio ai sensi dell'articolo 9, limitatamente all'incremento patrimoniale realizzato negli esercizi in cui l'ente e' stato iscritto nel Registro unico nazionale.

3. Se vengono meno i requisiti per l'iscrizione dell'ente del Terzo settore in una sezione del Registro ma permangono quelli per l'iscrizione in altra sezione del Registro stesso, l'ente puo' formulare la relativa richiesta di migrazione che deve essere approvata con le modalita' e nei termini previsti per l'iscrizione nel Registro unico nazionale.

4. Avverso il provvedimento di cancellazione dal Registro, e' ammesso ricorso avanti al tribunale amministrativo competente per territorio.

Art. 51

Revisione periodica del Registro

1. Con cadenza triennale, gli Uffici del Registro unico nazionale del Terzo settore provvedono alla revisione, ai fini della verifica della permanenza dei requisiti previsti per l'iscrizione al Registro stesso.

Art. 52

Opponibilita' ai terzi degli atti depositati

1. Gli atti per i quali e' previsto l'obbligo di iscrizione, annotazione ovvero di deposito presso il Registro unico nazionale del Terzo settore sono opponibili ai terzi soltanto dopo la relativa pubblicazione nel Registro stesso, a meno che l'ente provi che i terzi ne erano a conoscenza.

2. Per le operazioni compiute entro il quindicesimo giorno dalla pubblicazione di cui al comma 1, gli atti non sono opponibili ai terzi che provino di essere stati nella impossibilita' di averne conoscenza.

Art. 53

Funzionamento del Registro

1. Entro un anno dalla data di entrata in vigore del presente decreto, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, definisce, con proprio decreto, la procedura per l'iscrizione nel Registro unico nazionale del Terzo settore, individuando i documenti da presentare ai fini dell'iscrizione e le modalita' di deposito degli atti di cui all'articolo 48, nonche' le regole per la predisposizione, la tenuta, la conservazione e la gestione del Registro unico nazionale del Terzo settore finalizzate ad assicurare l'omogenea e piena conoscibilita' su tutto il territorio nazionale degli elementi informativi del registro stesso e le modalita' con cui e' garantita la comunicazione dei dati tra il registro delle Imprese e il Registro unico nazionale del Terzo settore con riferimento alle imprese sociali e agli altri enti del Terzo settore iscritti nel registro delle imprese.

2. Le Regioni e le province autonome entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto di cui al comma 1 disciplinano i procedimenti per l'emanazione dei provvedimenti di iscrizione e di cancellazione degli enti del Terzo settore; entro sei mesi dalla predisposizione della struttura informatica rendono operativo il Registro.

3. Le risorse necessarie a consentire l'avvio e la gestione del Registro unico nazionale del Terzo settore sono stabilite in 25 milioni di euro per l'anno 2018, in 20 milioni di euro per gli anni 2019 e 2020, in 14,7 milioni di euro per l'anno 2021 e in 20 milioni di euro a decorrere dall'anno 2022, da impiegare per l'infrastruttura informatica nonche' per lo svolgimento delle attivita' di cui al presente titolo e di cui all'articolo 93, comma 3, anche attraverso accordi ai sensi dell'articolo 15 della legge 9 agosto 1990, n. 241, con le Regioni e le Province autonome, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Art. 54

Trasmigrazione dei registri esistenti

1. Con il decreto di cui all'articolo 53 vengono disciplinate le modalita' con cui gli enti pubblici territoriali provvedono a comunicare al Registro unico nazionale del Terzo settore i dati in

loro possesso degli enti gia' iscritti nei registri speciali delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di promozione sociale esistenti al giorno antecedente l'operativita' del Registro unico nazionale degli enti del Terzo settore.

2. Gli uffici del Registro unico nazionale del Terzo settore, ricevute le informazioni contenute nei predetti registri, provvedono entro centottanta giorni a richiedere agli enti le eventuali informazioni o documenti mancanti e a verificare la sussistenza dei requisiti per l'iscrizione.

3. L'omessa trasmissione delle informazioni e dei documenti richiesti agli enti del Terzo settore ai sensi del comma 2 entro il termine di sessanta giorni comporta la mancata iscrizione nel Registro unico nazionale del Terzo settore.

4. Fino al termine delle verifiche di cui al comma 2 gli enti iscritti nei registri di cui al comma 1 continuano a beneficiare dei diritti derivanti dalla rispettiva qualifica.

Titolo VII
DEI RAPPORTI CON GLI ENTI PUBBLICI

Art. 55

Coinvolgimento degli enti del Terzo settore

1. In attuazione dei principi di sussidiarieta', cooperazione, efficacia, efficienza ed economicita', omogeneita', copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilita' ed unicita' dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare, le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi nei settori di attivita' di cui all'articolo 5, assicurano il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione e accreditamento, poste in essere nel rispetto dei principi della legge 7 agosto 1990, n. 241, nonche' delle norme che disciplinano specifici procedimenti ed in particolare di quelle relative alla programmazione sociale di zona.

2. La co-programmazione e' finalizzata all'individuazione, da parte della pubblica amministrazione procedente, dei bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalita' di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili.

3. La co-progettazione e' finalizzata alla definizione ed eventualmente alla realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare bisogni definiti, alla luce degli strumenti di programmazione di cui comma 2.

4. Ai fini di cui al comma 3, l'individuazione degli enti del Terzo settore con cui attivare il partenariato avviene anche mediante forme di accreditamento nel rispetto dei principi di trasparenza, imparzialita', partecipazione e parita' di trattamento, previa definizione, da parte della pubblica amministrazione procedente, degli obiettivi generali e specifici dell'intervento, della durata e delle caratteristiche essenziali dello stesso nonche' dei criteri e delle modalita' per l'individuazione degli enti partner.

Art. 56

Convenzioni

1. Le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, possono sottoscrivere con le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale, iscritte da almeno sei mesi nel Registro unico nazionale del Terzo settore, convenzioni finalizzate allo svolgimento in favore di terzi di attivita' o servizi sociali di interesse generale, se piu' favorevoli rispetto al ricorso al mercato.

2. Le convenzioni di cui al comma 1 possono prevedere esclusivamente il rimborso alle organizzazioni di volontariato e alle associazioni di promozione sociale delle spese effettivamente sostenute e documentate.

3. L'individuazione delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di promozione sociale con cui stipulare la convenzione e' fatta nel rispetto dei principi di imparzialita', pubblicita', trasparenza, partecipazione e parita' di trattamento, mediante procedure comparative riservate alle medesime. Le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale devono essere in possesso dei requisiti di moralita' professionale, e dimostrare adeguata attitudine, da valutarsi in riferimento alla struttura, all'attivita' concretamente svolta, alle finalita' perseguite, al numero degli aderenti, alle risorse a disposizione e alla capacita' tecnica e professionale, intesa come concreta capacita' di operare e realizzare l'attivita' oggetto di convenzione, da valutarsi anche con riferimento all'esperienza maturata, all'organizzazione, alla formazione e all'aggiornamento dei volontari.

((3-bis. Le amministrazioni procedenti pubblicano sui propri siti informatici gli atti di indizione dei procedimenti di cui al presente articolo e i relativi provvedimenti finali. I medesimi atti devono altresi' formare oggetto di pubblicazione da parte delle amministrazioni procedenti nella sezione "Amministrazione trasparente", con l'applicazione delle disposizioni di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33.))

4. Le convenzioni devono contenere disposizioni dirette a garantire l'esistenza delle condizioni necessarie a svolgere con continuita' le attivita' oggetto della convenzione, nonche' il rispetto dei diritti e della dignita' degli utenti, e, ove previsti dalla normativa nazionale o regionale, degli standard organizzativi e strutturali di legge. Devono inoltre prevedere la durata del rapporto convenzionale, il contenuto e le modalita' dell'intervento volontario, il numero e l'eventuale qualifica professionale delle persone impegnate nelle attivita' convenzionate, le modalita' di coordinamento dei volontari e dei lavoratori con gli operatori dei servizi pubblici, le coperture assicurative di cui all'articolo 18, i rapporti finanziari riguardanti le spese da ammettere a rimborso fra le quali devono figurare necessariamente gli oneri relativi alla copertura assicurativa, le modalita' di risoluzione del rapporto, forme di verifica delle prestazioni e di controllo della loro qualita', la verifica dei reciproci adempimenti nonche' le modalita' di rimborso delle spese, nel rispetto del principio dell'effettivita' delle stesse, con esclusione di qualsiasi attribuzione a titolo di maggiorazione, accantonamento, ricarico o simili, e con la limitazione del rimborso dei costi indiretti alla quota parte imputabile direttamente all'attivita' oggetto della convenzione.

Art. 57

Servizio di trasporto sanitario di emergenza e urgenza

1. I servizi di trasporto sanitario di emergenza e urgenza possono essere, in via prioritaria, oggetto di affidamento in convenzione alle organizzazioni di volontariato, iscritte da almeno sei mesi nel Registro unico nazionale del Terzo settore, aderenti ad una rete associativa di cui all'articolo 41, comma 2, ed accreditate ai sensi della normativa regionale in materia, ove esistente, nelle ipotesi in cui, per la natura specifica del servizio, l'affidamento diretto garantisca l'espletamento del servizio di interesse generale, in un sistema di effettiva contribuzione a una finalita' sociale e di perseguimento degli obiettivi di solidarieta', in condizioni di efficienza economica e adeguatezza, nonche' nel rispetto dei principi di trasparenza e non discriminazione.

2. Alle convenzioni aventi ad oggetto i servizi di cui al comma 1 si applicano le disposizioni di cui ***((ai commi 2, 3, 3-bis e 4))*** dell'articolo 56.

Titolo VIII

DELLA PROMOZIONE E DEL SOSTEGNO DEGLI ENTI DEL TERZO SETTORE

Capo I

Del Consiglio nazionale del Terzo settore

Art. 58

Istituzione

1. Presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e' istituito il Consiglio nazionale del Terzo settore, presieduto dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali o da un suo delegato.

Art. 59

Composizione

1. Il Consiglio nazionale del Terzo settore e' composto da:

a) ***((dieci))*** rappresentanti designati dall'associazione di enti del Terzo settore piu' rappresentativa sul territorio nazionale, in ragione del numero di enti del Terzo settore ad essa aderenti, tra persone che siano espressione delle diverse tipologie organizzative del Terzo settore;

b) ***((quindici))*** rappresentanti di reti associative, di cui otto di reti associative nazionali, che siano espressione delle diverse tipologie organizzative del Terzo settore;

c) cinque esperti di comprovata esperienza professionale in materia di Terzo settore, che abbiano svolto attivita' in organismi ed enti pubblici o privati o aziende pubbliche e private ovvero che abbiano conseguito una particolare specializzazione professionale, culturale e scientifica desumibile dalla formazione universitaria e post-universitaria;

d) tre rappresentanti delle autonomie regionali e locali, di cui due designati dalla Conferenza Stato-Regioni di cui al decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, ed uno designato

dall'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI).

((d-bis) un rappresentante designato dall'associazione dei CSV piu' rappresentativa sul territorio nazionale in ragione del numero di CSV ad essa aderenti.))

2. Del Consiglio nazionale del Terzo settore fanno altresi' parte, senza diritto di voto:

a) un rappresentante designato dal presidente dell'ISTAT con comprovata esperienza in materia di Terzo settore;

b) un rappresentante designato dal presidente dell'INAPP con comprovata esperienza in materia di Terzo settore;

c) il direttore generale del Terzo settore e della responsabilita' sociale delle imprese del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

3. I componenti del Consiglio nazionale del Terzo settore sono nominati con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali e rimangono in carica per tre anni. Per ogni componente effettivo del Consiglio e' nominato un supplente. I componenti del Consiglio aventi diritto di voto non possono essere nominati per piu' di due mandati consecutivi. La partecipazione al Consiglio dei componenti effettivi e supplenti e' gratuita e non da' diritto alla corresponsione di alcun compenso, indennita', rimborso od emolumento comunque denominato.

Art. 60

Attribuzioni

1. Il Consiglio svolge i seguenti compiti:

a) esprime pareri non vincolanti, ove richiesto, sugli schemi di atti normativi che riguardano il Terzo settore;

b) esprime parere non vincolante, ove richiesto, sulle modalita' di utilizzo delle risorse finanziarie di cui agli articoli 72 e seguenti;

c) esprime parere obbligatorio non vincolante sulle linee guida in materia di bilancio sociale e di valutazione di impatto sociale dell'attivita' svolta dagli enti del Terzo settore ***((nonche' sulla definizione dei modelli di bilancio degli enti del Terzo settore;))***;

d) designa un componente nell'organo di governo della Fondazione Italia Sociale;

e) e' coinvolto nelle funzioni di vigilanza, monitoraggio e controllo, con il supporto delle reti associative nazionali;

f) designa i rappresentanti degli enti del Terzo settore presso il CNEL ai sensi della legge 30 dicembre 1986, n. 936.

2. Per lo svolgimento dei compiti indicati al comma 1, il Consiglio nazionale del Terzo settore si avvale delle risorse umane e strumentali del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

3. Le modalita' di funzionamento del Consiglio nazionale del Terzo settore sono fissate con regolamento interno da adottarsi a maggioranza assoluta dei componenti.

Capo II

Dei centri di servizio per il volontariato

Art. 61

Accreditamento dei Centri di servizio per il volontariato

1. Possono essere accreditati come centri di servizio per il volontariato, di seguito CSV, gli enti costituiti in forma di associazione riconosciuta del Terzo settore da organizzazioni di volontariato e da altri enti del Terzo settore, esclusi quelli costituiti in una delle forme del libro V del codice civile, ed il cui statuto preveda:

a) lo svolgimento di attivita' di supporto tecnico, formativo ed informativo al fine di promuovere e rafforzare la presenza ed il ruolo dei volontari negli enti del Terzo settore;

b) il divieto di erogare direttamente in denaro le risorse ad essi provenienti dal fondo unico nazionale, di seguito FUN nonche' di trasferire a titolo gratuito beni mobili o immobili acquisiti mediante le medesime risorse;

c) l'obbligo di adottare una contabilita' separata per le risorse provenienti da fonte diversa dal FUN;

d) l'obbligo di ammettere come associati le organizzazioni di volontariato e gli altri enti del Terzo settore, esclusi quelli costituiti in una delle forme del libro V del codice civile, che ne facciano richiesta, fatta salva la possibilita' di subordinare il mantenimento dello status di associato al rispetto dei principi, dei valori e delle norme statutarie;

e) il diritto di tutti gli associati di votare, direttamente o indirettamente, in assemblea, ed in particolare di eleggere democraticamente i componenti degli organi di amministrazione e di controllo interno dell'ente, salvo quanto previsto dalle lettere f), g), ed h);

f) l'attribuzione della maggioranza di voti in ciascuna assemblea alle organizzazioni di volontariato;

g) misure dirette ad evitare il realizzarsi di situazioni di controllo dell'ente da parte di singoli associati o di gruppi minoritari di associati;

h) misure destinate a favorire la partecipazione attiva e l'effettivo coinvolgimento di tutti gli associati, sia di piccola che di grande dimensione, nella gestione del CSV;

i) specifici requisiti di onorabilita', professionalita', incompatibilita' ed indipendenza per coloro che assumono cariche sociali, ed in particolare il divieto di ricoprire l'incarico di presidente dell'organo di amministrazione per:

1) coloro che hanno incarichi di governo nazionale, di giunta e consiglio regionale, di associazioni di comuni e consorzi intercomunali, e incarichi di giunta e consiglio comunale, circoscrizionale, di quartiere e simili, comunque denominati, purche' con popolazione superiore a 15.000 abitanti;

2) i consiglieri di amministrazione e il presidente delle aziende speciali e delle istituzioni di cui all'articolo 114 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267;

3) i parlamentari nazionali ed europei;

4) coloro che ricoprono ruoli di livello nazionale o locale in organi dirigenti di partiti politici;

j) un numero massimo di mandati consecutivi per coloro che ricoprono la carica di componente dell'organo di amministrazione, nonche' il divieto per la stessa persona di ricoprire la carica di presidente dell'organo di amministrazione per piu' di nove anni;

k) il diritto dell'organismo territoriale di controllo, di seguito OTC competente di nominare, qualora l'ente fosse accreditato

come CSV, un componente dell'organo di controllo interno del CSV con funzioni di presidente e dei componenti di tale organo di assistere alle riunioni dell'organo di amministrazione del CSV;

l) l'obbligo di redigere e rendere pubblico il bilancio sociale;

m) misure dirette a favorire la trasparenza e la pubblicita' dei propri atti.

2. L'organismo nazionale di controllo, di seguito ONC stabilisce il numero di enti accreditabili come CSV nel territorio nazionale, assicurando comunque la presenza di almeno un CSV per ogni regione e provincia autonoma ed evitando sovrapposizione di competenze territoriali tra i CSV da accreditarsi. A tal fine, e fatto salvo quanto previsto dal comma 3, l'ONC accredita:

a) un CSV per ogni citta' metropolitana e per ogni provincia con territorio interamente montano e confinante con Paesi stranieri ai sensi della legge 7 aprile 2014, n. 56;

b) un CSV per ogni milione di abitanti non residenti nell'ambito territoriale delle citta' metropolitane e delle province di cui alla lettera a).

3. I criteri di cui alle lettere a) e b) del comma 2 possono essere derogati, con atto motivato dell'ONC, in presenza di specifiche esigenze territoriali del volontariato o di contenimento dei costi. In ogni caso, il numero massimo di CSV accreditabili, in ciascuna regione o provincia autonoma, non puo' essere superiore a quello dei CSV istituiti alla data di entrata in vigore del presente decreto sulla base della previgente normativa.

4. L'accreditamento e' revocabile nei casi previsti dal presente decreto.

Art. 62

Finanziamento dei Centri di servizio
per il volontariato

1. Al fine di assicurare il finanziamento stabile dei CSV e' istituito il FUN, alimentato da contributi annuali delle fondazioni di origine bancaria di cui al decreto legislativo 17 maggio 1999, n. 153, di seguito FOB, ed amministrato dall'ONC in conformita' alle norme del presente decreto.

2. Il FUN costituisce ad ogni effetto di legge patrimonio autonomo e separato da quello delle FOB, dell'ONC, e dei CSV, vincolato alla destinazione di cui al comma 9.

3. Ciascuna FOB destina ogni anno al FUN una quota non inferiore al quindicesimo del risultato della differenza tra l'avanzo dell'esercizio meno l'accantonamento a copertura dei disavanzi pregressi, alla riserva obbligatoria e l'importo minimo da destinare ai settori rilevanti ai sensi dell'articolo 8, comma 1, lettere c) e d), del decreto legislativo 17 maggio 1999, n. 153.

4. Le FOB calcolano ogni anno, in sede di approvazione del bilancio di esercizio, le somme dovute ai sensi del comma 3 e le versano al FUN entro il 31 ottobre dell'anno di approvazione del bilancio, secondo modalita' individuate dall'ONC.

5. Le FOB sono inoltre tenute a versare al FUN i contributi integrativi deliberati dall'ONC ai sensi del comma 11 e possono in ogni caso versare al FUN contributi volontari.

6. A decorrere dall'anno 2018, per le somme che, ai sensi dei commi 4 e 5, vengono versate al FUN, alle FOB e' riconosciuto annualmente

un credito d'imposta pari al 100 per cento dei versamenti effettuati, fino ad un massimo di euro 15 milioni per l'anno 2018 e di euro 10 milioni per gli anni successivi. Il credito di imposta e' utilizzabile esclusivamente in compensazione, nei limiti dell'importo riconosciuto, ai sensi dell'articolo 17 del decreto legislativo 9 luglio 1997, n. 241, presentando il modello F24 esclusivamente mediante servizi telematici resi disponibili dall'Agenzia delle entrate, pena il rifiuto dell'operazione di versamento. Al credito d'imposta non si applicano i limiti di cui all'articolo 1, comma 53, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, e all'articolo 34 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, e successive modificazioni. Il credito e' cedibile, in esenzione dall'imposta di registro, nel rispetto delle disposizioni di cui agli articoli 1260 e seguenti del codice civile, a intermediari bancari, finanziari e assicurativi, ed e' utilizzabile dal cessionario alle medesime condizioni applicabili al cedente. Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono definite le disposizioni applicative necessarie, ivi comprese le procedure per la concessione del contributo nel rispetto del limite di spesa stabilito.

7. L'ONC determina l'ammontare del finanziamento stabile triennale dei CSV, anche sulla base del fabbisogno storico e delle mutate esigenze di promozione del volontariato negli enti del Terzo settore, e ne stabilisce la ripartizione annuale e territoriale, su base regionale, secondo criteri trasparenti, obiettivi ed equi, definiti anche in relazione alla provenienza delle risorse delle FOB, ad esigenze di perequazione territoriale, nonche' all'attribuzione storica delle risorse. L'ONC puo' destinare all'associazione dei CSV piu' rappresentativa sul territorio nazionale in ragione del numero di CSV ad essa aderenti una quota di tale finanziamento per la realizzazione di servizi strumentali ai CSV o di attivita' di promozione del volontariato che possono piu' efficacemente compiersi su scala nazionale.

8. L'ONC determina, secondo criteri di efficienza, di ottimizzazione e contenimento dei costi e di stretta strumentalita' alle funzioni da svolgere ai sensi del presente decreto, l'ammontare previsto delle proprie spese di organizzazione e funzionamento a valere sul FUN, inclusi i costi relativi all'organizzazione e al funzionamento degli OTC e ai componenti degli organi di controllo interno dei CSV nominati ai sensi dell'articolo 65, comma 6, lettera e), in misura comunque non superiore al 5 per cento delle somme versate dalle FOB ai sensi del comma 3. In ogni caso, non possono essere posti a carico del FUN eventuali emolumenti riconosciuti ai componenti e ai dirigenti dell'ONC e degli OTC. Le somme non spese riducono di un importo equivalente l'ammontare da destinarsi al medesimo fine nell'anno successivo a quello di approvazione del bilancio di esercizio.

9. Le risorse del FUN sono destinate esclusivamente alla copertura dei costi di cui ai commi 7 ed 8. L'ONC, secondo modalita' dalla stessa individuate, rende annualmente disponibili ai CSV, all'associazione dei CSV di cui al comma 7, e agli OTC le somme ad essi assegnate per lo svolgimento delle proprie funzioni.

10. Negli anni in cui i contributi obbligatori versati dalle FOB al FUN ai sensi del comma 3 risultino superiori ai costi annuali di cui ai commi 7 e 8, la differenza e' destinata dall'ONC ad una riserva con finalita' di stabilizzazione delle assegnazioni future ai CSV.

11. Negli anni in cui i contributi obbligatori versati dalle FOB al FUN ai sensi del comma 3 risultino inferiori ai costi annuali di cui ai commi 7 e 8, ed anche la riserva con finalita' di stabilizzazione sia insufficiente per la loro copertura, l'ONC pone la differenza a carico delle FOB, richiedendo a ciascuna di esse il versamento al FUN di un contributo integrativo proporzionale a quello obbligatorio gia' versato.

12. I CSV possono avvalersi di risorse diverse da quelle del FUN, che possono essere liberamente percepite e gestite dai CSV, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 61, comma 1, lettera c). I CSV non possono comunque accedere alle risorse del Fondo di cui all'articolo 72.

Art. 63

Funzioni e compiti dei Centri di servizio per il volontariato

1. I CSV utilizzano le risorse del FUN loro conferite al fine di organizzare, gestire ed erogare servizi di supporto tecnico, formativo ed informativo per promuovere e rafforzare la presenza ed il ruolo dei volontari negli enti del Terzo settore, senza distinzione tra enti associati ed enti non associati, e con particolare riguardo alle organizzazioni di volontariato, nel rispetto e in coerenza con gli indirizzi strategici generali definiti dall'ONC ai sensi del articolo 64, comma 5, lettera d).

2. Ai fini di cui al comma 1, i CSV possono svolgere attivita' varie riconducibili alle seguenti tipologie di servizi:

a) servizi di promozione, orientamento e animazione territoriale, finalizzati a dare visibilita' ai valori del volontariato e all'impatto sociale dell'azione volontaria nella comunita' locale, a promuovere la crescita della cultura della solidarieta' e della cittadinanza attiva in particolare tra i giovani e nelle scuole, istituti di istruzione, di formazione ed universita', facilitando l'incontro degli enti di Terzo settore con i cittadini interessati a svolgere attivita' di volontariato, nonche' con gli enti di natura pubblica e privata interessati a promuovere il volontariato;

b) servizi di formazione, finalizzati a qualificare i volontari o coloro che aspirino ad esserlo, acquisendo maggiore consapevolezza dell'identita' e del ruolo del volontario e maggiori competenze trasversali, progettuali, organizzative a fronte dei bisogni della propria organizzazione e della comunita' di riferimento;

c) servizi di consulenza, assistenza qualificata ed accompagnamento, finalizzati a rafforzare competenze e tutele dei volontari negli ambiti giuridico, fiscale, assicurativo, del lavoro, progettuale, gestionale, organizzativo, della rendicontazione economico-sociale, della ricerca fondi, dell'accesso al credito, nonche' strumenti per il riconoscimento e la valorizzazione delle competenze acquisite dai volontari medesimi;

d) servizi di informazione e comunicazione, finalizzati a incrementare la qualita' e la quantita' di informazioni utili al volontariato, a supportare la promozione delle iniziative di volontariato, a sostenere il lavoro di rete degli enti del Terzo settore tra loro e con gli altri soggetti della comunita' locale per la cura dei beni comuni, ad accreditare il volontariato come interlocutore autorevole e competente;

e) servizi di ricerca e documentazione, finalizzati a mettere a disposizione banche dati e conoscenze sul mondo del volontariato e del Terzo settore in ambito nazionale, comunitario e internazionale;

f) servizi di supporto tecnico-logistico, finalizzati a facilitare o promuovere l'operativita' dei volontari, attraverso la messa a disposizione temporanea di spazi, strumenti ed attrezzature.

3. I servizi organizzati mediante le risorse del FUN sono erogati nel rispetto dei seguenti principi:

a) principio di qualita': i servizi devono essere della migliore qualita' possibile considerate le risorse disponibili; i CSV applicano sistemi di rilevazione e controllo della qualita', anche attraverso il coinvolgimento dei destinatari dei servizi;

b) principio di economicita': i servizi devono essere organizzati, gestiti ed erogati al minor costo possibile in relazione al principio di qualita';

c) principio di territorialita' e di prossimita': i servizi devono essere erogati da ciascun CSV prevalentemente in favore di enti aventi sede legale ed operativita' principale nel territorio di riferimento, e devono comunque essere organizzati in modo tale da ridurre il piu' possibile la distanza tra fornitori e destinatari, anche grazie all'uso di tecnologie della comunicazione;

d) principio di universalita', non discriminazione e pari opportunita' di accesso: i servizi devono essere organizzati in modo tale da raggiungere il maggior numero possibile di beneficiari; tutti gli aventi diritto devono essere posti effettivamente in grado di usufruirne, anche in relazione al principio di pubblicita' e trasparenza;

e) principio di integrazione: i CSV, soprattutto quelli che operano nella medesima regione, sono tenuti a cooperare tra loro allo scopo di perseguire virtuose sinergie ed al fine di fornire servizi economicamente vantaggiosi;

f) principio di pubblicita' e trasparenza: i CSV rendono nota l'offerta dei servizi alla platea dei propri destinatari, anche mediante modalita' informatiche che ne assicurino la maggiore e migliore diffusione; essi inoltre adottano una carta dei servizi mediante la quale rendono trasparenti le caratteristiche e le modalita' di erogazione di ciascun servizio, nonche' i criteri di accesso ed eventualmente di selezione dei beneficiari.

4. In caso di scioglimento dell'ente accreditato come CSV o di revoca dell'accreditamento, le risorse del FUN ad esso assegnate ma non ancora utilizzate devono essere versate entro centoventi giorni dallo scioglimento o dalla revoca all'ONC, che le destina all'ente accreditato come CSV in sostituzione del precedente, o in mancanza, ad altri CSV della medesima regione o, in mancanza, alla riserva con finalita' di stabilizzazione del FUN.

5. In caso di scioglimento dell'ente accreditato come CSV o di revoca dell'accreditamento, eventuali beni mobili o immobili acquisiti dall'ente mediante le risorse del FUN mantengono il vincolo di destinazione e devono essere trasferiti dall'ente secondo le indicazioni provenienti dall'ONC.

Art. 64

Organismo nazionale di controllo

1. L'ONC e' una fondazione con personalita' giuridica di diritto

privato, costituita con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, al fine di svolgere, per finalita' di interesse generale, funzioni di indirizzo e di controllo dei CSV. Essa gode di piena autonomia statutaria e gestionale nel rispetto delle norme del presente decreto, del codice civile e dalle disposizioni di attuazione del medesimo. Le funzioni di controllo e di vigilanza sull'ONC previste dall'articolo 25 del codice civile sono esercitate dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

2. Il decreto di cui al comma 1 provvede alla nomina dei componenti dell'organo di amministrazione dell'ONC, che deve essere formato da:

a) sette membri, di cui uno con funzioni di Presidente, designati dall'associazione delle FOB piu' rappresentativa sul territorio nazionale in ragione del numero di FOB ad essa aderenti;

b) due membri designati dall'associazione dei CSV piu' rappresentativa sul territorio nazionale in ragione del numero di CSV ad essa aderenti;

c) due membri, di cui uno espressione delle organizzazioni di volontariato, designati dall'associazione degli enti del Terzo settore piu' rappresentativa sul territorio nazionale in ragione del numero di enti del Terzo settore ad essa aderenti;

d) un membro designato dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali;

e) un membro designato dalla Conferenza Stato-Regioni.

3. I componenti dell'organo di amministrazione sono nominati con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, durano in carica tre anni, ed in ogni caso sino al rinnovo dell'organo medesimo. Per ogni componente effettivo e' designato un supplente. I componenti non possono essere nominati per piu' di tre mandati consecutivi. Per la partecipazione all'ONC non possono essere corrisposti a favore dei componenti emolumenti gravanti sul FUN o sul bilancio dello Stato.

4. Come suo primo atto, l'organo di amministrazione adotta lo statuto dell'ONC col voto favorevole di almeno dodici dei suoi componenti. Eventuali modifiche statutarie devono essere deliberate dall'organo di amministrazione con la medesima maggioranza di voti.

5. L'ONC svolge le seguenti funzioni in conformita' alle norme, ai principi e agli obiettivi del presente decreto e alle disposizioni del proprio statuto:

a) amministra il FUN e riceve i contributi delle FOB secondo modalita' da essa individuate;

b) determina i contributi integrativi dovuti dalle FOB ai sensi dell'articolo 62, comma 11;

c) stabilisce il numero di enti accreditabili come CSV nel territorio nazionale nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 61, commi 2 e 3;

d) definisce triennalmente, nel rispetto dei principi di sussidiarieta' e di autonomia ed indipendenza delle organizzazioni di volontariato e di tutti gli altri enti del Terzo settore, gli indirizzi strategici generali da perseguirsi attraverso le risorse del FUN;

e) determina l'ammontare del finanziamento stabile triennale dei CSV e ne stabilisce la ripartizione annuale e territoriale, su base regionale, secondo quanto previsto dall'articolo 62, comma 7;

f) versa annualmente ai CSV e all'associazione dei CSV piu' rappresentativa sul territorio nazionale in ragione del numero di CSV ad essa aderenti le somme loro assegnate;

g) sottopone a verifica la legittimita' e la correttezza dell'attivita' svolta dall'associazione dei CSV di cui all'articolo 62, comma 7, attraverso le risorse del FUN ad essa assegnate dall'ONC ai sensi dell'articolo medesimo;

h) determina i costi del suo funzionamento, inclusi i costi di funzionamento degli OTC e i costi relativi ai componenti degli organi di controllo interno dei CSV, nominati ai sensi dell'articolo 65, *((**comma 7**))*, lettera e);

i) individua criteri obiettivi ed imparziali e procedure pubbliche e trasparenti di accreditamento dei CSV, tenendo conto, tra gli altri elementi, della rappresentativita' degli enti richiedenti, espressa anche dal numero di enti associati, della loro esperienza nello svolgimento dei servizi di cui all'articolo 63, e della competenza delle persone che ricoprono le cariche sociali;

j) accredita i CSV, di cui tiene un elenco nazionale che rende pubblico con le modalita' piu' appropriate;

k) definisce gli indirizzi generali, i criteri e le modalita' operative cui devono attenersi gli OTC nell'esercizio delle proprie funzioni, e ne approva il regolamento di funzionamento;

l) predispone modelli di previsione e rendicontazione che i CSV sono tenuti ad osservare nella gestione delle risorse del FUN;

m) controlla l'operato degli OTC e ne autorizza spese non preventivate;

n) assume i provvedimenti sanzionatori nei confronti dei CSV, su propria iniziativa o su iniziativa degli OTC;

o) promuove l'adozione da parte dei CSV di strumenti di verifica della qualita' dei servizi erogati dai CSV medesimi attraverso le risorse del FUN, e ne valuta gli esiti;

p) predispone una relazione annuale sulla proprie attivita' e sull'attivita' e lo stato dei CSV, che invia al Ministero del lavoro e delle politiche sociali entro il 31 maggio di ogni anno e rende pubblica attraverso modalita' telematiche.

6. L'ONC non puo' finanziare iniziative o svolgere attivita' che non siano direttamente connesse allo svolgimento delle funzioni di cui al comma 5.

Art. 65

Organismi territoriali di controllo

1. Gli OTC sono uffici territoriali dell'ONC privi di autonoma soggettivita' giuridica, chiamati a svolgere, nell'interesse generale, funzioni di controllo dei CSV nel territorio di riferimento, in conformita' alle norme del presente decreto e allo statuto e alle direttive dell'ONC.

2. Sono istituiti i seguenti OTC:

Ambito 1: Liguria;

Ambito 2: Piemonte e Val d'Aosta;

Ambito 3: Lombardia;

Ambito 4: Veneto *((...))*;

Ambito 5: Trento e Bolzano;

Ambito 6: Emilia-Romagna;

Ambito 7: Toscana;

Ambito 8: Marche e Umbria;

Ambito 9: Lazio e Abruzzo;

Ambito 10: Puglia e Basilicata;

Ambito 11: Calabria;

Ambito 12: Campania e Molise;

Ambito 13: Sardegna;

Ambito 14: Sicilia ***((;***

Ambito 15: Friuli Venezia Giulia)).

3. Gli OTC di cui agli ambiti 1, 3, ***((4,))*** 6, 7, 11, ***((13, 14 e 15))*** sono composti da:

a) quattro membri, di cui uno con funzioni di Presidente, designati dalle FOB;

b) un membro, espressione delle organizzazioni di volontariato del territorio, designato dall'associazione degli enti del Terzo settore piu' rappresentativa sul territorio di riferimento in ragione del numero di enti del Terzo settore ad essa aderenti, aventi sede legale o operativa nel territorio di riferimento;

c) un membro designato dalla Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI);

d) un membro designato dalla Regione.

~~4.Gli OTC di cui agli ambiti 2, ***((...))***, 5, 8, 9, 10 e 12~~ sono composti da:

a) sette membri, di cui uno con funzioni di Presidente, designati dalle FOB;

b) due membri, ***((...))*** espressione delle organizzazioni di volontariato del territorio, designati ***((uno per ciascun territorio di riferimento,))*** dall'associazione degli enti del Terzo settore piu' rappresentativa sul territorio di riferimento in ragione del numero di enti del Terzo settore ad essa aderenti, aventi sede legale o operativa nei territori di riferimento;

c) due membri designati dalla Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI);

d) due membri designati, uno per ciascun territorio di riferimento, dalle Regioni o dalle Province autonome.

5. I componenti dell'OTC sono nominati con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, durano in carica tre anni, ed in ogni caso sino al loro rinnovo, e non possono essere nominati per piu' di tre mandati consecutivi. Per ogni componente effettivo e' designato un supplente. Per la partecipazione all'OTC non possono essere corrisposti emolumenti a favore dei componenti, gravanti sul FUN o sul bilancio dello Stato.

6. Come suo primo atto, ciascun OTC adotta un proprio regolamento di funzionamento e lo invia all'ONC per la sua approvazione.

7. Gli OTC svolgono le seguenti funzioni in conformita' alle norme, ai principi e agli obiettivi del presente decreto, alle disposizioni dello statuto e alle direttive dell'ONC, e al proprio regolamento che dovra' disciplinarne nel dettaglio le modalita' di esercizio:

a) ricevono le domande e istruiscono le pratiche di accreditamento dei CSV, in particolare verificando la sussistenza dei requisiti di accreditamento;

b) verificano periodicamente, con cadenza almeno biennale, il mantenimento dei requisiti di accreditamento come CSV; sottopongono altresi' a verifica i CSV quando ne facciano richiesta formale motivata il Presidente dell'organo di controllo interno del CSV o un numero non inferiore al 30 per cento di enti associati o un numero di enti non associati pari ad almeno il 5 per cento del totale degli enti iscritti nelle pertinenti sezioni regionali del Registro unico nazionale del Terzo settore;

c) ripartiscono tra i CSV istituiti in ciascuna regione il

finanziamento deliberato dall'ONC su base regionale ed ammettono a finanziamento la programmazione dei CSV;

d) verificano la legittimita' e la correttezza dell'attivita' dei CSV in relazione all'uso delle risorse del FUN, nonche' la loro generale adeguatezza organizzativa, amministrativa e contabile, tenendo conto delle disposizioni del presente decreto e degli indirizzi generali strategici fissati dall'ONC;

e) nominano, tra i revisori legali iscritti nell'apposito registro e con specifica competenza in materia di Terzo settore, un componente dell'organo di controllo interno del CSV con funzioni di presidente e diritto di assistere alle riunioni dell'organo di amministrazione del CSV;

f) propongono all'ONC l'adozione di provvedimenti sanzionatori nei confronti dei CSV;

g) predispongono una relazione annuale sulla propria attivita', che inviano entro il 30 aprile di ogni anno all'ONC e rendono pubblica mediante modalita' telematiche.

8. Gli OTC non possono finanziare iniziative o svolgere attivita' che non siano direttamente connesse allo svolgimento delle funzioni di cui al comma 7.

Art. 66

Sanzioni e ricorsi

1. In presenza di irregolarita', gli OTC invitano i CSV ad adottare i provvedimenti e le misure necessarie a sanarle.

2. In presenza di irregolarita' non sanabili o non sanate, gli OTC denunciano l'irregolarita' all'ONC affinche' adotti i provvedimenti necessari. L'ONC, previo accertamento dei fatti e sentito in contraddittorio il CSV interessato, adotta i seguenti provvedimenti a seconda della gravita' del caso:

a) diffida formale con eventuale sospensione dell'accreditamento nelle more della sanatoria dell'irregolarita';

b) revoca dell'accreditamento, esperita dopo aver sollecitato, senza ottenere riscontro, il rinnovo dei componenti dell'organo di amministrazione del CSV.

3. Contro i provvedimenti dell'ONC e' ammesso ricorso dinanzi al giudice amministrativo.

Capo III

Di altre specifiche misure

Art. 67

Accesso al credito agevolato

1. Le provvidenze creditizie e fideiussorie previste dalle norme vigenti per le cooperative e i loro consorzi sono estese, senza ulteriori oneri per lo Stato, alle organizzazioni di volontariato e alle associazioni di promozione sociale che, nell'ambito delle convenzioni di cui all'articolo 56, abbiano ottenuto l'approvazione di uno o piu' progetti di attivita' e di servizi di interesse generale inerenti alle finalita' istituzionali.

Art. 68

Privilegi

1. I crediti delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di promozione sociale, inerenti allo svolgimento delle attivita' di cui all'articolo 5, hanno privilegio generale sui beni mobili del debitore ai sensi dell'articolo 2751-bis del codice civile.

2. I crediti di cui al comma 1 sono collocati, nell'ordine dei privilegi, subito dopo i crediti di cui alla lettera c) del secondo comma dell'articolo 2777 del codice civile.

Art. 69

Accesso al Fondo sociale europeo

1. Lo Stato, le Regioni e le Province autonome promuovono le opportune iniziative per favorire l'accesso degli enti del Terzo settore ai finanziamenti del Fondo sociale europeo e ad altri finanziamenti europei per progetti finalizzati al raggiungimento degli obiettivi istituzionali.

Art. 70

Strutture e autorizzazioni temporanee
per manifestazioni pubbliche

1. Lo Stato, le Regioni e Province autonome e gli Enti locali possono prevedere forme e modi per l'utilizzazione non onerosa di beni mobili e immobili per manifestazioni e iniziative temporanee degli enti del Terzo settore, nel rispetto dei principi di trasparenza, pluralismo e uguaglianza.

2. Gli enti del Terzo settore, in occasione di particolari eventi o manifestazioni, possono, soltanto per il periodo di svolgimento delle predette manifestazioni e per i locali o gli spazi cui si riferiscono, somministrare alimenti e bevande, previa segnalazione certificata di inizio attivita' e comunicazione ai sensi dell'articolo 6 del Regolamento (CE) n. 852/2004, in deroga al possesso dei requisiti di cui all'articolo 71 del decreto legislativo 26 marzo 2010, n. 59.

Art. 71

Locali utilizzati

1. Le sedi degli enti del Terzo settore e i locali in cui si svolgono le relative attivita' istituzionali, purche' non di tipo produttivo, sono compatibili con tutte le destinazioni d'uso omogenee previste dal decreto del Ministero dei lavori pubblici 2 aprile 1968 n. 1444 e simili, indipendentemente dalla destinazione urbanistica.

2. Lo Stato, le Regioni e Province autonome e gli Enti locali possono concedere in comodato beni mobili ed immobili di loro proprieta', non utilizzati per fini istituzionali, agli enti del Terzo settore, ad eccezione delle imprese sociali, per lo svolgimento delle loro attivita' istituzionali. La cessione in comodato ha una durata massima di trent'anni, nel corso dei quali l'ente

concessionario ha l'onere di effettuare sull'immobile, a proprie cura e spese, gli interventi di manutenzione e gli altri interventi necessari a mantenere la funzionalita' dell'immobile.

3. I beni culturali immobili di proprieta' dello Stato, delle regioni, degli enti locali e degli altri enti pubblici, per l'uso dei quali attualmente non e' corrisposto alcun canone e che richiedono interventi di restauro, possono essere dati in concessione a enti del terzo settore, che svolgono le attivita' indicate all'articolo 5, comma 1, lettere f), i), k), o z) con pagamento di un canone agevolato, determinato dalle amministrazioni interessate, ai fini della riqualificazione e riconversione dei medesimi beni tramite interventi di recupero, restauro, ristrutturazione a spese del concessionario, anche con l'introduzione di nuove destinazioni d'uso finalizzate allo svolgimento delle attivita' indicate, ferme restando le disposizioni contenute nel decreto legislativo 22 gennaio 2004, n. 42. La concessione d'uso e' finalizzata alla realizzazione di un progetto di gestione del bene che ne assicuri la corretta conservazione, nonche' l'apertura alla pubblica fruizione e la migliore valorizzazione. Dal canone di concessione vengono detratte le spese sostenute dal concessionario per gli interventi indicati nel primo periodo entro il limite massimo del canone stesso. L'individuazione del concessionario avviene mediante le procedure semplificate di cui all'articolo 151, comma 3, del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50. Le concessioni di cui al presente comma sono assegnate per un periodo di tempo commisurato al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario dell'iniziativa e comunque non eccedente i 50 anni.

4. Per concorrere al finanziamento di programmi di costruzione, di recupero, di restauro, di adattamento, di adeguamento alle norme di sicurezza e di straordinaria manutenzione di strutture o edifici da utilizzare per le finalita' di cui al comma 1, per la dotazione delle relative attrezzature e per la loro gestione, gli enti del Terzo settore sono ammessi ad usufruire, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili, al ricorrere dei presupposti e in condizioni di parita' con gli altri aspiranti, di tutte le facilitazioni o agevolazioni previste per i privati, in particolare per quanto attiene all'accesso al credito agevolato.

Capo IV

Delle risorse finanziarie

Art. 72

Fondo per il finanziamento di progetti e attivita' di interesse generale nel terzo settore

1. Il Fondo previsto dall'articolo 9, comma 1, lettera g), della legge 6 giugno 2016, n. 106, e' destinato a sostenere, anche attraverso le reti associative di cui all'articolo 41, lo svolgimento di attivita' di interesse generale di cui all'articolo 5, costituenti oggetto di iniziative e progetti promossi da organizzazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale e fondazioni del Terzo settore, iscritti nel Registro unico nazionale del Terzo settore.

2. Le iniziative e i progetti di cui al comma 1 possono essere finanziati anche in attuazione di accordi sottoscritti, ai sensi

dell'articolo 15 della legge 7 agosto 1990, n. 241, dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali con le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

3. Il Ministro del lavoro e delle politiche sociali determina annualmente, per un triennio, con proprio atto di indirizzo, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, gli obiettivi generali, le aree prioritarie di intervento e le linee di attivita' finanziabili nei limiti delle risorse disponibili sul Fondo medesimo.(3)

4. In attuazione dell'atto di indirizzo di cui al comma 3, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali individua i soggetti attuatori degli interventi finanziabili attraverso le risorse del Fondo, mediante procedure poste in essere nel rispetto dei principi della legge 7 agosto 1990, n. 241.

5. Per l'anno 2017, la dotazione della seconda sezione del Fondo di cui all'articolo 9, comma 1, lettera g), della legge 6 giugno 2016, n. 106, e' incrementata di 40 milioni di euro. A decorrere dall'anno 2018 la medesima dotazione e' incrementata di 20 milioni di euro annui, salvo che per l'anno 2021, per il quale e' incrementata di 3,9 milioni di euro. ***((10))***

AGGIORNAMENTO (3)

La Corte Costituzionale, con sentenza 25 settembre - 12 ottobre 2018, n. 185 (in G.U. 1ª s.s. 17/10/2018, n. 41), ha dichiarato "l'illegittimita' costituzionale dell'art. 72, comma 3, del decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, recante «Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo l, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106», nel testo antecedente alle modifiche di cui all'art. 19 del decreto legislativo 3 agosto 2018, n. 105, intitolato «Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, recante: "Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106"», nella parte in cui non prevede che l'atto d'indirizzo con cui il Ministro del lavoro e delle politiche sociali determina annualmente «gli obiettivi generali, le aree prioritarie di intervento e le linee di attivita' finanziabili nei limiti delle risorse disponibili sul Fondo medesimo» sia adottato previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano".

AGGIORNAMENTO (10)

Il D.L. 19 maggio 2020, n. 34 ha disposto (con l'art. 67, comma 1) che "Al fine di sostenere le attivita' delle organizzazioni di volontariato, delle associazioni di promozione sociale e delle fondazioni del Terzo settore, volte a fronteggiare le emergenze sociali ed assistenziali determinate dall'epidemia di COVID -19, la dotazione della seconda sezione del Fondo di cui all'articolo 72 del decreto legislativo 3 luglio 2017, n.117, e' incrementata di 100 milioni di euro per l'anno 2020. Ai relativi oneri si provvede ai sensi dell'articolo 265".

Art. 73

Altre risorse finanziarie specificamente destinate
al sostegno degli enti del Terzo settore

1. A decorrere dall'anno 2017, le risorse finanziarie del Fondo nazionale per le politiche sociali, di cui all'articolo 20, comma 8, della legge 8 novembre 2000, n. 328, destinate alla copertura degli oneri relativi agli interventi in materia di Terzo settore di competenza del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, di cui alle seguenti disposizioni, sono trasferite, per le medesime finalita', su un apposito capitolo di spesa iscritto nello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, nel programma «Terzo settore (associazionismo, volontariato, Onlus e formazioni sociali) e responsabilita' sociale delle imprese e delle organizzazioni», nell'ambito della missione «Diritti sociali, politiche sociali e famiglia»:

a) articolo 12, comma 2 della legge 11 agosto 1991, n. 266, per un ammontare di 2 milioni di euro;

b) articolo 1 della legge 15 dicembre 1998, n. 438, per un ammontare di 5,16 milioni di euro;

c) articolo 96, comma 1, della legge 21 novembre 2000, n. 342, per un ammontare di 7,75 milioni di euro;

d) articolo 13 della legge 7 dicembre 2000, n. 383, per un ammontare di 7,050 milioni di euro;

2. Con uno o piu' atti di indirizzo del Ministro del lavoro e delle politiche sociali sono determinati annualmente, nei limiti delle risorse complessivamente disponibili, gli obiettivi generali, le aree prioritarie di intervento, le linee di attivita' finanziabili e la destinazione delle risorse di cui al comma 1 per le seguenti finalita':

a) sostegno alle attivita' delle organizzazioni di volontariato;

b) sostegno alle attivita' delle associazioni di promozione sociale;

c) contributi per l'acquisto di autoambulanze, autoveicoli per attivita' sanitarie e beni strumentali.

3. In attuazione degli atti di indirizzo di cui al comma 2, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali individua, mediante procedure poste in essere nel rispetto dei principi della legge 7 agosto 1990, n. 241, i soggetti beneficiari delle risorse, che devono essere iscritti nel Registro unico nazionale del Terzo settore.

Art. 74

Sostegno alle attivita' delle organizzazioni
di volontariato

1. Le risorse di cui all'articolo 73, comma 2, lettera a), sono finalizzate alla concessione di contributi per la realizzazione di progetti sperimentali elaborati anche in partenariato tra loro e in collaborazione con gli enti locali, dalle organizzazioni di volontariato per far fronte ad emergenze sociali e per favorire l'applicazione di metodologie di intervento particolarmente avanzate.

Art. 75

Sostegno alle attivita' delle associazioni

di promozione sociale

1. Le risorse di cui all'articolo 73, comma 2, lettera b), sono finalizzate alla concessione di contributi per la realizzazione di progetti elaborati dalle associazioni di promozione sociale, anche in partenariato tra loro e in collaborazione con gli enti locali, volti alla formazione degli associati, al miglioramento organizzativo e gestionale, all'incremento della trasparenza e della rendicontazione al pubblico delle attivita' svolte o a far fronte a particolari emergenze sociali, in particolare attraverso l'applicazione di metodologie avanzate o a carattere sperimentale.

2. Il contributo in favore dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 1, lettera a), della legge 19 novembre 1987, n. 476, nella misura indicata all'articolo 1 comma 2, della legge 15 dicembre 1998, n. 438, continua ad essere corrisposto, a valere sulle risorse di cui all'articolo 73, comma 2, lettera b).

3. I soggetti di cui al comma 2 trasmettono entro un anno dall'erogazione del contributo al Ministero del lavoro e delle politiche sociali la rendicontazione sull'utilizzazione nell'anno precedente del contributo di cui al comma 2.

Art. 76

Contributo per l'acquisto di autoambulanze, autoveicoli per attivita' sanitarie e beni strumentali

1. Le risorse di cui all'articolo 73, comma 2, lettera c), sono destinate a sostenere l'attivita' di interesse generale delle organizzazioni di volontariato attraverso l'erogazione di contributi per l'acquisto, da parte delle medesime, di autoambulanze, autoveicoli per attivita' sanitarie e di beni strumentali, utilizzati direttamente ed esclusivamente per attivita' di interesse generale, che per le loro caratteristiche non sono suscettibili di diverse utilizzazioni senza radicali trasformazioni, nonche', *((...))*, per la donazione dei beni ivi indicati nei confronti delle strutture sanitarie pubbliche ***((da parte delle organizzazioni di volontariato e delle fondazioni.))***.

2. Per l'acquisto di autoambulanze e di beni mobili iscritti in pubblici registri destinati ad attivita' antincendio da parte dei vigili del fuoco volontari, in alternativa a quanto disposto al comma 1, le organizzazioni di volontariato possono conseguire il predetto contributo nella misura corrispondente all'aliquota IVA del prezzo complessivo di acquisto, mediante corrispondente riduzione del medesimo prezzo praticata dal venditore. Il venditore recupera le somme corrispondenti alla riduzione praticata mediante compensazione, ai sensi dell'articolo 17 del decreto legislativo 9 luglio 1997, n. 241.

3. Per le organizzazioni di volontariato aderenti alle reti associative di cui all'articolo 41, comma 2, la richiesta e l'erogazione dei contributi di cui al comma 1 deve avvenire per il tramite delle reti medesime.

4. Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali sono stabilite le modalita' per l'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo.

Titolo IX

TITOLI DI SOLIDARIETA' DEGLI ENTI DEL TERZO SETTORE ED ALTRE FORME DI FINANZA SOCIALE

Art. 77

Titoli di solidarieta'

1. Al fine di favorire il finanziamento ed il sostegno delle attivita' di cui all'articolo 5, svolte dagli enti del Terzo settore *((...))* iscritti al Registro di cui all'articolo 45, gli istituti di credito autorizzati ad operare in Italia, in osservanza delle previsioni del testo unico delle leggi in materia bancaria e creditizia, di cui al decreto legislativo 1° settembre 1993, n. 385, di seguito «emittenti» o, singolarmente, l'«emittente», possono emettere specifici «titoli di solidarieta'», di seguito «titoli», su cui gli emittenti non applicano le commissioni di collocamento.

2. I titoli sono obbligazioni ed altri titoli di debito, non subordinati, non convertibili e non scambiabili, e non conferiscono il diritto di sottoscrivere o acquisire altri tipi di strumenti finanziari e non sono collegati ad uno strumento derivato, nonche' certificati di deposito consistenti in titoli individuali non negoziati nel mercato monetario.

3. Per le obbligazioni e per gli altri titoli di debito restano ferme le disposizioni legislative e regolamentari in materia di strumenti finanziari di cui al decreto legislativo 24 febbraio 1998, n. 58, e relative disposizioni attuative. Per i certificati di deposito consistenti in titoli individuali non negoziati nel mercato monetario restano ferme le disposizioni in materia di trasparenza bancaria dettate dal decreto legislativo 1° settembre 1993, n. 385.

4. Le obbligazioni e gli altri titoli di debito di cui al comma 3 hanno scadenza non inferiore a 36 mesi, possono essere nominativi ovvero al portatore e corrispondono interessi con periodicita' almeno annuale, in misura almeno pari al maggiore tra il tasso rendimento lordo annuo di obbligazioni dell'emittente, aventi analoghe caratteristiche e durata, collocate nel trimestre solare precedente la data di emissione dei titoli e il tasso di rendimento lordo annuo dei titoli di Stato con vita residua similare a quella dei titoli. I certificati di deposito di cui al comma 3 hanno scadenza non inferiore a 12 mesi, corrispondono interessi con periodicita' almeno annuale, in misura almeno pari al maggiore tra il tasso rendimento lordo annuo di certificati di deposito dell'emittente, aventi analoghe caratteristiche e durata, emessi nel trimestre solare precedente la data di emissione dei titoli e il tasso di rendimento lordo annuo dei titoli di Stato con vita residua similare a quella dei titoli. Gli emittenti possono applicare un tasso inferiore rispetto al maggiore tra i due tassi di rendimento sopra indicati, a condizione che si riduca corrispondentemente il tasso di interesse applicato sulle correlate operazioni di finanziamento secondo le modalita' indicate nel decreto attuativo di cui al comma 15. A tale fine, gli emittenti devono essere in grado di fornire un'evidenza, oggetto di approvazione da parte del relativo organo amministrativo, dei tassi ordinariamente applicati sulle operazioni di raccolta e sulle operazioni di impiego, equivalenti per durata, forma tecnica, tipologia di tasso fisso o variabile e, se disponibile, rischio di controparte.

5. Gli emittenti possono erogare, a titolo di liberalita', una somma commisurata all'ammontare nominale collocato dei titoli, ad uno o piu' enti del Terzo settore ***((non commerciali di cui all'articolo***

79, comma 5)), per il sostegno di attivita' di cui all'articolo 5, ritenute meritevoli dagli emittenti sulla base di un progetto predisposto dagli enti destinatari della liberalita'. Qualora tale somma sia almeno pari allo 0,60 per cento del predetto ammontare agli emittenti spetta il credito d'imposta di cui al comma 10.

6. Gli emittenti, tenuto conto delle richieste di finanziamento pervenute dagli enti del Terzo settore e compatibilmente con le esigenze di rispetto delle regole di sana e prudente gestione bancaria, devono destinare una somma pari all'intera raccolta effettuata attraverso l'emissione dei titoli, al netto dell'eventuale erogazione liberale di cui al comma 5, ad impieghi a favore degli enti del Terzo settore di cui al comma 1, per il finanziamento di iniziative di cui all'articolo 5.***((Le somme raccolte con l'emissione dei titoli e non impiegate a favore degli enti del Terzo settore entro dodici mesi dal loro collocamento sono utilizzate per la sottoscrizione o per l'acquisto di titoli di Stato italiani aventi durata pari a quella originaria dei relativi titoli)).***

7. Salvo quanto previsto al comma 5, il rispetto da parte degli emittenti della previsione di cui al comma 6 e' condizione necessaria per l'applicazione dei commi da 8 a 13.

8. I titoli di solidarieta' non rilevano ai fini del computo delle contribuzioni dovute dai soggetti sottoposti alla vigilanza della CONSOB e da quest'ultima determinate ai sensi dell'articolo 40, comma 3, della legge 23 dicembre 1994, n. 724.

9. Gli interessi, i premi ed ogni altro provento di cui all'articolo 44 del testo unico delle imposte sui redditi, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986 n. 917 e i redditi diversi di cui all'articolo 67, comma 1, lettera c-ter) del medesimo decreto, relativi ai titoli, sono soggetti al regime fiscale previsto per i medesimi redditi relativi a titoli ed altre obbligazioni di cui all'articolo 31 del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973 n. 601.

10. Agli emittenti e' riconosciuto un credito d'imposta pari al 50 per cento delle erogazioni liberali in danaro di cui al comma 5 effettuate a favore degli enti del Terzo settore. Tale credito d'imposta non e' cumulabile con altre agevolazioni tributarie previste con riferimento alle erogazioni liberali, e' utilizzabile tramite compensazione ai sensi dell'articolo 17 del decreto legislativo 9 luglio 1997, n. 241 e non rileva ai fini delle imposte sui redditi e dell'imposta regionale sulle attivita' produttive. Al credito d'imposta di cui al presente articolo non si applicano i limiti di cui all'articolo 1, comma 53, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 e di cui all'articolo 34 della legge 23 dicembre 2000, n. 388.

11. I titoli non rilevano ai fini della previsione di cui all'articolo 1, comma 6-bis del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201 convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214.

12. I titoli non concorrono alla formazione dell'attivo ereditario di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 31 ottobre 1990, n. 346.

13. I titoli non rilevano ai fini della determinazione dell'imposta di bollo dovuta per le comunicazioni relative ai depositi titoli, di cui alla nota 2-ter dell'allegato A - Tariffa (Parte I), al decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 642.

14. Gli emittenti devono comunicare al Ministero del lavoro e delle politiche sociali entro il 31 marzo di ogni anno, il valore delle emissioni di Titoli effettuate nell'anno precedente, le erogazioni

liberali impegnate a favore degli Enti di cui al comma 1 e gli importi erogati ai sensi del comma 5 del presente articolo specificando l'Ente beneficiario e le iniziative sostenute e gli importi impiegati di cui al comma 6 specificando le iniziative oggetto di finanziamento. Gli emittenti provvedono a pubblicare sul proprio sito internet, con cadenza almeno annuale, i dati relativi ai finanziamenti erogati con l'indicazione dell'ente beneficiario e delle iniziative sostenute ai sensi del presente articolo.

15. ***((COMMA ABROGATO DAL D.L. 23 OTTOBRE 2018, N. 119, CONVERTITO CON MODIFICAZIONI DALLA L. 17 DICEMBRE 2018, N. 136))***.

Art. 78

Regime fiscale del Social Lending

((1. I soggetti gestori delle piattaforme di cui all'articolo 44, comma 1, lettera d-bis), del Testo unico delle imposte sui redditi approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, operano, sui redditi di capitale corrisposti a persone fisiche per il loro tramite, una ritenuta alla fonte a titolo d'imposta con l'aliquota prevista per le obbligazioni e gli altri titoli di cui all'articolo 31 del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 601, nel caso in cui i prestiti erogati attraverso le piattaforme siano stati destinati al finanziamento e al sostegno delle attivita' di cui all'articolo 5.))

2. ***((COMMA ABROGATO DAL D.LGS. 3 AGOSTO 2018, N. 105))***.

3. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, da adottarsi ai sensi dell'articolo 17, comma 3 della legge 23 agosto 1988, n. 400, sono stabilite le modalita' attuative delle disposizioni di cui al presente articolo.

Titolo X

REGIME FISCALE DEGLI ENTI DEL TERZO SETTORE

Capo I

Disposizioni generali

Art. 79

Disposizioni in materia di imposte sui redditi

1. Agli enti del Terzo settore, diversi dalle imprese sociali, si applicano le disposizioni di cui al presente titolo nonche' le norme del titolo II del testo unico delle imposte sui redditi, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, in quanto compatibili.

2. Le attivita' di interesse generale di cui all'articolo 5, ivi incluse quelle accreditate o contrattualizzate o convenzionate con le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, l'Unione europea, amministrazioni pubbliche straniere o altri organismi pubblici di diritto internazionale, si considerano di natura non commerciale quando sono svolte a titolo gratuito o dietro versamento di corrispettivi che non superano i costi effettivi, tenuto anche conto degli apporti economici degli enti di cui sopra e salvo eventuali importi di partecipazione alla spesa previsti dall'ordinamento.

2-bis. Le attivita' di cui al comma 2 si considerano non

commerciali qualora i ricavi non superino di oltre il 5 per cento i relativi costi per ciascun periodo d'imposta e per non oltre due periodi d'imposta consecutivi.

3. Sono altresi' considerate non commerciali:

a) le attivita' di cui all'articolo 5, comma 1, lettera h), se svolte direttamente dagli enti di cui al comma 1 la cui finalita' principale consiste nello svolgere attivita' di ricerca scientifica di particolare interesse sociale e purche' tutti gli utili siano interamente reinvestiti nelle attivita' di ricerca e nella diffusione gratuita dei loro risultati e non vi sia alcun accesso preferenziale da parte di altri soggetti privati alle capacita' di ricerca dell'ente medesimo nonche' ai risultati prodotti;

b) le attivita' di cui all'articolo 5, comma 1, lettera h), affidate dagli enti di cui al comma 1 ad universita' e altri organismi di ricerca che la svolgono direttamente in ambiti e secondo modalita' definite dal decreto del Presidente della Repubblica 20 marzo 2003, n. 135.

((b-bis) le attivita' di cui all'articolo 5, comma 1, lettere a), b) e c), se svolte da fondazioni delle ex istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, a condizione che gli utili siano interamente reinvestiti nelle attivita' di natura sanitaria o socio-sanitaria e che non sia deliberato alcun compenso a favore degli organi amministrativi)).

4. Non concorrono, in ogni caso, alla formazione del reddito degli enti del Terzo settore di cui al comma 5:

a) i fondi pervenuti a seguito di raccolte pubbliche effettuate occasionalmente anche mediante offerte di beni di modico valore o di servizi ai sovventori, in concomitanza di celebrazioni, ricorrenze o campagne di sensibilizzazione;

b) i contributi e gli apporti erogati da parte delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 per lo svolgimento, anche convenzionato o in regime di accreditamento di cui all'articolo 9, comma 1, lettera g), del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, delle attivita' di cui ai commi 2 e 3 del presente articolo.

5. Si considerano non commerciali gli enti del Terzo settore di cui al comma 1 che svolgono in via esclusiva o prevalente le attivita' di cui all'articolo 5 in conformita' ai criteri indicati nei commi 2 e 3 del presente articolo. Indipendentemente dalle previsioni statutarie gli enti del Terzo settore assumono fiscalmente la qualifica di enti commerciali qualora i proventi delle attivita' di cui all'articolo 5, svolte in forma d'impresa non in conformita' ai criteri indicati nei commi 2 e 3 del presente articolo, nonche' le attivita' di cui all'articolo 6, fatta eccezione per le attivita' di sponsorizzazione svolte nel rispetto dei criteri di cui al decreto previsto all'articolo 6, superano, nel medesimo periodo d'imposta, le entrate derivanti da attivita' non commerciali.

5-bis. Si considerano entrate derivanti da attivita' non commerciali i contributi, le sovvenzioni, le liberalita', le quote associative dell'ente e ogni altra entrata assimilabile alle precedenti, ivi compresi i proventi e le entrate considerate non commerciali ai sensi dei commi 2, 3 e 4 tenuto conto altresi' del valore normale delle cessioni o prestazioni afferenti le attivita' svolte con modalita' non commerciali.

5-ter. Il mutamento della qualifica, da ente di terzo settore non commerciale a ente di terzo settore commerciale, opera a partire dal

periodo d'imposta in cui l'ente assume natura commerciale.

6. Si considera non commerciale l'attivita' svolta dalle associazioni del Terzo settore nei confronti dei propri associati e dei, familiari e conviventi degli stessi in conformita' alle finalita' istituzionali dell'ente. Non concorrono alla formazione del reddito delle associazioni del Terzo settore le somme versate dagli associati a titolo di quote o contributi associativi. Si considerano, tuttavia, attivita' di natura commerciale le cessioni di beni e le prestazioni di servizi effettuate nei confronti degli associati e dei, familiari e conviventi degli stessi verso pagamento di corrispettivi specifici, compresi i contributi e le quote supplementari determinati in funzione delle maggiori o diverse prestazioni alle quali danno diritto. Detti corrispettivi concorrono alla formazione del reddito complessivo come componenti del reddito di impresa o come redditi diversi a seconda che le relative operazioni abbiano carattere di abitualita' o di occasionalita'.

Art. 80

Regime forfetario degli enti del Terzo settore non commerciali

1. Gli enti del Terzo settore non commerciali di cui all'articolo 79, comma 5, possono optare per la determinazione forfetaria del reddito d'impresa applicando all'ammontare dei ricavi conseguiti nell'esercizio delle attivita' di cui agli articoli 5 e 6, quando svolte con modalita' commerciali, il coefficiente di redditivita' nella misura indicata nelle lettere a) e b) e aggiungendo l'ammontare dei componenti positivi di reddito di cui agli articoli 86, 88, 89 e 90 del testo unico delle imposte sui redditi, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917:

a) attivita' di prestazioni di servizi:

1) ricavi fino a 130.000 euro, coefficiente 7 per cento;

2) ricavi da 130.001 euro a 300.000 euro, coefficiente 10 per cento;

3) ricavi oltre 300.000 euro, coefficiente 17 per cento;

b) altre attivita':

1) ricavi fino a 130.000 euro, coefficiente 5 per cento;

2) ricavi da 130.001 euro a 300.000 euro, coefficiente 7 per cento;

3) ricavi oltre 300.000 euro, coefficiente 14 per cento.

2. Per gli enti che esercitano contemporaneamente prestazioni di servizi ed altre attivita' il coefficiente si determina con riferimento all'ammontare dei ricavi relativi all'attivita' prevalente. In mancanza della distinta annotazione dei ricavi si considerano prevalenti le attivita' di prestazioni di servizi.

3. L'opzione di cui al comma 1 e' esercitata nella dichiarazione annuale dei redditi ed ha effetto dall'inizio del periodo d'imposta nel corso del quale e' esercitata fino a quando non e' revocata e comunque per un triennio. La revoca dell'opzione e' effettuata nella dichiarazione annuale dei redditi ed ha effetto dall'inizio del periodo d'imposta nel corso del quale la dichiarazione stessa e' presentata.

4. Gli enti che intraprendono l'esercizio d'impresa commerciale esercitano l'opzione nella dichiarazione da presentare ai sensi dell'articolo 35 del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633, e successive modificazioni.

5. I componenti positivi e negativi di reddito riferiti ad anni precedenti a quello da cui ha effetto il regime forfetario, la cui tassazione o deduzione e' stata rinviata in conformita' alle disposizioni del testo unico delle imposte sui redditi, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, che dispongono o consentono il rinvio, partecipano per le quote residue alla formazione del reddito dell'esercizio precedente a quello di efficacia del predetto regime.

6. Le perdite fiscali generatesi nei periodi d'imposta anteriori a quello da cui decorre il regime forfetario possono essere computate in diminuzione del reddito determinato ai sensi dei commi 1 e 2 secondo le regole ordinarie stabilite dal testo unico delle imposte sui redditi, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917.

7. Gli Enti che optano per la determinazione forfetaria del reddito di impresa ai sensi del presente articolo sono esclusi dall'applicazione degli studi di settore di cui all'articolo 62-bis del decreto-legge 30 agosto 1993, n. 331, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 ottobre 1993, n. 427 e dei parametri di cui all'articolo 3, comma 184, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, nonche' degli indici ***((sintetici))*** di affidabilita' di cui all'articolo ***((9-bis del decreto-legge 24 aprile 2017, n. 50 convertito, con modificazioni, dalla legge 21 giugno 2017, n. 96.))***.

Art. 81

Social Bonus

1. E' istituito un credito d'imposta pari al 65 per cento delle erogazioni liberali in denaro effettuate da persone fisiche e del 50 per cento se effettuate da enti o societa' in favore degli enti del Terzo settore, che hanno presentato al Ministero del lavoro e delle politiche sociali un progetto per sostenere il recupero degli immobili pubblici inutilizzati e dei beni mobili e immobili confiscati alla criminalita' organizzata assegnati ai suddetti enti del Terzo settore e da questi utilizzati esclusivamente per lo svolgimento di attivita' di cui all'art. 5 con modalita' non commerciali. Per le suddette erogazioni non si applicano le disposizioni di cui all'articolo 83 ne' le agevolazioni fiscali previste a titolo di deduzione o di detrazione di imposta da altre disposizioni di legge.

2. Il credito d'imposta spettante ai sensi del comma 1 e' riconosciuto alle persone fisiche e agli enti non commerciali nei limiti del 15 per cento del reddito imponibile ed ai soggetti titolari di reddito d'impresa nei limiti del 5 per mille dei ricavi annui. Il credito d'imposta e' ripartito in tre quote annuali di pari importo.

3. ***((Per i soggetti titolari di reddito d'impresa, ferma restando))*** la ripartizione in tre quote annuali di pari importo, il credito d'imposta di cui ai commi 1 e 2 e' utilizzabile tramite compensazione ai sensi dell'articolo 17 del decreto legislativo 9 luglio 1997, n. 241, e non rileva ai fini delle imposte sui redditi e dell'imposta regionale sulle attivita' produttive.

4. Al credito d'imposta di cui al presente articolo non si applicano i limiti di cui all'articolo 1, comma 53, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, e di cui all'articolo 34 della legge 23

dicembre 2000, n. 388.

5. I soggetti beneficiari delle erogazioni liberali di cui al comma 1 del presente articolo effettuate per la realizzazione di interventi di manutenzione, protezione e restauro dei beni stessi, comunicano trimestralmente al Ministero del lavoro e delle politiche sociali l'ammontare delle erogazioni liberali ricevute nel trimestre di riferimento; provvedono altresi' a dare pubblica comunicazione di tale ammontare, nonche' della destinazione e dell'utilizzo delle erogazioni stesse, tramite il proprio sito web istituzionale, nell'ambito di una pagina dedicata e facilmente individuabile, e in un apposito portale, gestito dal medesimo Ministero, in cui ai soggetti destinatari delle erogazioni liberali sono associate tutte le informazioni relative allo stato di conservazione del bene, gli interventi di ristrutturazione o riqualificazione eventualmente in atto, i fondi pubblici assegnati per l'anno in corso, l'ente responsabile del bene, nonche' le informazioni relative alla fruizione, *((...))*, per l'esercizio delle attivita' di cui all'articolo 5.

6. Sono fatte salve le disposizioni del Codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

7. Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'interno, il Ministro dell'economia e delle finanze e il Ministro dei beni e delle attivita' culturali e del turismo, emanato ai sensi dell'articolo 17, comma 3 della legge 23 agosto 1988 n. 400, sono individuate le modalita' di attuazione delle agevolazioni previste dal presente articolo, comprese le procedure per l'approvazione dei progetti di recupero finanziabili.

Art. 82

Disposizioni in materia di imposte indirette e tributi locali

1. Le disposizioni del presente articolo si applicano agli enti del Terzo settore comprese le cooperative sociali ed escluse le imprese sociali costituite in forma di societa', salvo quanto previsto ai commi 4 e 6.

2. Non sono soggetti all'imposta sulle successioni e donazioni e alle imposte ipotecaria e catastale i trasferimenti a titolo gratuito effettuati a favore degli enti di cui al comma 1 utilizzati ai sensi dell'articolo 8, comma 1.

3. Agli atti costitutivi e alle modifiche statutarie, comprese le operazioni di fusione, scissione o trasformazione poste in essere da enti del Terzo settore di cui al comma 1, le imposte di registro, ipotecaria e catastale si applicano in misura fissa. Le modifiche statutarie di cui al periodo precedente sono esenti dall'imposta di registro se hanno lo scopo di adeguare gli atti a modifiche o integrazioni normative. ***((Gli atti costitutivi e quelli connessi allo svolgimento delle attivita' delle organizzazioni di volontariato sono esenti dall'imposta di registro.))***

4. Le imposte di registro, ipotecaria e catastale si applicano in misura fissa per gli atti traslativi a titolo oneroso della proprieta' di beni immobili e per gli atti traslativi o costituitivi di diritti reali immobiliari di godimento a favore di tutti gli enti del Terzo settore di cui al comma 1, incluse le imprese sociali, a condizione che i beni siano direttamente utilizzati, entro cinque

anni dal trasferimento, in diretta attuazione degli scopi istituzionali o dell'oggetto sociale e che l'ente renda, contestualmente alla stipula dell'atto, apposita dichiarazione in tal senso. In caso di dichiarazione mendace o di mancata effettiva utilizzazione del bene in diretta attuazione degli scopi istituzionali o dell'oggetto sociale, e' dovuta l'imposta nella misura ordinaria, nonche' la sanzione amministrativa pari al 30 per cento dell'imposta dovuta oltre agli interessi di mora decorrenti dalla data in cui l'imposta avrebbe dovuto essere versata.

5. Gli atti, i documenti, le istanze, i contratti, nonche' le copie anche se dichiarate conformi, gli estratti, le certificazioni, le dichiarazioni, le attestazioni e ogni altro documento cartaceo o informatico in qualunque modo denominato posti in essere o richiesti dagli enti di cui al comma 1 sono esenti dall'imposta di bollo.

6. Gli immobili posseduti e utilizzati dagli enti non commerciali del Terzo settore di cui all'articolo 79, comma 5, destinati esclusivamente allo svolgimento con modalita' non commerciali, di attivita' assistenziali, previdenziali, sanitarie, di ricerca scientifica, didattiche, ricettive, culturali, ricreative e sportive, nonche' delle attivita' di cui all'articolo 16, comma 1, lettera a), della legge 20 maggio 1985, n. 222, sono esenti dall'imposta municipale propria e dal tributo per i servizi indivisibili alle condizioni e nei limiti previsti dall'articolo 7, comma 1, lettera i), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 504, dall'articolo 9, comma 8, secondo periodo, del decreto legislativo 14 marzo 2011, n. 23, dall'articolo 91-bis del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27, e dall'articolo 1, comma 3, del decreto-legge 6 marzo 2014, n. 16, convertito, con modificazioni, dalla legge 2 maggio 2014, n. 68, e relative disposizioni di attuazione.

7. Per i tributi diversi dall'imposta municipale propria e dal tributo per i servizi indivisibili, per i quali restano ferme le disposizioni di cui al comma 6, i comuni, le province, le citta' metropolitane e le regioni possono deliberare nei confronti degli enti del Terzo settore che non hanno per oggetto esclusivo o principale l'esercizio di attivita' commerciale la riduzione o l'esenzione dal pagamento dei tributi di loro pertinenza e dai connessi adempimenti.

8. Le regioni e le Provincie autonome di Trento e Bolzano possono disporre nei confronti degli enti di cui al comma 1 del presente articolo la riduzione o l'esenzione dall'imposta regionale sulle attivita' produttive di cui decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, nel rispetto della normativa dell'Unione europea e degli orientamenti della Corte di giustizia dell'Unione europea.

9. L'imposta sugli intrattenimenti non e' dovuta per le attivita' indicate nella tariffa allegata al decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 640, svolte dagli enti di cui al comma 1 del presente articolo occasionalmente o in concomitanza di celebrazioni, ricorrenze o campagne di sensibilizzazione. L'esenzione spetta a condizione che dell'attivita' sia data comunicazione, prima dell'inizio di ciascuna manifestazione, al concessionario di cui all'articolo 17 del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 640.

10. Gli atti e i provvedimenti relativi agli enti di cui al comma 1 del presente articolo sono esenti dalle tasse sulle concessioni governative di cui al decreto del Presidente della Repubblica 26

ottobre 1972, n. 641.

Art. 83

Detrazioni e deduzioni per erogazioni liberali

1. Dall'imposta lorda sul reddito delle persone fisiche si detrae un importo pari al 30 per cento degli oneri sostenuti dal contribuente per le erogazioni liberali in denaro o in natura a favore degli enti del Terzo settore non commerciali di cui all'articolo 79, comma 5, per un importo complessivo in ciascun periodo d'imposta non superiore a 30.000 euro. L'importo di cui al precedente periodo e' elevato al 35 per cento degli oneri sostenuti dal contribuente, qualora l'erogazione liberale *((...))* sia a favore di organizzazioni di volontariato. La detrazione e' consentita, per le erogazioni liberali in denaro, a condizione che il versamento sia eseguito tramite banche o uffici postali ovvero mediante altri sistemi di pagamento previsti dall'articolo 23 del decreto legislativo 9 luglio 1997, n. 241.

2. Le liberalita' in denaro o in natura erogate a favore degli enti del Terzo settore non commerciali di cui all'articolo 79, comma 5, da persone fisiche, enti e societa' sono deducibili dal reddito complessivo netto del soggetto erogatore nel limite del 10 per cento del reddito complessivo dichiarato. Qualora la deduzione sia di ammontare superiore al reddito complessivo dichiarato, diminuito di tutte le deduzioni, l'eccedenza puo' essere computata in aumento dell'importo deducibile dal reddito complessivo dei periodi di imposta successivi, ma non oltre il quarto, fino a concorrenza del suo ammontare. Con apposito decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono individuate le tipologie dei beni in natura che danno diritto alla detrazione o alla deduzione d'imposta e sono stabiliti i criteri e le modalita' di valorizzazione delle liberalita' di cui ai commi 1 e 2.

3. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano a condizione che l'ente dichiari la propria natura non commerciale ai sensi dell'articolo 79, comma 5, al momento dell'iscrizione nel Registro unico di cui all'articolo 45. La perdita della natura non commerciale va comunicata dal rappresentante legale dell'ente all'Ufficio del Registro unico nazionale del Terzo settore della Regione o della Provincia autonoma in cui l'ente ha la sede legale, entro trenta giorni dalla chiusura del periodo d'imposta nel quale si e' verificata. In caso di mancato tempestivo invio di detta comunicazione, il legale rappresentante dell'ente e' punito con la sanzione amministrativa da 500 euro a 5.000 euro.

4. Ferma restando la non cumulabilita' delle agevolazioni di cui ai commi 1 e 2, i soggetti che effettuano erogazioni liberali ai sensi del presente articolo non possono cumulare la detraibilita' e la deducibilita' con altra agevolazione fiscale prevista a titolo di detrazione o di deduzione di imposta da altre disposizioni di legge a fronte delle medesime erogazioni.

5. Dall'imposta lorda si detrae un importo pari al 19 per cento dei contributi associativi per un importo non superiore a 1.300 euro versati dai soci alle societa' di mutuo soccorso che operano esclusivamente nei settori di cui all'articolo 1 della legge 15 aprile 1886, n. 3818, al fine di assicurare ai soci un sussidio nei

casi di malattia, di impotenza al lavoro o di vecchiaia, ovvero, in caso di decesso, un aiuto alle loro famiglie.

6. Le disposizioni del presente articolo si applicano anche agli enti del terzo settore di cui al comma 1 dell'articolo 82 a condizione che le liberalita' ricevute siano utilizzate ai sensi dell'articolo 8, comma 1.

Capo II

Disposizioni sulle organizzazioni di volontariato e sulle associazioni di promozione sociale

Art. 84

Regime fiscale delle organizzazioni di volontariato ***((e degli enti filantropici))***

1. Non si considerano commerciali, oltre alle attivita' di cui all'articolo 79, commi ***((2, 3 e 4))***, le seguenti attivita' effettuate dalle organizzazioni di volontariato e svolte senza l'impiego di mezzi organizzati professionalmente per fini di concorrenzialita' sul mercato:

a) attivita' di vendita di beni acquisiti da terzi a titolo gratuito a fini di sovvenzione, a condizione che la vendita sia curata direttamente dall'organizzazione senza alcun intermediario;

b) cessione di beni prodotti dagli assistiti e dai volontari sempreche' la vendita dei prodotti sia curata direttamente dall'organizzazione di volontariato senza alcun intermediario;

c) attivita' di somministrazione di alimenti e bevande in occasione di raduni, manifestazioni, celebrazioni e simili a carattere occasionale.

2. I redditi degli immobili destinati in via esclusiva allo svolgimento di attivita' non commerciale da parte delle organizzazioni di volontariato sono esenti dall'imposta sul reddito delle societa'.

((2-bis. La disposizione di cui al comma 2 si applica anche alle organizzazioni di volontariato che, a seguito di trasformazione in enti filantropici, sono iscritte nella specifica sezione del Registro Unico Nazionale del Terzo settore.))

Art. 85

Regime fiscale delle associazioni di promozione sociale

1. Non si considerano commerciali le attivita' svolte dalle associazioni di promozione sociale in diretta attuazione degli scopi istituzionali effettuate verso pagamento di corrispettivi specifici nei confronti dei propri associati e dei familiari conviventi degli stessi, ovvero degli associati di altre associazioni che svolgono la medesima attivita' e che per legge, regolamento, atto costitutivo o statuto fanno parte di un'unica organizzazione locale o nazionale, nonche' nei confronti di enti composti in misura non inferiore al settanta percento da enti del Terzo settore ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera m).

2. Non si considerano, altresi', commerciali, ai fini delle imposte sui redditi, le cessioni anche a terzi di proprie pubblicazioni cedute prevalentemente agli associati e ai familiari conviventi degli stessi verso pagamento di corrispettivi specifici in attuazione degli

scopi istituzionali.

3. In deroga a quanto previsto dai commi 1 e 2 del presente articolo si considerano comunque commerciali, ai fini delle imposte sui redditi, le cessioni di beni nuovi prodotti per la vendita, le somministrazioni di pasti, le erogazioni di acqua, gas, energia elettrica e vapore, le prestazioni alberghiere, di alloggio, di trasporto e di deposito e le prestazioni di servizi portuali e aeroportuali nonche' le prestazioni effettuate nell'esercizio delle seguenti attivita':

a) gestione di spacci aziendali e di mense;

b) organizzazione di viaggi e soggiorni turistici;

c) gestione di fiere ed esposizioni a carattere commerciale;

d) pubblicita' commerciale;

e) telecomunicazioni e radiodiffusioni circolari.

4. Per le associazioni di promozione sociale ricomprese tra gli enti di cui all'articolo 3, comma 6, lettera e), della legge 25 agosto 1991, n. 287, iscritte nell'apposito registro, le cui finalita' assistenziali siano riconosciute dal Ministero dell'interno, non si considera in ogni caso commerciale, anche se effettuata a fronte del pagamento di corrispettivi specifici, la somministrazione di alimenti o bevande effettuata presso le sedi in cui viene svolta l'attivita' istituzionale da bar e esercizi similari, nonche' l'organizzazione di viaggi e soggiorni turistici, sempre che vengano soddisfatte le seguenti condizioni:

a) tale attivita' sia strettamente complementare a quelle svolte in diretta attuazione degli scopi istituzionali e sia effettuata nei confronti degli associati e dei familiari conviventi degli stessi;

b) per lo svolgimento di tale attivita' non ci si avvalga di alcuno strumento pubblicitario o comunque di diffusione di informazioni a soggetti terzi, diversi dagli associati.

5. Le quote e i contributi corrisposti alle associazioni di promozione sociale di cui al presente articolo non concorrono alla formazione della base imponibile, ai fini dell'imposta sugli intrattenimenti.

6. Non si considerano commerciali le attivita' di vendita di beni acquisiti da terzi a titolo gratuito a fini di sovvenzione, a condizione che la vendita sia curata direttamente dall'organizzazione senza alcun intermediario e sia svolta senza l'impiego di mezzi organizzati professionalmente per fini di concorrenzialita' sul mercato.

7. I redditi degli immobili destinati in via esclusiva allo svolgimento di attivita' non commerciale da parte delle associazioni di promozione sociale sono esenti dall'imposta sul reddito delle societa'.

Art. 86

Regime forfetario per le attivita' commerciali svolte dalle associazioni di promozione sociale e dalle organizzazioni di volontariato

1. Le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale possono applicare, in relazione alle attivita' commerciali svolte, il regime forfetario di cui al presente articolo se nel periodo d'imposta precedente hanno percepito ricavi, ragguagliati al periodo d'imposta, non superiori a 130.000 euro o alla diversa soglia che dovesse essere autorizzata dal Consiglio dell'Unione europea in sede di rinnovo della decisione in scadenza al

31 dicembre 2019 o alla soglia che sara' eventualmente armonizzata in sede europea. Fino al sopraggiungere della predetta autorizzazione si applica la misura speciale di deroga rilasciata dal Consiglio dell'Unione europea ai sensi dell'articolo 395 della direttiva 2006/112/CE.

2. Le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale possono avvalersi del regime forfetario comunicando nella dichiarazione annuale o, nella dichiarazione di inizio di attivita' di cui all'articolo 35 del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633, di presumere la sussistenza dei requisiti di cui al comma 1 del presente articolo.

3. Le organizzazioni di volontariato che applicano il regime forfetario determinano il reddito imponibile applicando all'ammontare dei ricavi percepiti nei limiti di cui al comma 1 un coefficiente di redditivita' pari all'1 per cento. Le associazioni di promozione sociale che applicano il regime forfetario determinano il reddito imponibile applicando all'ammontare dei ricavi percepiti nei limiti di cui al comma 1 un coefficiente di redditivita' pari al 3 per cento.

4. Qualora sia esercitata l'opzione per il regime forfetario di cui ai commi precedenti si applica il comma 5 e 6 dell'articolo 80 considerando quale reddito dal quale computare in diminuzione le perdite quello determinato ai sensi del comma 3.

5. Fermo restando l'obbligo di conservare, ai sensi dell'articolo 22 del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 600, i documenti ricevuti ed emessi, le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale che applicano il regime forfetario sono esonerati dagli obblighi di registrazione e di tenuta delle scritture contabili. La dichiarazione dei redditi e' presentata nei termini e con le modalita' definiti nel regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 luglio 1998, n. 322.

6. Le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale che applicano il regime forfetario non sono tenuti a operare le ritenute alla fonte di cui al titolo III del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 600; tuttavia, nella dichiarazione dei redditi, i medesimi contribuenti indicano il codice fiscale del percettore dei redditi per i quali all'atto del pagamento degli stessi non e' stata operata la ritenuta e l'ammontare dei redditi stessi.

7. Ai fini dell'imposta sul valore aggiunto, le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale che applicano il regime forfetario:

a) non esercitano la rivalsa dell'imposta di cui all'articolo 18 del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633, per le operazioni nazionali;

b) applicano alle cessioni di beni intracomunitarie l'articolo 41, comma 2-bis, del decreto-legge 30 agosto 1993, n. 331, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 ottobre 1993, n. 427;

c) applicano agli acquisti di beni intracomunitari l'articolo 38, comma 5, lettera c), del decreto-legge 30 agosto 1993, n. 331, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 ottobre 1993, n. 427;

d) applicano alle prestazioni di servizi ricevute da soggetti non residenti o rese ai medesimi gli articoli 7-ter e seguenti del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633;

e) applicano alle importazioni, alle esportazioni e alle

operazioni ad esse assimilate le disposizioni di cui al decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633, ferma restando l'impossibilita' di avvalersi della facolta' di acquistare senza applicazione dell'imposta ai sensi dell'articolo 8, comma 1, lettera c), e comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633.

Per le operazioni di cui al presente comma le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale che applicano il regime forfettario non hanno diritto alla detrazione dell'imposta sul valore aggiunto assolta, dovuta o addebitata sugli acquisti ai sensi degli articoli 19 e seguenti del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633.

8. Salvo quanto disposto dal comma 9, le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale che applicano il regime forfetario sono esonerati dal versamento dell'imposta sul valore aggiunto e da tutti gli altri obblighi previsti dal decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633, ad eccezione degli obblighi di numerazione e di conservazione delle fatture di acquisto e delle bollette doganali, di certificazione dei corrispettivi e di conservazione dei relativi documenti. Resta fermo l'esonero dall'obbligo di certificazione di cui all'articolo 2 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 21 dicembre 1996, n. 696 e successive modificazioni.

9. Le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale che applicano il regime forfetario, per le operazioni per le quali risultano debitori dell'imposta, emettono la fattura o la integrano con l'indicazione dell'aliquota e della relativa imposta e versano l'imposta entro il giorno 16 del mese successivo a quello di effettuazione delle operazioni.

10. Il passaggio dalle regole ordinarie di applicazione dell'imposta sul valore aggiunto al regime forfetario comporta la rettifica della detrazione di cui all'articolo 19-bis del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633, da operarsi nella dichiarazione dell'ultimo periodo d'imposta di applicazione delle regole ordinarie. In caso di passaggio, anche per opzione, dal regime forfetario alle regole ordinarie e' operata un'analoga rettifica della detrazione nella dichiarazione del primo periodo d'imposta di applicazione delle regole ordinarie.

11. Nell'ultima liquidazione relativa al periodo d'imposta in cui e' applicata l'imposta sul valore aggiunto e' computata anche l'imposta relativa alle operazioni, per le quali non si e' ancora verificata l'esigibilita', di cui all'articolo 6, comma 5, del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633 e all'articolo 32-bis del decreto-legge 22 giugno 2012, n. 83, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 134. Nella stessa liquidazione puo' essere esercitato, ai sensi degli articoli 19 e seguenti del citato decreto del Presidente della Repubblica n. 633 del 1972, il diritto alla detrazione dell'imposta relativa alle operazioni di acquisto effettuate in vigenza dell'opzione di cui all'articolo 32-bis del citato decreto-legge n. 83 del 2012, i cui corrispettivi non sono stati ancora pagati.

12. L'eccedenza detraibile emergente dalla dichiarazione presentata dalle organizzazioni di volontariato e associazioni di promozione sociale che applicano il regime forfetario, relativa all'ultimo periodo d'imposta in cui l'imposta sul valore aggiunto e' applicata nei modi ordinari, puo' essere chiesta a rimborso ovvero puo' essere

utilizzata in compensazione ai sensi dell'articolo 17 del decreto legislativo 9 luglio 1997, n. 241.

13. Le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale che applicano il regime forfetario possono optare per l'applicazione dell'imposta sul valore aggiunto nei modi ordinari di cui al decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633 e delle imposte sul reddito nei modi ordinari ovvero in quelli di cui all'articolo 80. L'opzione, valida per almeno un triennio, e' comunicata con la prima dichiarazione annuale da presentare successivamente alla scelta operata. Trascorso il periodo minimo di permanenza nel regime ordinario, l'opzione resta valida per ciascun periodo d'imposta successivo, fino a quando permane la concreta applicazione della scelta operata.

14. Il regime forfetario cessa di avere applicazione a partire dal periodo d'imposta successivo a quello in cui viene meno taluna delle condizioni di cui al comma 1.

15. Nel caso di passaggio da un periodo d'imposta soggetto al regime forfetario a un periodo d'imposta soggetto al regime ordinario ovvero a quello di cui all'articolo 80, al fine di evitare salti o duplicazioni di imposizione, i ricavi che, in base alle regole del regime forfetario, hanno gia' concorso a formare il reddito non assumono rilevanza nella determinazione del reddito degli anni successivi ancorche' di competenza di tali periodi; viceversa i ricavi che, ancorche' di competenza del periodo in cui il reddito e' stato determinato in base alle regole del regime forfetario, non hanno concorso a formare il reddito imponibile del periodo assumono rilevanza nei periodi di imposta successivi nel corso dei quali si verificano i presupposti previsti dal regime forfetario. Corrispondenti criteri si applicano per l'ipotesi inversa di passaggio dal regime ordinario ovvero da quello di cui all'articolo 80 a quello forfetario. Nel caso di passaggio da un periodo di imposta soggetto al regime forfetario a un periodo di imposta soggetto a un diverso regime, i costi sostenuti nel periodo di applicazione del regime forfetario non assumono rilevanza nella determinazione del reddito degli anni successivi. Nel caso di cessione, successivamente all'uscita dal regime forfetario, di beni strumentali acquisiti in esercizi precedenti a quello da cui decorre il regime forfetario, ai fini del calcolo dell'eventuale plusvalenza o minusvalenza determinata, rispettivamente, ai sensi degli articoli 86 e 101 del testo unico delle imposte sui redditi, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, si assume come costo non ammortizzato quello risultante alla fine dell'esercizio precedente a quello dal quale decorre il regime. Se la cessione concerne beni strumentali acquisiti nel corso del regime forfetario, si assume come costo non ammortizzabile il prezzo di acquisto.

16. Le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale che applicano il regime forfetario sono escluse dall'applicazione degli studi di settore di cui all'articolo 62-bis del decreto-legge 30 agosto 1993, n. 331, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 ottobre 1993, n. 427 e dei parametri di cui all'articolo 3, comma 184, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, nonche' degli indici ***((sintetici))*** di affidabilita' di cui all'articolo ***((9-bis del decreto-legge 24 aprile 2017, n. 50 convertito, con modificazioni, dall'articolo 1, comma 1 della legge 21 giugno 2017, n. 96))***.

Capo III

Delle scritture contabili

Art. 87

Tenuta e conservazione delle scritture contabili degli Enti del terzo settore

1. Gli enti del Terzo settore non commerciali di cui all'articolo 79, comma 5, che non applicano il regime forfetario di cui all'articolo 86, a pena di decadenza dai benefici fiscali per esse previsti, devono:

a) in relazione all'attivita' complessivamente svolta, redigere scritture contabili cronologiche e sistematiche atte ad esprimere con compiutezza e analiticita' le operazioni poste in essere in ogni periodo di gestione, e rappresentare adeguatamente ***((nel bilancio di cui all'articolo 13 distintamente))*** le attivita' indicate all'articolo 6 da quelle di cui all'articolo 5, con obbligo di conservare le stesse scritture e la relativa documentazione per un periodo non inferiore quello indicato dall'articolo 22 del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 600;

b) in relazione alle attivita' svolte con modalita' commerciali, di cui agli articoli 5 e 6, tenere le scritture contabili previste dalle disposizioni di cui all'articolo 18 del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 600, anche al di fuori dei limiti quantitativi previsti al comma 1 del medesimo articolo.

2. Gli obblighi di cui al comma 1, lettera a), si considerano assolti anche qualora la contabilita' consti del libro giornale e del libro degli inventari, tenuti in conformita' alle disposizioni di cui agli articoli 2216 e 2217 del codice civile.

3. I soggetti di cui al comma 1 che nell'esercizio delle attivita' di cui agli articoli 5 e 6 non abbiano conseguito in un anno proventi di ammontare superiore ***((all'importo stabilito dall'articolo 13, comma 2))*** possono tenere per l'anno successivo, in luogo delle scritture contabili previste al primo comma, lettera a), il rendiconto ***((di cassa))*** di cui all'articolo 13, comma 2.

4. In relazione all'attivita' commerciale esercitata, gli enti del Terzo settore non commerciali di cui all'articolo 79, comma 5, hanno l'obbligo di tenere la contabilita' separata.

5. Fatta salva l'applicazione dell'articolo 86, commi 5 e 8 , e fermi restando gli obblighi previsti dal titolo secondo del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633, gli enti del Terzo settore non commerciali di cui all'articolo 79, comma 5, limitatamente alle attivita' non commerciali di cui agli articoli 5 e 6, non sono soggetti all'obbligo di certificazione dei corrispettivi mediante ricevuta o scontrino fiscale.

6. Gli enti del Terzo settore non commerciali di cui all'articolo 79, comma 5, che effettuano raccolte pubbliche di fondi devono inserire all'interno del *((...))* bilancio redatto ai sensi dell'articolo 13*((...))* un rendiconto specifico redatto ai sensi del comma 3 dell'articolo 48, tenuto e conservato ai sensi dell'articolo 22 del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 600, dal quale devono risultare, anche a mezzo di una relazione illustrativa, in modo chiaro e trasparente, le entrate e le spese relative a ciascuna delle celebrazioni, ricorrenze o campagne di

sensibilizzazione di cui all'articolo 79, comma 4, lettera a). Il presente comma si applica anche ai soggetti che si avvalgono del regime forfetario di cui all'articolo 86.

7. Entro tre mesi dal momento in cui si verificano i presupposti di cui all'articolo 79, comma 5, ai fini della qualificazione dell'ente del Terzo settore come ente commerciale, tutti i beni facenti parte del patrimonio dovranno essere compresi nell'inventario di cui all'articolo 15 del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 600, con l'obbligo per il predetto ente di tenere le scritture contabili di cui agli articoli 14, 15, 16 del medesimo decreto del Presidente della Repubblica n. 600 del 1973. Le registrazioni nelle scritture cronologiche delle operazioni comprese dall'inizio del periodo di imposta al momento in cui si verificano i presupposti che determinano il mutamento della qualifica di cui all'articolo 79, comma 5, devono essere eseguite, in deroga alla disciplina ordinaria, entro tre mesi decorrenti dalla sussistenza dei suddetti presupposti.

Capo IV

Delle disposizioni transitorie e finali

Art. 88

«De minimis»

1. Le agevolazioni di cui all'articolo 82, commi 7 e 8 e all'articolo 85, commi 2 e 4, sono concesse ai sensi e nei limiti del regolamento (UE) n. 1407/2013 della Commissione, del 18 dicembre 2013, relativo all'applicazione degli articoli 107 e 108 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea agli aiuti «de minimis», e del regolamento (UE) n. 1408/2013 della Commissione, del 18 dicembre 2013, relativo all'applicazione degli articoli 107 e 108 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea agli aiuti «de minimis» nel settore agricolo.

Art. 89

Coordinamento normativo

1. Agli enti del Terzo settore di cui all'articolo 79, comma 1, non si applicano le seguenti disposizioni:

a) l'articolo 143, comma 3, l'articolo 144, commi 2, 5 e 6 e gli articoli 148 e 149 del testo unico delle imposte sui redditi, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917;

b) l'articolo 3, commi 1 e 2, del decreto legislativo 31 ottobre 1990, n. 346 e gli articoli 1, comma 2 e 10, comma 3 del decreto legislativo 31 ottobre 1990, n. 347;

c) la legge 16 dicembre 1991, n. 398.

2. Le norme di cui al comma 1, lettera b) continuano ad applicarsi ai trasferimenti a titolo gratuito, non relativi alle attivita' di cui all'articolo 5, eseguiti a favore dei soggetti di cui all'articolo 4, comma 3, iscritti nel Registro unico nazionale del Terzo Settore.

3. PERIODO SOPPRESSO DAL D.LGS. 3 AGOSTO 2018, N. 105. 3. Ai soggetti di cui all'articolo 4, comma 3, iscritti nel Registro unico

nazionale del Terzo settore gli articoli da 143 a 148 del testo unico delle imposte sui redditi, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, si applicano limitatamente alle attivita' diverse da quelle elencate all'articolo 5, purche' siano in possesso dei requisiti qualificanti ivi previsti.

((4. All'articolo 148, comma 3, del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, le parole: 'Per le associazioni politiche, sindacali e di categoria, religiose, assistenziali, culturali, sportive dilettantistiche, di promozione sociale e di formazione extra-scolastica della persona, nonche' per le strutture periferiche di natura privatistica necessarie agli enti pubblici non economici per attuare la funzione di preposto a servizi di pubblico interesse' sono sostituite dalle seguenti: 'Per le associazioni politiche, sindacali e di categoria, religiose, assistenziali, sportive dilettantistiche, nonche' per le strutture periferiche di natura privatistica necessarie agli enti pubblici non economici per attuare la funzione di preposto a servizi di pubblico interesse')).

5. All'articolo 6, del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 601, e' aggiunto, in fine, il seguente comma: «La riduzione non si applica agli enti iscritti nel Registro Unico nazionale del terzo settore. Ai soggetti di cui all'articolo 4, comma 3, codice del Terzo settore di cui all'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106, iscritti nel Registro unico nazionale del Terzo settore, la riduzione si applica limitatamente alle attivita' diverse da quelle elencate all'articolo 5 del medesimo decreto legislativo».

6. All'articolo 52, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633, le parole: «al decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460» sono sostituite dalle seguenti: «al codice del Terzo settore di cui all'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106».

7. Si intendono riferite agli enti non commerciali del Terzo settore di cui all'articolo 82, comma 1, le disposizioni normative vigenti riferite alle ONLUS in quanto compatibili con le disposizioni del presente decreto. Al decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 3, terzo comma, primo periodo, le parole «di enti e associazioni che senza scopo di lucro perseguono finalita' educative, culturali, sportive, religiose e di assistenza e solidarieta' sociale, nonche' delle organizzazioni non lucrative di utilita' sociale (ONLUS)» sono sostituite dalle seguenti: «di enti del Terzo settore di natura non commerciale»;

b) all'articolo 10, primo comma, ai numeri 15), 19), 20) e 27-ter), la parola «ONLUS» e' sostituita dalle seguenti: «enti del Terzo settore di natura non commerciale»

8. All'articolo 1, comma 3, della legge 22 giugno 2016, n. 112, le parole: «organizzazioni non lucrative di utilita' sociale di cui all'articolo 10, comma 1, del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460, riconosciute come persone giuridiche, che operano prevalentemente nel settore della beneficenza di cui al comma 1, lettera a), numero 3), dell'articolo 10 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460, anche ai sensi del comma 2-bis dello stesso articolo» sono sostituite dalle seguenti: «enti del Terzo settore non commerciali, che operano prevalentemente nel settore della beneficenza di cui all'articolo 5, comma 1, lettera u)».

9. All'articolo 32, comma 7, della legge 11 agosto 2014 n. 125 e' aggiunto in fine il seguente periodo: «Le Organizzazioni non governative di cui al presente comma sono iscritte nel Registro unico nazionale del Terzo settore».

10. All'articolo 6, comma 9, della legge 22 giugno 2016, n. 112 le parole «le agevolazioni di cui all'articolo 14, comma 1, del decreto-legge 14 marzo 2005, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 maggio 2005, n. 80, e i limiti ivi indicati sono elevati, rispettivamente, al 20 per cento del reddito complessivo dichiarato e a 100.000 euro» sono sostituite dalle seguenti: «le agevolazioni previste per le organizzazioni di volontariato ai sensi dell'articolo 83, commi 1 e 2, del codice del Terzo settore di cui all'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106».

11. Ai soggetti che effettuano erogazioni liberali agli enti del Terzo settore non commerciali di cui all'articolo 79, comma 5, nonche' alle cooperative sociali, non si applicano, per le medesime erogazioni liberali, le disposizioni di cui all'articolo 15, comma 1.1. e all'articolo 100, comma 2, lettera h), del testo unico delle imposte sui redditi approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917.

12. La deducibilita' dal reddito imponibile delle erogazioni liberali prevista dall'articolo 10, comma 1, lettera g), del testo unico delle imposte sui redditi, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e' consentita a condizione che per le medesime erogazioni il soggetto erogante non usufruisca delle detrazioni d'imposta di cui all'articolo 15, comma 1.1, del medesimo testo unico.

13. La deducibilita' dal reddito imponibile delle erogazioni liberali previste dall'articolo 100, comma 2, lettere a) e b), del testo unico delle imposte sui redditi, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e' consentita a condizione che per le medesime erogazioni liberali il soggetto erogante non usufruisca delle deduzioni previste dalla lettera h) del medesimo articolo 100, comma 2.

14. La deducibilita' dal reddito imponibile delle erogazioni liberali previste all'articolo 153, comma 6, lettere a) e b), del testo unico delle imposte sui redditi, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e' consentita a condizione che per le medesime erogazioni liberali il soggetto erogante non usufruisca delle detrazioni d'imposta previste dal comma 3 del medesimo articolo 153.

15. Alle Fondazioni lirico-sinfoniche di cui al decreto legislativo 29 giugno 1996, n. 367 e di cui alla legge 11 novembre 2003, n. 310, e successive modificazioni, iscritte nel Registro unico nazionale del Terzo settore, non si applica l'articolo 25, comma 5 del suddetto decreto legislativo.

16. Alle associazioni che operano o che partecipano a manifestazioni di particolare interesse storico, artistico e culturale, legate agli usi ed alle tradizioni delle comunita' locali, iscritte nel Registro unico nazionale del Terzo settore, non si applica l'articolo 1, commi 185, 186 e 187 della legge 27 dicembre 2006, n. 296.

17. In attuazione dell'articolo 115 del decreto legislativo 22 gennaio 2004, n. 42, il Ministero dei beni e delle attivita' culturali e del turismo, le regioni, gli enti locali e gli altri enti

pubblici possono attivare forme speciali di partenariato con enti del Terzo settore che svolgono le attivita' indicate all'articolo 5, comma 1, lettere f), i), k) o z), individuati attraverso le procedure semplificate di cui all'articolo 151, comma 3, del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, dirette alla prestazione di attivita' di valorizzazione di beni culturali immobili di appartenenza pubblica.

18. Le attivita' indicate all'articolo 79, comma 4, lett. a), fermo restando il regime di esclusione dall'imposta sul valore aggiunto, sono esenti da ogni altro tributo.

19. Alla legge 19 agosto 2016, n. 166, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 2, comma 1, lettera b), le parole «i soggetti di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460» sono sostituite dalle seguenti: «gli enti del Terzo settore non commerciali di cui all'articolo 79, comma 5, del codice del Terzo settore di cui all'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106»;

b) all'articolo 16, comma 5, lettera a), numero 2, le parole «agli enti pubblici, alle ONLUS e agli enti privati costituiti per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalita' civiche e solidaristiche e che, in attuazione del principio di sussidiarieta' e in coerenza con i rispettivi statuti o atti costitutivi, promuovono e realizzano attivita' d'interesse generale anche mediante la produzione e lo scambio di beni e servizi di utilita' sociale nonche' attraverso forme di mutualita'» sono sostituite dalle seguenti: «ai soggetti di cui all'articolo 2, comma 1, lettera b), della legge 19 agosto 2016, n. 166.

20. All'articolo 15 del decreto del Presidente della Repubblica 29 luglio 1982 n. 571, comma 6, le parole «i soggetti di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460» sono sostituite dalle seguenti: «gli enti del Terzo settore non commerciali di cui all'articolo 79, comma 5, del codice del Terzo settore di cui all'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106».

21. All'articolo 1, comma 236, della legge 27 dicembre 2013, n. 147 le parole «i soggetti di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460» sono sostituite dalle seguenti: «gli enti del Terzo settore non commerciali di cui all'articolo 79, comma 5, del codice del Terzo settore di cui all'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106».

22. All'articolo 1, comma 1 della legge 25 giugno 2003, n. 155 le parole «i soggetti di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460» sono sostituite dalle seguenti: «gli enti del Terzo settore non commerciali di cui all'articolo 79, comma 5, del codice del Terzo settore di cui all'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106».

23. All'articolo 157, comma 1-bis, del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, sono apportate le seguenti modifiche:

a) le parole «organizzazioni non lucrative di utilita' sociale (ONLUS)» sono sostituite dalle seguenti: «enti del Terzo settore non commerciali di cui all'articolo 79, comma 5, del codice del Terzo settore di cui all'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106»;

b) le parole «Alle ONLUS» sono sostituite dalle seguenti: «Agli enti del Terzo settore non commerciali di cui all'articolo 79, comma

5, del codice del Terzo settore di cui all'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106».

Titolo XI

DEI CONTROLLI E DEL COORDINAMENTO

Art. 90

Controlli e poteri sulle fondazioni del Terzo settore

1. I controlli e i poteri di cui agli articoli 25, 26 e 28 del codice civile sono esercitati sulle fondazioni del Terzo settore dall'Ufficio del Registro unico nazionale del Terzo settore.

Art. 91

Sanzioni a carico dei rappresentanti legali e dei componenti degli organi amministrativi

1. In caso di distribuzione, anche indiretta, di utili e avanzi di gestione, fondi e riserve comunque denominate a un fondatore, un associato, un lavoratore o un collaboratore, un amministratore o altro componente di un organo associativo dell'ente, anche nel caso di recesso o di ogni altra ipotesi di scioglimento individuale del rapporto associativo, i rappresentanti legali e i componenti degli organi amministrativi dell'ente del Terzo settore che hanno commesso la violazione o che hanno concorso a commettere la violazione sono soggetti alla sanzione amministrativa pecuniaria da 5.000,00 euro a 20.000,00 euro.

2. In caso di devoluzione del patrimonio residuo effettuata in assenza o in difformita' al parere dell'Ufficio del Registro unico nazionale, i rappresentanti legali e i componenti degli organi amministrativi degli enti del Terzo settore che hanno commesso la violazione o che hanno concorso a commettere la violazione sono soggetti alla sanzione amministrativa pecuniaria da 1.000,00 euro a 5.000,00 euro.

3. Chiunque utilizzi illegittimamente l'indicazione di ente del Terzo settore, di associazione di promozione sociale o di organizzazione di volontariato oppure i corrispondenti acronimi, ETS, APS e ODV, e' punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da 2.500,00 euro a 10.000,00 euro. La sanzione medesima e' raddoppiata qualora l'illegittimo utilizzo sia finalizzato ad ottenere da terzi l'erogazione di denaro o di altre utilita'.

4. Le sanzioni di cui ai commi 1, 2 e 3 e di cui al comma 5 dell'articolo 48 sono irrogate dall'Ufficio del Registro unico nazionale del Terzo settore ai sensi dell'articolo 45.

5. Le somme dovute a titolo di sanzioni previste dal presente articolo sono versate all'entrata del bilancio dello Stato, secondo modalita' da definirsi con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali.

Art. 92

Attivita' di monitoraggio, vigilanza e controllo

1. Al fine di garantire l'uniforme applicazione della disciplina legislativa, statutaria e regolamentare applicabile agli Enti del Terzo settore e l'esercizio dei relativi controlli, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali:

a) vigila sul sistema di registrazione degli enti del Terzo settore nel rispetto dei requisiti previsti dal presente codice e monitora lo svolgimento delle attivita' degli Uffici del Registro unico nazione del Terzo settore operanti a livello regionale;

b) promuove l'autocontrollo degli enti del Terzo settore autorizzandone l'esercizio da parte delle reti associative nazionali iscritte nell'apposita sezione del registro unico nazionale e dei Centri di servizio per il volontariato accreditati ai sensi dell'articolo 61;

c) predispone e trasmette alle Camere, entro il 30 giugno di ogni anno, una relazione sulle attivita' di vigilanza, monitoraggio e controllo svolte sugli enti del Terzo settore anche sulla base dei dati acquisiti attraverso le relazioni di cui all'articolo 95, commi 2 e 3, nonche' sullo stato del sistema di registrazione di cui alla lettera b).

2. Restano fermi i poteri delle amministrazioni pubbliche competenti in ordine ai controlli, alle verifiche ed alla vigilanza finalizzati ad accertare la conformita' delle attivita' di cui all'articolo 5 alle norme particolari che ne disciplinano l'esercizio.

Art. 93

Controllo

1. I controlli sugli enti del Terzo settore sono finalizzati ad accertare:

a) la sussistenza e la permanenza dei requisiti necessari all'iscrizione al Registro unico nazionale del Terzo settore;

b) il perseguimento delle finalita' civiche, solidaristiche o di utilita' sociale;

c) l'adempimento degli obblighi derivanti dall'iscrizione al Registro unico nazionale del Terzo settore;

d) il diritto di avvalersi dei benefici anche fiscali e del 5 per mille derivanti dall'iscrizione nel Registro unico nazionale del Terzo settore;

e) il corretto impiego delle risorse pubbliche, finanziarie e strumentali, ad essi attribuite.

2. Alle imprese sociali si applicano le disposizioni contenute nell'articolo 15 del decreto legislativo recante revisione della disciplina in materia di impresa sociale, di cui all'articolo 1, comma 2, lettera c), della legge 6 giugno 2016, n. 106.

3. L'ufficio del Registro unico nazionale del Terzo settore territorialmente competente esercita le attivita' di controllo di cui alle lettere a), b) e c) del comma 1, nei confronti degli enti del Terzo settore aventi sede legale sul proprio territorio, anche attraverso accertamenti documentali, visite ed ispezioni, d'iniziativa, periodicamente o in tutti i casi in cui venga a conoscenza di atti o fatti che possano integrare violazioni alle disposizioni del presente codice, anche con riferimento ai casi di cui al comma 1, lettera b). In caso di enti che dispongano di sedi secondarie in regioni diverse da quella della sede legale, l'ufficio

del Registro unico nazionale del Terzo settore competente ai sensi del primo periodo puo', ove necessario, attivare forme di reciproca collaborazione e assistenza con i corrispondenti uffici di altre regioni per l'effettuazione di controlli presso le sedi operative, le articolazioni territoriali e gli organismi affiliati degli enti di terzo settore interessati.

4. Le amministrazioni pubbliche e gli enti territoriali che erogano risorse finanziarie o concedono l'utilizzo di beni immobili o strumentali di qualunque genere agli enti del Terzo settore per lo svolgimento delle attivita' statutarie di interesse generale, dispongono i controlli amministrativi e contabili di cui alla lettera e) del comma 1 necessari a verificarne il corretto utilizzo da parte dei beneficiari.

5. Le reti associative di cui all'articolo 41, comma 2 iscritte nell'apposita sezione del Registro unico nazionale del Terzo settore e gli enti accreditati come Centri di servizio per il volontariato previsti dall'articolo 61, appositamente autorizzati dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, possono svolgere attivita' di controllo ai sensi del comma 1, lettere a), b) e c) nei confronti dei rispettivi aderenti.

6. Ai fini del rilascio dell'autorizzazione di cui al comma 5, le reti associative nazionali ed i Centri di servizio per il volontariato devono risultare in possesso dei requisiti tecnici e professionali stabiliti con il decreto di cui all'articolo 96, tali da garantire un efficace espletamento delle attivita' di controllo. L'autorizzazione e' rilasciata entro novanta giorni dalla presentazione dell'istanza e mantiene validita' fino alla avvenuta cancellazione della rete associativa dall'apposita sezione del Registro unico nazionale del Terzo settore, ai sensi dell'articolo 41, o alla revoca dell'accreditamento del CSV, ai sensi dell'articolo 66 o fino alla revoca della stessa autorizzazione di cui al comma 5, disposta in caso di accertata inidoneita' della rete associativa o del Centro di servizio ad assolvere efficacemente le attivita' di controllo nei confronti dei propri aderenti. Decorso il predetto termine di novanta giorni, l'autorizzazione si intende rilasciata.

7. L'attivita' di controllo espletata dalle reti associative nazionali e dai Centri di servizio per il volontariato autorizzati ai sensi del presente articolo e' sottoposta alla vigilanza del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

Art. 94

Disposizioni in materia di controlli fiscali

1. Ai fini dell'applicazione delle disposizioni del titolo X l'Amministrazione finanziaria esercita autonomamente attivita' di controllo in merito al rispetto di quanto previsto dagli articoli 8, 9, 13, 15, 23, 24 nonche' al possesso dei requisiti richiesti per fruire delle agevolazioni fiscali previste per i soggetti iscritti nel Registro unico nazionale del Terzo settore di cui all'articolo 45, avvalendosi dei poteri istruttori previsti dagli articoli 32 e 33 del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 600 e dagli articoli 51 e 52 del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633 e, in presenza di violazioni, disconosce la spettanza del regime fiscale applicabile all'ente in ragione dell'iscrizione nel Registro unico nazionale del Terzo settore.

L'ufficio che procede alle attivita' di controllo ha l'obbligo, a pena di nullita' del relativo atto di accertamento, di invitare l'ente a comparire per fornire dati e notizie rilevanti ai fini dell'accertamento. L'ufficio del Registro unico nazionale del Terzo settore trasmette all'Amministrazione finanziaria gli esiti dei controlli di competenza, ai fini dell'eventuale assunzione dei conseguenti provvedimenti.

2. L'Amministrazione finanziaria, a seguito dell'attivita' di controllo, trasmette all'ufficio del Registro unico nazionale del Terzo settore ogni elemento utile ai fini della valutazione in merito all'eventuale cancellazione dal Registro unico di cui all'articolo 45 ove ne ricorrano i presupposti.

3. Resta fermo il controllo eseguito dall'ufficio del Registro Unico nazionale del Terzo settore ai fini dell'iscrizione, aggiornamento e cancellazione degli enti nel Registro medesimo.

4. Agli enti del Terzo settore non si applicano le disposizioni di cui all'articolo 30 del decreto-legge 29 novembre 2008 n. 185, convertito, con modificazioni dalla legge 28 gennaio 2009, n. 2 e comunque tali enti non sono tenuti alla presentazione dell'apposito modello di cui al comma 1 del medesimo articolo 30.

Art. 95

Vigilanza

1. La funzione di vigilanza, esercitata dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, e' finalizzata a verificare il funzionamento del sistema di registrazione degli enti del Terzo settore e del sistema dei controlli al fine di assicurare principi di uniformita' tra i registri regionali all'interno del Registro unico nazionale e una corretta osservanza della disciplina prevista nel presente codice.

2. A tal fine, entro il 15 marzo di ogni anno le Regioni e le Province autonome trasmettono al Ministero del lavoro e delle politiche sociali una relazione sulle attivita' di iscrizione degli enti al Registro unico nazionale del Terzo settore e di revisione periodica con riferimento ai procedimenti conclusi nell'anno precedente e sulle criticita' emerse, nonche' sui controlli eseguiti nel medesimo periodo e i relativi esiti.

3. L'Organismo nazionale di controllo di cui all'articolo 64 trasmette al Ministero del lavoro e delle politiche sociali la relazione annuale sulla propria attivita' e sull'attivita' e lo stato dei Centri di servizio per il volontariato entro il termine previsto nel medesimo articolo.

4. Il Ministero del lavoro e delle politiche sociali puo' effettuare verifiche, anche in loco avvalendosi degli Ispettorati territoriali del lavoro, o a campione, sulle operazioni effettuate e sulle attivita' svolte dagli enti autorizzati al controllo, ai sensi dell'articolo 80 93, dirette al soddisfacimento delle finalita' accertative espresse nel comma 1.

5. La vigilanza sugli enti di cui all'articolo 1, comma 1, lettera a), della legge 19 novembre 1987, n. 476 e' esercitata dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Negli organi di controllo di tali enti deve essere assicurata la presenza di un rappresentante dell'Amministrazione vigilante. Gli enti medesimi trasmettono al Ministero del lavoro e delle politiche sociali il bilancio di cui

all'articolo 13 entro dieci giorni dalla sua approvazione. Al Ministero del lavoro e delle politiche sociali sono trasferite le competenze relative alla ripartizione dei contributi di cui all'articolo 2, comma 466, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 e successive modificazioni.

Art. 96

Disposizioni di attuazione

1. Ai sensi dell'articolo 7, comma 4, della legge 6 giugno 2016, n. 106, con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sentito il Ministro dell'interno e previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sono definiti le forme, i contenuti, i termini e le modalita' per l'esercizio delle funzioni di vigilanza, controllo e monitoraggio, le modalita' di raccordo con le altre Amministrazioni interessate e gli schemi delle relazioni annuali. Con il medesimo decreto sono altresi' individuati i criteri, i requisiti e le procedure per l'autorizzazione all'esercizio delle attivita' di controllo da parte delle reti associative nazionali e dei Centri di servizio per il volontariato, le forme di vigilanza da parte del Ministero del lavoro e delle politiche sociali sui soggetti autorizzati, nonche' i criteri, che tengano anche conto delle dimensioni degli enti da controllare e delle attivita' da porre in essere, per l'attribuzione ai soggetti autorizzati ad effettuare i controlli ai sensi dell'articolo 93, delle relative risorse finanziarie, entro il limite massimo di 5 milioni di euro annui, a decorrere dall'anno 2019.

Art. 97

Coordinamento delle politiche di governo

1. E' istituita, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, una Cabina di regia con il compito di coordinare, in raccordo con i ministeri competenti, le politiche di governo e le azioni di promozione e di indirizzo delle attivita' degli enti del Terzo settore.

2. Ai fini di cui al comma 1, la Cabina di regia:

a) coordina l'attuazione del presente codice al fine di assicurarne la tempestivita', l'efficacia e la coerenza ed esprimendo, la' dove prescritto, il proprio orientamento in ordine ai relativi decreti e linee guida;

b) promuove le attivita' di raccordo con le amministrazioni pubbliche interessate, nonche' la definizione di accordi, protocolli di intesa o convenzioni, anche con enti privati, finalizzati a valorizzare l'attivita' degli enti del Terzo settore e a sviluppare azioni di sistema;

c) monitora lo stato di attuazione del presente codice anche al fine di segnalare eventuali soluzioni correttive e di miglioramento.

3. La composizione e le modalita' di funzionamento della Cabina di regia sono stabilite con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente codice, assicurando la presenza di rappresentanti del

sistema degli enti territoriali. La partecipazione alla Cabina di regia e' gratuita e non da' diritto alla corresponsione di alcun compenso, indennita', emolumento o rimborso spese comunque denominato.

4. All'attuazione del presente articolo si provvede con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Titolo XII

DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

Art. 98

Modifiche al codice civile

1. Dopo l'articolo 42 del codice civile, e' inserito il seguente:

«Art. 42-bis (Trasformazione, fusione e scissione). - Se non e' espressamente escluso dall'atto costitutivo o dallo statuto, le associazioni riconosciute e non riconosciute e le fondazioni di cui al presente titolo possono operare reciproche trasformazioni, fusioni o scissioni.

La trasformazione produce gli effetti di cui all'articolo 2498. L'organo di amministrazione deve predisporre una relazione relativa alla situazione patrimoniale dell'ente in via di trasformazione contenente l'elenco dei creditori, aggiornata a non piu' di centoventi giorni precedenti la delibera di trasformazione, nonche' la relazione di cui all'articolo 2500-sexies, secondo comma. Si applicano inoltre gli articoli 2499, 2500, 2500-bis, 2500-ter, secondo comma, 2500-quinquies e 2500-nonies, in quanto compatibili.

Alle fusioni e alle scissioni si applicano, rispettivamente, le disposizioni di cui alle sezioni II e III del capo X, titolo V, libro V, in quanto compatibili.

Gli atti relativi alle trasformazioni, alle fusioni e alle scissioni per i quali il libro V prevede l'iscrizione nel Registro delle imprese sono iscritti nel Registro delle Persone Giuridiche ovvero, nel caso di enti del Terzo settore, nel Registro unico nazionale del Terzo settore.».

Art. 99

Modifiche normative

1. Al decreto legislativo 28 settembre 2012, n. 178 sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 1, comma 1, le parole: «nei registri regionali e provinciali delle associazioni di promozione sociale, applicandosi ad essa, per quanto non diversamente disposto dal presente decreto, la legge 7 dicembre 2000, n. 383» sono sostituite dalle seguenti: «nella sezione organizzazioni di volontariato del registro unico nazionale del Terzo settore, applicandosi ad essa, per quanto non diversamente disposto dal presente decreto, il codice del Terzo settore di cui all'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106»;

b) all'articolo 1, comma 6, le parole: «L'utilizzazione da parte della Associazione delle risorse disponibili a livello nazionale, regionale e locale per le Associazioni di promozione sociale e'

condizionata all'emanazione di un decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sentita la Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, con il quale e' stabilita la misura massima della medesima utilizzazione» sono soppresse;

c) all'articolo 1-bis, le parole: «nei registri provinciali delle associazioni di promozione sociale, applicandosi ad essi, per quanto non diversamente disposto dal presente decreto, la legge 7 dicembre 2000, n. 383» sono sostituite dalle seguenti: «nella sezione organizzazioni di volontariato del registro unico nazionale del Terzo settore, applicandosi ad essi, per quanto non diversamente disposto dal presente decreto, il codice del Terzo settore di cui all'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106».

2. All'articolo 26, comma 2, della legge 11 agosto 2014 n. 125 le parole «Organizzazioni non lucrative di utilita' sociale (ONLUS)» sono sostituite dalle seguenti «enti del Terzo settore (ETS) non commerciali di cui all'articolo 79, comma 5, del codice del Terzo settore di cui all'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106».

3. ***((A decorrere dal periodo d'imposta successivo a quello in corso al 31 dicembre 2017 e fino all'abrogazione di cui all'articolo 102, comma 2, lettera h),))*** all'articolo 14, comma 1, del decreto-legge 14 marzo 2005, n. 35 dopo le parole: «Le liberalita' in denaro o in natura erogate da persone fisiche o da enti soggetti all'imposta sul reddito delle societa'» sono soppresse le seguenti «in favore di organizzazioni non lucrative di utilita' sociale di cui all'articolo 10, commi 1, 8 e 9, del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460, nonche' quelle erogate in favore di associazioni di promozione sociale iscritte nel registro nazionale previsto dall'articolo 7, commi 1 e 2, della legge 7 dicembre 2000, n. 383,».***((1))***

AGGIORNAMENTO (1)

Il D.L. 16 ottobre 2017, n. 148, convertito con modificazioni dalla L. 4 dicembre 2017, n. 172, ha disposto (con l'art. 5-sexies, comma 1) che "Pertanto, le disposizioni di carattere fiscale richiamate dagli articoli 99, comma 3, e 102, comma 1, del medesimo codice di cui al decreto legislativo n. 117 del 2017 continuano a trovare applicazione senza soluzione di continuita' fino al 31 dicembre 2017".

Art. 100

Clausola di salvaguardia per le Province autonome

1. Le disposizioni del presente decreto sono applicabili nelle regioni a statuto speciale e nelle Province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione, anche con riferimento alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3.

2. Tenendo conto della tutela delle minoranze, prevista dall'articolo 6 della Costituzione e dallo Statuto di Autonomia, la Provincia autonoma di Bolzano disciplina l'istituzione e la tenuta del registro unico del Terzo settore e l'utilizzo degli acronimi di cui al presente codice, nonche' le funzioni di vigilanza, monitoraggio e controllo pubblico di cui al presente codice del terzo

settore, nel rispetto dei principi previsti dagli articoli 99 e 100 del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670.

Art. 101

Norme transitorie e di attuazione

1. Ogni riferimento nel presente decreto al Consiglio nazionale del Terzo settore diviene efficace dalla data di adozione del decreto di nomina dei suoi componenti ai sensi dell'articolo 59, comma 3. Ogni riferimento nel presente decreto al Registro unico nazionale del Terzo settore diviene efficace dalla sua operativita' ai sensi dell'articolo 53, comma 2.

2. Fino all'operativita' del Registro unico nazionale del Terzo settore, continuano ad applicarsi le norme previgenti ai fini e per gli effetti derivanti dall'iscrizione degli enti nei Registri Onlus, Organizzazioni di Volontariato, Associazioni di promozione sociale che si adeguano alle disposizioni inderogabili del presente decreto entro il ***((31 marzo 2021))***. Entro il medesimo termine, esse possono modificare i propri statuti con le modalita' e le maggioranze previste per le deliberazioni dell'assemblea ordinaria al fine di adeguarli alle nuove disposizioni inderogabili o di introdurre clausole che escludono l'applicazione di nuove disposizioni derogabili mediante specifica clausola statutaria. (7)

3. Il requisito dell'iscrizione al Registro unico nazionale del Terzo settore previsto dal presente decreto, nelle more dell'istituzione del Registro medesimo, si intende soddisfatto da parte delle reti associative e degli enti del Terzo settore attraverso la loro iscrizione ad uno dei registri attualmente previsti dalle normative di settore.

4. Le reti associative, ove necessario, integrano, entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, il proprio statuto secondo le previsioni di cui all'articolo 41, comma 1, lettera b) e comma 2, pena l'automatica cancellazione dal relativo registro.

5. I comitati di gestione di cui all'articolo 2, comma 2, del decreto del Ministro del tesoro 8 ottobre 1997, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 241 del 15 ottobre 1997, sono sciolti dalla data di costituzione dei relativi OTC, e il loro patrimonio residuo e' devoluto entro novanta giorni dallo scioglimento al FUN, nell'ambito del quale conserva la sua precedente destinazione territoriale. I loro presidenti ne diventano automaticamente i liquidatori. Al FUN devono inoltre essere versate dalle FOB, conservando la loro destinazione territoriale, tutte le risorse maturate, ma non ancora versate, in favore dei fondi speciali di cui all'articolo 15 della legge 11 agosto 1991, n. 266.

6. In sede di prima applicazione del presente decreto e fino al 31 dicembre 2017, sono accreditati come CSV gli enti gia' istituiti come CSV in forza del decreto del Ministro del tesoro 8 ottobre 1997. Successivamente a tale data, tali enti, o eventualmente l'ente risultante dalla loro fusione o aggregazione, sono valutati ai fini dell'accreditamento in base alle disposizioni del presente decreto. Nel caso di valutazione negativa, si procede all'accreditamento di altri enti secondo le norme del presente decreto. All'ente gia' istituito CSV in forza del decreto del Ministro del tesoro 8 ottobre

1997, che non risulti accreditato sulla base delle norme del presente decreto, si applica, per quanto attiene agli effetti finanziari e patrimoniali, l'articolo 63, commi 4 e 5.

7. Il divieto di cui all'articolo 61, comma 1, lettera j), non si applica alle cariche sociali in essere al momento dell'entrata in vigore del presente decreto e fino alla naturale scadenza del relativo mandato, cosi' come determinato dallo statuto al momento del conferimento.

8. La perdita della qualifica di ONLUS, a seguito dell'iscrizione nel Registro unico nazionale degli enti del Terzo settore, anche in qualita' di impresa sociale, non integra un'ipotesi di scioglimento dell'ente ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dagli articoli 10, comma 1, lettera f), del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460, e articolo 4, comma 7, lettera b), del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633. Per gli enti associativi, l'iscrizione nel Registro unico nazionale del Terzo settore, anche in qualita' di impresa sociale, non integra un'ipotesi di scioglimento dell'ente, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dal comma 8 dell'articolo 148 del testo unico delle imposte sui redditi, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986. Le disposizioni che precedono rilevano anche qualora l'iscrizione al Registro unico nazionale del Terzo settore avvenga prima dell'autorizzazione della Commissione europea di cui al comma 10.

9. Tenuto conto di quanto previsto dall'articolo 1, comma 7, della legge 6 giugno 2016, n. 106, a far data dall'entrata in vigore delle disposizioni contenute nel presente decreto e' svolto uno specifico monitoraggio, coordinato dalla Cabina di regia di cui all'articolo 97, con l'obiettivo di raccogliere e valutare le evidenze attuative che emergeranno nel periodo transitorio ai fini della introduzione delle disposizioni integrative e correttive dei decreti attuativi.

10. L'efficacia delle disposizioni di cui agli articoli 77, 79, comma 2-bis, 80 e 86 e' subordinata, ai sensi dell'articolo 108, paragrafo 3, del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea, all'autorizzazione della Commissione europea, richiesta a cura del Ministero del lavoro e delle politiche sociali

11. Al fine di aumentare il numero dei volontari da avviare al servizio civile universale, la dotazione del Fondo nazionale per il servizio civile di cui all'articolo 19 della legge 8 luglio 1998, n. 230, e' incrementata di 82 milioni di euro per l'anno 2018, di 47,2 milioni di euro per l'anno 2019, di 42,1 milioni di euro per l'anno 2020 e di 10,2 milioni di euro annui a decorrere dal 2022.

12. I decreti di cui agli articoli 6 comma 1, 7 comma 2, 13 comma 3, 14 comma 1, 18 comma 2, 19 comma 2, 46 comma 3, 47 comma 5, 53 comma 1, 59 comma 3, 62 comma 6, 54 comma 1, 64 comma 3, 65 comma 4, 76 comma 4, 77 comma 15, 78 comma 3, 81 comma 7, 83 comma 2, e 96 comma 1 ove non diversamente disposto, sono emanati entro un anno dall'entrata in vigore del presente decreto.

AGGIORNAMENTO (7)

Il D.L. 30 aprile 2019, n. 34, convertito con modificazioni dalla L. 28 giugno 2019, n. 58, ha disposto (con l'art. 43, comma 4-bis) che "In deroga a quanto previsto dall'articolo 101, comma 2, del codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, i termini per l'adeguamento degli statuti delle bande

musicali, delle organizzazioni non lucrative di utilita' sociale, delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di promozione sociale sono prorogati al 30 giugno 2020".

Art. 102

Abrogazioni

1. Sono abrogate le seguenti disposizioni salvo quanto previsto ai commi 2, 3 e 4:

a) la legge 11 agosto 1991, n. 266, e la legge 7 dicembre 2000, n. 383;

((a-bis) l'articolo 1, comma 1, lettera b) e comma 2, e gli articoli 2 e 3 della legge 19 novembre 1987, n. 476;))

b) gli articoli 2, 3, 4 e 5, della legge 15 dicembre 1998, n. 438;

c) il decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 14 settembre 2010, n. 177;

d) il decreto del Ministro del tesoro 8 ottobre 1997, recante «Modalita' per la costituzione dei fondi speciali per il volontariato presso le regioni»;

e) l'articolo 100, comma 2, lettera l), del testo unico delle imposte sui redditi, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917;

f) l'articolo 15, comma 1, lettera i-quater), del testo unico delle imposte sui redditi, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917;

g) l'articolo 15, comma 1, lettera i-bis) del testo unico delle imposte sui redditi, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917. (1)

2. Sono altresi' abrogate le seguenti disposizioni a decorrere dal termine di cui all'articolo 104, comma 2:

a) gli articoli da 10 a 29 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460, fatto salvo l'articolo 13, commi 2, 3 e 4;

b) l'articolo 20-bis, del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 600;

c) l'articolo 150 del testo unico delle imposte sui redditi, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917;

d) l'articolo 8, comma 2, primo periodo e comma 4 della legge 11 agosto 1991, n. 266;

e) l'articolo 9-bis del decreto-legge 30 dicembre 1991, n. 417, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 febbraio 1992, n. 66;

f) l'articolo 2, comma 31, della legge 24 dicembre 2003, n. 350;

g) gli articoli 20 e 21 della legge n. 383 del 7 dicembre 2000;

h) l'articolo 14, commi 1, 2, 3, 4, 5 e 6 del decreto-legge 14 marzo 2005, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 maggio 2005, n. 80.

3. Le disposizioni di cui all'articolo 12, comma 2, della legge 11 agosto 1991, n. 266, all'articolo 13 della legge 7 dicembre 2000, n. 383, e all'articolo 96, comma 1, della legge 21 novembre 2000, n. 342, sono abrogate a decorrere dalla data di efficacia del decreto del Ministro dell'economia e delle finanze di cui all'articolo 103, comma 2, finalizzato a dare attuazione a quanto previsto dall'articolo 73, comma 1.

4. Le disposizioni di cui all'articolo 6, della legge 11 agosto

1991, n. 266, agli articoli 7, 8, 9 e 10 della legge 7 dicembre 2000, n. 383, nonche' il decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 14 novembre 2001, n. 471, sono abrogate a decorrere dalla data di operativita' del Registro unico nazionale del Terzo settore, ai sensi dell'articolo 53.

AGGIORNAMENTO (1)

Il D.L. 16 ottobre 2017, n. 148, convertito con modificazioni dalla L. 4 dicembre 2017, n. 172, ha disposto (con l'art. 5-sexies, comma 1) che "Pertanto, le disposizioni di carattere fiscale richiamate dagli articoli 99, comma 3, e 102, comma 1, del medesimo codice di cui al decreto legislativo n. 117 del 2017 continuano a trovare applicazione senza soluzione di continuita' fino al 31 dicembre 2017".

Art. 103

Disposizioni finanziarie

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione degli articoli 53, 62, 72, 77, 79, 80, 81, 82 e 83, 84, 85, 86, 96 e 101, pari a 40 milioni di euro per l'anno 2017, a 163 milioni di euro per l'anno 2018, a 166,1 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2019, si provvede mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 1, comma 187, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.

2. Ai fini dell'attuazione delle disposizioni di cui al comma 1, e all'articolo 73, comma 1, il Ministro dell'economia e delle finanze e' autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

3. Dall'attuazione delle ulteriori disposizioni del presente decreto non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate provvedono all'attuazione delle disposizioni con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Art. 104

Entrata in vigore

1. Le disposizioni di cui agli articoli 77, 78, 81, 82, 83 e 84, comma 2, 85 comma 7 e dell'articolo 102, comma 1, lettere e), f) e g) si applicano in via transitoria a decorrere dal periodo di imposta successivo a quello in corso al 31 dicembre 2017 e fino al periodo d'imposta di entrata in vigore delle disposizioni di cui al titolo X secondo quanto indicato al comma 2, alle Organizzazioni non lucrative di utilita' sociale di cui all'articolo 10, del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460 iscritte negli appositi registri, alle organizzazioni di volontariato iscritte nei registri di cui alla legge 11 agosto 1991, n. 266, e alle associazioni di promozione sociale iscritte nei registri nazionali, regionali e delle provincie autonome di Trento e Bolzano previsti dall'articolo 7 della legge 7 dicembre 2000, n. 383.***((1))***

2. Le disposizioni del titolo X, salvo quanto previsto dal comma 1, si applicano agli enti iscritti nel Registro unico nazionale del Terzo settore a decorrere dal periodo di imposta successivo

all'autorizzazione della Commissione europea di cui all'articolo 101, comma 10, e, comunque, non prima del periodo di imposta successivo di operativita' del predetto Registro.*((1))*

3. Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sara' inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addi' 3 luglio 2017

MATTARELLA

Gentiloni Silveri, Presidente del Consiglio dei ministri

Poletti, Ministro del lavoro e delle politiche sociali

Padoan, Ministro dell'economia e delle finanze

Visto, il Guardasigilli: Orlando

AGGIORNAMENTO (1)

Il D.L. 16 ottobre 2017, n. 148, convertito con modificazioni dalla L. 4 dicembre 2017, n. 172, ha disposto (con l'art. 5-sexies, comma 1) che "L'articolo 104 del codice di cui al decreto legislativo 2 agosto 2017, n. 117, si interpreta nel senso che i termini di decorrenza indicati nei commi 1 e 2 valgono anche ai fini dell'applicabilita' delle disposizioni fiscali che prevedono corrispondentemente modifiche o abrogazioni di disposizioni vigenti prima della data di entrata in vigore del medesimo codice di cui al decreto legislativo n. 117 del 2017. Pertanto, le disposizioni di carattere fiscale richiamate dagli articoli 99, comma 3, e 102, comma 1, del medesimo codice di cui al decreto legislativo n. 117 del 2017 continuano a trovare applicazione senza soluzione di continuita' fino al 31 dicembre 2017".

LEGGE REGIONALE 26 novembre 2003, n. 23
Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali nella Regione Calabria (in attuazione della legge n. 328/2000).
(BUR n. 22 dell'1 dicembre 2003, supplemento straordinario n. 4)

(Testo coordinato con le modifiche e le integrazioni di cui alle ll.rr. 5 ottobre 2007, n. 22, 18 luglio 2008, n. 24 e 3 agosto 2018, n. 26)

TITOLO I
Principi

Art. 1
Principi generali e finalità

1. La Regione Calabria, in attuazione dei principi di uguaglianza e solidarietà di cui agli artt. 2, 3 e 38 della Costituzione, del principio di sussidiarietà di cui all'art. 118 della Costituzione e nel rispetto delle Leggi dello Stato, disciplina e riordina gli interventi e il servizio pubblico in materia sociale e assistenziale, assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia.

2. La presente legge promuove la partecipazione attiva dei cittadini, il contributo delle Organizzazioni sindacali, delle Associazioni sociali e di tutela degli utenti per il raggiungimento dei fini istituzionali di cui all'articolo 1, comma 1, della legge 328/2000, assumendo il confronto e la concertazione come metodo di relazione con le suddette Organizzazioni e gli altri soggetti di cui all'art.4, comma 5, della presente legge.

3. La Regione riconosce la centralità delle Comunità locali, intese come sistema di relazioni tra le Istituzioni, le persone, le famiglie, le Organizzazioni sociali, ognuno per le proprie competenze e responsabilità, per promuovere il miglioramento della qualità della vita e delle relazioni tra le persone.

4. La Regione riconosce e sostiene il ruolo peculiare delle famiglie nella formazione e nella cura della persona, nella promozione del benessere e nel perseguimento della coesione sociale. Al fine di migliorare la qualità e l'efficienza degli interventi, gli Enti gestori coinvolgono e responsabilizzano le persone e le famiglie nell'ambito dell'organizzazione dei servizi.

5. La presente legge favorisce la pluralità dell'offerta dei servizi, garantendo al cittadino la scelta, e consentendo, in via sperimentale e su richiesta, la sostituzione di una prestazione economica con un servizio, secondo le modalità previste dall'articolo 27 della presente legge.

6. La Regione e gli Enti locali, nell'ambito delle rispettive competenze, riconoscono e agevolano il ruolo degli Organismi non lucrativi di utilità sociale, degli Organismi della cooperazione, delle Associazioni e degli Enti di promozione sociale, delle Fondazioni e degli Enti di patronato, delle Organizzazioni di volontariato, degli Enti riconosciuti, delle Confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese operanti nel settore della programmazione, nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

7. Alla gestione ed all'offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici nonché, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, Organismi non lucrativi di utilità sociale, Organismi della cooperazione, Organizzazioni di volontariato, Associazioni ed Enti di promozione sociale, Fondazioni, Enti di patronato e altri soggetti privati. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha tra gli scopi anche la promozione della solidarietà sociale, con la valorizzazione delle iniziative delle persone, dei nuclei familiari, delle forme di auto-aiuto e di reciprocità e della solidarietà organizzata.

Art. 2
Oggetto

1. La presente legge disciplina lo svolgimento di tutte le funzioni e i compiti amministrativi relativi alla materia dei servizi sociali nel rispetto dei principi contenuti nel D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 112, che ha conferito alle Regioni e agli Enti locali la generalità delle funzioni e i compiti amministrativi anche nella materia dei servizi sociali, e nella Legge-quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali 8 novembre 2000, n. 328, che ha dettato i principi per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali.

2. Per le funzioni e i compiti amministrativi concernenti la materia dei servizi sociali si intendono le attività relative alla predisposizione e all'erogazione dei servizi gratuiti o a pagamento o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona incontra nel corso della sua vita al fine di concorrere alla realizzazione di un organico sistema integrato di sicurezza sociale volto a garantire il pieno e libero sviluppo della persona e delle comunità, escluse quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia.

Art. 3
Diritto alle prestazioni

1. Hanno diritto ad accedere alle prestazioni e ai servizi del sistema integrato, sulla base della valutazione del bisogno personale e familiare, secondo le norme di cui alla presente legge, indipendentemente dalle condizioni economiche:

a) i cittadini italiani;
b) i cittadini dell'Unione europea, nel rispetto degli accordi internazionali vigenti;
c) gli apolidi e gli stranieri di cui all'articolo 41 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero"; è fatta salva la disciplina di cui all'articolo 18 dello stesso testo unico.

2. I soggetti indicati alle lettere a), b) e c) del comma 1, residenti in Comuni di altre Regioni hanno diritto ad accedere alle prestazioni e ai servizi del sistema integrato di cui alla presente legge sulla base di specifici protocolli stipulati tra la Regione Calabria e le altre Regioni e Province autonome; i protocolli adottati definiscono le condizioni e le modalità per la fruizione delle prestazioni e dei servizi, i criteri per l'identificazione del Comune tenuto all'assistenza, regolando in particolare i rapporti economici tra i soggetti istituzionali competenti; in attesa della definizione dei protocolli di cui al presente comma, i Comuni della Calabria definiscono accordi con i Comuni di residenza dei soggetti che necessitano di assistenza, al fine di definire i rapporti economici.

3. Al di fuori dei casi di cui ai commi 1 e 2 e fatti salvi i compiti e le funzioni dello Stato, gli interventi e le prestazioni si estendono alle persone occasionalmente presenti o temporaneamente dimoranti sul territorio regionale, limitatamente a quelli non differibili.

4. I soggetti di cui al presente articolo hanno diritto di usufruire delle prestazioni e dei servizi del sistema integrato concorrendo al costo delle prestazioni in relazione alle proprie condizioni economiche, secondo quanto disposto dal successivo articolo 33.

5. Il Comune tenuto all'assistenza dei soggetti di cui al comma 1 del presente articolo è identificato facendo riferimento al Comune di residenza, fatti salvi i casi di cui al comma 2, per i quali l'identificazione avviene sulla base dei protocolli ivi previsti. Il Comune tenuto all'assistenza dei soggetti di cui al comma 3 è identificato facendo riferimento al Comune nel cui territorio si è manifestata la necessità di intervento.

6. Per i cittadini per i quali si rende necessario il ricovero stabile presso strutture residenziali e che, al momento del ricovero, necessitano di integrazione economica connessa all'assistenza, il Comune nel quale gli stessi hanno la residenza prima del ricovero, previamente informato dai soggetti gestori delle strutture, assume i relativi obblighi secondo quanto previsto dall'articolo 6, comma 4 della legge n. 328 del 2000.

7. Gli utenti concorrono al costo delle prestazioni sulla base di parametri e criteri fissati dal Decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, come modificato dal Decreto legislativo 3 maggio 2000, n. 130, sui criteri unificati di valutazione della situazione economica dei soggetti che richiedono prestazioni sociali agevolate, secondo le modalità indicate nel Piano Regionale degli interventi e dei servizi sociali.

8. Gli erogatori dei servizi e delle prestazioni sono tenuti ad informare i destinatari degli stessi sulle diverse prestazioni di cui possono usufruire, sui requisiti per l'accesso e sulle modalità di erogazione per effettuare le scelte più appropriate, ai sensi dell'articolo 8, comma 3, della legge 7 agosto 1990, n. 241. A tal fine ciascun Ente erogatore di servizi adotta, in attuazione dell'articolo 13 della Legge 328/2000 e sulla base dello schema generale di riferimento, approvato con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali, d'intesa con i Ministri interessati, una carta dei servizi sociali ed è tenuto a darne adeguata pubblicità agli utenti.

9. Nella carta dei servizi sociali, di cui al comma precedente, sono definiti i criteri per l'accesso ai servizi, le modalità del relativo funzionamento, le condizioni per facilitarne le valutazioni da parte degli utenti e dei soggetti che rappresentano i loro diritti, nonché le procedure per assicurare la tutela delle situazioni giuridiche soggettive e degli aventi diritto ai servizi e alle prestazioni sociali. Al fine di tutelare queste ultime e di rendere immediatamente esigibili i diritti soggettivi riconosciuti, la carta dei servizi sociali, ferma restando la tutela per via giurisdizionale, prevede per gli utenti la possibilità di attivare ricorsi nei confronti dei responsabili preposti alla gestione dei servizi.

10. L'adozione della carta dei servizi sociali da parte degli erogatori delle prestazioni e dei servizi sociali costituisce requisito necessario ai fini dell'accreditamento di cui all'articolo 25.

11. È garantita priorità di intervento nei confronti dei soggetti che si trovino in situazioni di maggiore difficoltà di cui all'art. 2, comma 3 della legge 8 novembre 2000, n. 328. I Comuni, sulla

base dei criteri stabiliti dal Piano nazionale di cui all'art. 18 della legge 8 novembre 2000, n. 328, definiscono i parametri per la valutazione delle condizioni di tali soggetti.

TITOLO II
Sistema integrato

Art. 4
Sistema integrato di interventi e servizi sociali

1. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha carattere di universalità. La Regione e gli Enti locali sono tenuti a realizzare il sistema integrato di interventi e servizi sociali che deve garantire i livelli di prestazioni fissati nella programmazione regionale consentendo il pieno esercizio del diritto soggettivo riconosciuto dalla legge.

2. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali si realizza mediante politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche, e la definizione di percorsi attivi volti ad ottimizzare l'efficacia delle risorse, impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte.

3. Gli interventi e i servizi sociali, così come definiti dall'art. 128 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 e dall'art. 3 septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, sono rivolti alla promozione, alla valorizzazione e alla formazione ed educazione alla socialità di tutti i cittadini, sia come singoli sia nelle diverse aggregazioni sociali e sono inoltre ispirati ai seguenti principi:

a) prevenire, contrastare e rimuovere i fattori che determinano emarginazione e/o disadattamento;
b) privilegiare la realizzazione dei servizi accessibili alla totalità della popolazione;
c) garantire il diritto dei cittadini a non essere separati dalla propria famiglia e allontanati dalla propria comunità locale, attuando concrete forme di deistituzionalizzazione e limitando gli interventi di ricovero ai soli casi in cui ciò si renda necessario;
d) favorire il mantenimento, l'inserimento o il reinserimento dei cittadini disadattati o disabili nella famiglia o nel normale ambiente sociale, scolastico, lavorativo;
e) rispettare le opzioni individuali dei cittadini utenti in rapporto alle risposte socio-assistenziali esistenti;
f) utilizzare le esperienze della società civile nella pluralità delle sue espressioni per il conseguimento delle finalità di cui alla presente legge;
g) promuovere le più ampie forme di partecipazione dei cittadini utenti alla gestione dei servizi.

4. La programmazione e l'organizzazione dei servizi sociali è ispirata ai principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'Amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli Enti locali. A tal fine, la Regione Calabria, riconosce e garantisce, mediante atti di amministrazione e programmazione, la libertà di costituzione delle persone in aggregazioni sociali e l'attività di queste ultime nel sistema dei servizi sociali anche allo scopo di favorirne le possibili forme di collaborazione con gli Enti pubblici e di agevolarne l'assolvimento di funzioni e compiti di rilevanza sociale in applicazione del principio di sussidiarietà di cui al comma 3, lettera a), dell'articolo 4 della legge n. 59/1997.

5. La programmazione, la realizzazione e la verifica degli interventi che costituiscono il sistema integrato dei servizi sociali si attuano attraverso il metodo della concertazione e cooperazione tra diversi soggetti istituzionali e tra questi e le Organizzazioni sindacali e gli altri soggetti di cui dell'art.1, comma 4, della legge 328/2000.

Art. 5
Accesso ai servizi

1. L'accesso ai servizi è organizzato in modo da garantire pari opportunità di fruizione dei servizi e diritto di scelta tra più soggetti gestori, contrastando le disuguaglianze che penalizzano i soggetti più deboli.

2. L'accesso ai servizi è garantito anche mediante il conseguimento dei seguenti obiettivi:

a) unitarietà dell'accesso in ogni ambito territoriale;
b) informazione sistematica ed efficace sull'offerta dei servizi e sui relativi costi;
c) orientamento e accompagnamento, in particolare in favore dei soggetti in condizioni di fragilità, di non autosufficienza o di dipendenza, all'accesso ai servizi;
d) trasparenza nella gestione dei tempi di attesa;
e) osservazione e monitoraggio dei bisogni, delle risorse e delle risposte.

Art. 6
Valutazione del bisogno

1. L'accesso al sistema integrato di interventi e dei servizi sociali è realizzato a partire da una valutazione professionale del bisogno che garantisca risposte appropriate e personalizzate.

2. La valutazione del bisogno è effettuata dall'Ente locale attraverso il servizio sociale professionale. Qualora il bisogno sia socio-sanitario la valutazione verrà effettuata dal servizio sociale territoriale integrato dalle opportune professionalità messe a disposizione dalla ASL a livello distrettuale. La valutazione del bisogno è condizione necessaria per accedere ai servizi a titolo gratuito o con concorso parziale alla spesa da parte dell'utenza, nonché per fruire del titolo per l'acquisto dei servizi, fatto salvo quanto già previsto dall'art 3, commi 4, 5 e 7.

3. La valutazione del bisogno si conclude con la predisposizione di un progetto personalizzato, concordato con la persona e la sua famiglia, dove sono indicati la natura del bisogno, la complessità e l'intensità dell'intervento, la sua durata, nonché i costi sopportati e le responsabilità in ordine alla attuazione e verifica. La Giunta regionale adotta atti di indirizzo al fine di assicurare una omogenea applicazione nel territorio regionale di quanto previsto dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, come modificato dal decreto legislativo 3 maggio 2000, n. 130.

Art. 7
Livelli essenziali delle prestazioni sociali

1. I livelli essenziali delle prestazioni sociali sono definiti nel Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, di cui al successivo articolo 18, che li caratterizza in termini di sistema di prestazioni e servizi sociali, idonei a garantire cittadinanza sociale e qualità di vita alle persone e alle famiglie, nonché pari opportunità e tutela ai soggetti più deboli.

2. Gli interventi e i servizi sociali, rientranti nel sistema integrato di interventi e servizi sociali, che sul territorio regionale costituiscono il livello essenziale delle prestazioni erogabili sotto forma di beni e servizi secondo le caratteristiche e i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale, anche in collaborazione con quelli di competenza del Servizio sanitario, della Scuola e di altre Agenzie pubbliche e private sono in via prioritaria:

a) le misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito familiare e servizi di accompagnamento, con particolare riferimento alle persone senza fissa dimora;
b) le misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti, o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana;
c) le misure di sostegno alle responsabilità familiari;
d) le misure per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;
e) le misure di sostegno alla donna in difficoltà per assicurare i benefici disposti dal regio decreto-legge 8 agosto 1927, n. 798, convertito dalla legge 6 dicembre 1928, n. 2838, e dalla legge 10 dicembre 1925, n. 2277, e loro successive modificazioni, integrazioni e norme attuative;
f) gli interventi per la piena integrazione delle persone disabili; realizzazione, per i soggetti di cui all'art. 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, dei Centri socio-riabilitativi e delle comunità-alloggio di cui all'art. 10 della citata legge n. 104 del 1992, e dei servizi di comunità di accoglienza per quelli privi di sostegno familiare, nonché erogazione delle prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie;
g) gli interventi per le persone anziane e disabili per favorirne la permanenza a domicilio, attivando in ogni Distretto sanitario l'ADI, secondo quanto stabilito dal DPCM 14.02.2001 e dal DPCM 29.11.2001 (LEA), per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio, *imputando la corretta partecipazione delle quote ai diversi soggetti (Fondo Sanitario Regionale e Fondo Sociale nella quale trova capienza la partecipazione dell'ospite), operando la necessaria distinzione tra costi totalmente sanitari (riferibili all'assistenza sanitaria propriamente detta ed alle funzioni assistenziali), costi totalmente non sanitari (riferibili a funzioni alberghiere e tutelari), e costi non riconducibili integralmente ad una delle due categorie precedenti (costi edilizi, di amministrazione e direzione, di animazione, socializzazione) [secondo i principi ed i criteri esplicitati nel DPCM 14.2.2001, nel DPCM 29.11.2001 e nelle Linee-Guida Ministeriali n. 1/2004], come da schema seguente:*

RSA MEDICALIZZATA PER ANZIANI
100% Fondo Sanitario Regionale
RSA PER ANZIANI
70% Fondo Sanitario Regionale
30% Fondo Sociale (con partecipazione ospite)
RSA PER DISABILI
70% Fondo Sanitario Regionale
30% Fondo Sociale (con partecipazione ospite)
CASA PROTETTA PER ANZIANI
50% Fondo Sanitario Regionale
50% Fondo Sociale (con partecipazione ospite)
CASA PROTETTA PER DISABILI
40% Fondo Sanitario Regionale
60% Fondo Sociale

RIABILITAZIONE A CICLO DIURNO COMPRESI
70% Fondo Sanitario Regionale
30% Fondo Sociale (con partecipazione ospite)
RIABILITAZIONE RESIDENZIALE
100% Fondo Sanitario Regionale (con partecipazione ospite)
PRESTAZIONI TERAPEUTICHE E SOCIO RIABILITATIVE RESIDENZIALI
- Per Disabili Gravi
70% Fondo Sanitario Regionale
30% Fondo Sociale (con partecipazione ospite)
- Per Disabili privi di sostegno familiare
40% Fondo Sanitario Regionale
60% Fondo Sociale (con partecipazione ospite);

h) le prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare le dipendenze da droghe, alcool e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale e lavorativo;
i) l'informazione e la consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione di servizi e per promuovere iniziative di auto-mutuo aiuto;
j) interventi di sostegno per i minori in situazione di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza;
k) servizi di mediazione per l'inserimento lavorativo di persone e fasce socialmente fragili e vulnerabili;
l) iniziative "di strada" per favorire l'accesso ai servizi di persone in particolari situazioni di disagio;
m) attività di prevenzione sociale con soggetti a rischio di coinvolgimento in gruppi criminali o in situazioni di degrado;
n) iniziative di promozione sociale di gruppi sociali, quartieri e comunità locali;
o) progetti sociali connessi con l'economia civile e le imprese sociali;
p) progetti personalizzati finalizzati al recupero e all'inserimento sociale e lavorativo di soggetti in situazione di handicap.

Art. 8
Il sistema dei servizi

1. La Regione disciplina il sistema integrato di interventi e servizi sociali per le persone e le famiglie in modo che i servizi siano equamente distribuiti nel territorio e possano garantire i livelli essenziali di prestazioni sociali in ogni ambito territoriale.

2. I servizi alla persona sono caratterizzati per funzioni di prevenzione, cura, riabilitazione, contrasto dell'esclusione sociale e capacità di pronto intervento a fronte di emergenze personali, familiari e sociali.

3. Le tipologie di servizi per le persone e le famiglie si connotano fra l'altro in termini di:

a) segretariato sociale;
b) sostegno economico;
c) accoglienza familiare e comunità famiglie;
d) affido familiare;

e) aiuto familiare;
f) telesoccorso;
g) aiuto domiciliare;
h) centri diurni;
i) servizi semi residenziali;
l) centri educativi e occupazionali;
m) servizi di animazione e aggregazione sociale;
n) servizi di promozione culturale e per il tempo libero;
o) servizi di accoglienza residenziale e semiresidenziali;
p) alloggi assistiti;
q) comunità alloggio;
r) altri servizi residenziali previsti dalla programmazione regionale;
s) altri servizi di aiuto alla persona;
t) servizi per l'inclusione sociale e contrasto alla povertà.

4. La Regione promuove sperimentazioni finalizzate allo sviluppo di nuove risposte ai bisogni nelle aree della domiciliarità, della solidarietà tra famiglie, degli interventi diurni e residenziali, dell'accompagnamento delle persone in difficoltà, degli interventi di comunità.

5. Le tipologie di servizio di cui al comma 3 sono definite dalla Giunta regionale con apposito regolamento anche al fine del loro accreditamento, sentita la competente Commissione Consiliare.

TITOLO III
I soggetti del sistema integrato di interventi e servizi sociali

Art. 9
Competenze

1. La Regione programma, coordina e indirizza gli interventi sociali, ne verifica l'attuazione e disciplina l'integrazione degli interventi con particolare riferimento all'attività sociosanitaria. La programmazione è effettuata sulla base dei Piani di Zona prodotti dagli ambiti territoriali, di cui al successivo articolo 17, che coincidono con i distretti sanitari già operanti per le prestazioni sanitarie e dove, in ciascuno di essi, dovranno essere istituite le unità operative servizi sociali che afferiscono al Dipartimento Area Servizi Sociali, delle rispettive Aziende Sanitarie Territoriali. In ciascun ambito gli Enti locali devono comunque assicurare le prestazioni di cui all'art. 22 comma 4, della legge 328/2000. A tale fine la Regione, di concerto con gli Enti locali, determina gli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale integrato degli interventi dei servizi sociali a rete. La Regione programma gli interventi sociali ricorrendo a strumenti e procedure di programmazione in raccordo con gli Enti locali, attraverso la Conferenza Regionale permanente di programmazione socio-sanitaria e socio-assistenziale, anche al fine di sollecitare e favorire l'esercizio associato o consorziato delle funzioni sociali. La Regione, congiuntamente alla rappresentanza degli Enti Locali, provvede alle concertazioni con le Organizzazioni del Terzo settore, dei cittadini, dei sindacati e degli imprenditori.

2. I Comuni e gli Enti locali programmano, progettano e realizzano il sistema locale dei servizi sociali a rete, attraverso la concertazione delle risorse umane e finanziarie locali, coinvolgendo nella realizzazione concertata i soggetti previsti dall'articolo1, comma 2, della presente legge.

3. I Comuni progettano e realizzano la rete o il sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali ed erogano i servizi e le prestazioni sociali, in aderenza con la programmazione socio-sanitaria, come prevista dal Piano Sanitario regionale, a tutti i soggetti in bisogno, con particolare riferimento a quelli inseriti nei Progetti Obiettivo sanitari e sociali.

4. I Comuni e le Province, nel quadro delle rispettive competenze, svolgono le funzioni e i compiti relativi alla promozione, sostegno, sviluppo ed al coordinamento operativo dei soggetti e delle strutture che agiscono nell'ambito dei servizi sociali di cui all'art. 1 comma 5 Legge 328/2000.

Art. 10
Integrazione socio sanitaria

1. La Regione, in misura prioritaria, favorisce l'integrazione tra il sistema sanitario e quello sociale, nel rispetto delle indicazioni contenute nel D.lgs. 229/99, e più specificatamente contenuti nel Piano sanitario regionale e nel Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali.

2.Tale integrazione viene garantita attraverso l'applicazione dei livelli di assistenza socio sanitari più precisamente definiti nelle prestazioni, nelle fonti normative e nei relativi oneri finanziari, come dall'allegata tabella "A".

Art. 11
Funzioni della Regione

1. Nell'ambito delle proprie funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento, sono di competenza della Regione le seguenti funzioni amministrative:

a) l'adozione del Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali provvedendo, in particolare, all'integrazione sociosanitaria e al coordinamento con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro;

b) la raccolta e l'elaborazione dei dati sui bisogni, sulle risorse e sull'offerta dei servizi socio-assistenziali, realizzando l'osservatorio regionale dei servizi sociali e delle condizioni di povertà e del disagio sociale, organizzato a livello provinciale ed in raccordo con il livello nazionale, provinciale e locale, attraverso l'utilizzo di una scheda tipo con indicatori omogenei per la valutazione dello stato sociale uniforme per tutto il territorio regionale;

c) la definizione, di concerto con gli Enti locali interessati, degli ambiti territoriali ottimali per la gestione dei servizi, nonché gli strumenti e le modalità di intervento per la creazione dei sistemi locali dei servizi sociali;
d) la definizione, sulla base dei requisiti minimi definiti dallo Stato, dei criteri per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture e dei servizi sociali a gestione pubblica, ONLUS e del Terzo settore e/o privata;

e) l'istituzione, sulla base di indicatori di qualità, del registro dei soggetti autorizzati all'erogazione di interventi e servizi sociali;

f) la definizione dei requisiti di qualità per gli interventi e le prestazioni sociali;

g) la definizione, sulla base delle indicazioni fornite a livello nazionale, dei criteri per la concessione dei titoli da parte dei Comuni per l'acquisto dei servizi sociali e per la determinazione del concorso degli utenti al costo delle prestazioni;

h) la promozione e il coordinamento di azioni di assistenza tecnica per la istituzione e la gestione degli interventi da parte degli Enti locali, nonché per gli Enti gestori dei servizi sociali, predisponendo metodi e strumenti di controllo di gestione atti a valutare l'efficacia e l'efficienza dei servizi;

i) la gestione di finanziamenti previsti da specifiche leggi regionali di promozione in materia di servizi sociali, fatta salva quella oggetto di specifico trasferimento o delega;

j) la promozione e la sperimentazione di modelli innovativi di servizi in grado di coordinare le risorse umane e finanziarie presenti a livello locale e di collegarsi alle esperienze effettuate a livello europeo;

k) la programmazione, l'indirizzo e il coordinamento delle attività formative per il personale dei servizi sociali, nonché la vigilanza e il controllo sullo svolgimento di tali attività;

l) la definizione degli standard formativi degli operatori dei servizi sociali, nell'ambito dei requisiti generali definiti dallo Stato, nonché la predisposizione ed il finanziamento dei piani per la formazione e l'aggiornamento del personale addetto alle attività sociali;

m) la definizione dei criteri per la determinazione delle tariffe che i Comuni corrispondono ai soggetti accreditati;

n) la concessione, in regime di convenzione con l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS), ai sensi della Legge Regionale n° 20 del 19 ottobre 2001;

o) l'esercizio dei poteri sostitutivi nei confronti degli Enti locali inadempienti rispetto a quanto stabilito dagli articoli 6, comma 2, lettere a), b) e c), e 19 della Legge 328/2000;

p) Istituzione, tenuta e pubblicazione del registro regionale dei soggetti autorizzati all'esercizio delle attività disciplinate dalla presente legge;

2. La Regione, altresì:

a) provvede alla concertazione dei soggetti e degli Organismi che operano nel Terzo Settore, dei cittadini, dei sindacati e delle Associazioni sociali, nonché delle IPAB.

b) prevede incentivi a favore degli Enti locali che si associano, secondo le forme previste dalla normativa vigente, per l'espletamento dell'esercizio associato delle funzioni sociali negli ambiti territoriali coincidenti con i distretti sanitari già operanti per le prestazioni sanitarie. A tal fine viene prevista una quota del Piano regionale

c) provvede alla ripartizione dei finanziamenti assegnati dallo Stato per obiettivi ed interventi di settore nonché, in forma sussidiaria, a cofinanziare interventi e servizi sociali derivanti dai provvedimenti regionali di trasferimento e delega agli Enti locali di funzioni amministrative.

d) adotta, al fine di favorire la pluralità di offerta di servizi, sulla base dell'atto di indirizzo e coordinamento del Governo, specifici indirizzi per regolamentare i rapporti tra Enti locali e

Terzo settore, privilegiando il sistema dell'appalto concorso per consentire allo stesso di esprimere la propria progettualità;

e) disciplina sulla base dei principi della legge-quadro sull'assistenza sociale e di atti di indirizzo, le modalità per valorizzare l'apporto del volontariato;

f) disciplina le procedure amministrative, le modalità per la presentazione dei reclami da parte degli utenti e l'eventuale istituzione di uffici di tutela degli utenti;

g) promuove e realizza attività di studio e ricerca a sostegno delle attività previste al comma 1, in particolare per la predisposizione del Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, di cui all'articolo 18, e per l'avvio e l'attuazione della riforma, di cui alla presente legge.

3. Nell'ambito degli indirizzi definiti dal Piano nazionale, la Regione disciplina le modalità per il rilascio, da parte dei Comuni, dell'autorizzazione all'erogazione di servizi sperimentali e innovativi per un periodo massimo di tre anni, in deroga ai requisiti richiesti per l'accreditamento, e definisce strumenti per la verifica dei risultati.

Art. 12
Funzioni delle Province

1. Le Province concorrono alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali per i seguenti compiti, in concordanza con quanto previsto dal D.Lgs. 18 agosto 2000 n. 267, dall'articolo 132 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, e dalla legge 8 novembre 2000, n. 328:

a) raccolta dei dati, elaborazione di conoscenze quantitative e qualitative sui bisogni sociali, anche su suggerimento e sollecitazione dei Comuni, in vista della programmazione e dell'attuazione del sistema integrato dei servizi sociali;

b) analisi dell'offerta assistenziale in ambito provinciale fornendo, su richiesta dei Comuni e degli Enti locali interessati, il supporto necessario per il coordinamento degli interventi territoriali;

c) promozione, d'intesa con i Comuni, di iniziative di formazione, con particolare riguardo alla formazione professionale di base e all'aggiornamento, partecipazione alla definizione e alla attuazione dei Piani di Zona, in collaborazione con i Comuni e gli altri soggetti interessati alla programmazione del Piano medesimo.

Art. 13
Funzioni dei Comuni

1. I Comuni sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale e concorrono alla programmazione regionale. Tali funzioni sono esercitate adottando sul piano territoriale gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa e al rapporto con i cittadini, secondo le modalità stabilite dal D.Lgs. 18 agosto 2000 n. 267.

2. Ai Comuni, oltre ai compiti già trasferiti a norma del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, e alle funzioni attribuite ai sensi dell'articolo 132, comma 1, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 e L.R. n. 34/2002, attuativa del decreto legislativo 31 marzo 1998

n. 112, spettano, nell'ambito delle risorse disponibili, secondo la disciplina adottata dalla Regione, in forma singola, associata o consorziata mediante gestione diretta o delegata, l'esercizio delle seguenti attività:

a) programmazione, progettazione, realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, indicazione delle priorità e dei settori di innovazione attraverso la concertazione delle risorse umane e finanziarie locali, con il coinvolgimento degli Enti e delle Organizzazioni di cui all'art. 1, comma 2 della presente legge;

b) erogazione dei servizi, delle prestazioni economiche, nei limiti di cui all'art. 6, comma 2, lettera b, della L. 328/2000, e dei titoli per l'acquisto di servizi sociali, nonché delle attività assistenziali già di competenza delle Province, ai sensi dell'art. 8, comma 5, legge 328/2000, con le modalità stabilite dalla presente legge regionale;

c) autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale e delle Comunità di tipo famigliare con sede nelle civili abitazioni a gestione pubblica o degli enti di cui all'art. 1, comma 5, della legge 328/2000 ed ai sensi degli articoli 24 e 25 della presente legge;

d) istituzione di uno sportello unico dei servizi sociali presso i Comuni singoli o associati, anche con personale di cui al successivo art. 37, che abbia funzione di segretariato sociale.

e) partecipazione al procedimento per l'individuazione degli ambiti territoriali;

f) definizione dei parametri di valutazione delle condizioni per l'accesso prioritario alle prestazioni e ai servizi di cui all'art.2, comma 3, della legge 328/2000.

3. Nell'esercizio delle proprie funzioni i Comuni provvedono a:

a) promuovere, nell'ambito del sistema locale del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali, risorse delle collettività locali tramite forme innovative di collaborazione per lo sviluppo di interventi di auto-aiuto e per favorire la reciprocità tra cittadini nell'ambito della vita comunitaria;

b) coordinare programmi e attività degli Enti che operano nell'ambito territoriale di competenza, secondo le modalità fissate dalla Regione, tramite collegamenti operativi tra i servizi che realizzano attività volte all'integrazione sociale ed intese con le Aziende Sanitarie per le attività socio-sanitarie e per i Piani di Zona;

c) adottare strumenti per la semplificazione amministrativa e per il controllo di gestione atti a valutare l'efficienza, l'efficacia e i risultati delle prestazioni*;*

d) effettuare forme di concertazione dei soggetti pubblici e di quelli di cui all'art.11, comma 2.

e) garantire ai cittadini i diritti di partecipazione al controllo di qualità dei servizi, secondo le modalità previste dagli Statuti comunali;

f) elaborare ed adottare, mediante accordo di programma, i Piani di Zona relativi agli ambiti territoriali ottimali individuati in sede di programmazione regionale, al fine di garantire l'integrazione del sistema dei servizi sociali con la collaborazione di tutti i soggetti, pubblici e

di quelli previsti dall'art. 1, comma 5, della legge 328/2000 che possano concorrere alla gestione e allo sviluppo;

g) adottare la carta dei servizi di cui all'articolo 13 della Legge 328/2000 e garantire ai cittadini il diritto di partecipare alla verifica della qualità dei servizi.

Art. 14

Funzioni del terzo settore

1. Ai fini della presente legge, si considerano soggetti del Terzo settore gli Organismi non lucrativi di utilità sociale, gli Organismi della cooperazione, le Cooperative sociali, le Organizzazioni di volontariato, le Associazioni e gli Enti di promozione sociale, le Fondazioni, gli Enti di patronato ed altri soggetti privati non a scopo di lucro.

2. La Regione Calabria riconosce e promuove il ruolo del Terzo settore nella programmazione, progettazione e realizzazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali. A tal fine, per favorire l'attuazione del principio di sussidiarietà, la Regione e gli Enti locali, nell'ambito delle risorse disponibili in base al piano regionale ed ai piani di zona, promuovono azioni per il sostegno e la qualificazione dei soggetti operanti nel Terzo settore anche attraverso politiche formative ed interventi per l'accesso agevolato al credito ed ai fondi dell'Unione europea.

3. La Regione Calabria, in attuazione dell'art. 5 della legge 328/2000 ed alla luce del DPCM recante "Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona previsti dall'art. 5 della legge 328/2000", provvederà, entro 120 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, con specifico atto di indirizzo e nei modi previsti dall'articolo 8, comma 2, legge 328/2000, a definire le modalità per:

a) promuovere il miglioramento della qualità dei servizi e degli interventi definendo altresì requisiti specifici di qualità;

b) favorire la pluralità di servizi e delle prestazioni, nel rispetto dei principi di trasparenza e semplificazione amministrativa;

c) favorire l'utilizzo di forme di aggiudicazione o negoziali che consentano la piena espressione della capacità progettuale ed organizzativa dei soggetti del Terzo settore;

d) favorire forme di coprogettazione 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;

e) definire adeguati processi di consultazione con i soggetti del terzo settore e con i loro organismi più rappresentativi riconosciuti a livello nazionale come parte sociale.

4. Con l'atto di indirizzo di cui al comma 2 del presente articolo, la Regione Calabria disciplinerà, altresì, le modalità per l'acquisto da parte dei Comuni dei servizi ed interventi organizzati dai soggetti del terzo settore definendo in particolare:

a) le modalità per garantire una adeguata pubblicità del presumibile fabbisogno di servizi in un determinato arco temporale;

b) le modalità per l'istituzione dell'elenco dei fornitori di servizi autorizzati ai sensi dell'articolo 11 della legge 328/2000, che si dichiarano disponibili ad offrire servizi richiesti secondo tariffe e caratteristiche qualitative concordate;

5. I Comuni, ai fini della preselezione dei soggetti presso cui acquistare o ai quali affidare l'erogazione dei servizi sociali, fermo restando l'articolo 11 della Legge 328/2000 e procedendo all'aggiudicazione dei servizi secondo il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa ed in nessun caso adottando il criterio del massimo ribasso, dovranno tenere conto dei seguenti elementi:

a) dell'esperienza maturata nei settori e nei servizi di riferimento;
b) della formazione, della qualificazione e dell'esperienza professionale degli operatori coinvolti;
c) delle modalità adottate per il "turn over" degli operatori;
d) degli strumenti di qualificazione organizzativa del lavoro;
e) della conoscenza degli specifici problemi sociali del territorio e delle risorse sociali della comunità;
f) del rispetto dei trattamenti economici previsti dalla contrattazione collettiva e delle norme in materia di previdenza e assistenza.

6. Con l'atto di indirizzo di cui al comma 2 del presente articolo, la Regione Calabria disciplinerà, altresì, le modalità per valorizzare l'apporto del volontariato nell'erogazione dei servizi sociali.

7. Per l'aggiudicazione si rinvia ai criteri di cui al D.lgs 17.03.1995 n° 157 e Legge 28.12.2001 n° 448, in quanto applicabili. Con delibera di Giunta Regionale saranno indicati i parametri di valutazione di cui al precedente comma 5.

Art. 15

Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB)

1. La Regione Calabria considera la riforma delle IPAB parte essenziale del programma strategico di un nuovo impianto di welfare che si fondi su una rete effettiva di servizi alla persona. In questo percorso le IPAB hanno un ruolo di soggetto attivo nella realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

2. La Regione Calabria, ai sensi dell'articolo 10, comma 3, della legge n. 328/2000, provvederà entro 180 giorni dall'approvazione della presente legge, ed in ogni caso prima della approvazione del Piano Regionale degli interventi e servizi sociali, di cui al successivo art. 18, ad adeguare la legislazione regionale relativa ai soggetti di cui al precedente comma 1, al decreto legislativo n. 207 del 4/5/2001.

3. Con il provvedimento di cui al comma 2, saranno, altresì, definite:

a) inserimento delle Aziende pubbliche di servizi alla persona nel sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui alla presente legge e partecipazione delle stesse alla programmazione, secondo quanto previsto negli strumenti di programmazione regionale e locale;

b) valorizzazione dei patrimoni delle Aziende pubbliche di servizi alla persona, individuando strumenti che ne garantiscano la redditività finalizzata alla realizzazione degli interventi assistenziali;

c) previsione di procedure semplificate per favorire ed incentivare gli accorpamenti e le fusioni, al fine della riorganizzazione del settore;

d) previsione di procedure per lo scioglimento delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza inattive

e) le risorse regionali disponibili per potenziare gli interventi e le iniziative delle Istituzioni nell'ambito della rete dei servizi.

4. In via transitoria e fino alla legge di riordino di cui al comma 2 del presente articolo, alle IPAB presenti sul territorio della Regione Calabria continueranno ad applicarsi le disposizioni attualmente vigenti, in quanto non contrastanti con i principi della Legge 328/2000 e del Decreto legislativo n. 207 del 4/5/2001.

TITOLO IV
Programmazione

Art. 16
Programmazione dei servizi sociali

1. Ferme restando le funzioni che attengono ad esigenze di carattere unitario, nel rispetto del principio di sussidiarietà di cui all'articolo 4 della legge n. 59/1997, ed ispirandosi alle disposizioni previste nel "Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2001-2003", di attuazione dell'articolo 18 della legge n. 328/2000, la Regione Calabria adotta il metodo della programmazione degli interventi e delle risorse, della operatività per progetti, della verifica sistematica dei risultati in termini di qualità ed efficacia delle prestazioni, nonché della valutazione di impatto di genere. La Regione e gli Enti locali provvedono alla programmazione degli interventi e delle risorse secondo i seguenti principi:

a) coordinamento ed integrazione con gli interventi sanitari e dell'istruzione, nonché con le politiche attive di formazione, di avviamento e di reinserimento al lavoro;

b) concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali, tra questi e i soggetti del Terzo settore che partecipano con proprie risorse alla realizzazione della rete, le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale, così come previsto nel comma 5 dell'art. 1 della legge n. 328/2000.
Alla gestione e alla offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici coadiuvati nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi dalle Organizzazioni previsti all'art.1, comma 5, della 328/2000.

2. Nel Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, anche ai sensi del decreto legislativo n. 267/2000, saranno indicati i principi della cooperazione di Comuni e Province tra loro, e tra questi ultimi e la Regione Calabria; gli obiettivi generali della programmazione; le forme e i modi di partecipazione alla formazione dei piani e programmi regionali, e saranno fissati i criteri e le procedure per gli atti e gli strumenti per la programmazione dei Comuni e le funzioni delle Province rilevanti ai fini dei programmi regionali.

3. I Comuni svolgono i propri compiti di progettazione, realizzazione e gestione degli interventi e dei servizi sociali in recepimento del principio di sussidiarietà e in armonia con la programmazione

regionale, promuovono la partecipazione delle Province nella definizione ed attuazione dei Piani di zona e delle ASL con l'obiettivo di perseguire l'integrazione sociosanitaria nel territorio.

4. I Comuni, in base alla programmazione regionale al fine di predisporre un efficace ed efficiente Piano di Zona, nonché per soddisfare le loro esigenze territoriali e per rispondere alle esigenze di omogeneità di erogazione dei servizi e per contenere la frammentazione degli stessi utilizzano l'ambito territoriale istituito nel precedente art. 9. L'individuazione insiste nel territorio di competenza di ciascuna ASL in coincidenza con i relativi Distretti sanitari che, di conseguenza, sono Distretti socio-sanitari e socio-assistenziali, strumenti della programmazione e garanzia di erogazione dei servizi individuati per i cittadini.
Laddove sussistano specifiche esigenze territoriali o emergenze sociali, la Conferenza dei sindaci, in armonia con l'articolazione in distretti delle ASL, individua con riferimento al Piano di Zona, particolari modalità di attuazione degli interventi e dei servizi sociali e di erogazione delle relative prestazioni.

5. Il Piano di Zona di cui all'articolo 19 della legge n. 328/2000 e al successivo art. 20 della presente legge, è lo strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione sociosanitaria.

6. Le forme associative e di cooperazione di cui al decreto legislativo n. 267/2000 sono utilizzate dai soggetti interessati in armonia con la programmazione dei Piani di Zona, al fine di conseguire un uniforme livello qualitativo dei servizi sociali e di integrazione sociosanitaria e di realizzare un miglior coordinamento degli interventi nel territorio.

7. Nella formulazione degli atti di programmazione regionale dei servizi sociali, ai sensi del decreto legislativo 12 febbraio 1993, n. 39 "Norme in materia di sistemi informativi automatizzati delle Amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 2, comma 1, lettera m) della legge 23 ottobre 1992, n. 421", nonché ai sensi dell'articolo 21 della legge 328/2000 assume rilevanza strategica l'organizzazione e la realizzazione del sistema informativo regionale mediante la gestione informatica dei dati che consenta l'approfondita analisi delle esigenze sociali, la conoscenza delle risorse disponibili e l'equa distribuzione delle medesime, nonché la valutazione dei risultati in termini di rendimento e di verifica dei benefici.

8. Per la finalità di cui al comma 7, la Giunta regionale con successivo atto di indirizzo, formulerà anche in base ai risultati ed alle indicazioni nazionali, proposte in ordine ai contenuti, al modello ed agli strumenti attraverso i quali dare attuazione ai diversi livelli operativi dell'istituendo sistema informativo dei servizi sociali, da parte della Regione, delle Province e dei Comuni.

Art. 17
Ambiti territoriali ed esercizio associato

1. Gli ambiti territoriali di cui all'art. 8, comma 3, lettera "a" L. 328/2000, coincidono con i distretti sanitari.

2. I Comuni esercitano le funzioni di cui all'art. 13 in forma associata negli ambiti territoriali di cui al comma 1 ed in ottemperanza di quanto previsto dalla organizzazione istituzionale del Piano sanitario e di quello sociale.

3. I Comuni individuano autonomamente i soggetti, le forme e le metodologie di esercizio associato, ai sensi dell'art. 33 del "Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti locali" di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267.

4. Decorso inutilmente il termine di 90 giorni la Regione esercita il potere sostitutivo nei confronti dei Comuni inadempienti.

Art. 18

Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali

1. La Regione, determina le linee della programmazione nella materia disciplinata dalla presente legge adottando un apposito Piano.

2. Il Piano regionale adottato dalla Giunta d'intesa con i Comuni, realizzato in concertazione con i Comuni, con gli Enti e le Associazioni regionali del Terzo settore, delle Associazioni di rilievo regionali che operano nel settore dei servizi sociali, delle Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale e delle Associazioni di tutela degli utenti, viene approvato dal Consiglio Regionale, nel rispetto del Piano Nazionale triennale degli interventi e dei servizi sociali, riportando le seguenti indicazioni:

a) gli obiettivi, le priorità e i criteri per la realizzazione degli interventi e dei servizi sociali che prevedono impegni economici, nonché le modalità per il loro coordinamento e la loro integrazione con quelli sanitari, anche tramite specifici progetti-obiettivo, dovranno avere come presupposto il numero degli assistiti;
b) le attività socio-educative, di formazione al lavoro e socio-economiche che interagiscono con le attività socio-assistenziali.
c) le caratteristiche ed il fabbisogno da garantire dei servizi e degli interventi compresi nei livelli essenziali di cui all'articolo 7;
d) i criteri per l'incentivazione dei programmi per la realizzazione degli obiettivi di promozione sociale;
e) i criteri di cui all'articolo 3, comma 5;
f) i criteri e le procedure di cui all'articolo 27, comma 2;
g) le modalità per il raccordo tra la pianificazione regionale e quella zonale, definendo in particolare linee di indirizzo e strumenti per la pianificazione di zona;
h) le modalità per il concorso dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 2, alla definizione dei Piani di zona di cui all'articolo 20 e gli indirizzi per assicurare la partecipazione dei cittadini e degli utenti al controllo della qualità dei servizi;
i) gli obiettivi e le priorità per la concessione di contributi alle organizzazioni del Terzo Settore;
j) i criteri generali per la disciplina del concorso al costo dei servizi sociali da parte degli utenti, tenuto conto dei principi stabiliti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n° 109 e successive modificazioni.

3. Al fine di dare piena efficacia alle azioni e agli interventi di cui ai commi precedenti, il Piano regionale indica altresì gli ambiti di formazione e riqualificazione degli operatori sociali e socio-sanitari che concorrono alla definizione degli indirizzi programmatici e del piano poliennale.

4. Il piano è redatto ogni 3 anni e costituisce lo strumento di riferimento per la stesura dei Piani di Zona; Lo schema è pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione ed è inviato a tutti i Comuni,

alle Province, ai soggetti di cui all'art.1, comma 5, della legge 328/2000 operanti nella Regione, i quali possono proporre, entro un mese, osservazioni e proposte.
Il Consiglio Regionale, adotta il piano entro 120 giorni dall'approvazione della presente legge e lo approva definitivamente entro sessanta giorni dalla scadenza del termine per la presentazione di osservazioni e proposte.

5. Il Piano regionale conserva la sua efficacia dopo la scadenza fino all'approvazione di quello successivo.

Art. 19
Sistema informativo dei servizi sociali

1. La Regione, le Province e i Comuni, istituiscono il Sistema informativo dei servizi sociali, come previsto dall'articolo 21 della legge 8 novembre 2000, n. 328, al fine di assicurare una compiuta conoscenza dei bisogni sociali e del sistema integrato. Il Sistema informativo fornisce tempestivamente alla Regione e agli Enti locali i dati e le informazioni necessari alla programmazione, alla gestione e alla valutazione delle politiche sociali, per la promozione e l'attivazione di progetti europei, per il coordinamento con le strutture sanitarie, formative, con le politiche del lavoro e dell'occupazione.

2. Il Sistema informativo è attuato sulla base delle proposte in ordine ai contenuti, al modello ed agli strumenti, attraverso i quali dare attuazione ai diversi livelli operativi del sistema informativo, formulate dalla Commissione tecnica di cui all'articolo 21 della legge 8 novembre 2001, n. 328.

3. I soggetti di cui al titolo III della presente legge devono fornire al Sistema informativo dei servizi sociali i dati richiesti, secondo le modalità stabilite dalla Giunta regionale.

4. Le Province curano e coordinano la rilevazione dei dati e li trasmettono alla Regione secondo modalità stabilite dalla Giunta regionale.

5. Nell'ambito del Piano regionale e dei Piani di zona sono definite le risorse destinate alla realizzazione del sistema informativo dei servizi sociali, entro i limiti di spesa stabiliti in tali piani.

Art. 20
Piani di zona

1. I Piani di Zona di cui all'art. 19 della Legge 328/2000, sono strumenti finalizzati a:

a) favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando le risorse locali di solidarietà e di auto-aiuto, nonché a responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi;

b) qualificare la spesa, attivando risorse di chi partecipa al sistema;
c) definire criteri di ripartizione della spesa stessa a carico di ciascun Comune, delle ASL e degli altri soggetti compresi nel sistema;

d) prevedere iniziative di formazione e aggiornamento degli operatori per lo sviluppo dei servizi.

2. I Comuni associati, negli ambiti territoriali ottimali definiti dalla Regione, d'intesa con le aziende sanitarie, provvedono, nell'ambito delle risorse disponibili, secondo le indicazioni del piano regionale, a definire il Piano di Zona, che individua:

a) gli obiettivi strategici e le priorità di intervento, nonché gli strumenti e i mezzi per la realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete;
b) le modalità organizzative, le risorse, i requisiti di qualità;
c) le forme di rilevazione dei dati che dovranno confluire nel sistema informativo dei servizi sociali;
d) le modalità per garantire l'integrazione tra servizi e prestazioni;
e) le modalità per realizzare il coordinamento con altre Amministrazioni, con particolare riferimento all'Amministrazione penitenziaria e della giustizia;
f) le modalità di collaborazione dei servizi territoriali con i soggetti che operano nell'ambito della solidarietà sociale e con la comunità;
g) forme di concertazione con le ASL e il Terzo settore, che, coinvolto nella programmazione, progettazione e realizzazione del sistema locale dei servizi sociali, concorre a pieno titolo, anche con proprie risorse, alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

3. I Piani di Zona vengono adottati mediante accordo di programma al quale partecipano i soggetti pubblici di cui al comma 2 del presente articolo, nonché i soggetti di cui all'art. 1, comma 4 e all'art. 10 della L. 328/2000, che, attraverso l'accreditamento o specifiche forme di concertazione, concorrono anche con proprie risorse alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali previsti nei piani.

4. Le Province partecipano alla definizione ed attuazione dei Piani di zona, assicurano il necessario supporto informativo e tecnico, anche avvalendosi degli strumenti del Sistema informativo dei servizi sociali.

5. La Giunta regionale, individua le procedure e fissa i termini per la presentazione agli uffici regionali del Piano di Zona da parte della Conferenza dei Sindaci ed in caso di mancata elaborazione, approvazione e presentazione nei termini stabiliti, trascorsi inutilmente i predetti termini interviene nominando in via sostitutiva un commissario ad acta per la realizzazione di tali adempimenti.

6. La Giunta regionale individua strumenti, modalità e procedure per accertare, con riferimento al Piano di Zona, il conseguimento degli obiettivi e il connesso utilizzo delle risorse.

7. Nell'ipotesi di intervento sostitutivo di cui al comma 4, le quote del fondo sociale regionale non attribuite per la mancata elaborazione del Piano di Zona, sono assegnate ai soggetti istituzionali in conformità alle iniziative contenute nel Piano di Zona approvato in via sostitutiva.

8. Il Dipartimento competente per le Politiche Sociali dovrà, entro trenta giorni dalla ricezione, approvare i piani di zona. La Regione, in conseguenza di ciò, eroga cofinanziamenti a valere sul fondo per le politiche sociali per garantire la realizzazione dei sistemi integrati locali di interventi e servizi negli stessi previsti. I Comuni, con cadenza semestrale, provvedono alla rendicontazione dei flussi di spesa.

9. Per ogni ambito territoriale deve essere prevista l'erogazione delle seguenti prestazioni essenziali, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 22 della legge 8 novembre 2000, n. 328:

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

Art. 21
Carta dei servizi sociali

1. Al fine di tutelare gli utenti, assicurare l'informazione e la partecipazione degli stessi e la trasparenza nell'erogazione dei servizi, i soggetti gestori adottano la carta dei servizi, in conformità allo schema generale di riferimento previsto dall'articolo 13 della legge n. 328 del 2000.

2. L'adozione della carta dei servizi sociali da parte degli erogatori delle prestazioni e dei servizi sociali costituisce requisito necessario ai fini dell'autorizzazione e dell'accreditamento e deve prevedere il diritto di:

a) godere di azioni che promuovano e proteggano la salute della persona, della famiglia e della comunità;
b) non essere discriminati a ricevere servizi in un contesto di normalità di vita;
c) esprimere le proprie potenzialità e scelte nel progetto personale condiviso;
d) scelta tra una pluralità di prestazioni sociali offerte.

3. La carta dei servizi contiene:

a) le informazione sulle diverse prestazioni offerte e le tariffe praticate;
b) l'indicazione dei soggetti autorizzati e accreditati;
c) i criteri di accesso;
d) le modalità di erogazione e le modalità di funzionamento;
e) l'indicazione dei livelli essenziali di assistenza;
f) le regole da applicare in caso di mancato rispetto delle garanzie previste dalla carta, nonché le modalità di ricorso da parte degli utenti.

Art. 22
Partecipazione dei cittadini e degli utenti al controllo della qualità e norme per la tutela degli utenti

1. La Regione e gli Enti locali assicurano la partecipazione dei cittadini e degli utenti al controllo della qualità dei servizi, anche favorendo l'attività delle Associazioni di tutela degli utenti e delle Organizzazioni sindacali.

2. Il Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali di cui all'articolo 18 individua gli strumenti e le modalità per assicurare la partecipazione dei cittadini e degli utenti al controllo della qualità dei servizi e degli interventi previsti dalla presente legge.

3. Al fine di tutelare i cittadini nel conseguimento delle prestazioni e dei servizi di cui alla presente legge, la Giunta regionale disciplina le modalità di presentazione dei reclami, tenuto conto della legge statale 30 marzo 2001, n. 152 in materia di Istituti di patronato e di assistenza sociale.

Art. 23
Diritti dei cittadini

1. Gli utenti e le loro famiglie hanno diritto:

a) ad avere informazioni sui servizi, sui livelli essenziali di assistenza, sulle modalità di accesso, sulle tariffe praticate;
b) alla riservatezza sull'utilizzo dei dati personali;
c) alla partecipazione, alla definizione del progetto personalizzato e al relativo contratto informato;
d) a partecipare a forme di consultazione e di valutazione dei servizi sociali.

2. I soggetti gestori di strutture e servizi assicurano forme di partecipazione degli utenti o loro rappresentanti al controllo della qualità delle prestazioni con la costituzione di comitati misti di partecipazione.

TITOLO V
Autorizzazione e accreditamento

Art. 24[1]
(Abrogato)

Art. 25
(Abrogato)

Art. 26
Albo regionale

1. Con la presente legge viene istituto, presso l'Assessorato ai Servizi Sociali un apposito Albo regionale dove sono iscritti tutti i soggetti previsti dall'art 1, comma 7 della presente legge che gestiscono strutture e attività socio-assistenziali, i quali siano stati accreditati o autorizzati allo svolgimento delle rispettive attività. L'albo regionale dovrà essere strutturato per tipologie specifiche in riferimento alla diversa competenza operativa dei soggetti interessati.

Art. 27
Titoli per l'acquisto dei servizi sociali

1. I Comuni, ai sensi dell'articolo 17 della legge 328/2000, fermo restando quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, della medesima e su richiesta degli interessati, possono prevedere la concessione di titoli validi per l'acquisto di servizi sociali dai soggetti accreditati dal sistema integrato di interventi e servizi sociali ovvero come sostitutivi delle prestazioni economiche diverse da quelle correlate al minimo vitale previste dall'articolo 24, comma 1, lettera a), numeri 1 e 2, della legge 328/2000, nonché delle pensioni sociali di cui all'articolo 26 della legge 30 aprile 1969,

[1] **Articoli abrogati dall'art. 15, comma 1, sesto trattino, della L.R. 18 luglio 2008, n. 24.**

n. 153, e successive modificazioni, e dagli assegni erogati ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335.

2. La Regione attraverso il Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali disciplina i criteri e le modalità per la concessione dei titoli, individua i servizi e le prestazioni che possono essere fruite attraverso l'utilizzo degli stessi, nonché le relative procedure, nell'ambito di un percorso assistenziale attivo per la integrazione o la reintegrazione sociale dei soggetti beneficiari; il Piano regionale definisce inoltre indirizzi volti a garantire i diritti dei cittadini nell'accesso alle prestazioni e ai servizi, con particolare riferimento ai casi in cui l'Ente locale eroghi le stesse unicamente attraverso i titoli di cui al presente articolo.

Art. 28

Affidamento dei servizi alla persona al Terzo settore

1. La Regione Calabria, con successivo regolamento attuativo, disciplina le modalità per l'acquisto da parte dei Comuni dei servizi ed interventi organizzati dai soggetti del Terzo settore definendo le modalità per garantire una adeguata pubblicità del presumibile fabbisogno di servizi in un determinato arco temporale. É istituito presso la Regione il registro dei soggetti del Terzo settore che siano autorizzati dai Comuni all'esercizio dei servizi a ciclo residenziale e semiresidenziale ai sensi degli articoli 24 e 25 della presente legge. In una apposita sezione del registro è inserito l'elenco dei soggetti di cui al comma 1, che si dichiarino disponibili a fornire servizi secondo tariffe e caratteristiche previamente concordate ed ivi indicate. I Comuni, in attuazione dei Piani di Zona, stipulano convenzioni con i fornitori iscritti nell'Albo di cui all'articolo 26 anche acquisendo la disponibilità del fornitore alla erogazione di servizi e interventi a favore dei soggetti in possesso dei titoli per l'acquisto dei servizi sociali di cui all'art. 27.

2. Nel rispetto dei principi di pubblicità, trasparenza dell'azione della Pubblica Amministrazione e di libera concorrenza tra privati; i servizi vengono aggiudicati nel rispetto dalle normative vigenti e in ossequio alle direttive del Piano Sociale Regionale, tenuto conto della qualità che il Comune intende ottenere dal servizio appaltato. I contratti di affidamento dei servizi prevedono le forme e le modalità per la verifica degli adempimenti, compreso il mantenimento dei livelli qualitativi concordati e i provvedimenti da adottare in caso di mancato rispetto.

Art. 29

Conferenza Permanente Regionale:
Consulta delle Autonomie Locali
e Consulta del Terzo settore

1. In ottemperanza alla Legge 328/2000 e per realizzare il coinvolgimento dei Comuni, delle Province e del Terzo Settore e la loro responsabilizzazione sui temi sociali è istituita la conferenza permanente per la programmazione socio-assistenziale regionale.

2. La Conferenza Permanente è l'organismo rappresentativo delle autonomie locali e dei soggetti del Terzo settore con il fine di potenziare il loro ruolo nei procedimenti di programmazione socio-assistenziale.

3. La Conferenza permanente è presieduta dall'Assessore alle Politiche Sociali.

4. Il Presidente della Giunta entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, procede all'insediamento della Conferenza permanente.

5. La Conferenza permanente regionale è composta da:

a) Consulta delle autonomie locali, formata dai sindaci dei comuni capofila di ciascun ambito territoriale ottimale e da un componente designato dall'UPI Calabria. Il presidente è eletto al suo interno dai componenti della Consulta;[2]

b) Consulta del Terzo Settore formata da almeno 25 membri e comunque non superiore a 35, in rappresentanza dei soggetti di cui all'art. 2 del D.P.C.M. 30 marzo 2001. Il Presidente è nominato al suo interno. La Giunta regionale, entro 30 giorni dalla pubblicazione della presente legge, previo parere vincolante della Commissione competente, delibera e stabilisce i criteri per l'individuazione dei membri di cui sopra.

6. La Conferenza permanente regionale è regolarmente costituita con l'individuazione della maggioranza dei suoi componenti. Il funzionamento della Conferenza e delle due consulte di cui al comma 5 è disciplinato con regolamento della Giunta regionale. Tale regolamento prevede che i componenti dei predetti organismi possano partecipare ai lavori ed esprimere il proprio voto anche con modalità telematiche.[3]

7. La Giunta regionale sottopone alla Conferenza permanente regionale, per acquisirne il parere, tutti gli atti di programmazione socio-assistenziale, prima della loro emanazione e del loro invio al Consiglio Regionale. Il parere richiesto deve essere espresso entro il termine perentorio di 30 giorni dal ricevimento della richiesta, trascorso il quale, il parere si considera comunque acquisito. La Giunta regionale motiva le decisioni adottate in difformità ai pareri espressi dalla Conferenza permanente.

8. Il Dipartimento della Giunta competente in materia di Politiche Sociali, assicura il supporto logistico e professionale necessario per il funzionamento della Conferenza permanente e delle due Consulte di cui al comma 5 del presente articolo. Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario delle politiche sociali della Regione.

9. Le due Consulte si riuniscono autonomamente almeno due volte all'anno con funzioni consultive e propositive.

Art. 30
Personale

1. I profili delle figure professionali sociali sono quelli fissati con decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali di concerto con i Ministri della Salute, dell'Istruzione, dell'Università e della ricerca, sulla base dei criteri e dei parametri individuati dalla Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, ai sensi dell'articolo 129, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

[2] **Lettera sostituita dall'art. 1, comma 1, lett. a), della l.r. 3 agosto 2018, n. 26; precedentemente così recitava:** *"a) Consulta delle Autonomie locali formata dai Presidenti dei Comitati di Zona di cui all'art. 20 della presente legge, e dai rappresentanti delle cinque Province. Il Presidente è nominato al suo interno;".*

[3] **Comma sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. b), della l.r. 3 agosto 2018, n. 26; precedentemente così recitava:** *"6. La Conferenza permanente regionale e le due Consulte, di cui al precedente comma, entro 60 giorni dal loro insediamento, approvano a maggioranza di due terzi, un proprio regolamento di funzionamento.".*

2. I profili professionali precedenti all'entrata in vigore della legge-quadro sull'assistenza sociale sono equiparati ai nuovi profili di cui al comma 1 del presente articolo, secondo i criteri previsti con il medesimo Regolamento di cui al comma 2 dell'art. 12 della legge 328/2000.

3. Restano ferme le disposizioni di cui all'articolo 3-*octies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'articolo 3 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, relative ai profili professionali dell'area sociosanitaria ad elevata integrazione sanitaria.

4. Le modalità di accesso alla dirigenza sono individuate ai sensi dell'art. 12, comma 5, della legge 8 novembre 2000, n. 328.

Art. 31
Formazione e aggiornamento del personale

1. La Regione provvede, per l'attuazione della presente legge e sulla base degli indirizzi fissati dal Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali, alla formazione di base e all'aggiornamento del personale.

2. La Regione programma corsi di formazione per il personale per il quale non è richiesto un corso di laurea, sulla base dei criteri generali riguardanti i requisiti per l'accesso, la durata e l'ordinamento didattico disciplinati con Regolamento del Ministro Lavoro e delle Politiche sociali.

3. La Regione, nell'ambito delle proprie competenze in materia di formazione professionale, in raccordo con le Province, promuove la formazione degli operatori sociali e degli operatori dell'area sociosanitaria, tenendo in considerazione le esigenze di raccordo dei percorsi formativi e di integrazione delle diverse professionalità.

4. La Regione e le Province promuovono iniziative formative a sostegno della qualificazione delle attività dei soggetti del Terzo settore.

5. I soggetti pubblici e privati erogatori degli interventi promuovono e agevolano la partecipazione degli operatori ad iniziative di formazione, qualificazione e aggiornamento.

Art. 32
Compartecipazione al costo dei servizi

1. La Giunta regionale, tenuto conto del Piano regionale degli interventi e servizi sociali, con propria direttiva definisce, sentito il parere della competente Commissione consiliare e della Conferenza Regione-Autonomie Locali, criteri generali per la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni del sistema integrato, sulla base dei criteri indicati nel Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali, al fine di assicurare una omogenea applicazione sul proprio territorio di quanto disposto dal decreto legislativo n. 109 del 1998 e successive integrazioni e modifiche.

2. La direttiva di cui al comma 1 definisce in particolare i criteri per:

a) l'individuazione delle prestazioni di cui all'articolo 3, comma 2 del decreto legislativo n. 109 del 1998 e successive integrazioni e modifiche e la conseguente composizione del nucleo familiare;

b) la definizione delle condizioni economiche richieste per l'accesso alle prestazioni agevolate e per la differenziazione delle tariffe, stabilite e/o effettuate cosi come previsto dal D.L. 31/3/1998, n. 109 e successive modifiche e integrazioni.

TITOLO VI
Sistema di finanziamento

Art. 33
Il finanziamento del sistema integrato

1. Il sistema integrato di cui alla presente legge si realizza avvalendosi delle risorse degli Enti Locali, di quelle provenienti dal Fondo regionale per le politiche sociali di cui al successivo articolo 34, di quelle del Fondo sanitario regionale, nonché di quelle eventualmente dei soggetti del Terzo Settore, di altri soggetti senza scopo di lucro e delle Aziende pubbliche di servizi alla persona, che concorrono alla realizzazione dei Piani di zona ai sensi dell'articolo 20.

2. La Regione e gli Enti locali garantiscono la realizzazione del sistema integrato che assicura i livelli essenziali delle prestazioni sociali di cui all'articolo 7.

3. Per il 2004 le risorse del fondo sociale regionale sono così individuate:
a) Fondi statali;
b) Fondo sociale regionale;
c) Fondo sociale locale.

Art. 34
Fondo regionale per le politiche sociali

1. Gli interventi e i servizi sociali sono finanziati a valere sui rispettivi bilanci della Regione e degli Enti locali e sul fondo nazionale comprendente le annualità 2002 e 2003 per le politiche sociali il cui stanziamento complessivo, ai sensi della legge 328/2000, è determinato annualmente, con legge finanziaria.

a) nel bilancio regionale, in sostituzione del fondo di cui alla legge n. 5/1987 della Regione Calabria UPB 6.2.01.02 (capitolo 4331103), è istituito il "Fondo Regionale per le Politiche Sociali", di seguito chiamato Fondo Regionale Sociale, per il conseguimento delle finalità della presente legge e, in particolare degli obiettivi in materia di servizi sociali e di educazione alla socialità. Tale Fondo viene costituito dalla confluenza delle somme già destinate per la Legge 5/87 e dalle risorse finanziarie accreditate alla Regione Calabria in seguito al riparto del Fondo Nazionale, così come previsto dalla legge 328/2000, nonché dalle somme messe a disposizione dagli Enti locali.

2. Il Fondo Regionale Sociale è ripartito annualmente dalla Giunta regionale secondo i seguenti criteri:

90% ai Comuni per cofinanziare la realizzazione dei Piani di zona, in ragione del numero degli abitanti, dell'estensione territoriale;

10% al Settore Politiche Sociali della Regione per realizzare progetti innovativi e sperimentali, e per finanziare l'aggiornamento e la formazione degli operatori pubblici e privati.

Art. 35
Abrogazione

1. Sono abrogate tutte le disposizioni in contrasto con la presente legge e successive norme di attuazione ed esecuzione, di cui alla L.R. 26.01.1987 n. 5 e successive integrazioni e modificazioni.

Art. 36
Norme transitorie

1. A decorrere dall'esercizio finanziario 2004 ed a valere sullo stanziamento previsto annualmente in bilancio la Regione è autorizzata a istituire apposito capitolo di spesa su cui imputare la somma destinata ai Gruppi Appartamento, di cui alla Legge regionale 21/96 e successive modificazioni ed integrazioni, il cui numero non dovrà essere aumentato rispetto a quello esistente all'entrata in vigore della presente legge. Tale risorsa non potrà comunque essere detratta dal Fondo Sociale Regionale.

2. In via transitoria e fino all'adozione dei Piani di Zona di cui all'art. 20 della presente legge, la Regione provvederà alla gestione diretta del Fondo regionale Sociale di cui all'art. 33 e 34 della presente legge per il funzionamento delle strutture residenziali socio-assistenziali già operanti all'entrata in vigore della presente legge.

Art. 37
Personale delle equipes socio psico pedagogiche [4]

1. Il personale di cui alla L.R. 57/90 e L.R. 2/97, previa ricognizione delle categorie e dei profili professionali di appartenenza, è destinato presso le strutture di cui agli articoli 9 e 13 della presente legge ed inserito nei ruoli degli Enti presso cui presta servizio in sede di determinazione delle dotazioni organiche.

2. La Regione assicura il trasferimento delle risorse annualmente impegnate per il pagamento delle competenze.

Art. 38
Disposizioni finanziarie

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge si fa fronte nell'ambito dei capitoli afferenti le unità previsionali di base, autorizzati dalla legge annuale di approvazione del bilancio della Regione e dalla legge finanziaria che l'accompagna.

Art. 39
Norme finali

[4] V. art. 28, comma 1, della L.R. 11 maggio 2007, n. 9

1. La Giunta regionale entro 120 gg. dall'entrata in vigore della presente legge provvederà ad emettere tutti gli atti ed i provvedimenti di indirizzo e di attuazione necessari alla sua piena attuazione.

2. Le disposizioni di cui all'art. 10 della presente legge si applicano successivamente alla entrata in vigore del piano sanitario regionale.

3. E' fatta salva comunque l'applicazione delle richiamate disposizioni se con reperimento delle risorse necessarie a carico del bilancio regionale.

! " # !! !$

! " # ! #$$% # %
#$$$ #%

$

! " " # $
% " #
&" ! !" '
& !" " ! " ( )

"! *
" " " * # &&
" !" "
" " ! (! ' !

$
" !"

+ , ,'-- ,. '-/ &"
! !")

&" ! 0 &
+ , ,'--*

1 &" & 00 + , ,'-- 2&&
& 3!! 3!!
3!! + 4'5 ' 6-1 6 (7 0
" 8 + , ,'-- ! "
33 88 ! 00 33 *

$ &" " %

1 & ! # & ! " !
& # ! 9"
!" 9"

$ # 2% "! ! 2 %%

$ %
& !

!! # #
&" " ")

& (! ! ' ! *
9" " "& " *
& !
!" " & ! " !
" :

1 9" " ! # !
#" " " ! ; !"
*

& ! ! # ! !
& ! ! ! *
" "
*
" " ")
" " (" ! & "
*
!" ; ! & ! "

$ &

% "
#"
! (
! ! "

%

$

!" ' " ")
% *
1 3 *
$! *
. 3 ! *
4 3 ! *
, % & ! *
- # *

/ 3&& ! & ! *
6 ! # " " *
5 *
% *
1 *
$ % " (*
. " " 9" !

$
%

" " ! & ! &&" !
" ! &" !
(" "

1 &&" & ! " 7
" !" "
!)

! & ! "
! *
(" " "
!! **
" !
" " *
" ! & ! (!
" # " (
! & ! !"
! & " "
*
& " "

$
3

("
& " ! "
" " &

1 # & !)

" # & ! " " # !
! ! "
! *
& ! 9" & # !
# & !
" / ! 6-- 1, -
6/. 11 $! 6/. 1/*
& " !

$
!

< (!" " (!
!

1 % (!
& ! " ! 9" 0
# ! ! !" ! ! "
9" & " " "
& !

$
3 !

! "&& " & ! (
" !
" & !

1 # ": " ! ! ! "
" & ! & ! "
& " ! "
"

$ " "&&
& " ! " ! ! " !
! " " 9" # 1/ 1/ &
6/, . & " " ! " &
%

. ! (" 9"
" !! 7 ! ! "
&

4 + " " !!
!! " "

, !)
!! " (! &&
(! *
! ! ! !
! (! "
" (! &
" & !

$ '
3 !

< ! " & !
" ! "

1 < ! !
& ! 2 %% !

$ <) !" 9"
" "&& & ! ! (" & ! (
(! ! & !
! (

$
% & !

3 & & & & "
(" ! ! ! " " !
" " & ! & &
" 0 !)

(!" (
! " " # 1-
.4- 4 6-/*
! ! ! " !
" ! " & & *
"
" & ! " ($61 '-/
" # -,

$
#

< 0 !" # ! !
" ! (!

1 3 & " !! 0)

!" # ! !
& ! ! *
" & ! " "
(! " !
*
" & ! & # " " "
" # !" & (
" (*
& # ! ! ! ((
" "!
(' (! *

!" " ! & !
& ! & ! *
& " " " ! !
#
&" " *
"! # " " !
" "&&

$ %
3&& ! & !

= ! " # ! & ! 3 &
" (! " " " !
9" && & # && !
! ! " /.' 6/$ "
! ! !)

& ! & ! " !" >
& ! > " "

1 3 ! " && !"
" !

$ # && ! ! # " " !
9" " & ! & !

. 3 && & " # " '
#0 " !
!

$ &
! " "

< 0 & " # 1$ +
, ,'-- # ! "

1 3 & " " !
" " (# " "
! ! (9" $4.'-4

$

" " "
(
" " "

1 ! &
0 ? "
"

$
%

@" " "&& "
" " " # !
! ! ! # &
(& ! ! &
! !
*

" ! (! !" ! "
! 7 ! * " "! !
9" " " ! !" "

*

!" " ! & &
" ' " ! 9" !
" " " " !
& " && 7 "
"! "&& ! 9" & *

!" " & !
" " (& # *

(& !
" ! &
" !
" & ! !
9"

1 " !
" # " ! !" 9" " "&&
9" " "

$ A ! 2 %% !

$

" ! ! (
! && " " !

!! ? ! & B - !! - 1. ! 666 .

1 # ! " " !
& ! ! "
" & "

$
% " (

3 & " " (! #
! " ! " !"
)
" (! " !
" (! (7 " " (*
! ! " (!
*
" & ! " !
!

$
9" " &" ! !

" < " 65
9" " 9" ":
" " " 15

1 9" " 9" & #"
&" 9" 9" 9" "
9" # ! ! #

$ '
3"

< 0 " " (& !
" " " & && " ! !
" "&& ! ! " (< "
" &" ! #2 % !" !
" 6

1 # " &" ! 7 " # !
! "

$! ! " (" "

. # " 7 7 ! " 9" (

4 # " " # #

$
!

!" 2 %% ! 15
" &
! # (
)

! ! !
*
" ! & ! "
& ((*
& # " # (7)

9" ! (*
! # " "&& ! "
" ; *
" &
! (*
" " " ! !!

1
" < " ,5 #
" (! ! !" 2 %%

" ! !! "

$
" !

)
&" ! & !"
& " & !
!! (7 "
& *

(7 ! ! 9"
(! & *
" ? " & ! ! ((

1)
*
& *

" ! < "
&&
! ! " "
! ! !
!" 9" " ! ! " "&& ! *
" " # " " $ *
& !" & ! # ! &
" (*
!" # " " ! & ! 9"
! & ! *
(! &" ! ! 9" &"
" " " " " "
*
" & ! & ! # && # &&

$! &" !!)

! " & " & !
" !! &" !
" " (& " - " /65 ,6-1
" ! & *

1 ! " " & ! "
! #" & !! ; & & !
! "
& # 1 " & " # !
! " # 11 + 1. " 6-- , ,

. ! # " & 2 %%
!" 3 % % " # &"
! &

$ %
! &"

! " # 1, + , ,'-- (7
&" "

1 & ! # " ! &
"
& ! ! "
# &" " ! !!

$ & # ! !
! # ! (7 ! "
9" ! ! 3!!

. (!
!" 3!!

$ &
! !"

!" ")
*
*
*
*
! *
! *
& ! *
! *
&& ! & ! *
! # " " *
((*
! 2 %% !

1 !" 1-/'-, ! " ! !!

$!" $! " "
#2 % ! #3 % %
(# 9"
2 %% 0 $5 " 2 %%

$
! !"

% ! !" " 4 , /' /5 !!
# " ") !" "
!" " ("
" 9" !" ! " 9"
16 /' 6/5 !
! 2 %% ! " !! " 2 %% 7
" 4 , /' 6/

1 #2 % " !"
9"

$ ")

*
! *
! *
" "

. < " " !
2 %% #3 ! #3 !" " # - /' 6/5

4 3 9" # 16 /' 6/5 " ! !!
! & 9"
% ! 22 %%

$
&"

" # 1$ 1 , 6/5 / !" 2 %% "!
! " " &" & ! #

1 7 # "

$ " &"
& ! " " #" (7 & !
& ! " ! " !

. & ! " " " !!
(& " & (
! 2 %%
!"

4 " ' "
)

! *

1 !)
! ! & !
&& ! & !
! # " " #
((" (!

, A ! & &" "
2 %% !" ! "

$
!!

< " & !" !
9"
(7 ! ! 9"
(! &

1 A < " " ? " & !
! ((

$! 7 $ "
"! & ! " > > !" 2 %% (!
7 " 8 2&& 7 !"
#
" ! #

. < " " " &
#

$
!!

2 %% " "
" # !" > >
(*

9" 9" " " " ("
(7 ! " *
"! (&" " "
0 " " (7 9" &
& *

! #2 %%

1 2 %% & # ?)

" " "
! " &
! & ! "
& *
& ! " ! " "
0 " " & !
00 33 33 88 0 + 1. - 6-- , , &
" " ! " *
! " ! " " ! +
1- . 6-/ $/. " ! (((7
" ((& "
"

$ A & & !" 2 %% 0
# " "
" (" ! " # &" (9"
"

. 3 ! #3 !" #2 %% 7
$5 " 3 %

4 @" 2 %% ! ! "
&& " " "
1.

C
" " (

$
! &" " " (& 33 88

" " (& & #
& ! # &" 0
& ! " ! " (" "
& !!

$ %'
3

!" " " ! &
3 0 ! " (
!

$ %
3

" #3 % % " 3
0 " (" "
9" " # " 9"
15

1 #3 ": ! < " "
(0 ! !
! 9" " # 6

$ # " ! !! " ! !
" 8 2&&

$ %
C

&" " !" #
" " ! &

1 3 ! (! "
" # !

$ %%
"

#3 % % 7 " " " "
0 0
" #3 " # $

1 " " ! " # " &" "
(7
&

$ 0 65 "
< " & " ! &" ! !
"

$ %&
! "

!" 2 %%
" (" 0
" ("
!
A)

& ! ,5 " *
1 & ! 15 (*
$ & ! " *
. (*
4 & ! " " "
" &

1 2 %% (7 " !" 9"
9" !

$ & #"
" < " & " (! ( )

!
' !! !" 2 %% *
" " (& "
*
" " ! " *
& " (
" ! && !
"

. !! " !
! 3
! (! ! "
" " (# & "

C

$ %
3 "

2 %% !")

*
!" !
! *
& !" "
$! 6-/ , 33 88 (7 3!!
" 9"
1$ + , ,' 6-- ,. 1 6-/

1 3 " 2 %% !
& 9" ! "
! ! #
!

$ %

2 %% !" # !
! " &"

1 7

$! (!! "
" " & " &) !
" " ! & ! " &

. 0 # 2 %% &
(! " # 14 (
#3 ! # !" " # - /' 6/5
3 % % ! ! !

4 0 " 3 % %
2 %%

$ %
#2 %

& ! # 4 /$$' 6-/ # / + 15 1 6-6 -,
, $ /' 6/ 7 &"
#2 %%

1 & #2&& + #2 %% "
" # ! 9"
$ /' 6/

$ 7 "
&" ! (" 9" & (&"
0 &" 9" "
9" " !
(! !

$ %
3 ! 9" & 9" &

3 & !" # 9" !
3 % % !"
! 9" & 9" &
#2 %% !" 0 "

1 & " < " & !!
" " & !

$ # " 2 %% 0 "
! !

C
8 !

$ %
3 " ! !!

! !! 33 88 0
! & # -
+ 1. - 6-- , , ! < " "
!" " "

1 2 %% !" # ! !! #"
(7 ! ! !! !"
&" "

$! ! !! " !" !!
(& !
!

. 0 " (! "
< " " ! !" 9"
!" 9" & " " " (

4 0 ,5 # !" !
" " #2 %% " & ! !!

$ &'
" ! !!

3 # " " $6 !" #
2 %% ! < " " (!"
2 %%

1 = & !" 9"
" $6

$ 3 !!
": ! $6

C
!

$ &
D & !

& ! !" 7 ")

!" ! & *
! & " 1$*
! &
& & (

$ &
! !"

!" " ! !!
2 %% " "
2 %%

1 #3 ! #3 !" " ! !"
9" & ! & " " "

$ &%

" ! & "
& 6/- " & ! >
>

1 3 & && ")

! "
" ! + / 6-/ ./
1 6-/ ,. * .$$$ 51 *
! .$11 5 .$$ 5
6/, & # ! &"
" !" + 1. " 6--
, ,*
! .1$$ 5 .1$$ 51
6/, & " & !
" ! " 16 - 6-4 .54
11 4 6-/ 6. / 6 6-- 1,*
! .1$ 54 .1$ 5-
6/, & & ! &"
#" " " &
" 11 1 6-4 ,/4 11 6/.*
! .$. 51
6/, & &
(" $ 6 6/. 1/*
& ! .$. 5$
# 6/, & # " !
&" ! ! "
11 4 6/5 A 5*
! .$ 1 5
6/, & # DA
" 1$ 1 6-4 ,6/*
(! .$.$ 5$
6/, & # &
(& ! " $ $ 6/5 .,$
! $11 5/
6/, & # & !
! *
! $$ $ 5,
6/, " &" ! " %
% *
! ! .1 1
6/, & !
(" # 4 /$$ 1$ 1 6-/*
! .1 15.
6/, ! " "
(" # 4 /$$ 1$ 1 6-/*

" *
" !

$ & " 7 9"
!)
*
! " " "

. ! " !
! # - 11 4 6-/ 4

4 ! " " "
& (" &

, < " 7 " "
! # 6/- 9"
$, $# !! 11 4 6-/ 4 & "
& ! & -# !! # 14
11 4 6-/ 4

$ &&
&

& " !
! (&)

& !" & ! " # 1.
! " "
& " ! &
" % #(9"
& !
! ! & " ? # !
* [1]

& 2 %% & ! " 14
" " # " !! #

1 < " $5 !
" 7
" ! # " &

$ A & !" & " # 9" ":
! ! 0
3 % %

$ &

[1] !! ? ! & B " $! 66. $

6/- & "
" # .. " 1. 14
$ 6/-

C
A !

$ &

2 %% !" # !
& !" ! !" & (" !
!

1 A " " ! "
&& &&
& " "

$ A ! ! & !"
" & (")
! & " *
" *
& ! (! *
& ! # ! &

$ &

! ! 9" 9"
!" " !
(" 45 " !! 9"
#3 % % #

1 ! " !! " 0 (
& " !

$ # " ": && (9" ! " 7
" " "

. " " (" (!
! & !! " !
& "

$ &

#3 % " !" !" #
" "
" &

$ &

2 %% !" ! #
& " "

$ '

% " ! !! & !
(" ! 9"

! " # !! !$

! " # ! #$$% # %
#$$$ #%

$

! " " # $
% " #
&" ! !" '
& !" " ! " ( )

"! *
" " " * # &&
" !" "
" " ! (! ' !

$
" !"

+ , ,'-- ,. '-/ &"
! !")

&" ! 0 &
+ , ,'--*

1 &" & 00 + , ,'-- 2&&
& 3!! 3!!
3!! + 4'5 ' 6-1 6 (7 0
" 8 + , ,'-- ! "
33 88 ! 00 33 *

$ &" " %

1 & ! # & ! " !
& # ! 9"
!" 9"

$ # 2% "! ! 2 %%

$ %
& !

!! # #
&" " ")

& (! ! ' ! *
9" " "& " *
& !
!" " & ! " !
" :

1 9" " ! # !
#" " " ! ; !"
*

& ! ! # ! !
& ! ! ! *
" "
*
" " ")
" " (" ! & "
*
!" ; ! & ! "

$ &

% "
#"
! (
! ! "

%

$

!" ' " ")
% *
1 3 *
$! *
. 3 ! *
4 3 ! *
, % & ! *
- # *

/ 3&& ! & ! *
6 ! # " " *
5 *
% *
1 *
$ % " (*
. " " 9" !

$
%

" " ! & ! &&" !
" ! &" !
(" "

1 &&" & ! " 7
" !" "
!)

! & ! "
! *
(" " "
!! **
" ! &
" " *
" ! & ! (!
" # " (
! & ! !"
! & " "
*
& " "

$
3

("
& " ! "
" " &

1 # & !)

" # & ! " " # !
! ! "
! *
& ! 9" & # !
# & !
" / ! 6-- 1, -
6/. 11 $! 6/. 1/*
& " !

$
!

< (!" " (!
!

1 % (!
& ! " ! 9" 0
# ! ! !" ! ! "
9" & " " "
& !

$
3 !

! "&& " & ! (
" !
" & !

1 # ": " ! ! ! "
" & ! & ! "
& " ! "
"

$ " "&&
& " ! " ! ! " !
! " " 9" # 1/ 1/ &
6/, . & " " ! " &
%

. ! (" 9"
" !! 7 ! ! "
&

4 + " " !!
!! " "

, !)
!! " (! &&
(! *
! ! ! !
! (! "
" (! &
" & !

$ '
3 !

< ! " & !
" ! "

1 < ! !
& ! 2 %% !

$ <) !" 9"
" "&& & ! ! (" & ! (
(! ! & !
! (

$
% & !

3 & & & & "
(" ! ! ! " " !
" " & ! & &
" 0 !)

(!" (
! " " # 1-
.4- 4 6-/*
! ! ! " !
" ! " & & *
"
" & ! " ($61 '-/
" # -,

$
#

< 0 !" # ! !
" ! (!

1 3 & " !! 0)

!" # ! !
& ! ! *
" & ! " "
(! " !
*
" & ! & # " " "
" # !" & (
" (*
& # ! ! ! ((
" "!
(' (! *

!" " ! & !
& ! & ! *
& " " " ! !
#
&" " *
"! # " " !
" "&&

$ %
3&& ! & !

= ! " # ! & ! 3 &
" (! " " " !
9" && & # && !
! ! " /.' 6/$ "
! ! !)

& ! & ! " !" >
& ! > " "

1 3 ! " && !"
" !

$ # && ! ! # " " !
9" " & ! & !

. 3 && & " # " '
#0 " !
!

$ &
! " "

< 0 & " # 1$ +
, ,'-- # ! "

1 3 & " " !
" " (# " "
! ! (9" $4.'-4

$

" " "
(
" " "

1 ! &
0 ? "
"

$
%

@" " "&& "
" " " # !
! ! ! # &
(& ! ! &
! !
*

" ! (! !" ! "
! 7 ! * " "! !
9" " " ! !" "

*

!" " ! & &
" ' " ! 9" !
" " " " !
& " && 7 "
"! "&& ! 9" & *

!" " & !
" " (& # *

(& !
" ! &
" !
" & ! !
9"

1 " !
" # " ! !" 9" " "&&
9" " "

$ A ! 2 %% !

$

" ! ! (
! && " " !

!! ? ! & B - !! - 1. ! 666 .

1 # ! " " !
& ! ! "
" & "

$
% " (

3 & " " (! #
! " ! " !"
)
" (! " !
" (! (7 " " (*
! ! " (!
*
" & ! " !
!

$
9" " &" ! !

" < " 65
9" " 9" ":
" " " 15

1 9" " 9" & #"
&" 9" 9" 9" "
9" # ! ! #

$ '
3"

< 0 " " (& !
" " " & && " ! !
" "&& ! ! " (< "
" &" ! #2 % !" !
" 6

1 # " &" ! 7 " # !
! "

$! ! " (" "

. # " 7 7 ! " 9" (

4 # " " # #

$
!

!" 2 %% ! 15
" &
! # (
)

! ! !
*
" ! & ! "
& ((*
& # " # (7)

9" ! (*
! # " "&& ! "
" ; *
" &
! (*
" " " ! !!

1
" < " ,5 #
" (! ! !" 2 %%

" ! !! "

$
" !

)
&" ! & !"
& " & !
!! (7 "
& *

(7 ! ! 9"
(! & *
" ? " & ! ! ((

1)
*
& *

" ! < "
&&

! ! " "
! ! !
!" 9" " ! ! " "&& ! *
" " # " " $ *
& !" & ! # ! &
" (*
!" # " " ! & ! 9"
! & ! *
(! &" ! ! 9" &"
" " " " " "
*
" & ! & ! # && # &&

$! &" !!)

! " & " & !
" !! &" !
" " (& " - " /65 ,6-1
" ! & *

1 ! " " & ! "
! #" & !! ; & & !
! "
& # 1 " & " # !
! " # 11 + 1. " 6-- , ,

. ! # " & 2 %%
!" 3 % % " # &"
! &

$ %
! &"

! " # 1, + , ,'-- (7
&" "

1 & ! # " ! &
"
& ! ! "
# &" " ! !!

$ & # ! !
! # ! (7 ! "
9" ! ! 3!!

. (!
!" 3!!

$ &
! !"

!" ")
*
*
*
*
! *
! *
& ! *
! *
&& ! & ! *
! # " " *
((*
! 2 %% !

1 !" 1-/'-, ! " ! !!

$!" $! " "
#2 % ! #3 % %
(# 9"
2 %% 0 $5 " 2 %%

$
! !"

% ! !" " 4 , /' /5 !!
# " ") !" "
!" " ("
" 9" !" ! " 9"
16 /' 6/5 !
! 2 %% ! " !! " 2 %% 7
" 4 , /' 6/

1 #2 % " !"
9"

$ ")

*
! *
! *
" "

. < " " !
2 %% #3 ! #3 !" " # - /' 6/5

4 3 9" # 16 /' 6/5 " ! !!
! & 9"
% ! 22 %%

$
&"

" # 1$ 1 , 6/5 / !" 2 %% "!
! " " &" & ! #

1 7 # "

$ " &"
& ! " " #" (7 & !
& ! " ! " !

. & ! " " " !!
(& " & (
! 2 %%
!"

4 " ' "
)

! *

1 !)
! ! & !
&& ! & !
! # " " #
((" (!

, A ! & &" "
2 %% !" ! "

$
!!

< " & !" !
9"
(7 ! ! 9"
(! &

1 A < " " ? " & !
! ((

$! 7 $ "
"! & ! " > > !" 2 %% (!
7 " 8 2&& 7 !"
#
" ! #

. < " " " &
#

$
!!

2 %% " "
" # !" > >
(*

9" 9" " " " ("
(7 ! " *
"! (&" " "
0 " " (7 9" &
& *

! #2 %%

1 2 %% & # ?)

" " "
! " &
! & ! "
& *
& ! " ! " "
0 " " & !
00 33 33 88 0 + 1. - 6-- , , &
" " ! " *
! " ! " " ! +
1- . 6-/ $/. " ! (((7
" ((& "
"

$ A & & !" 2 %% 0
# " "
" (" ! " # &" (9"
"

. 3 ! #3 !" #2 %% 7
$5 " 3 %

4 @" 2 %% ! ! "
&& " " "
1.

C
" " (

$
! &" " " (& 33 88

" " (& & #
& ! # &" 0
& ! " ! " (" "
& !!

$ %'
3

!" " " ! &
3 0 ! " (
!

$ %
3

" #3 % % " 3
0 " (" "
9" " # " 9"
15

1 #3 ": ! < " "
(0 ! !
! 9" " # 6

$ # " ! !! " ! !
" 8 2&&

$ %
C

&" " !" #
" " ! &

1 3 ! (! "
" # !

$ %%
"

#3 % % 7 " " " "
0 0
" #3 " # $

1 " " ! " # " &" "
(7
&

$ 0 65 "
< " & " ! &" ! !
"

$ %&
! "

!" 2 %%
" (" 0
" ("
!
A)

& ! ,5 " *
1 & ! 15 (*
$ & ! " *
. (*
4 & ! " " "
" &

1 2 %% (7 " !" 9"
9" !

$ & #"
" < " & " (! ( )

!
' !! !" 2 %% *
" " (& "
*
" " ! " *
& " (
" ! && !
"

. !! " !
! 3
! (! ! "
" " (# & "

C

$ %
3 "

2 %% !")

*
!" !
! *
& !" "
$! 6-/ , 33 88 (7 3!!
" 9"
1$ + , ,' 6-- ,. 1 6-/

1 3 " 2 %% !
& 9" ! "
! ! #
!

$ %

2 %% !" # !
! " &"

1 7

$! (!! "
" " & " &) !
" " ! & ! " &

. 0 # 2 %% &
(! " # 14 (
#3 ! # !" " # - /' 6/5
3 % % ! ! !

4 0 " 3 % %
2 %%

$ %
#2 %

& ! # 4 /$$' 6-/ # / + 15 1 6-6 -,
, $ /' 6/ 7 &"
#2 %%

1 & #2&& + #2 %% "
" # ! 9"
$ /' 6/

$ 7 "
&" ! (" 9" & (&"
0 &" 9" "
9" " !
(! !

$ %
3 ! 9" & 9" &

3 & !" # 9" !
3 % % !"
! 9" & 9" &
#2 %% !" 0 "

1 & " < " & !!
" " & !

$ # " 2 %% 0 "
! !

C
8 !

$ %
3 " ! !!

! !! 33 88 0
! & # -
+ 1. - 6-- , , ! < " "
!" " "

1 2 %% !" # ! !! #"
(7 ! ! !! !"
&" "

$! ! !! " !" !!
(& !
!

. 0 " (! "
< " " ! !" 9"
!" 9" & " " " (

4 0 ,5 # !" !
" " #2 %% " & ! !!

$ &'
" ! !!

3 # " " $6 !" #
2 %% ! < " " (!"
2 %%

1 = & !" 9"
" $6

$ 3 !!
": ! $6

C
!

$ &
D & !

& ! !" 7 ")

!" ! & *
! & " 1$*
! &
& & (

$ &
! !"

!" " ! !!
2 %% " "
2 %%

1 #3 ! #3 !" " ! !"
9" & ! & " " "

$ &%

" ! & "
& 6/- " & ! >
>

1 3 & && ")

! "
" ! + / 6-/ ./
1 6-/ ,. * .$$$ 51 *
! .$11 5 .$$ 5
6/, & # ! &"
" !" + 1. " 6--
, ,*
! .1$$ 5 .1$$ 51
6/, & " & !
" ! " 16 - 6-4 .54
11 4 6-/ 6. / 6 6-- 1,*
! .1$ 54 .1$ 5-
6/, & & ! &"
#" " " &
" 11 1 6-4 ,/4 11 6/.*
! .$. 51
6/, & &
(" $ 6 6/. 1/*
& ! .$. 5$
# 6/, & # " !
&" ! ! "
11 4 6/5 A 5*
! .$ 1 5
6/, & # DA
" 1$ 1 6-4 ,6/*
(! .$.$ 5$
6/, & # &
(& ! " $ $ 6/5 .,$
! $11 5/
6/, & # & !
! *
! $$ $ 5,
6/, " &" ! " %
% *
! ! .1 1
6/, & !
(" # 4 /$$ 1$ 1 6-/*
! .1 15.
6/, ! " "
(" # 4 /$$ 1$ 1 6-/*

" *
" !

$ & " 7 9"
!)
*
! " " "

. ! " !
! # - 11 4 6-/ 4

4 ! " " "
& (" &

, < " 7 " "
! # 6/- 9"
$, $# !! 11 4 6-/ 4 & "
& ! & -# !! # 14
11 4 6-/ 4

$ &&
&

& " !
! (&)

& !" & ! " # 1.
! " "
& " ! &
" % #(9"
& !
! ! & " ? # !
* [1]

& 2 %% & ! " 14
" " # " !! #

1 < " $5 !
" 7
" ! # " &

$ A & !" & " # 9" ":
! ! 0
3 % %

$ &

[1] !! ? ! & B " $! 66. $

6/- & "
" # .. " 1. 14
$ 6/-

C
A !

$ &

2 %% !" # !
& !" ! !" & (" !
!

1 A " " ! "
&& &&
& " "

$ A ! ! & !"
" & (")
! & " *
" *
& ! (! *
& ! # ! &

$ &

! ! 9" 9"
!" " !
(" 45 " !! 9"
#3 % % #

1 ! " !! " 0 (
& " !

$ # " ": && (9" ! " 7
" " "

. " " (" (!
! & !! " !
& "

$ &

#3 % " !" !" #
" "
" &

$ &

2 %% !" ! #
& " "

$ '

% " ! !! & !
(" ! 9"

LEGGE REGIONALE 22 gennaio 1996, n. 2
Norme per il riordino del servizio sanitario regionale.
***(BUR n. 4 del 24 gennaio 1996*)**

(Testo coordinato con le modifiche e le integrazioni di cui alle LL.RR. 18 giugno 1996, n. 11, 23 dicembre 1996, n. 39 e 19 marzo 2004, n. 11)

Art. 1
Principi fondamentali

1. La Regione Calabria, nell'ambito del le competenze ad essa attribuite dalla Costituzione della Repubblica e dai principi posti dalle leggi dello Stato, garantisce e tutela la salute del proprio territorio, in applicazione dei principi enunciati agli articoli 3 e 32 della Costituzione ed all'articolo 1 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.[1]

2. Le finalità perseguite con il riordino del servizio sanitario regionale sono quelle di assicurare ai cittadini livelli uniformi di assistenza sanitaria, in rapporto alle risorse a disposizione in ambito territoriale regionale.

3. Il servizio sanitario regionale garantisce la partecipazione dei cittadini, degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti, delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentati ve, attivando modalità di informazione reciproca e preventiva volte ad individuare esigenze e bisogni degli utenti nonché eventuali disservizi o carenze strutturali.

4. Alle finalità del servizio sanitario regionale concorrono i comuni, le comunità montane, le province, nonché le strutture sanitarie pubbliche e private ivi compresi gli ospedali militari e i professionisti.

Art. 2
Funzioni della Regione

1. La Regione ha compiti di legislazione, programmazione, indirizzo e coordinamento delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere e le supporta e controlla nelle loro attività.

2. La Regione governa i rapporti fra aziende sanitarie, aziende ospedaliere, strutture sanitarie pubbliche e private e professionisti, attraverso gli strumenti, le procedure ed i vincoli della programmazione sanitaria regionale.

3. La Giunta regionale:

a) predispone il Piano Sanitario Regionale, determina entro il 31 ottobre di ogni anno, in attuazione degli obiettivi fissati dal piano sanitario regionale, gli indirizzi in materia di tutela della salute;

b) assegna entro trenta giorni dalla ripartizione del fondo sanitario nazionale alle aziende sanitarie ed alle aziende ospedaliere la quota parte di fondo sanitario regionale sulla base di

[1] Legge nazione istitutiva del servizio sanitario nazionale.

criteri e di parametri di natura epidemiologica, demografica e gestionale stabiliti dal piano sanitario regionale e con l'obiettivo di superare gli squilibri esistenti nelle diverse aree del territorio;

c) esercita le attività di autorizzazione e vigilanza sulle istituzioni sanitarie private, a norma dell'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 e provvede a quanto previsto dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 4 dell'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni ed integrazioni, di seguito denominato decreto legislativo di riordino, in materia di requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi richiesti per l'esercizio del le attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, e verifica periodicamente la permanenza dei requisiti stessi, secondo quanto previsto dal comma 2, dell'articolo 10, del citato decreto legislativo.

4. Il Presidente della Giunta regionale, adotta i provvedimenti contingibili ed urgenti in materia di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria che interessino il territorio della Regione o una parte di esso comprendente più comuni, ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Art. 3 [2]
Organizzazione delle aziende sanitarie e delle aziende ospedaliere

Art. 4 [3]
Direttore generale

Art. 5 [4]
Direttore sanitario

Art. 6
Direttore amministrativo

Art. 7
Coordinatore dei servizi sociali

1. Nel caso in cui, ai sensi del comma 3 dell'articolo 3 del decreto legislativo di riordino, l'azienda sanitaria assuma la gestione di attività o servizi sociali su delega dei singoli enti locali, il direttore generale nomina, con provvedimento motivato, il coordinatore dei servizi sociali.

2. Il coordinatore dei servizi sociali un laureato che non abbia compiuto il 65° anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione di servizi sociali o socio-assistenziali ovvero che abbia svolto per almeno cinque anni attività di coordinamento di servizi sanitari o socio-assistenziali in enti o strutture sociali, socio-assistenziali, pubbliche o private, di media o grande dimensione. Il rapporto di lavoro a tempo pieno, regolato da contratto di diritto privato di durata quinquennale, rinnovabile, e non può protrarsi, comunque, oltre il 65° anno di età. Nei riguardi del coordinatore dei servizi sociali valgono le norme previste dalla presente legge per il

[2] Articolo abrogato dall’art. 7, comma 4, della L.R. 19 marzo 2004, n. 11
[3] Articolo abrogato dall’art. 14, comma 7, della L.R. 19 marzo 2004, n. 11
[4] Articoli 5 e 6 abrogati dall’art. 15, comma 7, della L.R. 19 marzo 2004, n. 11

direttore sanitario e per il direttore amministrativo, nonché le norme di cui al decreto legislativo di riordino.

3. Il coordinatore dei servizi sociali coadiuva il direttore generale nel governo dell'azienda, fornendogli pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza. Svolge attività di indirizzo, coordinamento e supporto nei confronti dei responsabili delle strutture ed unità operative con riferimento agli aspetti organizzativi dei servizi sociali e dei programmi di intervento di area specifica e collabora al controllo di gestione dell'azienda.

4. Il costo del trattamento economico del coordinatore dei servizi sociali sarà percentualmente a carico degli enti locali che hanno delegato le funzioni ivi compresi gli oneri di gestione di attività o di servizi sociali, ai sensi e per gli effetti di cui al 3° comma dell'art. 3 del decreto legislativo di riordino.

5. Per gravi motivi, il coordinatore dei servizi sociali può essere sospeso o dichiarato decaduto dal Direttore generale, con provvedimento motivato.

6. Fino al conferimento delle deleghe da parte degli enti locali di cui al 3° comma dell'art. 3 del decreto legislativo di riordino e comunque per un periodo non superiore a 180 gg. dalla data di entrata in vigore della presente legge, il direttore generale provvede alla nomina di un referente dei servizi sociali scelto tra i responsabili dei servizi preesistenti presso le UU.SS.LL. o altro personale, di comprovata esperienza nel campo dei servizi sociali, in possesso dei requisiti di cui al precedente comma 2.

Art. 8

Consiglio dei sanitari delle aziende sanitarie e delle aziende ospedaliere

1. Presso ciascuna azienda sanitaria e azienda ospedaliera istituito il consiglio dei sanitari, quale organo di consulenza tecnico-sanitaria. Il consiglio dei sanitari dura in carica tre anni.

2. I pareri del consiglio dei sanitari devono essere formulati entro 20 giorni dalla richiesta, trascorso tale termine il parere si intende favorevolmente acquisito.

3. Entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale disciplinerà le modalità organizzative, di funzionamento, di elezione ed i requisiti di eleggibilità del Consiglio stesso.

4. Nelle aziende sanitarie il consiglio dei sanitari composto da:

a) il direttore sanitario dell'azienda, con funzioni di presidente;
b) otto medici in servizio presso i presidi ospedalieri di cui almeno uno direttore sanitario di presidio ospedaliero, garantendo una equa ripartizione tra tutte le aree mediche;
c) quattro medici in servizio presso i presidi territoriali di cui uno di medicina generale e uno di specialistica ambulatoriale;
d) un medico veterinario;
e) tre operatori sanitari appartenenti a personale laureato non medico;
f) tre operatori professionali in rappresentanza del personale infermieristico;
g) tre operatori professionali in del personale tecnico sanitario.

5. Per gli operatori di cui ai punti e, f e g dovrà essere assicurata la rappresentanza sia delle attività ospedaliere che territoriali.

6. Nelle aziende ospedaliere il consiglio dei sanitari composto da:

a) il direttore sanitario dell'azienda, con funzioni di presidente;
b) dodici medici in servizio presso i presidi ospedalieri, garantendo una equa ripartizione tra tutte le aree mediche e la presenza dei responsabili di dipartimento;
c) tre operatori sanitari appartenenti a personale laureato non medico;
d) tre operatori professionali in rappresentanza del personale infermieristico;
e) tre operatori professionali in rappresentanza del personale tecnico sanitario.

7. In prima attuazione ed in attesa del regolamento di organizzazione da emanarsi entro 180 gg. dalla data di entrata in vigore della presente legge, il direttore generale provvede alla costituzione dell'ufficio elettorale, dei seggi elettorali e di ogni altro atto necessario alla elezione del consiglio dei sanitari.

Art. 9
Presidi ospedalieri

1. Il presidio ospedaliero, non costituito in azienda, la struttura tecnico funzionale mediante la quale l'azienda sanitaria assicura l'assistenza ospedaliera in modo unitario ed integrato sulla base dei principi di programmazione stabiliti dal piano sanitario regionale.

2. Al presidio ospedaliero attribuita autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'azienda sanitaria, fondata sul principio dei preventivi e consuntivi per centri di costo, basati sulle prestazioni effettuate.

3. [5]

4. Ferme restando le competenze attribuite singolarmente al dirigente medico ed al dirigente amministrativo dall'articolo 4, comma 9, del decreto legislativo di riordino, la gestione del budget del dipartimento ospedaliero spetta al dirigente del dipartimento stesso.

5. Nell'azienda sanitaria e nell'azienda ospedaliera garantita l'attività poliambulatoriale che assicuri la erogazione di prestazioni specialistiche, sia in ambito dipartimentale ospedaliero che dipartimentale territoriale

Art. 10
Collegio revisori

1. Al Collegio dei revisori dei conti si applicano le norme di cui al comma 13 dell'articolo 3 del decreto legislativo di riordino.

2. Il direttore generale entro 45 gg. dal suo insediamento nomina i revisori dei conti con specifico provvedimento e li convoca per la prima seduta.

[5] Comma abrogato dall’art. 22, comma 2, della L.R. 19 marzo 2004, n. 11

3. Alla designazione dei membri del collegio dei revisori di competenza regionale provvede il Consiglio regionale ai sensi della legge regionale n. 39 del 04.08.199.

4. Il collegio dei revisori vigila sull'osservanza delle leggi, verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del rendiconto generale alle risultanze delle scritture contabili, esamina il bilancio di previsione e le relative variazioni ed assestamento, nonché gli altri compiti di cui al comma 13, dell'articolo 3 del decreto legislativo di riordino.

5. Al collegio dei revisori sono trasmessi tramite il direttore amministrativo, il bilancio di esercizio, il bilancio pluriennale e gli atti che comportino oneri finanziari a carico del bilancio delle aziende, adottati dal direttore generale, entro 5 giorni dalla loro revisori trasmette successivi dieci giorni il collegio dei revisori trasmette al direttore amministrativo gli eventuali rilievi. Per gli atti di cui al successivo articolo 12 i rilievi vanno trasmessi all'assessorato regionale alla sanità. Il mancato inoltro di rilievi entro tale termine equivale a riscontro positivo.

6. Il componente del collegio che senza giustificato motivo non partecipa a tre riunioni consecutive decade dalla carica. La decadenza dichiarata dal direttore generale.

7. I provvedimenti del direttore generale o quelli su delega del medesimo, non soggetti a controllo della Giunta regionale, sono immediatamente esecutivi.

Art. 11
Conferenza dei sindaci

1. Al fine di esprimere il bisogno socio-sanitario delle comunità locali e di corrispondere alle esigenze sanitarie della popolazione, i Sindaci dei comuni compresi nell'ambito territoriale di ciascuna azienda sanitaria sono costituiti in Conferenza ai sensi dello articolo 3, comma 14 del decreto legislativo di riordino.

2. La conferenza dei sindaci svolge le seguenti funzioni:

a) definisce, nell'ambito della programmazione regionale, le linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività delle aziende sanitarie;
b) esamina il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio e rimette alla Giunta regionale le relative osservazioni;
c) verifica l'andamento generale dell'attività e contribuisce alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al direttore generale ed alla Giunta regionale;
d) definisce i criteri e le modalità per l'affidamento alle aziende dei servizi sociali.

3. Per lo svolgimento delle funzioni indicate al comma 2 ciascuna conferenza dei sindaci elegge nel suo seno un comitato di rappresentanza della Conferenza stessa composta da cinque sindaci. A tale nomina si provvede a maggioranza dei componenti, tenuto conto dei seguenti criteri:

a) deve essere garantito un rappresentante del comune con il maggior numero di abitanti;
b) ciascun sindaco rappresenta un numero di voti pari al numero dei consiglieri comunali assegnati al comune dallo stesso sindaco rappresentato, ad esclusione del sindaco del comune di cui alla precedente lettera a).

4. La Giunta regionale nel termine di trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, nell'ambito delle funzioni attribuite alla conferenza ai sensi dell'articolo 3, comma 14, del decreto legislativo di riordino, adotta uno schema di regolamento per disciplinare le modalità di funzionamento della conferenza stessa, nonché i rapporti con l'azienda sanitaria e/o ospedaliera di riferimento.

Art. 12 [6]

Controllo sugli atti delle aziende sanitarie ed ospedaliere

Art. 13

Finanziamento, contabilità e patrimonio delle aziende sanitarie e delle aziende ospedaliere

1. La gestione economica, finanziaria e patrimoniale e le modalità per il controllo di gestione delle aziende sanitarie e delle aziende ospedaliere, ai sensi dell'articolo 5 del decreto legislativo di riordino saranno disciplinate con successivo provvedimento legislativo da approvarsi entro trenta gg. dalla data di entrata in vigore della presente legge.

2. in ogni caso fatto divieto alle aziende sanitarie ed alle aziende ospedaliere di ricorrere a forme di indebitamento, salve le eccezioni previste dall'articolo 3, comma 5, lettera f), del decreto legislativo di riordino 3. In attesa dell'adozione della legge regionale di cui al primo comma, si continua ad applicare la normativa vigente.

Art. 14 [7]

Funzioni di prevenzione e controllo ambientale

Art. 15

Ufficio gestione stralcio

1. Per l'accertamento della situazione debitoria delle Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere della Regione al 31 dicembre 1994, i Direttori generali delle istituite Aziende Sanitarie Locali svolgono le funzioni di commissari liquidatori delle soppresse unità sanitarie locali ricomprese nell'ambito territoriale delle rispettive aziende.

2. Nei procedimenti giurisdizionali concernenti i crediti ed i debiti pregressi delle soppresse unità sanitarie locali, disciplinati dalla legge 23 dicembre 1994, n. 724 e dalla legge 28 dicembre 1995, n. 549, la legittimazione attiva e passiva spetta ai Direttori generali delle aziende sanitarie locali nella qualità di commissari liquidatori.[8]

Art. 16 [9]

Volontariato, partecipazione e tutela dei diritti del cittadino

[6] Articolo abrogato dall'art. 13, comma 5, della L.R. 19 marzo 2004, n. 11
[7] Articolo abrogato dall'art. 22, comma 2, della L.R. 19 marzo 2004, n. 11
[8] Articolo così sostituito dall'art. 3 della L.R. 23 dicembre 1996, n. 39
[9] Articolo abrogato dall'art. 2, comma 10, della L.R. 19 marzo 2004, n. 11

Art. 17
Personale

1. Il personale in servizio al momento della costituzione delle aziende sanitarie e delle aziende ospedaliere provvisoriamente assegnato alle medesime ed utilizzato nel presidio, servizio o ufficio di appartenenza. L'assegnazione definitiva disposta dal direttore generale entro 90 giorni dall'approvazione della pianta organica.

2. Entro il termine di trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale con propria direttiva, previo parere della commissione consiliare competente, che dovrà esprimersi entro il termine perentorio di 45 giorni dalla richiesta, da emanare ai sensi della lettera g) comma 5 dell'articolo 3 del decreto legislativo di riordino, del comma 5 dell'articolo 3 della legge 24 dicembre 1993, n. 537 e della legge 23 dicembre 1994, n. 724, fissa i criteri per la definizione delle dotazioni organiche delle aziende sanitarie e delle aziende ospedaliere. Le aziende sanitarie ed ospedaliere determinano le piante organiche entro 90 giorni dall'emanazione delle direttive di cui al precedente comma. Decorso tale termine provvederà con i poteri sostitutivi la Giunta regionale.

3. Dopo la definizione delle dotazioni organiche sarà attuatala mobilità del personale risultante in esubero ai sensi delle disposizioni di cui al decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni. Per il personale medico la mobilità per esubero, in caso di carenza di posti, può essere attuata con riferimento alla specializzazione posseduta dal personale interessato.

4. Dopo gli adempimenti di cui al precedente terzo comma la Giunta regionale provvederà ad individuare le aree in cui inquadrare, a domanda, previo giudizio di idoneità, nel primo livello dirigenziale, anche in soprannumero, i medici della guardia medica e della medicina dei servizi per come previsto dall'articolo 8, comma 1 bis del decreto legislativo di riordino.

5. Definire le dotazioni organiche, i concorsi per la copertura dei posti vacanti potranno essere indetti dopo l'espletamento della mobilità di cui al terzo comma.

6. L'eventuale affidamento a privati della gestione di servizi, fermi restando gli obblighi relativi alla corretta amministrazione, ove comporti procedimenti di mobilità, riqualificazione o trasferimento di personale, potrà essere avviato dopo l'espletamento delle procedure di cui ai primi tre commi del presente articolo.

Art. 18
Norme transitorie

1. Entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale provvederà ad individuare e trasferire alle aziende sanitarie le funzioni ancora esercitate dai settori dell'assessorato regionale alla sanità, di competenza delle stesse aziende.

2. Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, con deliberazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, sarà disciplinato il trasferimento alle aziende della gestione del ruolo nominativo di cui alla legge regionale 2 giugno 1980, n. 19, secondo quanto previsto dall'articolo 2, lettera c), della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

3. E' abrogato l'art. 3 della legge regionale n. 26 del 12 novembre 1994. Alla nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie ed ospedaliere provvede con proprio decreto il Presidente della

Giunta regionale, previa delibera di Giunta in conformità ai criteri che saranno fissati con successivo provvedimento amministrativo del Consiglio regionale.[10]

Art. 19
Abrogazione di norme

1. Sono abrogate le seguenti norme regionali, nonché tutte quelle eventualmente in contrasto con quanto stabilito dalla presente legge:
L.R. 21/12/1973, n. 20
L.R. 22/04/1974, n. 6
L.R. 17/09/1974, n. 14
L.R. 16/01/1975, n. 2 - Articoli 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10
L.R. 16/01/1975, n. 3
L.R. 29/01/1975, n. 6
L.R. 03/02/1975, n. 8
L.R. 15/04/1975, n. 11
L.R. 03/06/1975, n. 24
L.R. 25/06/1976, n. 16
L.R. 13/12/1976, n. 20
L.R. 12/03/1977, n. 10
L.R. 18/03/1977, n. 11
L.R. 10/09/1978, n. 14
L.R. 14/12/1978, n. 29
L.R. 02/06/1980, n. 18
L.R. 30/11/1981, n. 18
L.R. 09/12/1981, n. 19
L.R. 01/03/1983, n. 8
L.R. 23/05/1984, n. 12
L.R. 17/08/1984, n. 23
L.R. 24/04/1985, n. 23
L.R. 27/08/1986, n. 38
L.R. 13/4/1992, n. 3, articoli 2, 3, 4, 5, 6,7.

[10] Comma così sostituito dall’art. 1 della L.R. 18 giugno 1996, n. 11.

LEGGE REGIONALE 8 agosto 1996, n. 21
Servizi socio-assistenziali a favore dei minori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria.
(BUR n. 85 del 16 agosto 1996)

(Testo coordinato con le modifiche e le integrazioni di cui alle LL.RR. 24 maggio 1999, n. 14, 13 settembre 1999, n. 27, 10 ottobre 2002, n. 39 e 11 agosto 2004, n. 18)

Art. 1
(Oggetto)

1. La presente legge disciplina l'organizzazione e la gestione dei servizi socio-assistenziali a favore dei minori sottoposti a provvedimenti della Autorità Giudiziaria ad integrazione e specificazione di quanto previsto *dagli articoli 14 e 16* della legge regionale n. 5 del 26 gennaio 1987.[1]

Art. 2
(Riconoscimento soggetti abilitati)

1. Spetta alla Regione riconoscere i soggetti abilitati alla gestione dei servizi di cui al precedente articolo 1.

2. Il servizio è organizzato per gruppi. Ciascun gruppo deve essere ubicato in edifici diversi ed è riferito ad un numero da quattro a sette di minori da ospitare.

3. Per tale riconoscimento, i soggetti devono dimostrare di possedere, per ciascun modulo organizzativo, i seguenti requisiti:

1) capacità di:
- predisporre ed attuare progetti mirati all'equilibrio psico-fisico del minore;
- garantire l'assolvimento dello obbligo scolastico ai minori;
- instaurare corretti rapporti del minore con la famiglia di origine;
- ricercare opportune condizioni per l'inserimento del minore in attività produttive sino al raggiungimento dell'età lavorativa;

2) disporre di una struttura residenziale per civile abitazione avente le seguenti caratteristiche:
- ubicazione in zona centrale;
- un numero di camere da letto, soggiorno, cucina e servizi sufficienti per garantire l'ospitalità ad un numero massimo di sette minori;
- impianti igienici e di riscaldamento;

3) disporre di un organico di personale (educatori, assistenti sociali, *pedagogisti, psicologici e titoli equipollenti nel settore socio assistenziale*, personale ausiliario) tale da consentire l'organizzazione della vita quotidiana del minore il più vicino possibile al modello familiare.[2]

Note
[1] comma così modificato dall'art. 17, comma 8, della L.R. 24 maggio 1999, n. 14
[2] comma così modificato dall'art. 17, comma 9, della L.R. 24 maggio 1999, n. 14

Art. 3
(Obblighi dei gestori)

1. I soggetti gestori sono responsabili della tenuta e dell'aggiornamento della documentazione relativa ai minori ospitati dal servizio.

2. La natura e la consistenza di tale documentazione, sono specificate nella convenzione di cui al successivo articolo 4.

3. I soggetti gestori, inoltre, sono obbligati ad assicurare i minori ospitati contro infortuni o danni provocati a terzi, stipulando apposita polizza assicurativa.

Art. 4
(Convenzioni)

1. Spetta *al Dipartimento Regionale competente per i Servizi Sociali* stipulare con i soggetti riconosciuti, *in base all'articolo 2 della presente legge*, alla Regione apposite convenzioni per l'espletamento del servizio.[3]

2. Lo schema-tipo di convenzione è adottato dal Consiglio regionale, su proposta della Giunta da presentare entro sessanta giorni dall'approvazione della presente legge e dovrà prevedere, oltre alla specificazione dei requisiti di cui al precedente articolo 2, la durata del rapporto convenzionale, i rapporti economici, le modalità di erogazione dei finanziamenti, le norme sullo esercizio dei controlli della gestione e ogni altro elemento necessario per il migliore funzionamento del servizio.

Art. 5
(Costi del servizio)

1. La Regione garantisce la copertura dei costi per l'espletamento del servizio, erogando annualmente:

a) la somma necessaria per il pagamento delle competenze contrattuali al personale;

b) la quota delle spese fisse di gestione;

c) le rette legate alla effettiva presenza dei minori nel servizio.

2. In sede di prima applicazione della presente legge, l'entità della spesa di cui alle lettere b) e c) del comma precedente è determinata dalla Giunta regionale, sulla base dei parametri oggettivi e tenendo conto dell'effettiva spesa media unitaria sostenuta nell'ultimo triennio.

3. Per le competenze ed il complesso dei rapporti di lavoro del personale, si fa riferimento al contratto collettivo di categoria e se ne segue l'andamento.

[3] Comma così modificato dalla L.R. 11 agosto 2004, n. 18, art. 12 bis, comma 2.

4. Le quote di cui ai punti b) e c) vengono aggiornate annualmente con riferimento all'indice di inflazione programmata.

Art. 6
(Erogazione dei contributi)

1. I finanziamenti di cui al precedente articolo 5 vengono erogati mediante pagamento diretto dalla Regione ai soggetti gestori convenzionati.

2. Limitatamente alle rette di cui al punto c) comma 1 del precedente articolo 5 la liquidazione viene effettuata con cadenza trimestrale, sempre mediante pagamento diretto ai soggetti gestori del servizio.

3. A tal fine, ciascun soggetto gestore presenta contestualmente alla Regione ed al Comune di residenza del minore la contabilità documentata.

4. Il Comune provvede entro 15 giorni dal ricevimento a vistarla e trasmetterla alla Regione la quale, comunque, scaduto infruttuosamente il termine sopra fissato, emette il mandato di pagamento.

Art. 7
(Norma finanziaria)

1. All'onere derivante dalla presente legge, valutato in lire cinque miliardi, si fa fronte con lo stanziamento previsto al capitolo 4331103 dello stato di previsione della spesa di bilancio per l'esercizio finanziario 1996, ed entro i limiti della somma allo scopo destinata dallo articolo 17, comma 5, della legge finanziaria di accompagnamento al bilancio.

Art. 8
(Norma transitoria)

1. In deroga al precedente articolo 2, sono soggetti riconosciuti per la gestione del servizio, gli enti che in atto gestiscono i dodici Gruppi Appartamento operanti nella regione ed istituti con delibera della Giunta regionale n. 769 del 27 febbraio 1978 *nonché altri gruppi appartamento operanti nella regione ed istituiti con atti formali adottati dalla Giunta regionale alla data di entrata in vigore della presente legge* nonché le due strutture Casa Serena di Celico e A. Velonà di Botricello. Con collocazione della relativa spesa di Euro 361.958,22 (lire 700.848.842) al capitolo 4331103 giusto impegno di spesa 12228 del 2871272001.[4]

2. [5]

3. La Regione assicura ai soggetti di cui al 1° comma del presente articolo le somme necessarie per l'espletamento del servizio, sulla base della spesa storica consolidata e salvo gli aggiornamenti previsti dal precedente articolo 4.

[4] comma così modificato dall'art. 4 bis della L.R. 13 settembre 1999, n. 27 e dall’art. 10 della L.R. 10 ottobre 2002, n. 39.
[5] Comma abrogato dall’art. 12 bis, comma 2, della L.R. 11 agosto 2004, n. 18, modificato dall’art. 1 della L.R. n. 18/2004

LEGGE REGIONALE 2 febbraio 2004, n. 1
Politiche regionali per la famiglia.
(BUR n. 2 del 31 gennaio 2004, supplemento straordinario n. 2)

(Testo coordinato con le modifiche e le integrazioni di cui alla L.R. 12 giugno 2009, n. 19)

Art. 1
Finalità

1. La Regione Calabria, ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 2, 3, 29, 30, 31, 32, 37, 38 e 47 della Costituzione e della Convenzione ONU sui Diritti del fanciullo resa esecutiva ai sensi della Legge 27 maggio 1991, n. 176 (Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo fatta a New York il 20 novembre 1989), riconosce e sostiene come soggetto sociale essenziale la famiglia fondata sul matrimonio in qualità di istituzione primaria per la nascita, la cura e l'educazione dei figli e per l'assistenza ai suoi componenti. Ai fini degli interventi della presente legge il concepito è considerato componente della famiglia. Detti interventi vengono estesi anche alle persone unite da vincoli giuridici di parentela, adozione o affinità.

2. La Regione con la presente legge, promuove il servizio pubblico alla famiglia, predispone e attua iniziative e procedimenti mirati alla tutela dei componenti della famiglia, attraverso una organica e mirata politica sociale per promuovere e sostenere il diritto della famiglia al libero svolgimento delle sue funzioni, ritenendola l'ambito più importante in cui si forma e si sviluppa la personalità dell'individuo. La Regione, a tal fine, nel rispetto delle convinzioni etiche dei cittadini, tutela la vita in tutte le sue fasi con particolare attenzione alla gestante, al periodo prenatale e all'infanzia, favorisce la maternità e la paternità consapevoli, la solidarietà fra le generazioni e la parità tra uomo e donna, sostiene la corresponsabilità dei genitori negli impegni di cura e di educazione dei figli, persegue la tutela della salute dell'individuo nell'ambito familiare, attua attraverso l'azione degli Enti locali, politiche sociali, sanitarie, economiche e di organizzazione dei servizi finalizzati a rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che impediscono il pieno sviluppo della persona nella famiglia. Si intende per servizio pubblico alla famiglia ogni attività, resa con le finalità e gli obiettivi di cui alla presente legge, da strutture pubbliche o private, senza fini di lucro, che rispettino i criteri e gli standard fissati dalle leggi e dagli atti di programmazione regionale.

Art. 2
Obiettivi

1. La Regione, nella propria attività di programmazione e di indirizzo politico, d'intesa con le Province e con i comuni nelle forme e nei modi previsti dalla legge 34/2002 e del regolamento di attuazione approvato dalla Giunta Regionale entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, realizza i seguenti obiettivi:

1) favorire la formazione e sostenere lo sviluppo delle famiglie mediante la rimozione di tutti gli ostacoli che creano difficoltà nel corso della vita familiare, quali quelli di carattere abitativo, economico e della salute;

2) sostenere l'alto valore della vita, garantendo il diritto ad una procreazione consapevole e responsabile, rafforzando il principio della corresponsabilità da parte di entrambi i genitori nei confronti dei figli, rimovendo altresì gli ostacoli che si frappongono alla realizzazione della volontà di procreare, anche al fine di prevenire l'aborto, realizzando interventi volti a prevenire e rimuovere difficoltà economiche e sociali secondo quanto previsto dall'art. 4 della L. 22 maggio 1978, n. 194, su "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza";

3) sostenere le situazioni familiari disagiate di famiglie con disabili, famiglie con anziani soli, famiglie monogenitoriali con figli minori;

4) ridurre le differenze nelle condizioni di vita delle persone che appartengono a tipi di famiglia diversi per numerosità della prole e/o per la presenza di persone con handicap fisici o psichici, tutelando il benessere di tutti i componenti della famiglia attraverso azioni mirate alle varie necessità;

5) promuovere le iniziative volte a favorire pari opportunità tra uomo e donna nella famiglia rendendo compatibili le esigenze derivanti dagli impegni di lavoro dei coniugi con quelli della famiglia, anche attraverso una maggiore condivisione da parte del padre degli impegni di cura e di educazione dei figli;

6) riconoscere e tutelare il valore sociale del lavoro domestico in quanto attività essenziale per la vita delle famiglie e per la società stessa, tutelando anche i periodi di impossibilità fisica ad espletare l'attività domestica;

7) sviluppare tra le finalità dei Consultori pubblici e privati, tra i servizi socio-sanitari e assistenziali, la valorizzazione sociale e personale della maternità e della paternità, la tutela dei minori e della donna, l'unità e la stabilità familiare finalizzate comunque al benessere dei suoi componenti e la solidarietà sociale a predisporre specifici programmi di sostegno in favore di situazioni di particolare disagio originate da accertati motivi psico-sociali familiari, da povertà o dalla mancanza di autonomia fisica o psichica;

8) promuovere attività di tutela, assistenza e consulenza a sostegno di soggetti privi per qualsiasi motivo dell'assistenza dei genitori, delle vittime della violenza anche sessuale, dei minori sottoposti a maltrattamenti, abusi e abbandoni, nonché il sostegno della coppia madre e bambino vittima di violenze familiari, attraverso il potenziamento dei servizi socio-educativi e la realizzazione di strutture idonee all'assistenza dei soggetti indicati alla presente lettera;

9) potenziare i servizi socio-educativi nel rispetto dei diritti del bambino al fine di prevenire i processi di disadattamento, prevedendo modalità organizzative flessibili per rispondere alle esigenze delle famiglie con particolare attenzione a quelle numerose e monoparentali, attraverso il potenziamento della ricettività dei servizi di asili nido, anche mediante il convenzionamento con i soggetti che gestiscono tali servizi secondo gli standard qualitativi e organizzativi definiti dalla Giunta regionale, organizzando dei supporti tecnico-organizzativi per combattere il fenomeno della dispersione scolastica e attivando, con particolare riguardo ai capoluoghi di provincia, spazi di aggregazione educativo-ricreativa a disposizione dei minori;

10) promuovere e sostenere, con contributi finalizzati alle attività programmate e secondo i criteri stabiliti dalla Giunta regionale, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, le iniziative finalizzate alla creazione di reti primarie di solidarietà, l'associazionismo e la cooperazione, al fine di favorire forme di auto-organizzazione e di aiuto solidaristico tra le famiglie per la cura dei bambini, degli adolescenti, dei disabili, degli anziani.

Art. 3
Interventi finanziari

1. La Regione Calabria concede a favore di:

a) coppie che dichiarano di voler contrarre matrimonio entro i sei mesi successivi dalla richiesta o che hanno contratto matrimonio massimo da sei mesi;
b) persone sole con figli;
c) gestanti sole;
d) genitore solo con figli minori a carico;

finanziamenti a tasso e condizioni agevolate, consistenti in un contributo per l'abbattimento del tasso d'interesse pari al 75% del tasso di riferimento per una durata decennale e fino ad un importo massimo di Euro 51.000,00 (cinquantunomila) del mutuo per l'acquisto della prima casa.

2. Possono usufruire delle agevolazioni di cui al comma 1, del presente articolo i soggetti che siano in possesso dei seguenti requisiti sia oggettivi che soggettivi:

1) non essere proprietari di alloggi;
2) non aver ottenuto altre agevolazioni di carattere pubblico per gli stessi scopi;
3) individuazione dell'alloggio, che deve avere le caratteristiche di un alloggio di edilizia residenziale pubblica.

3. Sono concessi, altresì, ai medesimi soggetti di cui al 1° comma, c.d. prestiti di famiglia, consistenti in finanziamenti da restituire secondo piani di rimborso concordati, senza interessi a carico del mutuatario, che si trovano in situazione di temporanea difficoltà economica, per spese attinenti tutte le necessità della vita familiare, compreso il pagamento degli affitti, purché in possesso di un reddito complessivo non superiore ai 21.000,00 €uro. L'onere degli interessi è a totale carico della Regione. I suddetti finanziamenti vengono concessi per una durata massima di 5 anni e sono commisurati fino ad un importo massimo di 36.000,00 €uro.

4. Per l'attuazione del presente articolo è costituito un apposito fondo finalizzato all'abbattimento parziale del tasso d'interesse per le agevolazioni di cui al comma 1 e l'abbattimento totale per le agevolazioni di cui al comma 3. Le modalità d'indirizzo e di gestione di tale fondo sono disciplinate da apposite convenzioni tra la Regione e gli Istituti e le aziende di credito operanti in Calabria entro il 31 dicembre di ogni anno.

5. La Giunta regionale entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge da attuazione alle misure previste dal presente articolo, attraverso la determinazione dello schema di convenzione, dell'individuazione di eventuali limiti di cumulabilità delle provvidenze fuori da quelle previste dal punto 2) del comma 1 del presente articolo, precisando le categorie di spese ammissibili al finanziamento, le modalità di erogazione e la documentazione per ottenerli.

6. Le convenzioni stipulate, ai sensi del comma 4 determinano l'entità dei finanziamenti resi disponibili e fissano le modalità di determinazione del tasso d'interesse per le operazioni di prestito di cui al presente articolo. A tal fine la Regione pone a carico del proprio bilancio gli importi necessari a finanziare il fondo di abbattimento tassi per i finanziamenti effettuati dagli Istituti di credito ai sensi dei commi 1 e 3.

7. Nelle convenzioni sono definite altresì:
a) tempi e modi di presentazione delle domande e le altre modalità operative per l'accesso ai finanziamenti e la documentazione necessaria;
b) le procedure per l'esame delle domande;
c) i tempi per l'istruttoria e per la concessione del finanziamento;
d) le condizioni di garanzia a carico del fondo di garanzia;
e) le modalità di rendicontazione della quota di interessi debitori a carico del fondo abbattimento interessi;
f) le garanzie richieste per l'accesso al fondo.

8. In caso di estinzione anticipata del mutuo da parte del beneficiario, cessa l'erogazione del mutuo residuo.

9. Al fine di accelerare e di semplificare, la procedura di accesso, al mutuo viene individuato, secondo le procedure di legge, l'Istituto di credito erogante. La scelta avviene mediante comparazione e contemperamento, della migliore offerta in termini finanziari di garanzia, di efficacia, di sicurezza e tempestività nell'adempimento dei carichi istruttori e di presenza sul territorio regionale.

10. I soggetti di cui al comma 1 del presente articolo per fruire dei benefici previsti non devono aver percepito cumulativamente un reddito complessivo superiore a 21.000,00 €uro. I limiti di reddito e l'entità dei contributi previsti nel presente comma verranno rideterminati ogni due anni, dalla Giunta Regionale, secondo le indicizzazioni del costo della vita stabilito dall'lSTAT.

11. Qualora i soggetti di cui ai commi 1 e 3 non abbiano sufficienti garanzie per poter accedere ai finanziamenti di cui al presente articolo, la Regione su richiesta dell'Istituto di credito e fermi restando il possesso degli altri requisiti possono concedere fideiussione gratuita a garanzia dell'obbligazione delle somme oggetto del mutuo.

12. Per l'accesso alla prima casa per i soggetti di cui al comma 1, la Regione, nei programmi di edilizia residenziale pubblica o sovvenzionata, prevede una riserva pari al 20% degli alloggi costruiti per la locazione, per l'assegnazione in proprietà indivisa o in proprietà individuale.

13. La percentuale di riserva individuata al comma precedente, va riferita alla assegnazione e alla gestione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica, i quali vengono assegnati secondo apposite graduatorie speciali.

Art. 4

Interventi a favore delle famiglie in stato di bisogno economico

1. La Regione adotta specifiche politiche sociali mirate alle famiglie in stato di bisogno economico, agendo anche sui fattori familiari che possono costituire cause di rischio e di povertà o di deprivazione.

2. A tal fine la Giunta Regionale, con propria deliberazione da adottare entro e non oltre 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, sentite le Province:

a) stabilisce i criteri, i metodi e gli strumenti idonei a rilevare ed a valutare la povertà economica e in genere, le situazioni di deprivazione materiale e sociale suscettibili di essere affrontate con aiuti economici e ad identificare le caratteristiche delle situazioni di povertà e di deprivazione, non solo come condizioni statiche, ma anche come processo sociale;

b) determina la soglia minima complessiva di risorse che costituiscono “il minimo di sopravvivenza", in considerazione delle tipologie familiari, della composizione qualitativa e quantitativa del nucleo familiare e dei fattori ambientali.

3. La Giunta regionale, sulla base delle rilevazioni e delle determinazioni, di cui al comma 1, nella delibera di cui al comma 2, progetta, altresì, un sistema di interventi che, prevedendo anche l'utilizzo del privato sociale, del volontariato e delle reti informali di solidarietà consentirà annualmente di:

a) organizzare gli interventi;

b) offrire programmi personalizzati di aiuto per ogni specifica situazione di povertà e di deprivazione, considerata nei suoi aspetti e nelle sue dinamiche specifiche;

c) promuovere compatibilmente con le disponibilità del bilancio regionale il raggiungimento per ogni famiglia del minimo di sopravvivenza con l’attribuzione di risorse idonee a consentire una esistenza libera e dignitosa.

4. Nell'esercizio dei compiti di cui al comma 2, la Regione, sentite le Province, seleziona e indica i settori prioritari e le situazioni che l'intervento delle strutture pubbliche deve privilegiare e quelli da attribuire, con sostegni e incentivazioni al privato sociale, anche con la creazione di mense e empori sociali gestiti da Cooperative sociali di cui alla L.R. n. 5/2000.

5. Viene altresì inserito nel programma d'interventi di cui ai commi 2 e 3, la disciplina dell'assegno di maternità e l'entità dello stesso da erogare ai soggetti di cui al presente articolo. L'assegno verrà corrisposto al Comune di residenza che inoltra la pratica alla Provincia, previa richiesta fatta dall'interessata al Comune ed esperiti gli adempimenti amministrativi da parte del Comune stesso entro 30 giorni dall'invio della domanda da parte della Provincia.

6. Il progetto di sistema d'interventi previsto dal presente articolo e deliberato dalla Giunta regionale, costituisce orientamento direttivo vincolante per la programmazione e l'esercizio delle funzioni amministrative da parte degli Enti locali. Il progetto può essere inserito in sede di approvazione del Piano socio-assistenziale di cui alla L.R. n. 23/2003.

7. L'ordine di priorità degli aventi titolo alle provvidenze di cui al presente articolo è determinato sulla base del quoziente familiare che viene stabilito secondo i seguenti criteri:

a) reddito complessivo;
b) numero dei componenti della famiglia;
c) presenza nel nucleo familiare di:
1) soggetti portatori di handicap;
2) anziano convivente non autosufficiente;
3) soggetti in situazione di particolare disagio psico-fisico.

Art. 5
Potenziamento e differenziazione delle politiche familiari

1. Nell'ambito degli obiettivi previsti dall'art. 1 della presente legge, la Regione Calabria promuove e sostiene, in campo socio-educativo e socio-assistenziale, tutti i processi rivolti a sostegno del ciclo di vita familiare, con interventi mirati ai singoli membri della famiglia e alle famiglie più bisognose, rafforzando le solidarietà associative autonome, valorizzandole e riconoscendole in modo funzionale. La Regione intende perseguire, in particolare, i seguenti obiettivi:

a) promozione della formazione delle famiglie attraverso una serie di servizi di sostegno per le giovani coppie e interventi anche economici per l'accesso alla prima casa, mediante l'erogazione di buoni o contributi in conto interesse e forme di priorità nell'assegnazione in affitto dell'edilizia popolare e convenzionata;

b) sostegno delle scelte di paternità e maternità attraverso l'ampliamento delle funzioni consultoriali e dei servizi per l'infanzia, nonché attraverso aiuti economici a fronte di condizioni di particolare disagio;

c) promozione di progetti culturali e di servizi relativi all'istituto familiare e all'adozione;

d) valorizzazione delle responsabilità genitoriali e delle scelte educative attraverso un riassetto dei servizi di educazione e cura, secondo il principio di sussidiarietà, riconoscendo alle famiglie l'autonomia effettiva nell'erogazione dei servizi stessi, sia nel campo dell'assistenza alla prima infanzia che in quello educativo dell'età scolare;

e) promozione e facilitazione delle scelte di inserimento nel mercato del lavoro, con rilancio adeguato della formazione professionale, nonché di reinserimento, prevedendo forme di flessibilità lavorativa legata ai carichi familiari, oltre il riconoscimento del lavoro familiare e commisurando servizi ed orari in modo da tener conto dei tempi della famiglia e delle sue esigenze quotidiane;

f) sostegno alle scelte di cura che prevedono la permanenza in famiglia di soggetti deboli (disabili, anziani, ecc.) attraverso aiuti professionali, fornendo servizi di supporto anche economici in forma di contributi o agevolazioni, che possono garantire una buona qualità della vita.

2. La Regione interviene per le seguenti categorie: minori, adulti, giovani, anziani, disabili; attraverso le seguenti iniziative programmate con le Province e i Comuni:

a) per i minori: al fine soprattutto di contrastare l'evasione scolastica, maltrattamenti, abusi, ecc., con centri di ascolto, di mediazione familiare, affidamenti familiari e adozioni;

b) per gli adulti: assistenza famiglie bisognose, assistenza ragazze madri, assistenza ex detenuti con nucleo familiare a carico;

c) per i giovani: prevenzione, tossicodipendenza, centri polivalenti;

d) per gli anziani: centri diurni, ricovero in istituto, assistenza domiciliare, telesoccorso e telecontrollo, soggiorni estivi, fisioterapia, agevolazioni tariffarie;

e) per i disabili: trasporto scolastico, assistenza tutelare nelle aule scolastiche, assistenza domiciliare.

3. Entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale definisce le modalità operative necessarie all'attuazione del presente articolo, delegando le Province alle attività sul territorio d'intesa con i Comuni interessati alle azioni di cui ai commi precedenti. Vengono, altresì, istituiti i c.d. "sportelli famiglia" presso i Comuni con le funzioni di: attività di prevenzione degli stati di disagio, sostegno ai nuclei minorili in situazioni di difficoltà, creazione dello sportello di consulenza giuridica, attivazione degli strumenti di pronta reperibilità per emergenze sul territorio, proporre corsi di formazione nel campo delle adozioni e degli affidamenti etero-familiari, sostegno a nuclei minorili, coppie, donne in situazione di tensione relazionale, mediazione tra i genitori in casi di separazione in relazione ai rapporti con i figli in casi di disagio. La Giunta regionale stabilisce, i limiti d'intervento del privato sociale,nelle azioni rivolte all'assistenza domiciliare e al ricovero in case riposo per anziani, le iniziative rivolte a favore dei disabili, quali assistenza scolastica e domiciliare, le iniziative a favore dei giovani e quelle a sostegno del volontariato qualificato, le azioni rivolte alla prevenzione.

4. La Regione, tramite le Province, concede alle famiglie contributi pari al 60% dell'importo massimo necessario per l'acquisto di strumenti tecnologicamente avanzati fino ad un importo massimo di 10.000,00 Euro, al fine di agevolare l'integrazione e il reinserimento sociale e professionale di portatori di handicap. La Giunta regionale definisce annualmente, entro il 31 gennaio, le tipologie di strumenti ammissibili a contributo, le modalità e i termini per la presentazione delle richieste di contributo, la formazione delle graduatorie provinciali e l'entità dei contributi per Provincia.

5. La Regione promuove e sostiene l'adozione, attraverso i Comuni, di iniziative innovative da parte di Associazioni e di Organizzazioni di privato sociale, finalizzate a:

a) realizzare forme di autorganizzazione e mutualità familiari, quali "nidi famiglia", intendendo per nido famiglia l'attività di cura di bambini da 0 a 3 anni svolta senza fini di lucro, promossa e gestita da famiglie utenti;

b) potenziare la ricettività dei servizi di asili nido, anche mediante il convenzionamento con i soggetti che gestiscono tali servizi secondo gli standard qualitativi ed organizzativi definiti dalla Giunta regionale;

c) fornire le strutture ed i supporti tecnico–organizzativi per la realizzazione di attività ludiche ed educative per l'infanzia.

6. La Regione con riferimento all'attività e alla programmazione di corsi di formazione professionale:

a) coordina e finanzia corsi di formazione e di aggiornamento rivolti a soggetti che operano nell'ambito dei servizi socio-educativi e socio-assistenziali coinvolti nell'attuazione degli obiettivi della presente legge;

b) finanzia corsi di formazione diretti a soggetti portatori di handicap per agevolare il loro inserimento sociale e professionale.

7. La Regione, nell'ambito delle proprie competenze, sostiene attraverso contributi economici, l'assistenza a domicilio in tutti i settori d'intervento sociale e sanitario, come interventi specifici alternativi alla ospedalizzazione e alla istituzionalizzazione. L'erogazione dei contributi avviene nell'ambito delle attività dei servizi sociali, al fine di garantire a domicilio prestazioni assistenziali di rilievo sanitario.

8. I contributi, di cui al comma precedente, riguardano l'erogazione di cosiddetti "buoni famiglia" per l'acquisizione diretta, da parte delle famiglie, delle prestazioni erogate dai soggetti pubblici e privati accreditati o convenzionati. Le risorse verranno stabilite annualmente in sede di programmazione annuale all'interno della quota del fondo sanitario regionale, destinata alle attività socio-sanitarie integrate.

9. L’ordine di priorità degli aventi diritto ai buoni famiglia, di cui al comma 7, viene determinato sulla base dei seguenti criteri:

1) reddito familiare complessivo;
2) presenza nel nucleo familiare di:
   a) soggetto in particolare situazione di disagio psico-fisico;
   b) soggetto con diverse abilità;
   c) anziano disabile convivente.

10. Al fine di realizzare gli obiettivi fissati nella presente legge, la Regione promuove programmi sperimentali di informazione sui temi della sessualità, programmi di formazione dei giovani al futuro ruolo di coniugi e di genitori, sulla procreazione responsabile, sui diritti delle donne in stato di gravidanza e sui servizi socio- sanitari ed assistenziali esistenti sul territorio a favore del bambino e a tutela dei suoi diritti. Tali programmi verranno attuati annualmente nell’ambito delle competenze spettanti ai Consultori pubblici e a quelli privati.

Art. 6
Associazionismo familiare

1. La Regione in attuazione dello Statuto e del principio di sussidiarietà favorisce, le forme di associazionismo e di autogestione come modalità per garantire l'effettiva partecipazione di tutti i cittadini alla realizzazione della politica familiare nella Regione, promovendo iniziative di sensibilizzazione e formazione al servizio delle famiglie, in relazione ai loro compiti sociali ed educativi, creando la prima “banca dati mutuo aiuto” che individua tutte le Associazioni e le Organizzazioni di volontariato che offrono gratuitamente, attraverso i loro associati mutuo aiuto per attività di cura, custodia e assistenza di soggetti o famiglie in condizioni di bisogno.

2. La Giunta regionale provvede entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge a indire il bando per censire le Associazioni che attuano gli obiettivi previsti dalla presente legge, creando la “banca dati di mutuo aiuto", ed a iscriverle in un apposito albo.

3. Per sostenere ed incentivare le attività e le formazioni del privato sociale, di cui al capoverso precedente, la Giunta regionale nell'ambito delle disponibilità finanziarie e del programma d'interventi presentato entro i termini di cui all'art. 5, comma 5, previo parere della Consulta di cui al successivo comma, sulla base di criteri e modalità definiti in precedenza dalla Giunta regionale, concede annualmente dei contributi, ad integrazione delle quote versate dai singoli associati, sulla base di criteri e modalità definiti dalla Giunta regionale stessa.

4. Per l'attuazione degli obiettivi di cui al presente articolo viene istituita la Consulta Regionale delle associazioni familiari. La Consulta è composta da:
   a) il Presidente della Giunta o da un suo delegato;
   b) Assessori provinciali alle politiche sociali o dai loro delegati;
   c) 3 rappresentanti di strutture di auto organizzazione a livello regionale di servizi tra le famiglie;
   d) 4 rappresentanti di associazioni di famiglie iscritte all'albo di cui al 2° comma del presente articolo;
   e) un esperto in materie socio - sanitarie nominato dall'Assessore alla sanità.

5. In sede di prima costituzione la Consulta è nominata con durata biennale dalla Giunta regionale ed è composta:

a) dall'Assessore regionale alle politiche sociali che la presiede;

b) da un assessore provinciale alle politiche sociali designato dall'UPI;

c) da due assessori alle politiche sociali di comuni capoluoghi di provincia designati dall'ANCI;

d) da quattro rappresentanti di associazioni di famiglie designati dal Forum regionale delle famiglie;

e) da un rappresentante di fondazioni o enti regionali che si occupano di servizi alle famiglie designato dal Presidente della Giunta regionale.

Ove le designazioni non pervengano entro trenta giorni dalla richiesta alla nomina provvede direttamente la Giunta regionale. Alla scadenza la Consulta resta in carica fino alla nomina della nuova[1].

6. Prima della scadenza della Consulta nominata per come previsto dal comma precedente, la Giunta regionale con apposita delibera stabilisce i criteri per la nomina dei componenti. Con lo stesso atto è costituito un ufficio di supporto alla Consulta stabilendone l'organico. La Consulta è nominata dal Presidente della Giunta regionale. La Consulta elegge nel suo seno il presidente e delibera un proprio regolamento interno per l'organizzazione e la disciplina delle attività. La Consulta dura per l'intera legislatura ed i membri di cui a punti c), d) ed e) del precedente comma 4 non possono essere rieletti per più di due legislature[2].

7. La Consulta tra le sue competenze esprime parere in merito alla programmazione regionale in tema di politiche familiari, di cui al comma 3, esprime pareri in ordine a qualsiasi atto di programmazione regionale che riguardi la famiglia, compresi gli interventi di cui agli articoli 3, 4, 5 della presente legge, coordinandosi, altresì con le strutture comunali degli "sportelli famiglia" di cui all'articolo 5, comma 3.

8. All'interno della Consulta viene istituito l'ufficio denominato "Osservatorio permanente sulla famiglia".

9. Compiti dell'Osservatorio sono:

a) studiare e analizzare l'evoluzione delle condizioni di vita della famiglia, con particolare attenzione alle situazioni di disagio, devianza e violenza, alla monoparentalità, al rapporto famiglia-lavoro, e famiglia-servizi, al fine di individuare le problematiche emergenti e l'evoluzione delle esigenze familiari;

b) verificare l'efficacia degli interventi in favore delle famiglie realizzati dalla Regione, da Enti, Istituzioni pubbliche e private, da Gruppi e Associazioni;

c) fornire alla Consulta tutti gli elementi per l'attuazione del comma 7 del presente articolo.

10. L'osservatorio è costituito da nove esperti nominati dal Consiglio regionale ai sensi della legge regionale 39/95, con rispetto dei diritti della minoranza, all'inizio di ogni legislatura, e scelti tra docenti, ricercatori ed esperti del settore.

11. Il Presidente della Giunta provvederà all'organizzazione dell'Osservatorio, assegnandone i locali e il personale necessario al suo funzionamento.

Art. 7
Disposizioni finanziarie

---

[1] **Comma così sostituito dall'art. 55, comma 1 lett. a), della L.R. 12 giugno 2009, n. 19, il comma precedentemente così recitava: «La Giunta regionale con propria delibera, da approvarsi entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, stabilisce i criteri e le modalità di nomina dei componenti della Consulta istituendo un ufficio e stabilendone l'organico. La Consulta è nominata ed insediata dal Presidente della Giunta regionale. La Consulta elegge nel proprio seno il Presidente e delibera, entro 60 giorni, dal proprio insediamento un proprio regolamento interno per l'organizzazione e la disciplina delle attività».**

[2] **Comma così sostituito dall'art. 55, comma 1 lett. b), della L.R. 12 giugno 2009, n. 19, il comma precedentemente così recitava: «La Consulta dura per l'intera legislatura e i suoi membri, di cui ai punti c), d) ed e) del precedente comma non possono essere rieletti per più di due legislature».**

1. Al finanziamento degli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge si provvede con fondi comunitari, statali e regionali in sede di approvazione del bilancio annuale di previsione.

Art. 8
Pubblicazione

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.

Legge regionale 12 giugno 2009, n. 18

Accoglienza dei richiedenti Asilo, dei rifugiati e sviluppo sociale, economico e culturale delle Comunità locali.

(BUR n. 11 del 16 giugno 2009, supplemento straordinario n. 1 del 19 giugno 2009)

(Testo coordinato con le modifiche e le integrazioni di cui alla l.r. 16 maggio 2018, n.13)

Art. 1

(Interventi regionali a sostegno del diritto d'asilo)

1. La Regione, nell'ambito delle proprie competenze, ed in attuazione dell'articolo 2 del proprio Statuto, concorre alla tutela del diritto d'asilo sancito dall'articolo 10, terzo comma, della Costituzione della Repubblica promuovendo interventi specifici per l'accoglienza, la protezione legale e sociale e l'integrazione dei richiedenti asilo, dei rifugiati e dei titolari di misure di protezione sussidiaria o umanitaria presenti sul territorio regionale con particolare attenzione alle situazioni maggiormente vulnerabili tra le quali i minori, le donne sole, le vittime di tortura o di gravi violenze.

2. La Regione promuove il sistema regionale integrato di accoglienza e sostiene azioni indirizzate all'inserimento socio-lavorativo di rifugiati, richiedenti asilo e titolari di misure di protezione sussidiaria o umanitaria.

3. In particolar modo l'inserimento socio-lavorativo dei richiedenti asilo deve avvenire nel rispetto dell'articolo 11 del D.lgs 140 del 2005.

Art. 1 bis[1]

(Destinatari)

1. Nel rispetto delle disposizioni contenute nel decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 (Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero), nel decreto legislativo 19 novembre 2007, n. 251 (Attuazione della direttiva 2004/83/CE recante norme minime sull'attribuzione, a cittadini di Paesi terzi o apolidi, della qualifica del rifugiato o di persona altrimenti bisognosa di protezione internazionale, nonché norme minime sul contenuto della protezione riconosciuta), nel decreto legislativo 28 gennaio 2008, n. 25 (Attuazione della direttiva 2005/85/CE recante norme minime per le procedure applicate negli Stati membri ai fini del riconoscimento e della revoca dello status di rifugiato) e nel decreto legislativo 18 agosto 2015, n. 142 (Attuazione della direttiva 2013/33/UE recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale, nonché della direttiva 2013/32/UE, recante procedure comuni ai fini del riconoscimento e della revoca dello status di protezione internazionale) sono destinatari della presente legge:

a) i cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea e i cittadini neocomunitari, compatibilmente con le previsioni normative vigenti e fatte salve le norme più favorevoli applicabili nei loro confronti, comunque dimoranti o presenti sul territorio regionale e in regola con le disposizioni sull'ingresso e il soggiorno nel territorio nazionale;

[1] **Articolo aggiunto dall'art. 1, comma 1, della l.r. 16 maggio 2018, n. 13.**

b) i titolari di diritto di asilo, di misure di protezione sussidiaria o umanitaria presenti o in transito sul territorio regionale e i rifugiati;

c) gli apolidi e i richiedenti asilo o altre forme di protezione dimoranti sul territorio regionale.

Art. 2

(Strumenti di Programmazione)

1. Strumento di programmazione degli interventi previsti dalla presente legge è il Piano regionale. Esso ha valenza triennale ed è elaborato sulla base dell'evoluzione dell'accoglienza dei richiedenti asilo e dei rifugiati nella regione, in Italia e nell'Unione Europea e delle misure normative assunte a livello nazionale e comunitario.

2. Il Piano regionale, per ogni annualità, individua le strategie, gli obiettivi, le linee di intervento, i soggetti ammissibili, le risorse finanziarie, tecniche e organizzative e il sistema di monitoraggio e valutazione.

3. Il Piano regionale è approvato dalla Giunta regionale, acquisito il parere vincolante della Commissione consiliare competente che si esprime entro sessanta giorni dal ricevimento. Trascorso tale termine il parere si intende acquisito. Il Piano regionale è sottoposto ad aggiornamento annuale da effettuarsi da parte della Giunta regionale stessa entro il 31 gennaio di ogni anno.

4. In sede di prima attuazione, il Piano regionale è trasmesso dalla Giunta regionale alla Commissione consiliare competente entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge. Successivamente si provvede entro sessanta giorni dalla fine del terzo anno di attuazione del Piano.

5. Il Piano è predisposto dagli uffici regionali competenti, in collaborazione con i dipartimenti interessati tenendo conto della programmazione regionale in materia di interventi sociali e sanitari, di formazione e di sviluppo dell'imprenditoria locale.

6. L'efficacia complessiva delle azioni realizzate nel triennio di attuazione del Piano sono oggetto di una valutazione da parte dell'amministrazione regionale che tiene conto del rapporto del Comitato dei garanti di cui all'articolo 5 e di quanto emerso dai lavori delle conferenze annuali di cui all'articolo 3. Gli interventi realizzati sono valutati sotto il profilo economico, culturale, sanitario, socio-educativo e formativo al fine di verificare gli effetti derivanti dalla loro attuazione con particolare riguardo ai risultati ottenuti per favorire l'interrazione dei cittadini stranieri con le locali comunità.

Art. 3

(Conferenza regionale)

1. Con cadenza annuale è convocata dal Presidente della Giunta una conferenza regionale, per la presentazione dei dati sugli interventi in corso e per favorire la partecipazione ed il confronto tra le istituzioni, enti ed organismi operanti nel settore.

2. I suddetti dati verranno trasmessi, entro 30 giorni dallo svolgimento dei lavori della Conferenza di cui al comma 1, dalla Regione ai Consigli territoriali per l'immigrazione, al fine di favorire l'analisi dei bisogni e delle difficoltà dei richiedenti asilo, dei rifugiati, dei

titolari di protezione umanitaria e sussidiaria, nonché promuovere pertanto ulteriori iniziative di integrazione anche sulla base di proposte di livello regionale.

Art. 4

(Tipologia di interventi ammessi)

1. La Regione con il Piano regionale di cui all'articolo 2 della presente legge sostiene con priorità interventi, di durata anche pluriennale, in favore di comunità interessate da un crescente spopolamento o che presentano situazioni di particolare sofferenza socio-economico che intendano intraprendere percorsi di riqualificazione e di rilancio socio-economico e culturale collegati all'accoglienza dei richiedenti asilo, dei rifugiati, e dei titolari di misure di protezione sussidiaria e umanitaria.

2. La Regione sostiene inoltre la produzione e la diffusione di eventi culturali volti a sensibilizzare l'opinione pubblica ad una cultura dell'accoglienza e ad una conoscenza del diritto d'asilo, anche allo scopo di prevenire e contrastare situazioni di intolleranza e razzismo, nonché sostiene programmi di formazione rivolti anche agli operatori della pubblica amministrazione nel campo del diritto d'asilo e del diritto dell'immigrazione in generale.

3. Sono titolari degli interventi di cui al comma 1, i Comuni, singoli o associati, le Province e le Comunità montane. Sono titolari degli interventi di cui al comma 2, nell'ambito delle reciproche competenze, gli Enti locali, le Istituzioni scolastiche, le Aziende sanitarie e gli altri soggetti pubblici nonché le Associazioni ed enti senza scopo di lucro operanti nel territorio regionale. Agli interventi di cui al comma 2 è destinata una quota comunque non superiore al 15% delle risorse finanziarie disponibili.

4. Gli interventi di accoglienza ed inserimento sociale di cui al comma 1 debbono essere dimensionati in modo da risultare congrui e socialmente sostenibili rispetto alle potenzialità, culturali ed economiche del territorio in cui si inseriscono. A tal fine l'amministrazione regionale valuta i progetti che le vengono sottoposti sotto il profilo della loro fattibilità, sostenibilità ed effettiva costruzione di una forte ed estesa rete sociale di interesse e di condivisione delle finalità dell'intervento. È data priorità ai progetti che valorizzino le produzioni artigianali, le competenze e le tradizioni locali, ovvero che prevedano forme di commercio equo e solidale, di turismo responsabile e programmi di economia solidale e cooperativa. Sono in ogni caso esclusi dal finanziamento interventi che non siano frutto di una progettazione complessiva ed integrata che preveda la gestione dell'accoglienza dei richiedenti asilo, dei rifugiati e dei titolari di forme di protezione sussidiaria o umanitaria quale parte integrante di programmi mirati di sviluppo delle comunità locali interessate.

5. Il finanziamento concesso dall'amministrazione regionale è finalizzato a sostenere:

   a) la gestione di interventi di accoglienza e di orientamento legale e sociale degli stranieri accolti presso le comunità locali nelle quali si realizzino gli interventi di cui al comma 1 del presente articolo;

   b) l'avvio di programmi, anche innovativi, di supporto all'inserimento lavorativo, anche tramite la creazione di nuove attività economiche imprenditoriali che coinvolgano direttamente sia i beneficiari dei programmi di accoglienza che la popolazione autoctona;

c) la gestione di interventi di assistenza specifica per i richiedenti asilo, i rifugiati, ed i titolari di protezione sussidiaria ed umanitaria portatori di esigenze particolari ai sensi dell'articolo 8 comma 1 del decreto legislativo 30 maggio 2005, n. 140;

d) la realizzazione di interventi volti a sostenere il proseguimento degli studi, il riconoscimento dei titoli di studio e dei titoli formativi acquisiti nei paesi di origine verso gli stranieri accolti;

e) la ristrutturazione, riqualificazione ed adeguamento, nonché affitto, arredamento e manutenzione delle strutture abitative destinate all'ospitalità;

f) la riqualificazione, l'adeguamento e l'allestimento di strutture destinate a fungere da centri di aggregazione sociale e culturale per gli stranieri accolti e per la comunità locale;

g) la realizzazione di programmi e produzioni culturali, anche plurilingue, ed interventi di formazione e sensibilizzazione.

6. I finanziamenti per gli interventi di cui al comma 5 lettere e) ed f) sono ammessi fino alla misura massima del 40% del contributo concesso. Gli immobili oggetto del finanziamento sono soggetti a vincolo di destinazione decennale.

7. Il finanziamento concesso dall'amministrazione regionale per gli interventi di cui all'articolo 4, commi 1 e 2, non può superare l'80% dell'importo complessivo dell'intervento. Nel caso di programmi di accoglienza di cui all'articolo 4, comma 1, ammessi al sostegno per la seconda triennalità il finanziamento non può superare il 50%. Il co-finanziamento può consistere in fondi messi a disposizione o in servizi erogati da parte degli enti responsabili dei progetti finanziati, ovvero in fondi erogati dai diversi enti partecipanti.

Art. 5

(Comitato dei garanti dei richiedenti asilo e dei rifugiati[2])

1. È istituito il Comitato dei garanti *dei richiedenti asilo e dei rifugiati, di seguito denominato Comitato dei garanti,*[3] per l'attuazione della presente legge con i seguenti compiti:

a) formulare proposte propedeutiche alla stesura del Piano regionale di cui all'articolo 2 della presente legge e ai suoi aggiornamenti;

b) esprimere una propria valutazione sui progetti e sulle iniziative che gli vengono sottoposte da parte dell'amministrazione regionale. Sono in particolare oggetto di valutazione del Comitato le proposte per la realizzazione dei programmi di cui all'articolo 4 commi 1 e 2, sotto il profilo della coerenza rispetto alle finalità della presente legge e della loro sostenibilità sociale, culturale ed economica;

c) operare un monitoraggio sull'andamento dei progetti finanziati, anche avvalendosi della collaborazione degli uffici regionali competenti;

---

[2] L'art. 1, comma 2, lett. a), della l.r. 16 maggio 2018, n. 13 modifica la rubrica aggiungendo le parole "*dei richiedenti asilo e dei rifugiati".*

[3] Parole aggiunte dall' art. 1, comma 2, lett. b), della l.r. 16 maggio 2018, n. 13.

d) formulare all'amministrazione regionale proposte per lo svolgimento di studi e ricerche sui temi oggetto della presente legge ovvero proposte relative all'adozione di possibili nuovi interventi.

1-bis. Il Comitato dei garanti, inoltre, svolge, senza ulteriori oneri a carico del bilancio regionale, in favore dei soggetti di cui all'articolo 1-bis, comma 1, presenti sul territorio regionale le seguenti funzioni:

a) vigila sull'applicazione, nel territorio regionale, della legislazione nazionale e delle altre convenzioni internazionali di tutela e sull'attuazione delle disposizioni normative nazionali, affidate alla competenza della Regione, degli enti locali e di altri soggetti pubblici o privati presenti nel territorio;

b) diffonde la conoscenza dei diritti e delle prerogative;

c) vigila sulle attività delle strutture sanitarie, sociali e socio-assistenziali dedicate;

d) esprime, su richiesta degli organi regionali ed entro trenta giorni dalla data della richiesta, pareri non vincolanti sulle proposte di atti normativi e di indirizzo riguardanti i rifugiati e formula proposte in ordine a provvedimenti normativi o amministrativi da adottarsi;

e) segnala alle competenti amministrazioni pubbliche fattori di rischio o di danno dipendenti da situazioni ambientali carenti o inadeguate dal punto di vista igienico-sanitario, abitativo e urbanistico;

f) accoglie le segnalazioni provenienti da persone, anche di minore età, dalle famiglie, da associazioni ed enti, in ordine a casi di violazione dei diritti, fornendo informazioni sulle modalità di tutela e di esercizio di tali diritti ed intervenendo presso le autorità competenti;

g) raccomanda l'adozione di specifici provvedimenti in caso di condotte omissive delle amministrazioni competenti;

h) interviene nei procedimenti amministrativi ai sensi dell'articolo 9 della legge 7 agosto 1990, n. 241 (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi);

i) ove rilevi situazioni di rischio o di danno per le persone, provvede a denunciarle alle autorità competenti.[4]

1-ter. Il Comitato presenta annualmente al Consiglio regionale una relazione sulla condizione dei richiedenti asilo e dei rifugiati, sui servizi esistenti e sulle modalità di utilizzo delle risorse pubbliche. La relazione è recepita dalla Conferenza regionale di cui all'articolo 3.[5]

2. Il Comitato, avvalendosi del supporto organizzativo dell'amministrazione regionale e con l'eventuale coinvolgimento delle Università calabresi e di enti ed istituti di ricerca regionali o nazionali, opera una propria valutazione sull'attuazione degli interventi e redige un proprio rapporto che trasmette alla competente Commissione consiliare, contenente anche proposte per la predisposizione del Piano regionale di cui all'articolo 2 della presente legge.

3. Il Comitato esprime le proprie valutazioni e le proprie proposte in piena autonomia, senza alcun vincolo gerarchico o funzionale con l'amministrazione regionale o verso altre amministrazioni.

4. Il Comitato è composto da tre componenti, di cui due designati dal Consiglio regionale, individuati tra gli enti e le associazioni maggiormente significative sul piano regionale nelle materie attinenti la tutela del diritto d'asilo, la tutela dei diritti umani, il dialogo

[4] **Comma inserito dall' art. 1, comma 2, lett. c), della l.r. 16 maggio 2018, n. 13.**
[5] **Comma inserito dall' art. 1, comma 2, lett. c), della l.r. 16 maggio 2018, n. 13.**

interculturale, lo sviluppo di modelli di economia solidale nelle comunità locali e nelle relazioni internazionali oltre ad un rappresentante dell'UNHCR (Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati) che è componente di diritto del Comitato.

5. Il Comitato è costituito con decreto del Presidente della Giunta regionale, rimane in carica per quattro anni ed è rinnovabile per un solo mandato. In caso di decadenza o di dimissioni anticipate di uno o più componenti, il Presidente della Giunta provvede con proprio decreto ad una nuova nomina. Il Comitato, che nomina al suo interno un presidente in occasione della sua prima seduta, si riunisce almeno tre volte all'anno ovvero tutte le volte che il presidente lo ritenga necessario. La convocazione può altresì essere richiesta da almeno due componenti. La partecipazione alle attività del Comitato non dà diritto ad alcun compenso. È comunque previsto per i componenti la copertura delle spese per le missioni connesse alle attività del Comitato. Gli uffici della Presidenza della Giunta regionale garantiscono il funzionamento della segreteria organizzativa del Comitato.

5 bis. La Regione promuove la sottoscrizione di protocolli d'intesa con le amministrazioni statali e gli altri soggetti competenti nel settore della tutela dei diritti dei rifugiati e della protezione internazionale al fine di prevedere forme di collaborazione volte ad agevolare lo svolgimento delle funzioni del Comitato.[6]

Art. 6
(Attuazione)

1. Entro il 31 gennaio di ogni anno, in attuazione del Piano regionale di cui all'articolo 2 della presente legge, gli uffici regionali competenti stabiliscono, con apposite linee guida, le procedure ed i termini per la presentazione dei progetti, nonché i criteri e le modalità di approvazione degli stessi e di erogazione dei contributi.

Art. 7
(Risorse finanziarie)

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 4 della presente legge si provvede nei limiti delle disponibilità delle risorse regionali, statali e comunitarie allocate alle UPB 2.2.02.02, 2.9.03.01, 2.9.05.01, 4.9.02.01, 4.9.05.01, 6.2.01.06 e 6.4.01.01 dello stato di previsione della spesa del bilancio corrente.

2. Agli oneri derivanti dall'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 5 della presente legge, determinati per l'esercizio in corso in euro 50.000,00 si provvede con le risorse disponibili all'UPB 8.1.01.01 dello stato di previsione della spesa del bilancio, inerente ai «Fondi per provvedimenti legislativi in corso di approvazione recanti spese di parte corrente» il cui stanziamento viene ridotto del medesimo importo.

3. La disponibilità finanziaria di cui al precedente comma è utilizzata nell'esercizio in corso ponendo la competenza della spesa a carico dell'UPB 1.2.04.05. La Giunta regionale è autorizzata ad apportare le conseguenti variazioni al documento tecnico di cui all'articolo 10 della legge regionale 4 febbraio 2002, n. 8.

4. Per gli anni successivi la copertura degli oneri legislativi è assicurata con l'approvazione del bilancio di previsione annuale e con la legge finanziaria di accompagnamento.

---

[6] Comma aggiunto dall' art. 1, comma 2, lett. d), della l.r. 16 maggio 2018, n. 13.

Legge regionale 28 giugno 2012, n. 29

Attuazione del comma 4 dell'articolo 118 della Costituzione sulla sussidiarietà orizzontale.

(BUR n. 12 del 2 luglio 2012, supplemento straordinario n. 3 del 7 luglio 2012)

Art. 1

(Finalità)

1. Con la presente legge la Regione Calabria persegue l'obiettivo di dare attuazione all'articolo 118, comma 4, della Costituzione, allo Statuto ed al "*Code of good practice for civil participation*" del Consiglio d'Europa disciplinando i rapporti tra l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli o associati, e delle formazioni sociali per lo svolgimento di attività di interesse generale, secondo i princìpi di sussidiarietà orizzontale e l'azione di Comuni, Province, Regione e altri Enti locali e Autonomie funzionali. Le iniziative legislative del Consiglio regionale non possono in alcun modo ledere l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli o associati, e i diritti acquisiti dagli stessi.

Art. 2

(Principi generali)

1. L'iniziativa dei cittadini, singoli o associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, svolte nel rispetto del principio di legalità, è libera e non è soggetta ad autorizzazione o censura.

2. L'attuazione del principio di sussidiarietà è prioritariamente diretta al miglioramento del livello dei servizi, al superamento delle diseguaglianze economiche e sociali e alla promozione della cittadinanza attiva umanitaria, intesa come effettiva partecipazione dei cittadini alla organizzazione solidale della comunità, prendendo attivo interesse al bene civico, culturale e morale della stessa comunità e favorendo la collaborazione dei cittadini e delle formazioni sociali, secondo la loro specificità, alla amministrazione paritetica della cosa pubblica, per la valorizzazione della persona e dello sviluppo solidale della comunità.

3. Le attività previste dall'articolo 4 sono svolte facendo ricorso alle risorse proprie degli enti pubblici o dei privati disposti a finanziare le iniziative.

Art. 3

(Soggetti della sussidiarietà orizzontale)

1. I soggetti della sussidiarietà orizzontale che possono svolgere le attività di interesse generale sono:

   a) i cittadini, singoli o associati;

   b) le famiglie;

   c) le imprese;

   d) gli agenti del terzo settore.

Art. 4

(Oggetto della sussidiarietà orizzontale)

1. Sono considerate attività di interesse generale svolte dai cittadini quelle inerenti i servizi pubblici sociali, i servizi culturali, i servizi per la valorizzazione del lavoro e dell'iniziativa economica sociale volti al rafforzamento dei sistemi produttivi locali, i servizi alla persona e i servizi di utilità alla generalità dei cittadini e alle categorie svantaggiate, con

particolare riferimento a forme di erogazione e svolgimento di servizi che privilegiano la libera scelta e l'auto orientamento in una logica di collaborazione e di coamministrazione.

2. Le attività di cui al comma 1 non ricomprendono quelle inerenti il servizio sanitario nazionale e quelle a carattere strettamente economico imprenditoriale.

Art. 5
(Promozione)

1. Nel rispetto dei principi statali e comunitari di coordinamento della finanza pubblica, la Regione favorisce lo svolgimento di attività di interesse generale da parte dei soggetti di cui all'articolo 2.

2. La Regione favorisce l'applicazione dei principi di cui all'articolo 1 da parte di province, comuni e altri enti locali, singoli o associati, e autonomie funzionali.

3. Il Consiglio regionale, ogni tre anni, organizza una *convention* regionale, con il coinvolgimento degli organi istituzionali, delle organizzazioni, delle associazioni e degli agenti del terzo settore, al fine di ricevere linee di indirizzo per l'attuazione della presente legge e verificarne la realizzazione degli obiettivi.

Art. 6
(Procedimento amministrativo)

1. Gli enti pubblici di riferimento possono finanziare, con provvedimenti dei rispettivi organi di governo, le iniziative previste dalla presente legge.

2. I progetti relativi all'attività di cui al comma 1 indicano:

a) il tipo di servizio e di prestazioni che si intende erogare;

b) la struttura organizzativa che si intende utilizzare per l'esercizio dell'attività;

c) le tipologie contrattuali di lavoro o di volontariato gratuito che si intendono utilizzare per l'esercizio delle attività;

d) i livelli di qualità dei servizi e delle prestazioni e i relativi costi;

e) ogni altro dato utile ai fini della valutazione della economicità, efficienza ed efficacia del servizio, delle prestazioni e dei benefici sull'attività amministrativa.

Art. 7
(Sistemi di monitoraggio)

1. L'Ufficio di Presidenza del Consiglio regionale definisce i sistemi di monitoraggio delle attività previste dalla presente legge, le verifiche ed i controlli, anche in collaborazione con gli enti locali interessati e delle attività sussidiate, ai sensi della presente legge.

2. L'Ufficio di Presidenza del Consiglio regionale con relazione annuale riferisce al Consiglio regionale sulla attuazione della presente legge.

Art. 8
(Pubblicazione)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.

La presente legge è pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione. È fatto obbligo, a chiunque spetti, di osservarla e farla osservare come legge della Regione Calabria.

Legge regionale 26 luglio 2012, n. 33
Norme per la promozione e la disciplina del volontariato.
(BUR n. 14 dell'1 agosto 2012, supplemento straordinario n. 1 del 3 agosto 2012)

(Testo coordinato con le modifiche e le integrazioni di cui alla L.R. 1 ottobre 2012, n. 44)

CAPO I
DISPOSIZIONI GENERALI E NORME DI PRINCIPIO

Art. 1
(Finalità e oggetto)

1. La Regione Calabria, nell'ambito delle proprie finalità in materia di politiche sociali:

   a) riconosce l'opera sociale svolta dalle associazioni di volontariato che operano con fini esclusivi di solidarietà sociale e gratuitamente, salvaguardandone altresì l'autonomia e la dignità e promuovendo li ruolo determinante di tali organizzazioni per la crescita umana, sociale culturale e civile delle comunità locali;

   b) riconosce, in coerenza con le finalità espresse dalla legge 11 agosto 1991, n. 266 (legge-quadro sul volontariato), il valore sociale e la funzione del volontariato come espressione di impegno civile, sussidiarietà e pluralismo e come manifestazione del principio di solidarietà sociale di cui all'articolo 2 della Costituzione;

   c) promuove e incentiva lo sviluppo del volontariato salvaguardandone l'autonomia e tutela le relative organizzazioni quale espressione della libera partecipazione dei cittadini alla vita e allo sviluppo della società;

   d) promuove e valorizza iniziative di formazione nei confronti degli operatori addetti ai servizi di volontariato, al fine di fornire gli strumenti minimi di conoscenza e le metodologie più adeguate necessari allo svolgimento più efficace dell'azione solidaristica;

   e) riconosce e valorizza le iniziative di solidarietà che prevedono l'azione congiunta di più associazioni, e forme di collaborazione tra queste e gli Enti locali al fine di promuovere l'attuazione sul territorio regionale di metodologie di intervento «a rete»;

   f) favorisce, alla luce dell'articolo 118 ultimo comma della Costituzione, nel rispetto della normativa statale e regionale vigente e degli strumenti della programmazione regionale e locale, l'apporto originale e complementare del volontariato all'intervento pubblico per il conseguimento delle finalità di carattere sociale, civile e culturale specificate all'articolo 2, riconoscendo in particolare il valore delle rappresentanze autonome delle organizzazioni di volontariato al fine di renderne effettiva ed efficace la partecipazione prevista agli articoli 12 e ss.;

   g) promuove la conoscenza e l'attuazione della Carta dei valori del volontariato.

2. La presente legge disciplina, in particolare, i rapporti tra le istituzioni pubbliche e le organizzazioni di volontariato, nonché l'istituzione e la tenuta del registro regionale delle organizzazioni medesime.

Art. 2
(Attività di volontariato)

1. Ai fini della presente legge, per attività di volontariato si intende il servizio, anche occasionale, reso per fini di solidarietà, senza fini di lucro o remunerazione anche

indiretta, attraverso prestazioni personali, volontarie e gratuite svolte tramite le organizzazioni liberamente costituite di cui i volontari fanno parte.

2. L'attività di cui al comma 1 è volta al perseguimento di finalità di carattere sociale, civile e culturale e si esprime particolarmente nella cura delle relazioni umane e nella promozione delle responsabilità comunitarie, attraverso la realizzazione di azioni concrete a vantaggio della persona e della comunità, orientate a:

   a) contrastare le condizioni e le cause di povertà ed esclusione sociale e prevenire e alleviare le situazioni di degrado sociale, sofferenza ed emarginazione;

   b) intervenire nei contesti familiari nel cui ambito vivono persone malate, disabili o non autosufficienti, specie se tali nuclei vivono in condizioni di povertà estrema e marginalità;

   c) promuovere e tutelare i diritti umani, sociali e di cittadinanza;

   d) prevenire e intervenire nelle situazioni di rischio di calamità naturali e antropiche secondo le modalità e con i criteri stabiliti dalle specifiche leggi in materia di protezione civile;

   e) tutelare e valorizzare i beni comuni naturali, culturali e sociali, proteggendoli da ogni forma di degrado e inquinamento;

   f) promuovere forme e opportunità di animazione, educazione, orientamento delle giovani generazioni e degli adulti;

   g) promuovere la cultura e la pratica del dialogo, della nonviolenza, della legalità, della cittadinanza responsabile e la solidarietà internazionale.

Art. 3

(Organizzazioni di volontariato)

1. È organizzazione di volontariato, ai fini della presente legge, ogni organismo liberamente costituito che si avvale in modo determinante e prevalente delle prestazioni personali, volontarie e gratuite dei propri aderenti, la cui attività, svolta ai sensi dell'articolo 2, è finalizzata alla cura di interessi individuali di cui siano titolari in misura prevalente soggetti terzi rispetto agli associati ovvero alla cura di interessi collettivi degni di tutela da parte della comunità.

2. Le organizzazioni di volontariato assumono la forma giuridica che ritengono più adeguata al perseguimento delle proprie finalità, compatibilmente con lo scopo solidaristico.

3. Non sono organizzazioni di volontariato, ai fini della presente legge, le istituzioni pubbliche, le cooperative, i partiti politici, le organizzazioni sindacali, le associazioni dei datori di lavoro, le associazioni professionali e di categoria, le associazioni pro loco, i patronati sociali, i circoli culturali e ricreativi, le associazioni di promozione sociale di cui alla legge 7 dicembre 2000, n. 383 (Disciplina delle associazioni di promozione sociale), nonché tutte le organizzazioni che hanno come finalità la prevalente tutela degli interessi personali dei propri iscritti ovvero di appartenenti, e loro congiunti, a specifiche categorie professionali.

4. All'interno di ogni organizzazione di volontariato sì possono distinguere le seguenti tipologie di aderenti:

   a) volontari, che prestano la propria opera gratuitamente nello svolgimento delle attività istituzionali, oltre a provvedere al pagamento dell'eventuale quota annuale di adesione;

b) sostenitori che non svolgono direttamente attività di volontariato limitando il proprio apporto al pagamento di una quota di adesione e senza ricoprire incarichi direttivi. Gli operatori volontari di cui alla lettera a) devono comunque essere presenti in maniera prevalente e in numero adeguato rispetto alle finalità perseguite dall'associazione.

5. Gli aderenti non possono intrattenere alcuna forma di rapporto di lavoro, subordinato o autonomo, con l'organizzazione di riferimento.

6. Negli accordi degli aderenti, nell'atto costitutivo o nello statuto, oltre a quanto disposto dal codice civile per le diverse forme giuridiche che l'organizzazione assume, devono essere espressamente previsti l'assenza di fini di lucro, la democraticità della struttura, l'elettività e la gratuità delle cariche associative nonché la gratuità delle prestazioni fornite dagli aderenti, i criteri di ammissione e di esclusione di questi ultimi, i loro obblighi e diritti. Devono essere altresì stabiliti l'obbligo di formazione del bilancio o rendiconto, dal quale devono risultare i beni, i contributi o i lasciti ricevuti, nonché le modalità di approvazione dello stesso da parte dell'assemblea degli aderenti.

7. Le organizzazioni di volontariato possono assumere lavoratori dipendenti o avvalersi di prestazioni di lavoro autonomo esclusivamente nei limiti necessari ad assicurare il regolare e continuo espletamento delle loro attività oppure occorrenti a qualificare o specializzare le attività stesse.

8. Le organizzazioni di volontariato possono svolgere attività produttive e commerciali, purché marginali in relazione alle attività istituzionali, nel rispetto dei criteri stabiliti dal decreto interministeriale previsto dall'articolo 8, comma 4, della legge 11 agosto 1991, n. 266.

9. Le organizzazioni di volontariato devono assicurare gli aderenti di cui al comma 4, lettera a), contro gli infortuni e le malattie connessi allo svolgimento dell'attività, nonché per la responsabilità civile verso terzi, in conformità a quanto previsto dal decreto ministeriale previsto dall'articolo 4, comma 2, della legge 11 agosto 1991, n. 266, che individua i meccanismi semplificati delle polizze assicurative che le organizzazioni di volontariato sono tenute a stipulare a favore dei propri aderenti.

10. In caso di scioglimento, cessazione ovvero estinzione delle organizzazioni di volontariato, i beni che residuano dopo l'esaurimento della liquidazione sono devoluti ad altre organizzazioni di volontariato od organizzazioni *no-profit*, operanti in analogo settore, secondo le indicazioni contenute nello statuto o, in mancanza, secondo le disposizioni del codice civile.

Art. 4

(Reti territoriali e coordinamenti regionali di volontariato)

1. Sono riconosciute e valorizzate le aggregazioni tra singole associazioni, dirette a favorire reti territoriali cui demandare specifiche funzioni operative.

2. Sono altresì riconosciute e favorite forme di coordinamento regionale, presenti in almeno quattro province su cinque, promosse da singole associazioni, intorno ad aree tematiche comuni, con funzioni di rappresentanza e sensibilizzazione nei confronti delle istituzioni, secondo il principio di sussidiari età.

CAPO II
REGISTRO REGIONALE E REGISTRI PROVINCIALI DELLE ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO

Art. 5

(Registro regionale e sezioni provinciali delle organizzazioni di volontariato)

1. La Regione Calabria provvede alla tenuta ed alla pubblicazione del registro regionale delle organizzazioni di volontariato quale aggregazione delle sezioni provinciali istituite ai sensi del successivo comma 2.

2. Presso le Province sono istituite le sezioni provinciali del registro delle organizzazioni di volontariato, ai sensi dell'articolo 131, comma 1 lettera o), della legge regionale 12 agosto 2002, n. 34.

3. Per l'iscrizione nei registri le associazioni e le reti territoriali devono:

   a) avere sede legale in Calabria dove devono essere costituite ed operare da almeno sei mesi;

   b) essere in possesso dei requisiti di cui all'articolo 3 e, ove pertinenti, all'articolo 4 comma 1.

4. Nel registro deve risultare l'atto costitutivo e lo statuto, ovvero l'accordo degli aderenti, l'ambito territoriale di attività, fino a tre ambiti tematici di intervento fra quelli di cui all'articolo 2 comma 2, la sede dell'organizzazione. Nel registro devono altresì essere iscritte le modifiche dello statuto o dell'accordo degli aderenti, i trasferimenti della sede, le variazioni degli ambiti tematici di intervento, le deliberazioni di scioglimento.

5. L'iscrizione nel registro é condizione necessaria per accedere ai contributi pubblici, nonché per stipulare le convenzioni di cui all'articolo 8 e per beneficiare delle agevolazioni fiscali e del trattamento tributario di cui alla legge 266/1991.

6. Il venir meno dei requisiti per l'iscrizione, l'esistenza di gravi e documentate disfunzioni riscontrate nello svolgimento delle attività, la cessazione dell'attività, nonché l'espressa richiesta dell'organizzazione interessata, comportano la cancellazione dal registro, fatto salvo quanto disposto dall'articolo 6 comma 4.

7. La cancellazione di cui al comma 6 comporta la risoluzione dei rapporti convenzionali in atto e la revoca delle erogazioni eventualmente concesse a qualsiasi titolo ai sensi della presente legge.

8. Nel procedimento di iscrizione si tiene conto della differente natura e attività delle organizzazioni di volontariato e delle reti di volontariato.

9. Le reti di volontariato territoriali di cui all'articolo 4 comma 1 sono iscritte in una apposita sezione del registro provinciale di cui all'articolo 5 comma 2.

10. Le organizzazioni di volontariato e le reti di volontariato territoriali sono iscritte, in base alla localizzazione della loro sede legale, nelle corrispondenti sezioni provinciali del registro del volontariato istituito presso le province fatte salve le reti con ambito territoriale regionale che si iscrivono direttamente al Registro Regionale del Volontariato.

11. Alla istruttoria e alla tenuta delle sezioni provinciali del registro regionale, e delle reti territoriali, provvedono le amministrazioni provinciali comunicandone l'esito alla Regione ai fini della iscrizione nel registro regionale del volontariato.

12. Alla tenuta del registro regionale del volontariato, quale aggregazione delle sezioni provinciali e delle reti territoriali, provvede il Settore Politiche Sociali della Regione Calabria.

Art. 6

(Procedure per l'iscrizione al Registro)

1. La domanda di iscrizione al registro regionale delle organizzazioni di volontariato deve essere presentata personalmente ovvero inoltrata a mezzo di raccomandata A/R, a firma del legale rappresentante dell'organizzazione, all'ufficio della competente provincia deputato alla tenuta della relativa sezione, per come determinato nell'articolo 5, corredata dalla seguente documentazione:

   a) elenco dei componenti il Consiglio di Amministrazione e dei soci;

   b) ordinamento interno, con l'indicazione della persona cui è conferita la presidenza o la direzione;

   c) relazione delle iniziative di solidarietà realizzate e programma di quelle future, specificando le metodologie di intervento, la qualificazione dei volontari impiegati e il tipo di prestazioni fornite agli utenti;

   d) elenco dei volontari impegnati nelle iniziative di solidarietà;

   e) indicazione di eventuali corsi di formazione seguiti dai volontari;

   f) indicazione delle strutture, dei mezzi e degli strumenti propri di cui l'organizzazione dispone;

   g) documentazione attestante la stipula dei contratti assicurativi, per gli aderenti all'associazione che svolgono attività di volontariato, contro gli infortuni e le malattie connessi allo svolgimento dell'attività stessa, nonché per la responsabilità civile verso terzi, ai sensi dell'articolo 4 della legge quadro sul volontariato n. 266 dell'11 agosto 1991, e dei Decreti del Ministero dell'Industria e Commercio del 14 Febbraio 1992 e del 16 Novembre 1992;

   h) dichiarazione a firma del legale rappresentante attestante il possesso dei requisiti previsti dalla legge in materia di volontariato;

   i) copia del bilancio dell'ultimo anno o, in mancanza, rendiconto dell'ultimo periodo di attività;

   j) altra documentazione ritenuta utile da parte dei competenti uffici preposti alla istruttoria.

2. L'istruttoria è condotta dai competenti uffici, che curano anche la conservazione dei documenti ricevuti, la redazione e la stesura della sezione del registro di propria competenza. Gli uffici provinciali competenti provvedono a trasmettere semestralmente la sezione del registro da essi tenuta al Settore Politiche Sociali della Regione Calabria.

3. Il registro regionale delle organizzazioni di volontariato, nella sezione regionale e nelle sue sezioni provinciali, è soggetto a revisione triennale per la verifica della permanenza dei requisiti cui è subordinata l'iscrizione.

4. Le organizzazioni di volontariato sono cancellate dal registro regionale qualora si verifichino una o più delle seguenti condizioni:

   a) mancanza, alla verifica triennale, dei requisiti cui è subordinata l'iscrizione;

b) violazione di uno o più termini delle convenzioni di cui all'articolo 8 stipulate con la Regione, con le Province, i Comuni e gli altri enti pubblici.

5. Avverso il provvedimento di diniego dell'iscrizione nella sezione regionale o in una di quelle provinciali del registro regionale delle organizzazioni di volontariato e avverso i provvedimenti di cancellazione è ammesso, entro il termine di trenta giorni dalla comunicazione degli stessi, ricorso in via amministrativa al Presidente dell'ente titolare della tenuta della sezione del registro di cui trattasi. Le associazioni possono, altresì ricorrere in via giurisdizionale, nei modi e termini stabiliti dalla legge, avverso i provvedimenti di rifiuto di iscrizione e i provvedimenti di cancellazione.

Art. 7
(Vigilanza)

1. La vigilanza sulle organizzazioni di volontariato iscritte nel registro regionale è effettuata dalla Regione e dalle Province, secondo la specifica competenza, al fine di verificare la permanenza dei requisiti previsti per l'iscrizione al registro provinciale o regionale e l'effettiva operatività delle organizzazioni medesime.

2. Sulla tenuta delle sezioni provinciali del registro regionale e sulla omogeneità nell'applicazione dei criteri di iscrizione vigila la Regione attraverso il Settore Politiche Sociali, che può intervenire con pareri ed indirizzi vincolanti.

CAPO III
SOSTEGNO E VALORIZZAZIONE DEL VOLONTARIATO

Art. 8
(Convenzioni)

1. La Regione, gli enti da essa dipendenti, gli enti locali e gli enti pubblici possono stipulare convenzioni con le organizzazioni di volontariato iscritte da almeno sei mesi nel registro di cui al precedente articolo 5, e che dimostrino attitudine e capacità operative, per lo svolgimento di:

   a) attività e servizi assunti integralmente in proprio;

   b) attività integrative o di supporto ai servizi pubblici. Le convenzioni devono favorire il più possibile lo svolgimento di attività, anche di tipo innovativo sperimentale, rispondenti ai bisogni della comunità.

2. La Regione e gli enti pubblicizzano la propria volontà di stipulare le convenzioni di cui al comma 1 secondo modalità dagli stessi definite, dandone comunque comunicazione a tutte le organizzazioni del territorio di riferimento iscritte al registro e operanti nel settore oggetto della convenzione. L'oggetto delle convenzioni risulta, di norma, da proposte e progetti innovativi di intervento avanzati dalle organizzazioni di volontariato sulla base di bisogni sociali rilevati sul territorio. Alla pubblica amministrazione è data facoltà di selezionare le proposte meglio rispondenti all'interesse generale, da favorire alla luce del principio di sussidiarietà, di cui all'articolo 118 ultimo comma della Costituzione.

3. (abrogato)[1]

[1]Comma abrogato dall'art. 1, comma 1 della L.R. 1 ottobre 2012, n. 44 che precedentemente così recitava: «3. Alle organizzazioni di volontariato è fatto divieto di partecipare alle procedure di evidenza pubblica relative a forniture, servizi e lavori, promosse dalle pubbliche amministrazioni nel territorio regionale, che non siano riservate alle organizzazioni medesime.».

Art. 9
(Accesso alle strutture e ai servizi pubblici o convenzionati)

1. Le organizzazioni di volontariato svolgono le attività di cui alla presente legge presso strutture proprie o nell'ambito di strutture pubbliche e private e possono accedere alle strutture e ai servizi pubblici o convenzionati con enti pubblici, operanti negli ambiti tematici di loro interesse.

Art. 10
(Sostegno al volontariato)

1. Per sostenere il ruolo del volontariato organizzato e favorirne lo sviluppo, la Regione promuove e attua, in collaborazione con gli enti locali e con i soggetti privati interessati, iniziative di studio, ricerca, informazione e sperimentazione nel settore.

2. La Giunta regionale determina annualmente i criteri e le modalità per l'assegnazione di contributi finalizzati al sostegno del funzionamento ordinario delle organizzazioni di volontariato, specialmente delle associazioni di piccole dimensioni, compatibilmente con le risorse disponibili e nel rispetto delle competenze assegnate alle Province ai sensi dell'articolo 131, comma 1, lettera h), della legge regionale n. 34/2002.

3. La Regione Calabria, ferme restando le competenze delle province, può finanziare specifici progetti o iniziative delle organizzazioni di volontariato, nonché delle reti territoriali e dei coordinamenti regionali di cui all'articolo 4, per lo svolgimento delle proprie attività istituzionali, nel limite massimo del 30 per cento della dotazione finanziaria annuale.

Art. 11
(Centri di servizio per il volontariato)

1. L'attività dei centri di servizio costituiti ai sensi dell'articolo 15 della legge 266/1991 è finalizzata alla promozione, alla qualificazione e allo sviluppo del volontariato secondo i principi fissati nella relativa Carta dei valori, mediante l'erogazione di servizi gratuiti alle organizzazioni di volontariato iscritte e non iscritte al registro regionale.

2. L'attività di cui al comma 1 consiste in particolare:

   a) nell'approntare strumenti e iniziative per la crescita della cultura della solidarietà, la promozione di nuove iniziative di volontariato e il rafforzamento di quelle esistenti;

   b) nell'offerta di consulenza e assistenza qualificata per il sostegno alla progettazione di specifiche attività;

   c) nel contributo all'attuazione dei progetti promossi e realizzati dalle organizzazioni di volontariato;

   d) nell'assunzione di iniziative di formazione e qualificazione dei volontari e delle organizzazioni di volontariato;

   e) nel fornire informazioni, notizie, documentazioni e dati sulle attività di volontariato;

   f) nell'incentivazione e nel sostegno del ruolo e dell'impegno civico delle organizzazioni di volontariato nella partecipazione alla programmazione, realizzazione e valutazione delle politiche pubbliche che interessano gli ambiti di attività del volontariato.

3. Lo statuto dei centri di servizio deve prevedere una composizione associativa aperta, che favorisca l'accesso ad altri partecipanti e il ricambio nella composizione degli organi direttivi.

4. L'assessore regionale competente in materia di volontariato o suo delegato rappresenta la Regione nel Comitato di Gestione del Fondo di cui alla legge 266/1991.

CAPO IV
PARTECIPAZIONE DEL VOLONTARIATO ALLE POLITICHE REGIONALI

Art. 12
(Partecipazione del volontariato alla programmazione)

1. Le organizzazioni di volontariato partecipano, in riferimento ai propri ambiti tematici di attività ed alla generalità delle politiche per la coesione sociale e la qualità della vita, alla programmazione degli interventi promossi dalla Regione e dagli enti locali.

2. Ai fini di cui al comma 1, le organizzazioni di volontariato, attraverso gli organismi di cui al successivo articolo 13, sono informate e consultate nell'elaborazione, realizzazione e valutazione dei programmi e degli interventi regionali e locali e possono proporre al riguardo progetti ed iniziative.

Art 13
(Assemblea e Consulta regionale del volontariato)

1. L'Assemblea regionale del volontariato è strumento di partecipazione consultiva delle organizzazioni di volontariato alla programmazione e alla realizzazione degli interventi della Regione nei settori di diretto interesse delle organizzazioni stesse.

2. All'Assemblea, che si riunisce almeno ogni anno, partecipano con diritto di voto i legali rappresentanti delle organizzazioni di volontariato iscritte nel registro regionale, o loro delegati. Alle riunioni dell'Assemblea sono invitate a partecipare, senza diritto di voto, le organizzazioni di volontariato aventi sede nel territorio regionale e non iscritte nel registro di cui all'articolo 5.

3. L'Assemblea è presieduta dal presidente della Consulta di cui al comma 4 e ha il compito di:

   a) formulare, autonomamente, o su richiesta della Consulta, proposte e pareri sui programmi e sugli indirizzi generali relativi alle attività di interesse e sui rapporti tra le organizzazioni di volontariato e le istituzioni pubbliche;

   b) definire le problematiche di rilievo da sottoporre all'attenzione della Conferenza regionale del volontariato di cui all'articolo 14;

   c) eleggere la Consulta regionale del volontariato di cui al comma 4.

4. L'Assemblea elegge nel proprio seno la Consulta regionale del volontariato, composta da dieci membri in rappresentanza delle organizzazioni iscritte nelle sezioni provinciali del registro regionale di cui all'articolo 5. La Giunta regionale, su proposta dell'assessore al ramo, nomina inoltre tre rappresentanti, in qualità di esperti, che partecipano alle attività della Consulta senza diritto di voto. Al fine di garantire la massima rappresentatività di tutte le realtà di volontariato presenti in regione la Consulta può cooptare altri componenti, fino ad un massimo di ulteriori cinque unità in aggiunta ai dieci suddetti, portatori di interessi di aree tematiche non rappresentate nella

composizione della Consulta stessa. L'Assemblea determina con apposito disciplinare le modalità di funzionamento della stessa, nonché della Consulta.

5. La Consulta dura in carica tre anni ed elegge nel suo seno il presidente e il vicepresidente ed ha il compito di:

   a) esprimere parere alla Giunta regionale, se richiesto, in merito alle proposte di legge e gli atti di indirizzo nelle materie di interesse delle organizzazioni di volontariato;

   b) formulare osservazioni e proposte su ogni altro atto regionale che interessa le attività del volontariato;

   c) formulare all'Assemblea indicazioni e proposte di discussione e approfondimento su tematiche particolari;

   d) affidare e sovrintendere la predisposizione del rapporto triennale sul volontariato calabrese, da presentare in occasione della Conferenza regionale di cui all'articolo 14;

   e) designare i rappresentanti delle organizzazioni di volontariato in seno al Comitato di Gestione del Fondo speciale di cui all'articolo 15 della legge n. 266/1991.

6. Il parere di cui al comma 5, lettera a), è reso entro il termine fissato nella richiesta.

7. La Consulta di cui al comma 4 fornisce informazioni all'Assemblea ed alle organizzazioni di volontariato in merito alle iniziative intraprese e invia periodicamente alla Giunta regionale una relazione sull'attività svolta.

8. La partecipazione ai lavori dell'Assemblea e della Consulta è a titolo gratuito.

9. In caso di mancato funzionamento o palese prolungata inattività della Consulta, l'assessore regionale competente può richiedere al presidente della stessa una convocazione urgente al fine di proporre all'Assemblea la nomina di una nuova Consulta. In caso di mancata convocazione entro 60 giorni provvede l'assessore regionale al ramo.

Art. 14
(Conferenza regionale del volontariato)

1. L'assessore regionale alle Politiche Sociali convoca ogni due anni la Conferenza regionale del volontariato, al fine di esaminare le problematiche individuate dall'Assemblea regionale di cui all'articolo 13 in relazione alle attività e ai bisogni delle organizzazioni di volontariato.

2. Alla Conferenza partecipano in particolare le organizzazioni di volontariato presenti nel territorio regionale, anche non iscritte al registro di cui all'articolo 5, il Comitato di Gestione del Fondo di cui all'articolo 15 della legge 266/1991, i centri di servizio per il volontariato e tutti i soggetti istituzionali, gruppi e gli operatori interessati.

CAPO V
DISPOSIZIONI FINANZIARIE E TRANSITORIE

Art. 15
(Disposizioni finanziarie)

1. È istituito il Fondo regionale per il volontariato per l'attuazione degli interventi previsti dalla presente legge. Ai relativi oneri determinati in euro 200.000,00, si provvede, per l'esercizio in corso, con le risorse disponibili all'UPB 6.2.01.02, capitolo 4331103, dello

stato di previsione della spesa del bilancio, inerente a «Fondo regionale per le politiche sociali» il cui stanziamento viene ridotto del medesimo importo.

2. La disponibilità finanziaria di euro 200.000,00, di cui al precedente comma, è utilizzata nell'esercizio in corso ponendo la competenza della spesa a carico dell'UPB 6.2.01.07 dello stato di previsione della spesa del bilancio corrente. La Giunta regionale è autorizzata ad apportare le conseguenti variazioni al documento tecnico di cui all'articolo 10 della legge regionale 4 febbraio 2002, n. 8.

3. Per gli anni successivi, agli oneri quantificati a regime in euro 200.000,00, si provvede, nei limiti consentiti dalla effettiva disponibilità di risorse autonome, con la legge di approvazione del bilancio di previsione annuale e con la legge finanziaria di accompagnamento.

Art. 16
(Norme transitorie e finali)

1. Le organizzazioni di volontariato iscritte nel registro previsto dall'articolo 4 della legge regionale 19 aprile 1995, n. 18 (Norme per il riconoscimento e per la promozione delle organizzazioni di volontariato) come modificato dalla legge regionale 17 maggio 1996, n. 10, sono iscritte d'ufficio nel registro di cui all'articolo 5 della presente legge.

2. Le convenzioni in corso con le organizzazioni di volontariato conservano efficacia fino alla scadenza prevista. Le convenzioni stipulate dopo l'entrata in vigore della presente legge e prima dell'adozione dei relativi atti attuativi si conformano alle norme previgenti.

3. Fino alla data di adozione delle disposizioni attuative di cui alla presente legge, continuano ad applicarsi le norme previgenti e le corrispondenti disposizioni adottate ai sensi delle norme abrogate.

4. In sede di prima applicazione, l'Assemblea di cui all'articolo 13 è convocata dall'assessore regionale alle Politiche Sociali entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Nell'avviso di convocazione saranno comunicate le modalità di svolgimento della stessa.

Art. 17
(Abrogazioni)

1. Sono abrogate le leggi regionali 19 aprile 1995, n. 18 (Norme per il riconoscimento e per la promozione delle organizzazioni di volontariato), e 17 maggio 1996, n. 10 (Adeguamento legge regionale 19 aprile 1995, n. 18 alla legge quadro nazionale n. 266 dell'11 agosto 1991 sul volontariato).

Art. 18
(Pubblicazione)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.

La presente legge è pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione. È fatto obbligo, a chiunque spetti, di osservarla e farla osservare come legge della Regione Calabria.

Consiglio Regionale della Calabria

VIII LEGISLATURA
70^ Seduta
Giovedì 6 agosto 2009

Deliberazione n. 364 (Estratto del processo verbale)

OGGETTO: Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali e indirizzi per la definizione dei Piani di zona – Triennio 2007-2009.

Presidente: Antonio Borrello
Consigliere - Questore: Giuseppe Guerriero
Segretario: Giuseppe Luigi Multari

Assiste il Segretario Generale: Giulio Carpentieri

Consiglieri assegnati 50

Consiglieri presenti 31, assenti 19

...omissis...

Il Presidente, dopo la relazione del Consigliere Chiarella e l'intervento dell'Assessore alla programmazione nazionale e comunitaria Maiolo, pone in votazione il seguente schema di deliberazione:

"IL CONSIGLIO REGIONALE

VISTA la legge regionale 5 dicembre 2003, n. 23, recante: "Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali nella Regione Calabria";

DELIBERA

di approvare il Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali per il triennio 2007-2009, che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale" e, deciso l'esito – presenti e votanti 31, a favore 31 - ne proclama il risultato:

"Il Consiglio approva"

...omissis...

IL PRESIDENTE f.to: Borrello
IL CONSIGLIERE – QUESTORE f.to: Guerriero
IL SEGRETARIO f.to Multari

E' conforme all'originale.
Reggio Calabria, 7 agosto 2009

IL SEGRETARIO
(G. Multari)

ALLEGATO ALLA DELIBERA
N. 364 DEL 06/08/2009

PIANO REGIONALE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI E INDIRIZZI PER LA DEFINIZIONE DEI PIANI DI ZONA TRIENNIO 2007- 2009

INDICE

INDICE 2

CAPITOLO 1 4
PIANO D'INDIRIZZO PER POLITICHE SOCIALI INNOVATIVE 4

1.1 UN PIANO SPERIMENTALE E INNOVATIVO 4
1.2 I PRINCIPI DI RIFERIMENTO 5
1.3 ALCUNI DATI SULLA SITUAZIONE DI VULNERABILITA' DEI SERVIZI SOCIALI E SOCIO-SANITARI 7
1.4 IL QUADRO ATTUALE DELLE POLITICHE SOCIALI IN CALABRIA 9
1.5 GLI ORIENTAMENTI DI FONDO DEL PIANO SOCIALE REGIONALE 9
1.6 VERSO IL QUALE MODELLO DI WELFARE LOCALE? 12
1.7 INDICAZIONI OPERATIVE 14
1.8 LA VOSTRA MISSIONE 15
1.9 OBBIETTIVI 16

CAPITOLO 2 19
UN PIANO SOCIALE PER LO SVILUPPO DI UN WELFARE DELLE RESPONSABILITA' 19

PRIORITA' DI SISTEMA E DI BENESSERE SOCIALE 19
PRIORITA' 1: INFRASTRUTTURA ORGANIZZATIVA DEI SERVIZI DIFFUSI 20
PRIORITA' 2: IL SISTEMA INFORMATIVO DEI SERVIZI SOCIALI 21
PRIORITA' 3: DEFINIZIONE DEI REQUISITI E DEGLI STANDARD DI ACCREDIMENTO PER LE STRUTTURE A CICLO RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE 22
PRIORITA' 4: LA RIFORMA DELLE IPAB 23
PRIORITA' 5: IL SEGRETARIO SOCIALE 24
PRIORITA' 6: I GIOVANI 25
PRIORITA' 7: LA FAMIGLIA 27
PRIORITA' 8: I SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI 28
PRIORITA' 9: LEGALITA', POLITICHE DI PREVENZIONE E PRATICHE INCLUSIVE DI SOGGETTI DEVIANTI 30
PRIORITA' 10: POLITICHE E PRATICHE INCLUSIVE DI CITTADINI MIGRANTI, RICHIENDENTI ASILO, RIFUGIATI, MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI, VITTIME DI TRATTA 30
CAPITOLO 3 32
IL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI E DIRITTI RSIGIBILI 30

3.1 PREMESSA 32
3.2 L'ASSETTO ORGANIZZATIVO DEL SISTEMA 32
3.3 LA GESTIONE UNITARIA DEI SERVIZI 36
Incentivi 38
3.4 I LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI SOCIALI (LEPS) 38
3.4.1 La valorizzazione delle responsabilità familiari 39
3.4.2 Il rafforzamento dei diritti dei minori 42
3.4.3 Potenziamento degli interventi a contrasto della povertà 44
3.4.4 Il sostegno degli anziani 46
3.4.5 Il sostegno ai disabili 49
3.4.6 Prevenzione e contrasto alle dipendenze da droghe 51

3.5 INDIRIZZI PER LA DEFINIZIONE DEI PIANI DI ZONA 52
3.5.1 Obbiettivi del piano di zona 52
3.5.2 Contenuti del piano di zona 53
3.5.3 Processo di programmazione del piano di zona 53
3.5.4 Strategie per l'attuazione del piano di zona 54

3.6 INTEGRAZIONE CON LA POLITICA SANITARIA, DELL'ISTRUZIONE, DELLA FORMAZIONE E DEL LAVORO 54
3.6.1 Integrazione socio-sanitaria 55
3.6.2 Integrazione con le politiche della scuola, lavoro e formazione 58
3.6.3 Professioni sociali 59

3.7 LA QUALITA' DEL SISTEMA SOCIALE 60
3.7.1 Requisiti essenziali per le strutture assistenziali 60
3.7.2 Formazioni professionale 62
3.7.3 La Carta dei Servizi Sociali 62

3.8 RAPPORTI TRA ENTI LOCALI E TERZO SETTORE 63
3.9 IL NUOVO RUOLO DELLE IPAB 66
3.10 SISTEMA INFORMATIVO DEI SERVIZI SOCIALI (SISS) 67
3.10.1 Dimensioni di indagine del SISS 68
3.10.2 Il modello a tendere 69
3.10.3 Responsabilità sulla raccolta e organizzazione dei dati 69
3.10.4 Commissione tecnica regionale per il SISS 69

CAPITALO 4 70
LE RISORSE PER IL FINANZIAMENTO DELLE POLITICHE SOCIALI 70
4.1 LE RISORSE PER IL INANZIAMENTO DELLE POLITICHE SOCIALI 70

ALLEGATO 1
L'ASSETTO ORGANIZZATIVO DEI SERVIZI ALLA PERSONA NELLA REGIONE CALABRIA 73

ALLEGATO 2
LINEE METODOLOGICHE E STRUMENTI PER LA PREDISPOSIZIONE DEL PIANO DI ZONA 79

CAPITOLO 1

PIANO D'INDIRIZZO PER POLITICHE SOCIALI INNOVATIVE

1.1 Un piano sperimentale e innovativo

I Comuni e le Province calabresi, le persone e le famiglie, le formazioni sociali e gli organismi di rappresentanza, assieme all'Ente Regione Calabria sono soggetti attivi della co-costruzione di un welfare integrato e di qualità sul territorio regionale, ciascuno garante nelle responsabilità e nei modi propri.

Il presente Piano regionale enuncia gli interventi e i servizi sociali da attuare nel triennio 2007-2009 e detta gli indirizzi per la definizione dei Piani di Zona, in conseguenza della "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", legge 328/2000, e del conseguente "Piano Nazionale degli interventi e dei Servizi Sociali 2001-2003" approvato nell'aprile 2001. Il Piano è l'espressione della ferma volontà della Regione Calabria di dare concreta attuazione alla Legge Regionale 5 Dicembre 2003 n. 23 e di cogliere le importanti novità emerse in questo contesto per imprimere un nuovo corso allo sviluppo del proprio sistema sociale.

Il recente impianto legislativo colma un vuoto protrattosi per oltre un secolo, ovvero dalla legge Crispi-Pagliani n.6972 del 17/7/1890, e rappresenta una reale rivoluzione per tutto il settore: ne emerge, infatti, un totale cambiamento culturale nell'approccio alle politiche sociali, non più viste come mera passiva assistenza solo ai deboli ed ai bisognosi, ma come strumento di promozione e di tutela di condizioni e diritti fondamentali, quali l'autonomia dei cittadini-utenti, la coesione sociale, i diritti della persona, di ciascun cittadino.

Le ragioni di questa esigenza di un riordino del settore vanno ricercate, oltre che nella evidente obsolescenza della legislazione regionale vigente, anche nella prassi di disattenzione verso le stesse leggi di settore, di intervento sociale e socio sanitario, tra cui alcune leggi nazionali non recepite negli anni passati, e altre leggi regionali, tra le quali ricordiamo la legge regionale n. 5/1987 sul riordino e la programmazione delle funzioni socio assistenziali in Calabria, di cui non si è completamente attuato né lo spirito né il dettato che indicava di puntare prioritariamente sulla socializzazione, sulla prevenzione, sugli interventi territoriali domiciliari e semi residenziali, lasciando invece diffondere prevalentemente la pratica del ricovero, della istituzionalizzazione, della separazione di persone e di categorie vulnerabili dai circuiti normali della vita quotidiana. Le ragioni del riordino del settore vanno ricercate anche nei rapidi cambiamenti che stanno caratterizzando la realtà sociale italiana. Il processo di invecchiamento della popolazione, dovuto al declino della natalità così come all'allungamento della vita media, hanno influito sulla struttura della famiglia e della stabilità demografica, modificando e ampliando conseguentemente la domanda di servizi sociali. Per quanto riguarda la nostra Regione, i flussi migratori dai paesi extracomunitari e quelli interni verso le regioni settentrionali

hanno contribuito a modificare la composizione della popolazione, influendo anch'essi sulla tipologia della domanda di servizi.

È radicalmente mutata negli ultimi anni, inoltre, la percezione da parte del cittadino dei propri diritti di cittadinanza: i servizi sociali così come quelli sanitari sono sempre più sentiti come un diritto e non come un privilegio della nostra società, un diritto da tutelare anche quando il cittadino può essere chiamato a contribuire direttamente ed economicamente, secondo specifiche condizioni. Si sono generate diverse e maggiori esigenze sociali determinando un marcato aumento della complessità del sistema, a fronte di doveri pubblici degli enti locali di costruire risposte all'altezza dei tempi ma che finora, in Calabria, non sono state adeguatamente messe in campo.

A fronte di questa nuova condizione demografico-sociologica e di una evidente crisi burocratica delle politiche pubbliche dei servizi sociali si è registrato negli ultimi anni un forte sviluppo del terzo settore, anche come parziale risposta al mancato soddisfacimento dei bisogni sociali. Il terzo settore rappresenta ormai un vitale fattore di sviluppo per la società ed un importante elemento di crescita occupazionale. Recentemente, inoltre, esso ha ricevuto una ufficializzazione del proprio ruolo diventando oggetto di una ampia legislazione specifica, proprio mentre sta affrontando un delicato momento di specializzazione nei servizi forniti. Le organizzazioni del terzo settore, storicamente orientate a fornire servizi a tutto campo per soddisfare piccole comunità, si sono trovate costrette, per far fronte alla crescente domanda di servizi, ad espandersi oltre le proprie capacità organizzative. Esse storicamente si sono differenziate in più possibili vie d'uscita, tra cui la specializzazione nei diversi filoni d'assistenza, che ha al contempo permesso di acquisire maggiori capacità funzionali e professionalità; l'aggregazione in consorzi, che le ha dotate di maggiori abilità e poteri contrattuali; la incongruente bidirezione dell'impegno di costruire servizi leggeri e di rete per il radicamento sociale e della gestione di servizi di ricovero e di istituzione totale.

La Regione non può farsi trovare ulteriormente immobile ed impreparata da queste radicali modificazioni sociali e, con il presente Piano, intende organizzare una risposta in grado di dare un nuovo ordine ad un sistema in continuo cambiamento.

1.2 I principi di riferimento

Le politiche sociali in Calabria, con l'approvazione della Legge Regionale n. 23 del 5 Dicembre 2003, hanno acquisito oggi il ruolo di *politiche universali*, non più rivolte esclusivamente ai cittadini in stato di povertà o disagio, ma alla generalità degli individui senza nessun vincolo di appartenenza a speciali categorie. La scarsità delle risorse disponibili rispetto alla domanda di servizi esistente, tuttavia, impone che la gratuità dell'accesso ai servizi sociali (ma non più l'accesso stesso) trovi priorità per i soggetti in stato di maggior disagio sociale ed economico. Posta la condizione di bisogno e di diritto come criterio cardine per l'ottenimento della gratuità, la Regione determinerà forme differenziate e progressive di compartecipazione ai costi delle prestazioni instaurando così un effetto ridistribuivo con un riscontro certamente positivo sull'equità sociale.

Il processo di riforma innescato dal nuovo contesto normativo è destinato a modificare radicalmente l'assetto istituzionale del sistema sociale. Il legislatore, ispirandosi ad un *"principio di sussidiarietà"*, ormai comune alla maggior parte dei rapporti istituzionali, ha

accresciuto competenze e responsabilità di Regioni, Province e Comuni, mantenendo per il livello centrale un chiaro ruolo d'indirizzo su principi e obiettivi della politica sociale.

La Regione ha così acquisito, a seguito del recepimento della Legge 328 del 2000, con la propria Legge Regionale 5 Dicembre 2003 n. 23, autonomia decisionale e responsabilità andando a rappresentare, come già successo a livello sanitario, il nucleo centrale in materia di programmazione, indirizzo e coordinamento delle attività sociali, mentre ai comuni, singoli o in associazione, viene delegata la regia effettiva della rete di protezione sociale, la titolarità delle funzioni amministrative e la progettazione locale della rete di servizi.

L'amministrazione regionale intende così impostare la rete dei servizi:

- determinando ambiti territoriali, modalità e strumenti di gestione del sistema;
- favorendo la cooperazione sistemica tra enti locali, enti privati non lucrativi di utilità sociale ed enti privati lucrativi idonei;
- stimolando l'integrazione tra varie aree d'intervento socio-sanitario e promuovendo modelli innovativi di coordinamento dei servizi.

A questi compiti iniziali si aggiungono responsabilità di controllo sull'entità e la qualità dei servizi erogati, sui regolamenti di autorizzazione e di accreditamento delle strutture, sulle tariffe applicate ai comuni dai soggetti accreditati, e sui criteri di fruizione dei servizi da parte dei cittadini-utenti.

La Regione, di fronte all'amministrazione centrale, agli enti locali calabresi, alle persone ed alle famiglie, diviene garante dell'equilibrio finanziario del proprio sistema sociale.

La carenza di una adeguata pianificazione sociale regionale non ha permesso lo sviluppo di un sistema sociale adeguato alle esigenze della nostra Regione: il settore sociale si è in prevalenza caratterizzato come mero distributore di trasferimenti monetari, che hanno rappresentato, infatti, gran parte della spesa sociale regionale, e non come fornitore di servizi alla persona e alla comunità, per lo più disorganicamente delegati alle forze del cosiddetto terzo settore, della beneficenza e dell'iniziativa privata.

In una dinamica incentrata sui trasferimenti economici, la Regione Calabria, avendo una spesa pro-capite limitata rispetto alle altre regioni e chiaramente insufficiente per le iniziative sociali locali, non ha potuto distinguersi positivamente per entità e qualità dei servizi forniti. Il nuovo ambiente normativo però fornisce spunti per una totale riorganizzazione del settore: responsabilizza la Regione, promuove l'istituzione di un sistema basato su una maggiore integrazione tra i vari attori e portatori d'interessi ed invita esplicitamente a sostituire per quanto possibile le prestazioni economiche con l'erogazione di servizi sociali.

In questa nuova prospettiva la Regione si propone, attraverso un'attenta attività di programmazione, di superare i limiti che storicamente hanno caratterizzato il proprio sistema sociale.

La Regione Calabria si vuol dare, attraverso questo Piano triennale, un nuovo assetto che le permetta di misurarsi su obiettivi ambiziosi di benessere sociale, un nuovo assetto nel quale tutte le forze pubbliche e private possano integrarsi nel comune obiettivo del miglioramento delle condizioni di vita dei cittadini nel proprio territorio.

L'idea di politica sociale che emerge dal Piano presentato di seguito è quella di un sistema all'interno del quale l'assistenza non si configuri come un'attività risarcitoria, prevalentemente economica, verso un utente passivo fruitore dei servizi, bensì un *sistema integrato di interventi anche economici e servizi sociali* nel quale i cittadini possano partecipare in modo attivo convogliando esperienze, conoscenze e professionalità in una rete efficace di assistenza. All'interno di questa rete ogni attore, sia esso pubblico, privato o appartenente al volontariato sociale, deve poter giocare un ruolo indipendente, ma integrato e coordinato verso il comune obiettivo.

In particolare, la legge quadro 328/2000 richiama all'articolo 3 il coordinamento e l'integrazione delle politiche sociali oltre che con le politiche sanitarie, rendendo indispensabile il coordinamento con le Aziende Sanitarie, con quelle dell'istruzione e della formazione, determinando l'esigenza di una fattiva collaborazione e cooperazione con le province, gli organi istituzionalmente responsabili della amministrazione, della formazione e della qualificazione professionale, delle politiche attive del lavoro.

La Regione, in coerenza col Piano Nazionale Sociale, promuove con questo Piano triennale lo sviluppo di un *"Welfare delle responsabilità"* ovvero di un sistema sociale plurale e pluralistico basato e sorretto da responsabilità condivise, finalizzate alla costruzione dell'autonomia dei cittadini-utenti, della coesione sociale e dei diritti della persona.

Si intende dare piena attuazione ai principi di *"Sussidiarietà Verticale"*, facendo incombere di preferenza l'esercizio delle responsabilità pubbliche sulle autorità più vicine ai cittadini, ma soprattutto di *"Sussidiarietà Orizzontale"*, valorizzando e potenziando, laddove possibile, l'impegno della società civile, mantenendo per l'istituzione pubblica l'ufficio prevalente delle funzioni di promozione, coordinamento e garanzia su qualità e accessibilità della risposta. Ci si propone di sviluppare un'ottica di governo del sistema sociale allargato a tutti gli elementi aventi un ruolo attivo, attraverso la preventiva concertazione sulle proposte e sulle iniziative

1.3 Alcuni dati sulla situazione di vulnerabilità dei servizi sociali e socio-sanitari

Le condizioni sociali della Regione Calabria rimangono tra le più critiche in Italia, in relazione sia alle condizioni di vita e all'incidenza della povertà, che alle dotazioni di servizi alle persone e alle imprese. Nel 2004 più di un quarto delle famiglie residenti (27,1%) è sotto la soglia di povertà, rispetto al 26,7% della media del Mezzogiorno ed al 13,2% nazionale. Le aree del disagio si stanno estendendo dalla popolazione ad elevato livello di esclusione (famiglie monoparentali, soprattutto con donne capofamiglia, anziani non autosufficienti con basso reddito, immigrati non regolari, disoccupati, portatori di handicap, ex detenuti), anche ad altri segmenti di popolazione, come le famiglie numerose monoreddito, i ceti operai, i giovani con livelli medi di istruzione.

I pochi indicatori sui servizi evidenziano una situazione ancora largamente carente rispetto alla media nazionale. Nonostante l'ampia dotazione di risorse finanziarie esterne ed interne che hanno interessato la Calabria nell'ultimo decennio, la regione presenta dunque ancora condizioni di arretratezza sia sociale che economica. I principali ostacoli allo sviluppo della regione possono essere ricondotti da un lato alle critiche condizioni di legalità che contraddistinguono larga parte della vita economica e civile, dall'altro lato, alla bassa capacità gestionale delle amministrazioni pubbliche.

La Calabria è dotata di un sistema di servizi sociali inadeguato rispetto alla gravità delle

condizioni sociali del territorio. Come si è già rilevato, più di un quarto della popolazione vive in famiglie al di sotto della soglia di povertà, si tratta in particolare della popolazione femminile, delle famiglie monoreddito, di anziani con livelli minimi di pensione, di fasce ad effettiva o potenziale esclusione sociale (giovani drop-out, immigrati non regolari, portatori di handicap, ex detenuti, ecc.) che presentano condizioni di criticità sociale acuite da una carenza di strutture e di servizi di supporto (dall'informazione, alla assistenza domiciliare).

I dati sulla dotazione di infrastrutture sociali presentano una situazione di persistente grave ritardo, anche in relazione alla media meridionale: l'indicatore dell'Istituto Tagliacarne è pari al 64,4% della media nazionale ed all'80% di quella delle regioni meridionali.

Anche il terzo settore con 19 organizzazioni ogni 100 mila abitanti, presenta ancora un'incidenza largamente inferiore a quella delle altre regioni italiane, soprattutto settentrionali, ma anche una dinamica positiva negli ultimi anni. La dinamica evolutiva mostra tuttavia un aumento del numero di organizzazioni presenti sul territorio, che però non è paragonabile a quello fatto segnare dalle altre regioni italiane (in particolare da quelle del nord Italia). Le 5.300 organizzazioni censite dall'Istat in Calabria presentano un fatturato aggregato che è pari al 0,9% di quello nazionale ed attivano direttamente 7.500 posti di lavoro, oltre a mobilitare in complesso 136 mila persone, di cui 24 mila volontari.

La distribuzione sul territorio regionale delle organizzazioni dell'economia sociale risulta abbastanza omogenea: si va da 16.6 unità ogni 10mila abitanti in provincia di Cosenza a 23,6 in provincia di Vibo Valentia.

Le organizzazioni dell'economia sociale in Calabria si differenziano fortemente tra loro per forma giuridica, settore di attività, numero e caratteristiche delle persone coinvolte, valore economico generato, ecc. Tuttavia è possibile individuare alcuni tratti distintivi comuni che consentono di identificare almeno quattro grandi "tipologie":

- l'economia sociale tradizionale, composta in gran parte da organizzazioni di matrice religiosa, che si occupano di formazione e di servizi sanitari e assistenziali. Si percepiscono soprattutto come enti gestori di servizi e complessivamente rappresentano una quota pari a circa il 20% del terzo settore regionale con una tendenza alla stabilità;
- il tessuto associativo,formato da associazioni e gruppi che operano in campo culturale, ricreativo e sportivo. Si percepiscono come circoli, club, gruppi informali e rappresentano la parte più consistente del terzo settore calabrese (circa il 45% del totale). Anche in questo caso il trend è stabile.
- il volontariato organizzato, nato soprattutto nel corso degli anni '90 e composto da organizzazioni medio-grandi dove accanto ad un gran numero di volontari, operano spesso operatori remunerati. La presenza di lavoro remunerato, anche se non numerosa, è comunque un indice della propensione alla gestione di servizi sociali e assistenziali complessi che richiedono continuità di impegno e professionalità dell'intervento. Si percepiscono comunque come volontariato, sono in crescita e rappresentano una quota di circa il 30%.
- le imprese sociali, diffuse soprattutto negli anni '90, grazie all'approvazione della legge sulla cooperazione sociale, hanno un discreto numero di addetti, oltre a qualche volontario. Rappresentano una percentuale di poco superiore al 5% del terzo settore calabrese, ma sono in forte crescita.

In generale, accanto ad esperienze eccellenti particolarmente innovative, sussiste una

situazione generale di difficoltà, soprattutto per quanto riguarda i legami inter-organizzativi. A differenza di quanto accade nel resto d'Italia, le organizzazioni calabresi dell'economia sociale non presentano reti di relazioni, sia fra di loro che con altri soggetti istituzionali e ciò comporta una scarsa visibilità presso gli altri soggetti della società regionale.

Rispetto alle attività svolte, emerge una gamma di beni e servizi piuttosto vasta e articolata, così come di tipologie di utenza. Le organizzazioni dell'economia sociale calabrese manifestano però una elevata dipendenza da finanziamenti e da contratti stipulati con le pubbliche amministrazioni. A questa situazione di dipendenza, fa peraltro riscontro una dinamica della domanda di servizi da parte di soggetti privati che, attraverso opportuni accorgimenti, potrebbe essere ulteriormente sviluppata, aprendo così nuovi mercati per queste organizzazioni.

1.4 Il quadro attuale delle politiche sociali in Calabria

Le azioni che segnano in maniera marcata l'attuale fisionomia del welfare regionale sono rappresentate dalla erogazione di sussidi economici e dalla tendenza ad istituzionalizzare i servizi alla persona.

Gli interventi di sostegno al reddito, nei territori in cui si sono sperimentati, raramente sono stati anticipati da efficaci test dei mezzi, o sostenuti da misure di accompagnamento orientate a favorire l'attivazione e il coinvolgimento responsabile dei beneficiari. Anche l'ambito dei servizi alla persona è segnato da una evidente arretratezza, nonostante l'approvazione, alla fine degli anni Ottanta, della L.R. n. 5/87 (sul riordino e la programmazione delle funzioni socio-assistenziali in Calabria, oggi superata dalla legge n. 23/2003). In regione, infatti, continuano ad essere prevalenti i servizi che la legge 5 indicava come residuali, e cioè quelli di tipo residenziale, a basso grado di specializzazione, che si rivolgono ad un numero elevato di utenti, e che impiegano personale a bassa qualificazione. Le azioni alle quali la stessa legge attribuiva un valore prioritario, come ad esempio gli interventi di prevenzione o quelli domiciliari o semiresidenziali, sono quasi per niente praticati. Il perpetuarsi della pratica della istituzionalizzazione del disagio è stato anche favorito dal carattere delle convenzioni stipulate dagli enti locali con le organizzazioni non profit coinvolte nella prestazione dei servizi residenziali, alle quali sono state finora erogate rette tra le più basse d'Italia. Tali organizzazioni non sono riuscite perciò a "fare sistema", cioè a programmare e differenziare gli interventi allo scopo di prevenire e affrontare le situazioni di disagio di cui si sono occupate, favorendo anche l'attivazione di percorsi di integrazione per le persone accolte. Esse non hanno potuto fare altro che operare secondo quanto prescritto dalle convenzioni, rimanendo entro il ristretto ambito della accoglienza ad internato e assistenza. Quando hanno modificato o allargato il tipo di accoglienza praticata ciò è avvenuto verosimilmente per sfruttare le opportunità economiche garantite dall'accesso a più convenzioni o a regimi più remunerativi.

1.5 Gli orientamenti di fondo del Piano Sociale Regionale

Le aree di intervento per le quali occorre dare risposte, in quanto ritenute settori di bisogno, sono identificate in sei tipologie:

1)La valorizzazione delle responsabilità familiari mediante azioni di supporto "rivolte ai minori, agli anziani ed ai non autosufficienti"

Queste azioni mirate rappresentano gli obiettivi strategici (responsabilità familiare e capacità genitoriale) e, quindi, l'individuazione dei mezzi idonei a consentirne la permanenza nella famiglia.

I mezzi economici da individuarsi nei trasferimenti regionali ed anche le figure professionali da affiancarsi alla famiglia (operatori sociali e operatori sanitari).

2)Il rafforzamento dei diritti dei minori

Il rafforzamento dei diritti dei minori (infanzia, adolescenti, giovani) passa attraverso aiuti finalizzati ad una corretta crescita ed integrazione nella società al fine di un sano sviluppo evolutivo.

In considerazione che i minori di oggi saranno gli artefici del futuro della società calabrese occorre promuovere forme di partecipazione nel proprio contesto sociale tramite interventi formativi ottimali al fine di favorire una completa realizzazione come individuo in ossequio al Piano Territoriale per l'infanzia e l'adolescenza ed alla Legge Regionale 12.11.2004, n. 28.

3)Interventi di contrasto alla povertà

Accertato che, nel Mezzogiorno, la povertà interessa il 66% delle famiglie e che la principale causa è determinata dalla mancanza del lavoro, importante elemento di contrasto a tale fenomeno può essere individuato nelle politiche di sviluppo locale, formative e del lavoro sulla base delle effettive potenzialità e vocazione del territorio.

4)Sostegno agli anziani

Gli anziani, nelle Regione Calabria, contano circa 340.000 unità, pari al 16% della popolazione. Di questi, i ¾ sono in condizione di autosufficienza e, possono essere destinatari di progetti mirati per il loro utilizzo nel campo sociale o all'interno della famiglia di appartenenza, quale ad esempio educatore ed assistente negli impegni genitoriali.

Obiettivo prioritario che l'Ente regione si propone, è il sostegno alle famiglie con anziani non autosufficienti. A tale proposito, prevede aiuti economici ed assistenza domiciliare con personale qualificato nonché forme "di ospitalità temporanea in strutture residenziali" per i soggetti che non traggono giovamento dai servizi resi a domicilio.

5)Sostegno ai disabili

Il sostegno ai disabili gravi deve essere affrontato in rapporto ai differenti livelli di disabilità. Dai dati evidenziati dall'Istat si desume la centralità della famiglia nella tutela dei disabili, la quale deve essere supportata con beni e servizi e con l'integrazione delle prestazioni sociali, sanitarie e dell'istruzione, affinché ne venga garantita la permanenza nel proprio domicilio.

6)Prevenzione e contrasto dipendenza droghe

La prevenzione ed il contrasto dalle dipendenze da droghe, coincidono con l'informazione, l'educazione e la formazione di un tessuto sociale positivo che fornisca al giovane stimoli positivi per allontanarli dall'utilizzo di stupefacenti.

Il presente Piano Sociale Regionale, pertanto, si propone come principale obiettivo quello di promuovere in Calabria politiche sociali realmente innovative. La principale cifra dell'innovazione risiede nella centralità che il presente documento assegna all'accoglienza, alla famiglia, alla relazione ed al lavoro. Questi devono intendersi come ambiti fondamentali di politiche per la promozione della socialità (il ben-essere delle comunità visto come connotato universale) in generale, e la promozione dell'autonomia e della deistituzionalizzazione (il ben-essere dei cittadini in situazioni di disagio o a rischio di esclusione) in particolare. Gli ambiti menzionati sono considerati elementi del sistema regionale, tra loro interconnessi e su cui - individualmente e sistemicamente - il piano intende disegnare aree di esigibilità e regolazione, nonché processi di controllo e governo.

Le esperienze di studio e di ricerca sui modelli di welfare locale consentono di evidenziare alcune dimensioni di particolare interesse, dal punto di vista degli orientamenti di fondo e dei modelli organizzativi, che potrebbe essere utile tenere presenti anche nel contesto calabrese, in vista della predisposizione dei servizi e degli interventi sociali nei vari ambiti territoriali.

- La prima tendenza, che riguarda soprattutto l'ambito degli interventi residenziali, è relativa al crescente ricorso a modelli micro-comunitari, che tentano di ricostruire rapporti di tipo familiare. La preferenza per la piccola dimensione risponde all'esigenza di costruire un clima di rapporti primari che consenta la personalizzazione degli interventi e la rifondazione di un ambiente familiare.
- Sono considerate innovative le politiche sociali che danno priorità agli interventi di prevenzione del disagio. Tale modalità di approccio è riconducibile, almeno in parte, alla riflessione in atto nelle scienze sociali riguardante il superamento di una visione statica del concetto di povertà a favore della categoria dinamica di emarginazione/esclusione sociale. Assumendo questa prospettiva, le politiche di welfare locale tendono a passare dagli interventi emergenziali alla prevenzione delle cause dei bisogni, all'obiettivo della reintegrazione, alla concezione degli emarginati come soggetti attivi e non più come soggetti passivi di beneficenza, evidenziano la centralità di concetti come "autonomia", "emancipazione" della persona, ecc. In questo tipo di approccio, rientrano dimensioni operative quali le attività di prevenzione primaria e secondaria, gli interventi di "recupero precoce", le attività di promozione sociale di intere aree o gruppi "a rischio", i progetti di reinserimento sociale, professionale, abitativo e familiare dei soggetti in condizioni di vulnerabilità sociale.
- Un'altra dimensione importante è quella del territorio. È ormai molto diffusa l'esigenza di restituire al territorio la presa in carico delle situazioni di emarginazione e disagio sociale presenti nella collettività. Un modello di intervento particolarmente innovativo che si registra localmente (soprattutto con riferimento all'ambito della tossicodipendenza, dei minori a rischio, dei nomadi) consiste nel tentativo di sensibilizzare il territorio e la comunità locale, al fine di coinvolgere soggetti, reti di vicinato, famiglie nelle iniziative e nelle attività promosse. Si tratta del superamento di una impostazione assistenzialistica, che permette di orientarsi verso modelli

partecipativi di presa in carico comunitaria (community-care) delle situazioni di emarginazione e povertà del territorio.

- Le esperienze più innovative di welfare locale sono quelle che riescono a integrare il settore socio-sanitario con quello assistenziale, secondo quanto indicato dalla legge 328/2000 e dalla L.R. n. 23/2003. Tale percorso risponde peraltro ad una nuova concezione dei modelli teorico-operativi di intervento, per cui la condizione di disagio del soggetto è considerata nei suoi risvolti globali e multidimensionali, in riferimento a più ampi fenomeni di esclusione/ emarginazione/ vulnerabilità sociale, e comunque sempre ricollegata all'offerta globale dei servizi alla persona disponibili nel territorio. Si assiste, in questo senso, ad un consolidamento della tendenza ad una ricomposizione dei settori componenti l'area assistenziale e all'assunzione di un approccio che consideri i vari fattori che sono alla base del disagio sociale (scongiurando così il rischio di una tendenza alla "sanitarizzazione" delle situazioni di debolezza sociale).
- Politiche sociali innovative sono anche quelle che riescono a produrre servizi innovativi in risposta alle nuove povertà, quelle cioè poco considerate dai modelli tradizionali di protezione sociale. Le politiche efficaci nell'ambito delle nuove povertà sono quelle che si orientano verso risposte non burocratiche, non assistenzialistiche, non istituzionalizzanti; che vanno cioè in direzione della personalizzazione degli interventi, della promozione dell'autonomia dei soggetti (nei limiti del possibile), della progressiva reintegrazione sociale. In particolare, le esperienze più innovative in questo campo si caratterizzano per la proposta di servizi agili, aperti, a bassa soglia di accesso, collegati ai bisogni del territorio, pronti a riconvertirsi al mutare delle esigenze o in risposta a nuovi stimoli. In alcuni casi, il servizio è offerto in assenza di una sede fisica di incontro, privilegiando l'intervento nell'habitat naturale dei soggetti di riferimento (un esempio di questo tipo è costituito dalle metodologie del lavoro di strada).

1.6 Verso quale modello di welfare locale?

La costruzione di un sistema integrato di interventi e servizi - da realizzare nei vari ambiti sulla scorta degli orientamenti sopra evidenziati - rappresenta per la Regione Calabria una svolta e un impegno: alle politiche sociali, come progettualità attiva e integrata, è riconosciuto un valore strategico all'interno di una più complessiva prospettiva di sviluppo del territorio.

Il Piano Sociale Regionale, in attuazione di quanto previsto dalla Legge 328/2000, dalla L.R. n.23/2003 e dal Piano Nazionale degli interventi e servizi, contiene alcune indicazioni per avviare e/o sostenere, coordinandole e integrandole, azioni che concorrano allo sviluppo e alla promozione delle comunità locali, all'integrazione dei cittadini svantaggiati all'inclusione e alla cittadinanza attiva.

Esso rappresenta inoltre uno strumento programmatico per avviare riflessioni e azioni capaci di innovare e al contempo valorizzare, facendone memoria, le buone prassi che rappresentano una consolidata tradizione territoriale. Per sollecitare interventi che siano partecipati, socialmente condivisi, verificabili, qualitativamente significativi ed efficaci.

In altri termini, il presente Piano si propone di favorire l'avvio di una graduale riorganizzazione del welfare in Calabria, predisponendo le condizioni per la realizzazione di un sistema organico di interventi e servizi a partire da un assetto socio assistenziale che sconta non pochi ritardi.

La prima fase di questo processo è quella che consiste nell'individuazione di responsabilità e collaborazioni indispensabili (la definizione del piano di zona sociale) per la concreta programmazione e attuazione di politiche sociali che si basino sull'analisi dei bisogni e delle risorse del territorio. Tutto ciò nel rispetto dell'autonomia degli Enti locali territoriali sul piano della programmazione e gestione degli interventi, e nella piena assunzione da parte della Regione delle funzioni di orientamento, sostegno e coordinamento previste dalla L.R. n.23/2003.

La costituzione di un sistema integrato di servizi e interventi deve realizzarsi attraverso lo sviluppo di un welfare plurale, cioè sorretto da responsabilità condivise e costruito su un sistema allargato di governo che coinvolge tutti i soggetti, istituzionali (Stato, Regione, Province, Comuni) e del terzo settore impegnati nella programmazione e gestione delle politiche sociali.

La Pubblica Amministrazione, come network di governo sia a livello centrale (Stato, Regioni) che locale (Province, Comuni), ha il compito di garantire la tutela universalistica dei diritti sociali attraverso il sostegno, la promozione, la regolazione, la valutazione degli interventi progettati e attuati.

Ciascuno secondo le proprie competenze e specificità, deve lavorare per la prevenzione e l'inclusione; per l'affermazione e l'esigibilità dei diritti connessi alla protezione sociale (*artt. 1 e 3, L.R. 23/2003)*; per un sistema integrato di interventi e servizi capace di garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione diritti di cittadinanza, inclusione piuttosto che esclusione sociale prevenendo, eliminando, riducendo le condizioni di disabilità, di bisogno individuale e familiare.

L'incremento della sicurezza sociale e il miglioramento della qualità della vita passano, anche, attraverso il potenziamento e l'attivazione della rete dei servizi, delle relazioni e della solidarietà.

L'attenzione è al territorio e alle sue specificità. La prospettiva è quella del decentramento e del rispetto delle autonomie locali, pur tutelando una dimensione nazionale e regionale nell'individuazione di finalità e criteri comuni per la comparazione delle esperienze e la valutazione dei risultati.

La partecipazione e la coprogettazione vanno promosse e sostenute come esercizio di cittadinanza attiva e di responsabilità condivisa da parte di soggetti pubblici e privati.

L'integrazione è un punto fondamentale per le politiche sociali, integrazione fra sociale e sanitario, pubblico e privato sociale, fra il mondo del lavoro e della formazione, fra enti e professionalità diverse.

Le politiche sociali passano da una politica per settori ad una politica di interventi integrati proponendosi la realizzazione di un'organizzazione reticolare di servizi, capace di utilizzare metodologie di analisi, di progettazione e di gestione, in un'ottica attenta al monitoraggio e alla valutazione degli interventi.

Lo sviluppo del territorio è pensato all'interno di una prospettiva di lungo periodo dove l'osservazione continua e l'attenzione agli effetti, consentono la sperimentazione di modelli innovativi in grado di coordinare le risorse umane e finanziarie presenti a livello locale e di collegarsi altresì alle esperienze effettuate a livello europeo.

Il terzo settore, nella molteplicità delle sue specificazioni, ha un ruolo rilevante in questa programmazione sociale, nella quale attivamente contribuisce alla progettazione dei servizi

e alla realizzazione concertata degli stessi. Gli Enti pubblici, infatti, devono secondo la L.R. 23, rivolgersi al terzo settore, riconoscendogli un ruolo importante nella coprogettazione degli interventi e dei servizi e promovendo, anche attraverso politiche formative e agevolazioni, azioni di sostegno e qualificazione.

Quello che la programmazione regionale si propone e, dunque, la realizzazione di un sistema di servizi, centrato sul riconoscimento dei bisogni e delle risorse del territorio, attento alle trasformazioni e alla complessità, realizzabile con la partecipazione e la collaborazione di tutti. Alla stesura del presente Piano - predisposto a partire dalla rilevazione e analisi dei bisogni e risorse (lo stato dei servizi, delle strutture, degli interventi, dei progetti ecc..) presenti sul territorio - dovrebbe far seguito l'attivazione di un processo di programmazione decentrata che, attraverso la predisposizione dei Piani di zona, coinvolge i Comuni Associati, le Province e i soggetti di cui parla la legge 23.

Gli orientamenti e le linee d'indirizzo contenute in questo Piano Regionale rappresentano lo sforzo di offrire una guida alla stesura dei Piani di zona locali, allo scopo di favorire la costruzione di un sistema omogeneo di interventi e servizi capace di garantire livelli essenziali di assistenza, favorire la sperimentazione, la comparazione, la valutazione, pur valorizzando l'autonomia e La capacità progettuale delle comunità locali.

Le analisi e le progettazioni richieste ai Piani di zona locali, sono ritenute il necessario punto di partenza per la definizione di un sistema regionale di interventi che sia realmente rispondente alle caratteristiche di un territorio eterogeneo e multiproblematico, ricco di sperimentazioni e esperienze, ancora carente di risorse e servizi.

1.7 Indicazioni operative

Per la concreta realizzazione delle indicazioni contenute nel Piano, la Regione Calabria si impegna innanzitutto a riconoscere la piena esigibilità degli interventi e delle misure di protezione sociale che rientrano nel quadro dei servizi essenziali indicati dal presente Piano.

Con l'obiettivo di avviare processi di reale deistituzionalizzazione e di effettiva integrazione sociale, la Regione individua tre aree prioritarie di intervento (minori, anziani e persone con disabilità, persone non autosufficienti), stabilendo per ognuna di esse quali sono i diritti pienamente esigibili.

a) Per quanto riguarda i minori, vengono a configurarsi come pienamente fruibili il diritto di ognuno di essi alla propria famiglia e, in alternativa, il diritto ad una accoglienza autenticamente familiare; nonché il diritto alla integrazione scolastica;

b) Per gli anziani, si pone come esigibile il diritto alle prestazioni sociali di assistenza domiciliare, che consentano loro di rimanere radicati nel proprio ambiente di vita;

c) Per le persone disabili, si considera esigibile il diritto all'integrazione scolastica e lavorativa;

d) Per i diritti esigibili dalle persone non autosufficienti, rimandiamo a quanto disposto dalla L. 328/2000, nonché alle misure di intervento previste dall'art. 198 della legge finanziaria 2007;

e) Per i soggetti sottoposti ad esecuzione penale si considera esigibile l'accesso a percorsi di formazione professionale e di work experiences, attraverso accordi istituzionali tra Regione e Amministrazione penitenziaria;

f) Per i cittadini migranti, si considera esigibile il diritto ad un servizio di interpretariato prioritariamente nei presidi sanitari territoriali ed ospedalieri, nel contatto con il personale medico ed infermieristico.

Inoltre, la Regione

- indica quali sono gli enti tenuti a garantire nei diversi ambiti territoriali la piena ed effettiva fruizione dei diritti considerati esigibili;
- stabilisce la natura e la qualità delle prestazioni in cui si sostanzia il contenuto dei diritti esigibili;
- definisce, in forza del principio di sussidiarietà verticale, i tempi e i modi attraverso i quali esercitare i poteri di surroga in caso di inadempimento da parte degli enti designati.

Per favorire il raggiungimento degli obiettivi previsti, la Regione si impegna altresì a :

- Contribuire alla infrastrutturazione sociale dei servizi sociali dei diversi ambiti territoriali[1], mediante la progettazione di percorsi di riqualificazione professionale degli operatori attualmente in servizio, e attraverso l'introduzione di nuovi operatori e di nuove figure professionali (educatori a domicilio, animatori di strada, animatori di comunità, mediatori culturali, ecc.), secondo criteri e standard che la Regione Calabria pone come vincolanti.
- Avviare nel triennio 2007-2009 il monitoraggio e la verifica qualitativa dei servizi alla persona attualmente finanziati dall'Ente Regione, con una particolare attenzione per i servizi di accoglienza residenziale, alla luce dei criteri indicati dalla legislazione nazionale e regionale vigente; e di procedere alla chiusura o alla reale riconversione delle strutture che risulteranno inidonee.
- Riconoscere, valorizzare e mettere in rete anche le esperienze di servizio alla persona non coperte da convenzioni, nonché le competenze (sia pure non professionali) acquisite; sostenere gli enti locali nell'impegno di favorire la partecipazione delle realtà di terzo settore alla attività concertative funzionali alla predisposizione dei Piani di Zona. A tale riguardo, verrà incoraggiata soprattutto la partecipazione delle organizzazioni più radicate nel territorio, e impegnate nell'attuazione di interventi sociali capaci di produrre reale innovazione.

Il presente Piano prevede che la Regione Calabria provvederà all'attuazione di quanto disposto dall' art. 18, c.2, lettera f) e dall'art. 27, c.2 della L.R. n. 23/2003, in merito alla disciplina dei criteri e delle modalità per la concessione dei titoli per l'acquisto di servizi e prestazioni, non appena sarà perfezionato l'iter di monitoraggio, verifica qualitativa e accreditamento dei servizi e delle strutture socio-assistenziali e socio-sanitarie pubbliche e private operanti in Calabria (art. 25 L.R. 23/2003)[2].

1.8 La nostra missione

Il progetto di una nuova politica sociale che la Regione Calabria si propone di realizzare con questo Piano triennale è quello di generare *un nuovo sistema sociale* non più solamente economico-assistenziale, ma che rappresenti una fucina di opportunità per lo sviluppo autonomo di ogni elemento della società e dei più deboli in particolare. Un sistema incentrato non più su interventi parcellizzati e relegati nei contesti dell'esclusione sociale, ma sulla prevenzione e sulla *promozione dell'inclusione sociale*, capace quindi di

[1] V. art. 18 c.3.
[2] Art. 18 c. 2 lett. f) L.R. 23/2003

"accompagnare" individui e famiglie attraverso i percorsi della vita e capaci di costruire territori sociali e comunità locali accoglienti, centrate su politiche di integrazione delle differenze, orientate ai temi della salute, della casa, del lavoro con una particolare attenzione alle persone vulnerabili e che vedano al centro l'attività delle istituzioni pubbliche, dei servizi territoriali, degli enti privati, specie quelli del privato sociale.

1.9 Obiettivi

La Regione Calabria intende consolidare un welfare capace di garantire dignità sociale diffusa, nel quale cittadini, enti e istituzioni siano soggetto di diritti e di doveri di solidarietà politica, economica e sociale.

La Regione Calabria sostiene un progetto di riforma ambizioso; ma perché questo sia possibile appare necessaria la definizione di obiettivi progressivi chiari, tangibili e, possibilmente, misurabili.

Il primo obiettivo che ci prefiggiamo è di *uniformare la distribuzione degli interventi e dei servizi* definendo:

- i criteri d'accesso alle prestazioni, mantenendo la natura e la qualità del *bisogno* come criterio superiore di valutazione, secondo quanto chiaramente espresso nel Piano Nazionale, ed in relazione ai servizi adeguati ed appropriati.
- i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS). Si devono a questo scopo definire, basandosi sui principi ispiratori precedentemente enunciati:
  - *le aree di intervento*, ovvero i bisogni prioritari cui i servizi devono rispondere,
  - *la tipologia di servizi e la loro quantità numerica essenziale in ogni distretto*, ovvero selezionare i servizi e gli interventi prioritari per i quali è necessario definire i livelli essenziali di erogazione,
  - *il personale dedicato ai servizi sociali essenziali* in ciascun distretto socio-sanitario, con una percentuale minima in proporzione al numero degli abitanti, e mantenendo il consolidato storico,
  - *le direttrici per l'innovazione nella costruzione della rete degli interventi e dei servizi* ovvero i criteri organizzativi e le modalità di finanziamento che garantiscano l'erogazione di un tale livello di servizi.

Un successivo passaggio da affrontare è il *riordino delle modalità di gestione degli interventi (sia economici, sia di erogazione di servizi)*, dalla progettazione alla verifica dei risultati ottenuti. A questo scopo risulta determinante la messa a punto di una sequenza di fasi metodologiche da seguire ciclicamente nella definizione ed erogazione dei servizi:

- analisi approfondita dei servizi forniti,
- programmazione degli interventi necessari,
- programmazione delle risorse necessarie,
- erogazione dei servizi,
- verifica sistematica dei risultati in termini di quantità, qualità ed efficacia.

Un ulteriore obiettivo da perseguire è l'attività di analisi e di verifica: istituendo *un Sistema Informativo dei Servizi Sociali (SISS)*. Le finalità di questo sistema oltre che ad essere descrittive, mirano soprattutto a facilitare la lettura dei bisogni della popolazione, a dare un valido sostegno al processo decisionale ad ogni livello nonché a contribuire a tutte le attività di governo dei servizi. Il SISS deve perciò essere uno strumento sintetico, le cui caratteristiche devono essere la semplicità, la chiarezza, la tempestività e la flessibilità. L'area di attenzione del SISS si deve estendere:

- al monitoraggio dei servizi forniti, dei fondi utilizzati a tale scopo e degli utenti raggiunti da tali servizi;
- al monitoraggio degli interventi pubblici e privati effettuati, degli aiuti informali forniti dai familiari e delle carenze di servizi allo scopo di evitare inutili sovrapposizioni e dannose lacune;
- al monitoraggio della erogazione dei LEPS;
- al monitoraggio di specifiche misure di intervento;
- al monitoraggio della capacità dei servizi erogati di rispondere, distintamente o in rete, ai bisogni dei cittadini.

Per rendere possibile questa auspicata trasformazione dei servizi sociali e socio sanitari esistenti nella nostra regione è necessaria una *ridefinizione delle logiche che sottendono la progettazione, la programmazione e l'erogazione degli interventi.*

- In questa direzione la Regione Calabria intende promuovere la più ampia collaborazione tra tutti i soggetti pubblici coinvolti nella programmazione ed erogazione dei servizi. In particolare è auspicabile, così come definito nel Piano Sociale Nazionale, che comuni e Province concorrano, nell'ambito delle proprie competenze, alla formulazione e valutazione delle politiche sociali.
- Non meno importante è che le Istituzioni di Pubblica Assistenza e Beneficenza, le Onlus, le organizzazioni del terzo settore e quelle del volontariato partecipino attivamente a questa prima fase di programmazione regionale del sistema e collaborino in una fase successiva con i Distretti socio-sanitari per l'ottimizzazione degli interventi.
- Si ritiene indispensabile valorizzare nel sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali territoriali l'utilizzo razionalizzato e adeguato del personale delle equipe socio psico pedagogiche, esistente in ciascun distretto socio sanitario, di cui all'art. 37 della legge regionale 23/2003.
- Un progetto ambizioso come quello esposto in questo Piano per potersi realizzare appieno necessita, infine, anche della attiva partecipazione delle organizzazioni sindacali, delle associazioni sociali e delle aggregazioni degli utenti alla definizione degli "obiettivi di ben-essere sociale" e ad una costante opera di monitoraggio sul raggiungimento di tali obiettivi.

Deve essere quindi *modificato l'assetto istituzionale secondo il principio della "sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità... autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali"* così come specificato nel primo articolo della legge quadro 328/2000.

- Deve essere sostenuta e stimolata la deliberazione dei Piani di Zona da parte dei comuni. Attraverso questo fondamentale strumento di programmazione i Comuni

dovranno favorire la formazione di sistemi integrati locali di intervento qualificandone risorse e servizi tramite un'accurata programmazione.

- Deve essere, quindi, potenziata l'integrazione tra gli enti locali per la gestione dei servizi e degli interventi in ambiti territoriali coincidenti con quelli sanitari.
- Deve essere stimolata l'integrazione tra enti pubblici e strutture private per la fornitura di servizi, garantendo al contempo adeguati strumenti d'integrazione e di programmazione comune.
- Deve essere, infine, assicurata la partecipazione agli accordi di programma per la formazione dei Piani di Zona da parte di tutti gli attori di questo complesso sistema: vari livelli istituzionali pubblici, Organismi non lucrativi di utilità sociale, Organismi della cooperazione, Associazioni ed Enti di promozione sociale, Fondazioni e Enti di patronato, Organizzazioni di volontariato, Enti riconosciuti, IPAB, i soggetti di cui all'art.1, comma 6 ed art.20, comma 3 legge regionale n. 23/2003, Associazioni di famiglie e di Cittadini-utenti.

Scopo ultimo di questo processo di integrazione è *favorire un migliore utilizzo delle risorse umane, professionali e finanziarie* orientandole verso la costruzione di reti integrate all'interno delle quali possano e debbano svolgere un ruolo attivo, coordinato e propositivo anche le aggregazioni primarie dei cittadini, quali famiglie, associazioni ed agenzie sociali. La qualificazione e l'integrazione di tutti gli aiuti informali quotidianamente erogati, ma al momento dispersi e disorganizzati, deve risultare un punto discriminante di questa riforma del sistema sociale regionale.

La Regione intende, grazie a questo complessivo riassetto del sistema, perseguire importanti obiettivi sociali e fa proprie le *priorità di intervento* individuate dal Piano Nazionale:

1. valorizzare e sostenere le responsabilità familiari;
2. rafforzare i diritti dei minori;
3. potenziare gli interventi a contrasto della povertà;
4. sostenere con servizi domiciliari le persone non autosufficienti.

CAPITOLO 2

UN PIANO SOCIALE PER LO SVILUPPO DI UN WELFARE DELLE RESPONSABILITÀ

Priorità di sistema e di benessere sociale

La riforma del sistema sociale che dovrà essere messa in atto, risulterà complessa andando a coinvolgere ogni settore del sistema sociale esistente ad oggi.

Il Piano Sociale Regionale si prefigge alcuni obiettivi[3] da attuarsi prioritariamente nello sviluppo del nuovo sistema.

La Legge quadro 328/2000 introduce tali novità strutturali che si è ritenuto proporre due differenti livelli di priorità: priorità di sistema e priorità di benessere sociale.

Le priorità di sistema sono focalizzate sul potenziamento dell'infrastruttura regionale di governo del sistema, in modo da consentire una migliore gestione dei servizi sul territorio ed accrescere gli standard di efficienza e qualità. Si propone inoltre di implementare un sistema nel quale il processo di programmazione e governo possa essere il più possibile condiviso tra i diversi attori, incentivando l'apporto di competenze, idee e risorse nuove.

Le priorità di benessere sociale si riferiscono alle problematiche reali dei cittadini, a quelle ritenute di maggiore interesse e impatto sull'intera società; si riferiscono, quindi, alle strategie istituzionali e professionali da attuarsi nel tentativo di porre rimedi efficaci a queste problematiche.

Verranno in questo capitolo delineati 8 obiettivi prioritari, di cui quattro di sistema e quattro di benessere sociale[4]. Per ciascuno di essi saranno definiti:

- area di intervento;
- obiettivi;
- azioni da intraprendere;
- soggetti coinvolti.

Priorità di sistema individuabili:

1. Potenziamento dell'infrastruttura organizzativa dei servizi diffusi in ogni distretto e di servizi "di scala";

[3] V. art. 18 c.2, lettera d) L.R. 23/2003
[4] V. art. 18 c.2, lettera a) L.R. 23/2003

2. Progettazione di un sistema informativo sui servizi sociali capace di fornire informazioni attendibili su domanda e offerta, distretto per distretto;
3. Definizione dei requisiti e degli standard di accreditamento per le strutture a ciclo residenziale e semi residenziale;
4. Valorizzazione del ruolo delle IPAB attuando i contenuti della riforma introdotta dalla legge 328/2000, dal decreto legislativo 207/2001 e dalla L.R. 23/2003.

Priorità di benessere sociale individuabili:

5. Attuazione dell'ufficio di segretariato sociale;
6. Intervento a favore dei giovani;
7. Intervento a favore della famiglia;
8. Intervento a favore dei soggetti non autosufficienti.

Priorità 1: Infrastruttura organizzativa dei servizi diffusi

Area di intervento:

- il Piano Sociale Regionale si propone di ridisegnare e potenziare l'infrastruttura organizzativa da diffondere nei sistemi e nei servizi sociali in ogni distretto socio sanitario, prevedendo interventi specifici in ciascun ambito territoriale ottimale ma anche interventi di economia di scala. Le competenze necessarie alla gestione di un sistema complesso, come quello delineato in questo Piano, sono molteplici ed altamente specialistiche.

Obiettivi:

- attrarre nuove risorse sia dal settore pubblico che dal settore privato per favorire lo sviluppo di nuove iniziative e consentire, così, un più esauriente soddisfacimento dei bisogni del cittadino;
- attivare la gestione di competenze non connesse al governo strategico del sistema permettendo così una maggiore focalizzazione della struttura amministrativa regionale su tematiche inerenti l'analisi del sistema ed il suo sviluppo complessivo a medio e lungo termine.

Azioni da intraprendere:

- formalizzazione dei rapporti tra Regione, soggetti istituzionali e altri soggetti di cui all'art. 1, comma 4 della Legge 328/2000 e all'art. 1 comma 6 della Legge regionale 23/2003;
- formalizzazione con il CRES, così come previsto dall'azione 5.2.a del POR Calabria per lo start-up dell'iniziativa;
- attivazione ricerche sperimentali per l'innovazione del sociale, anche utilizzando fondi POR, ecc;
- avvio della gestione del potenziamento e del supporto dell'infrastruttura organizzativa

dei piani di zona e organizzativa "di scala".

Soggetti coinvolti:

- la Regione si attiva utilizzando il CRES, coinvolgendo nelle attività per il raggiungimento degli scopi del presente Piano Sociale Regionale anche gli altri soggetti istituzionali interessati e i soggetti di cui all'art. 1, comma 4 della Legge 328/2000.

Priorità 2: Il sistema informativo dei servizi sociali

Area di intervento:

- di fronte alla composita e complessa possibilità di reperire utili informazioni riguardanti i servizi forniti dalle diverse aree del sistema sociale, appare indispensabile la messa in opera di un Sistema Informativo dei Servizi Sociali (S.I.S.S.) di cui all'art. 19 della L.R. 23/2003 che si affianchi alla produzione statistica ufficiale e che sia caratterizzato in modo da risultare utile strumento per i responsabili politici, amministrativi e operativi ad ogni livello istituzionale. Le caratteristiche peculiari di un sistema di questo tipo devono essere la semplicità di utilizzo, la flessibilità e la tempestività.

Obiettivi:

- sviluppare un sistema capace di:
  - sostenere i processi organizzativi e gestionali dei servizi
  - fornire una completa conoscenza dei bisogni sociali e dei servizi offerti dal sistema integrato di interventi e servizi sociali,
  - fornire dati utili alla programmazione, gestione e valutazione delle politiche sociali,
  - monitorare la erogazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS);
- fornire ai responsabili politici, amministrativi e operativi di ogni livello un sintetico supporto decisionale che faciliti la lettura dei bisogni inattesi e soddisfatti, di quelli reali e di quelli percepiti;
- sviluppare un sistema analitico di supporto alla produzione statistica tradizionale, capace di analizzare separatamente domanda e offerta, valutandole non solo numericamente, ma secondo parametri di qualità e rispondenza alle esigenze del cittadino.

Azioni da intraprendere:

- creare una "commissione tecnica regionale per il SISS", formata da tecnici, responsabili istituzionali e rappresentanti dei vari livelli operativi dei servizi, che avrà il compito di definire specifiche tecniche e funzionali, tempi e modalità di sviluppo del SISS regionale;

- progettare l'architettura funzionale ed informatica del sistema ed il flusso di dati ed informazioni, anche attraverso forme di progettazione partecipata e di sperimentazione, da garantire ai diversi livelli istituzionali. Progettare, in particolare, il "cruscotto di governo" del Sistema a disposizione dei competenti organi regionali;
- definire una strategia di informatizzazione delle istituzioni locali con applicazioni informatiche compatibili con gli standard del SISS;
- promuovere la sperimentazione e le attività di formazione per il cambiamento organizzativo conseguente prima che il sistema entri a regime
- sostenere i vari attori ai vari livelli nell'entrata a regime del sistema
- promuovere e valorizzare dati e risultati di indagini e ricerche quantitative e qualitative svolte a livello locale distrettuale o sub-distrettuale sulle tematiche interessanti il Piano Sociale Regionale e i piani di zona.

Soggetti coinvolti:

- la fase di progettazione del sistema sarà sviluppata dalla Commissione tecnica regionale per il SISS, composta da esperti informatici, esperti statistici, esperti di cambiamento organizzativo, responsabili delle politiche sociali ai diversi livelli istituzionali, rappresentanti dei vari ruoli operativi dei servizi. Nelle seguenti fasi di implementazione e gestione del sistema verranno coinvolti i soggetti erogatori di servizi pubblici, compresi i soggetti delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale di cui all'art. 1 comma 6 della Legge regionale 23/2003. In ogni fase del progetto, infine, sarà fondamentale l'apporto di informazioni, critiche e suggerimenti degli utenti del servizio sociale e delle associazioni di utenti.

Priorità 3: Definizione dei requisiti e degli standard di accreditamento per le strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale

Area di intervento:

- l'articolo 11 della legge 328/2000 e gli articoli 24 e 25 della Legge Regionale n. 23 del 2003 definiscono l'autorizzazione e l'accreditamento come le due condizioni necessarie per istaurare, da parte di soggetti pubblici e privati con l'ente locale, rapporti economici finalizzati all'erogazione delle prestazioni. L'accreditamento in particolare è finalizzato a promuovere lo sviluppo della qualità delle prestazioni sociali ed a facilitare i rapporti tra soggetti erogatori di servizi, strutture socio-assistenziali, cittadini ed istituzioni pubbliche. Il processo di accreditamento è delegato alle autorità comunali, ma è compito fondamentale ed urgente del Settore Politiche Sociali della Regione Calabria definire criteri e procedure che garantiscano l'uniformità dei processi su tutto il territorio calabrese.

Obiettivi:

- sviluppo e diffusione della cultura e della pratica della valutazione di qualità in campo sociale e per la verifica dei risultati;

- codifica dei criteri e delle procedure operative di gestione del sistema di accreditamento.

Azioni da intraprendere:

- costituire un "gruppo regionale per la qualità" attraverso l'acquisizione o la formazione di nuove professionalità nel campo dell'accreditamento;
- promuovere una analisi delle attuali condizioni delle strutture fornitrici di servizi, al fine di determinare criteri e standard ragionevolmente condivisibili dalla maggior parte degli attori del sistema;
- definire i criteri di accreditamento delle strutture e dei servizi;
- concertare i contenuti definiti con i comuni;
- formalizzare modalità, tempi e procedure di verifica da parte dei comuni;
- rilasciare il manuale delle procedure di accreditamento.

Soggetti coinvolti:

- la definizione dei criteri e delle procedure di verifica è di competenza della Regione, che a questo scopo si doterà del sovracitato "gruppo regionale per la qualità". Nello svolgimento delle proprie attività tale gruppo si avvarrà della collaborazione:
    - delle strutture erogatrici di servizi, al fine di verificare gli standard attualmente in essere,
    - dei Comuni per la condivisione di quanto stabilito in termini di standard di accreditamento e procedure di verifica,

Priorità 4: La riforma delle IPAB

Area di intervento:

- le IPAB, che da sempre costituiscono un elemento essenziale nel complesso di soggetti che operano nel campo sociale, sono oggi inserite dalla legge 328/2000 a pieno titolo all'interno della rete integrata di servizi alla persona. Affinché questo possa avvenire, le strutture dovranno modificare radicalmente il proprio assetto istituzionale e la struttura amministrativa, andando incontro alternativamente ad un processo di aziendalizzazione o di depubblicizzazione (vedi par 4.9). Il Settore Politiche Sociali si impegna a promuovere e sostenere un profondo processo di riorganizzazione del sistema delle IPAB esistente e ridisegnarne il ruolo all'interno del sistema sociale.

Obiettivi:

- supportare le IPAB lungo il percorso di trasformazione istituzionale ed organizzativa;
- promuovere un processo di razionalizzazione delle IPAB presenti sul territorio regionale;

- valorizzare l'apporto delle 66 IPAB regionali attive al sistema sociale, integrandole all'interno della rete degli interventi e servizi sociali.

Azioni da intraprendere:

- creare di un *datawarehouse* regionale delle IPAB presenti sul territorio;
- realizzare una analisi delle caratteristiche delle IPAB finalizzata a verificare l'esistenza delle condizioni per la trasformazione in Aziende Pubbliche di Sevizi alla Persona;
- fornire supporto giuridico per la gestione della procedura di trasformazione;
- fornire supporto per la trasformazione del sistema contabile (transizione dal regime di contabilità finanziaria a quello di contabilità generale) e per l'implementazione del processo di programmazione e controllo;
- incentivare possibili accorpamenti a livello gestionale ed amministrativo tra istituzioni presenti sul territorio;
- valorizzare il ruolo delle nuove IPAB attraverso l'integrazione nella rete di erogazione dei servizi sociali;
- definire le modalità di partecipazione delle IPAB alla fase di progettazione e programmazione del sistema sociale regionale;
- definire le modalità di concertazione e cooperazione tra gli enti locali e le nuove IPAB;
- definire nuove modalità di finanziamento per il potenziamento dell'attività svolta dalle aziende.

Soggetti coinvolti:

- Il Settore Politiche Sociali si propone come soggetto attivo del processo di cambiamento dell'assetto istituzionale ed amministrativo delle IPAB e si impegna a fornire il supporto necessario a dare attuazione ai contenuti della riforma. Oltre alla evoluzione del proprio assetto di governo, le IPAB saranno tenute a concertare la propria azione con le altre componenti del sistema integrato di servizi.

Priorità 5: Il segretariato sociale

Area di intervento:

- diverse tipologie di bisogni, che potrebbero essere affrontate positivamente dal sistema dei servizi sociali, rimangono spesso inevase a causa di una mancanza di comunicazione tra cittadino e servizi sociali. In effetti le carenze di comunicazione sono biunivoche: da una parte il cittadino non è informato sulla totalità dei servizi offerti dal sistema e su come questi potrebbero soddisfare le sue esigenze, dall'altra il sistema è spesso incapace di leggere le reali esigenze e necessità del cittadino. L'attivazione dell'ufficio di segretariato sociale si va ad inserire proprio in questo ambito andando a rappresentare il punto di incontro tra le due realtà.

Obiettivi:

- offrire al cittadino una porta unica di acceso ai servizi erogati dal sistema sociale;
- orientare il cittadino utente informandolo sulle risposte cui la persona e la famiglia avrebbero diritto;
- evitare sprechi e sovrapposizione di servizi attraverso un centro unitario di informazione e di accesso ai servizi;
- fornire un centro di raccolta dati sulla domanda che rappresenti un elemento cardine del futuro SISS.

Azioni da intraprendere:

- formalizzare le caratteristiche tecniche, organizzative e professionali degli uffici di segreteria sociale (ubicazione e caratteristiche dell'ufficio, orari di apertura al pubblico compatibili con la vita delle famiglie, caratteristiche e professionalità del personale degli uffici e così via);
- promuovere in ogni ambito territoriale l'attivazione di locali finalizzati ad ospitare il centro, attraverso procedure di co-finanziamento dei progetti;
- garantire l'accessibilità del servizio anche a distanza attraverso telefono, e-mail e possibilmente uno sportello telematico;
- garantire il collegamento tra i vari uffici di segretariato sociale e attivarne la funzionalità di strumento di accesso ai servizi stessi oltre che di informazione sui servizi disponibili.

Soggetti coinvolti:

- Questa funzione risulterà tanto più efficace quanto più sarà progettata ed attuata in coordinamento e cooperazione con tutti gli attori interessati al progetto. Ai fini dell'efficacia dell'intervento, gli enti locali si fanno carico della programmazione da attivare e realizzare in collaborazione con la rete formale degli enti e dei servizi territoriali, in particolare coi centri di assistenza sanitaria, strutture erogatrici di servizi e soggetti del terzo settore. Ai fini dell'efficienza degli interventi, gli enti locali curano che tra i soggetti coinvolti venga realizzata una fattiva comunicazione capace di recepire prontamente le istanze degli operatori sociali e dei cittadini.

Priorità 6: I giovani

Area di intervento:

- Il Settore Politiche Sociali ritiene che il benessere per una società derivi innanzitutto dalla capacità delle nuove generazioni di sentirsi parte integrante della società stessa e di sentire come fondamentale dovere quello di impegnarsi per renderla migliore. Il giovane nella società calabrese dovrà rappresentare una fonte di ricchezza, integrato ed attivo nei processi di crescita della società, e non più essere sentito come motivo di

preoccupazione o peso a carico del sistema sociale. A questo scopo appare fondamentale che il sistema sia in grado di formare giovani preparati che abbiano gli strumenti per crescere nella e con la società stessa, ma anche creare le condizioni migliori per facilitarne il passaggio dal mondo scolastico a quello lavorativo. Al contempo non può essere trascurata la formazione di una profonda coscienza civile che stimoli il giovane ad essere elemento positivo per tutta la società e non solo nel campo lavorativo.

Obiettivi:

- maggiore tutela dei minori rafforzando i fattori protettivi naturali che permettono di offrire a bambini e adolescenti opportunità di sostegno e crescita;
- una migliore socializzazione culturale, facendoli sentire parte della società presente e passata, e responsabili per la crescita di tale società;
- una migliore aggregazione di adolescenti e giovani potenziando le forme di aggregazione sportive, culturali ed informali;
- favorire un maggiore protagonismo di bambini e di adolescenti per migliorare il loro senso di appartenenza alla comunità;
- favorire una positiva transizione verso l'età adulta e lavorativa favorendo l'entrata nel mondo del lavoro e il conseguente distacco economico e psicologico dalla famiglia.

Azioni da intraprendere:

- favorire l'incontro e il confronto intergenerazionale attraverso l'attivazione di centri diurni d'incontro e percorsi culturali (musica, teatro, alimentazione, ecc) che permettano confronti tra diverse generazioni e tra giovani provenienti da diverse aree d'Italia;
- promuovere nelle scuole e nelle famiglie le esperienze associative presenti nel territorio e incentivare la formazione di nuove forme associative di carattere sportivo religioso o culturale. Favorire la collaborazione tra le associazioni presenti sul territorio;
- favorire la partecipazione dei giovani alla vita comunale e comunitaria attraverso la partecipazione attiva a consigli d'istituto scolastico, consigli comunali giovanili ed altri organi di rappresentanza promuovendoli e potenziandone ruolo e compiti;
- promuovere la formazione di giovani preparati attraverso un miglioramento delle strutture scolastiche, un sostegno alla scolarizzazione per le famiglie meno abbienti, il miglioramento dei mezzi pubblici di collegamento ai centri scolastici;
- favorire l'inserimento dei giovani nel mondo del lavoro potenziando l'orientamento scolastico universitario e professionale attraverso corsi d'informazione sulle opzioni in essere, promovendo il servizio civile come opzione di inserimento nel mondo lavorativo e sostenendo ampiamente l'imprenditorialità giovanile.
- contribuire a prevenire, attraverso programmi di sensibilizzazione, da strutturare congiuntamente al Dipartimento per la Salute della Regione Calabria, l'uso di sostanze

stupefacenti con riferimento ai contenuti dell'ex D.P.R. n. 309 del 1990 convertito in Legge n. 45 del 1999.

- promuovere ed attivare, in concorso con i soggetti delegati ai sensi delle L.64/01, i progetti relativi al Servizio Civile ricadenti nell'ambito regionale.
- promuovere interventi di socializzazione per i soggetti in carico alla giustizia minorile.

Soggetti coinvolti:

- assessorati alle Politice Sociali e Lavoro della Regione, dei Comuni, delle Province, istituzioni scolastiche, associazioni culturali regionali, associazioni giovanili (di e per giovani), organizzazioni per l'avviamento e la costruzione e la promozione dell'occupazione, realtà associative vicine alle famiglie, organizzazioni del terzo settore.

Priorità 7: La famiglia

Area di intervento:

- la famiglia ha sempre rappresentato per la società calabrese un baluardo di solidarietà oltre che il centro primario di educazione e formazione. Questo doppio ruolo della famiglia, sempre riconosciuto ma mai sostenuto, la promuove adesso a nucleo fondamentale e scheletro naturale del nuovo sistema sociale calabrese. I dati a nostra disposizione indicano che nella nostra società la famiglia è destinata ancora nei prossimi anni a giocare un ruolo centrale come elemento di stabilità e centro di mutuo-soccorso. La valorizzazione dell'impegno da sempre profuso dalle famiglie, attraverso servizi ed incentivi, è esplicitamente rivolto a istituzionalizzarne il ruolo nella società contro la dilagante perdita di valori in questo ambito.

Obiettivi:

- favorire ed incentivare la formazione di nuclei familiari ed il loro ruolo fondamentale all'interno della società;
- promuovere e sostenere le responsabilità familiari e valorizzare le capacità genitoriali;
- alleviare i disagi di famiglie che devono sostenere particolari carichi assistenziali.

Azioni:

- ampliare la possibilità di conciliazione tra tempo di lavoro e tempo di cura della famiglia attraverso la diffusione dei contratti di lavoro part-time;
- estendere l'offerta di posti in asili nido e servizi alternativi rispetto alle attuali disponibilità;
- sviluppare e qualificare gli interventi predisposti dai servizi socio-psico-educativo per l'infanzia e l'adolescenza:
    - attuando tali servizi in ogni ambito territoriale,

- sviluppare l'intervento direttamente rivolto alle famiglie promuovendo spazi-genitori e sportelli di ascolto;

- stimolare la cooperazione tra famiglie in forme di auto e mutuo aiuto;
- potenziare e qualificare l'offerta di centri diurni protetti per adolescenti, sviluppati in collaborazione con scuole e parrocchie;
- potenziare l'affido familiare (notturno, diurno o a tempo pieno) come strumento di accoglienza di minori con problematiche;
- potenziare gli interventi domiciliari e attivare forme di agevolazioni fiscali rivolte alle famiglie con persone non auto-sufficienti in ogni distretto.

Soggetti coinvolti:

- autorità zonali, comunali, elementi del volontariato e terzo settore, associazioni spontanee, parrocchie e scuole.

Priorità 8: I soggetti non autosufficienti

Area di intervento:

- i soggetti non autosufficienti (intendiamo in quest'ambito sia anziani che disabili) rappresentano, per definizione, i prioritari fruitori dei servizi assistenziali. A loro deve rivolgersi un servizio efficiente teso a limitare e ridurre al minimo possibile i disagi derivanti anche dalla condizione di disabilità. La Regione, nello spirito e nella lettera della Legge regionale 23/2003, ritiene che, per il soggetto non autosufficiente, è prioritario il poter mantenere il proprio domicilio, i ritmi di vita e le conoscenze familiari, le reti di relazioni informali; prevalentemente in questa direzione si muove questo ottavo obiettivo cercando di sostenere sia il mantenimento in famiglia che la stessa domiciliarizzazione indipendente del soggetto, ma anche favorendo una partecipazione attiva e lavorativa del soggetto alla società.

Obiettivi:

- realizzare, di concerto con l'INPS, le procedure relative all'esercizio delle funzioni di concessione dei trattamenti economici a favore degli invalidi di cui alla Legge Regionale n. 20 del 2001;
- avviare un tavolo di lavoro con il Dipartimento per la Salute della Regione Calabria per garantire l'applicazione dei criteri del concorso di spesa e delle relative prestazioni di cui ai livelli di assistenza socio-sanitaria previsti all'articolo 10 della Legge Regionale n. 23 del 2003;
- sostenere la domiciliazione del soggetto non autosufficiente;
- sostenere le famiglia nell'attività di assistenza ai soggetti non autosufficienti;
- incrementare i servizi di assistenza alla persona per sollevare la famiglia dall'assistenza ai loro congiunti non autosufficienti;
- favorire l'inserimento nel mondo scolastico o lavorativo;

- rimuovere gli ostacoli che aggravano la condizione di non autosufficienza.

Azioni:

- individuare soluzioni abitative adeguate alle condizioni di disabilità, incentivarne la ristrutturazione, secondo le legge 13/89 "disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati", e l'utilizzo da parte dei disabili secondo una specifica graduatoria di bisogno;
- organizzare un servizio di assistenza nelle funzioni di base per soggetti parzialmente autosufficienti che optino per rimanere nel proprio domicilio (aiuto domestico, disbrigo commissioni, igiene casa, sostegno psicologico, assistenza personale, trasporto urbano e prestazioni infermieristiche);
- organizzare interventi di "sollievo" per le famiglie che si occupano dei propri familiari non autosufficienti fornendo assistenza temporanea sostitutiva per brevi periodi nell'arco dell'anno o per poche ore nell'arco della giornata;
- sostenere con misure economiche o finanziarie le famiglie che si impegnano a mantenere in casa il soggetto e/o le persone con disabilità e le famiglie che hanno in casa un figlio disabile onde rafforzare il mantenimento in casa;
- sviluppare un piano di sostegno per famiglia e soggetto non autosufficiente per preparare al "dopo di noi", momento del distacco dalla famiglia;
- sviluppare misure di sostegno all'inserimento scolastico e lavorativo per i soggetti in grado di impegnarsi in una qualche attività attraverso servizi finalizzati ad attivare funzioni autonome e sviluppare al massimo le loro capacità. Si prevederanno azioni di accompagnamento del soggetto attraverso un percorso di formazione, riabilitazione e scuola che lo avvicinino al mondo lavorativo comprendendone e sviluppandone al massimo le potenzialità lavorative;
- sviluppare la massima autonomia del soggetto attraverso programmi riabilitativi finalizzati a ottimizzarne le capacità autonome, ma anche e soprattutto attraverso l'abbattimento delle maggiori barriere architettoniche nelle abitazioni, nell'ambiente urbano, nei mezzi pubblici di trasporto, negli impianti sportivi e culturali.

Soggetti coinvolti:

- per la realizzazione di un progetto di tale portata è necessario il coinvolgimento di tutti i soggetti istituzionali interessati ad ogni livello: sovradistrettuale, distrettuale, comunale; ma anche le organizzazioni non lucrative di utilità sociale e i soggetti privati di cui all'art. 1, comma 4, 6 e 7 della Legge regionale 23/2003, che abbiano come finalità prioritaria i servizi alle persone anziane e/o disabili; così anche le organizzazioni di e con persone con disabilità.

PRIORITA' 9: LEGALITA', POLITICHE D I PREVENZIONE E PRATICHE INCLUSIVE D I SOGGETTI DEVIANTI.

Area di Intervento:

La politica regionale in quest'ambito deve incidere sull'isolamento degli istituti penitenziari rispetto ai territori in cui sono collocati e deve mettere in campo politiche inclusive incentrate sull'individuazione di percorsi lavorativi. Il problema dell'inserimento socio professionale dei soggetti provenienti da percorsi penali, Infatti, oltre a rappresentare un problema di integrazione sociale, assume particolare valenza per quanto concerne la legalità e la sicurezza pubblica.
Il mancato inserimento sociale e professionale, l'assenza di sforzi in tal senso, e la mancanza di prospettive in una regione nella quale l'opportunità di lavoro è esigua anche per soggetti esenti da svantaggi e disagi particolari, rendono vani gli sforzi compiuti dal sistema giudiziario e penale tesi alla riabilitazione di quanti siano sottoposti a misure penali.

Obiettivi:
Dare concreta applicazione ai protocolli di intesa già esistenti con il Dipartimento della Amministrazione Penitenziaria ed il Centro per la Giustizia Minorile prevedendo una definizione dei compiti e dei ruoli degli enti locali e dei soggetti del terzo settore, in una logica di maggiore coinvolgimento di quest'ultimi.
Favorire l'inserimento nel circuito formativo e lavorativo dei soggetti sottoposti a procedimenti penali o in esecuzione penale.
Incrementare forme di collaborazione interistituzionale finalizzate all'inclusione nei contesti lavorativi e sociali di detenuti ed ex detenuti.

Azioni:
Elaborare, sperimentare ed implementare modelli formativi e di inserimento, omogenei, coerenti, compatibili, trasferibili ed interfacciabili con l'esterno (servizi per l'impiego e sistemi produttivi locali);
Promuovere forme di incentivazione all'inserimento lavorativo dei soggetti con difficoltà di reinserimento;
Promuovere metodologie mediative e riparative che favoriscano la concessione e la realizzazione di misure alternative alla detenzione per gli adulti e di probation per i minori.
Sollecitare la riduzione di vincoli e di ostacoli burocratici nell'intersezione tra amministrazioni, che rendono esigui e poco fluidi i percorsi di formazione in carcere;
Sensibilizzare le comunità ed i sistemi produttivi locali sul tema devianza/riabilitazione, per interrompere il circolo vizioso generato da pregiudizio e luogo comune e contenere il fenomeno della recidiva.

Soggetti coinvolti:
La Regione promuove la determinazione di un Agenzia "carcere-lavoro" per l'inserimento sociale delle persone provenienti da percorsi penali che metta in rete gli enti locali, l'amministrazione della Giustizia, le associazioni di rappresentanza delle aziende profit e dei lavoratori, il volontariato, la cooperazione ed il Terzo settore in generale.

PRIORITA' 10: POLITICHE E PRATICHE INCLUSIVE DI CITTADINI MIGRANTI, RICHIEDENTI ASILO, RIFUGIATI, MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI, VITTIME DI TRATTA

Area di intervento:

La Calabria, grazie alla sua posizione geografica, costituisce, insieme alla Puglia e alla Sicilia, una delle più importanti aree di approdo dei flussi migratori via mare, sia per ingressi regolari che per il traffico dei clandestini. Gli ultimi anni hanno fatto registrare un aumento della presenza straniera, ma contemporaneamente si conferma che l'immigrazione che giunge in Calabria è caratterizzata da un ampio grado di temporaneità. Ciò nonostante, anche nella nostra Regione il fenomeno dell'immigrazione si è profondamente modificato: il nostro

territorio non è più esclusivamente un luogo di transito prima del raggiungimento di altre regioni o di altre nazioni. E', infatti, aumentata sensibilmente la quota di immigrati che hanno scelto di vivere stabilmente in Calabria. Certo, l'incidenza della popolazione immigrata residente sul totale della popolazione è ancora contenuta rispetto alla media Nazionale, il 2,1% contro il 5,2%, ma è ovvio che anche in questo caso la stanzialità porti con sé una domanda di inserimento e dunque un corollario di istanze sociali: la stabilità della prospettiva lavorativa, la casa, la cura e l'educazione dei figli, la possibilità di salvaguardare la propria identità culturale.
E' bene, comunque, evidenziare che i l fenomeno dell'immigrazione verso il nostro territorio regionale ancora poco conosciuto, sia sul piano qualitativo che su quello quantitativo.
Nell'intera regione sono presenti 42.599 stranieri, di cui 5.990 minori, mentre negli ultimi 5 anni si è assistito al triplicarsi delle presenze di cittadini stranieri.

Obiettivi:
Favorire l'integrazione dei cittadini stranieri e prevenire forme di emarginazione sociale ed economica.
Garantire un accesso paritario all'istruzione, ai servizi, al mercato del lavoro ed alle esigenze abitative, curando in particolare gli interventi in ambito scolastico.
Prevenire quelle decisioni e quei comportamenti che, anche inconsapevolmente, tendono di fatto alla discriminazione, alla emarginazione o al pregiudizio.
Assicurare parità dei diritti ai bambini ed adolescenti stranieri.
Favorire l'emersione dal lavoro nero dei cittadini stranieri.
Garantire una adeguata tutela sociale alle categorie particolarmente vulnerabili: minori stranieri non accompagnati, vittime di tratta, richiedenti asilo.
Dare un effettivo ruolo di indirizzo alla Consulta Regionale per l'immigrazione.

Azioni:
Promuovere attività di mediazione Linguistico Culturale al fine di rimuovere quegli ostacoli che limitano l'accesso ai servizi della Amministrazione pubblica, garantendo il dialogo tra istituzioni e comunità straniere anche al fine di prevenire e ridurre forme di conflittualità tra cittadini Italiani e immigranti che in alcune realtà si sono già manifestate.
Promuovere forme di accoglienza e percorsi specifici di socializzazione per i minori stranieri non accompagnati.
Sperimentare percorsi e strumenti che facilitino l'accesso alla casa, in condizioni di equità e dignità, dei cittadini stranieri.
Promuovere percorsi ed attività di inserimento socio-lavorativo di immigrati, richiedenti asilo e rifugiati.
Promozione del confronto interculturale tra cittadini italiani e migranti al fine di contrastare il fenomeno del razzismo e della xenofobia e di favorire la partecipazione alla vita pubblica locale dei cittadini immigrati.
Promuovere la creazione di reti locali per contrastare il fenomeno dello sfruttamento della prostituzione tra le donne immigrate.

Soggetti coinvolti:
Assessorati regionali, enti locali, volontariato cooperazione e altri soggetti del no profit, associazioni spontanee di espressione delle comunità migranti.

CAPITOLO 3

IL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI E I DIRITTI ESIGIBILI

3.1 Premessa

Lo sviluppo di un sistema integrato di interventi e servizi sociali si realizza, come definito dalla legge quadro 328/2000 e dalla Legge Regionale n. 23 del 2003, mediante "politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche", e attraverso "la definizione di percorsi attivi volti ad ottimizzare l'efficacia delle risorse, impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte".

Il *Piano Nazionale* ha poi individuato alcuni elementi ritenuti qualificanti per lo sviluppo di un sistema integrato di interventi e servizi sociali: il tipo di assetto organizzativo, la garanzia dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali, l'integrazione con le altre politiche di interesse sociale, i rapporti con i privati, la messa a punto di un sistema informativo sociale e il coinvolgimento delle IPAB in questo nuovo sistema. Questi stessi elementi devono essere disciplinati all'interno del *Piano Regionale*, in modo da fornire indicazioni ai Comuni incaricati di organizzare operativamente il sistema di interventi e servizi.

3.2 L'assetto organizzativo del sistema[5]

La Legge 328/2000 e la Legge Regionale 23/2003 definiscono con chiarezza le funzioni ed i compiti di cui ciascun organo istituzionale è titolare:

- lo Stato si limita, attraverso il Piano Nazionale degli interventi e dei Servizi Sociali, ad esprimere una linea di indirizzo per l'attività di programmazione dei servizi che deve essere recepita e adattata all'interno dei singoli Piani Regionali;
- alle Regioni è affidato il compito di programmazione, coordinamento e indirizzo: attraverso il Piano triennale devono essere stabiliti gli ambiti territoriali, le modalità e gli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale di servizi sociali (art. 8). Spetta inoltre alla Regione determinare l'assetto organizzativo dell'offerta assistenziale sul proprio territorio e le modalità di integrazione con le politiche dell'istruzione, della formazione, della salute ed ogni altra attività ad interesse sociale. Nel dettaglio, è compito della Regione anche la definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali, dei requisiti di accreditamento per i fornitori di servizi, dei requisiti minimi di qualità, dei piani di formazione continua del personale e dei criteri per la definizione delle tariffe. La Regione definisce i criteri generali per la disciplina del concorso al

[5] Art. 18 c.2 lett. g) L.R. 23/2003

costo dei servizi sociali da parte degli utenti, tenuto conto dei principi stabiliti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109 e successive modificazioni, nonché della Tabella A prevista dall'art. 10 della L.R. 23/2003;

- le Province, oltre a concorrere alla programmazione del sistema integrato degli interventi e alla definizione e attuazione dei Piani di Zona, devono affiancare i Comuni nella raccolta di dati ed indicazioni di carattere demografico e socio-economico. Alle Province, in quanto titolari delle funzioni di formazione, qualificazione professionale e avvio all'impiego, spetta poi un ruolo fondamentale nella definizione ed attuazione delle politiche sociali del lavoro in collaborazione con i Comuni;
- i Comuni sono titolari di tutte le funzioni amministrative[6] degli interventi svolti a livello locale e concorrono alla programmazione regionale. A loro spetta la programmazione, progettazione e realizzazione del sistema di interventi sociali, ma anche l'accreditamento e il monitoraggio di soggetti erogatori di servizi.

La legge quadro introduce inoltre il concetto di Zona come ambito territoriale elementare del sistema sociale. La Zona non rappresenta un soggetto istituzionale a sé stante, ma è composto da un'aggregazione di comuni i cui rappresentanti si accordano per la gestione comune dei servizi.

All'interno dell'assetto delineato, il Settore Politiche Sociali della Regione Calabria potrà avvalersi di un innovativo "strumento di supporto": il Centro Regionale per l'Economia Sociale, previsto nel Progetto Operativo Regionale 2000-2006 nell'ambito delle Misura 5.2.A, e finanziato nella fase di start-up.

Il CRES svolgerà prevalentemente le seguenti funzioni:

1. osservatorio dei fenomeni sociali con una marcata attività di ricerca e sperimentazione di modelli innovativi di gestione nel campo dei servizi sociali;
2. assistenza tecnica e accompagnamento allo sviluppo per il sistema delle imprese sociali operanti in Calabria;
3. attività di assistenza tecnica alla pubblica amministrazione nella gestione diretta dei servizi e nel rapporto con gli operatori privati;
4. attività di supporto e di accompagnamento per le azioni del sistema degli interventi e dei servizi sociali nei piani di zona.

Il CRES, nello svolgimento delle sue attività, potrà quindi apportare tre fondamentali contributi:

- supportare la Regione degli adempimenti operativi connessi all'esercizio delle proprie funzioni, consentendo quindi una maggiore focalizzazione su competenze di carattere strategico;

[6] V. art. 18 c.2, lettera e) L.R. 23/2003

- potenziare il settore del privato sociale, favorendo l'ingresso di nuovi soggetti imprenditoriali e l'afflusso di nuovi capitali ad integrazione di quelli di provenienza pubblica;
- fornire assistenza tecnica a operatori pubblici e privati con un conseguente miglioramento nella qualità dei servizi erogati.

I Comuni associati nell'ambito zonale devono concordemente approvare il Piano di Zona che definisce obiettivi, priorità, strumenti e mezzi della gestione dei servizi nel territorio. Attraverso il Piano di Zona devono in particolare essere definite nel dettaglio le modalità con cui i Comuni che costituiscono la Zona intendono garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali. In questo Piano si delinea un ventaglio di servizi che la Regione ritiene necessari ed indispensabili per garantire l'assistenza al cittadino, cui le Zone devono attenersi nella definizione dei Piani di Zona. Spetta quindi ai comuni[7], attraverso lo strumento organizzativo della Zona, garantire l'erogazione dei servizi mettendo in comune risorse economiche, umane ed amministrative.

Al fine di favorire la più ampia integrazione[8] tra il sistema sanitario e quello sociale l'ambito territoriale zonale viene fatto coincidere con il distretto sanitario.

Il principio di sussidiarietà verticale suggerisce che i servizi vengano forniti al livello più elementare possibile, ovvero il più possibile vicino ai cittadini, laddove maggiore è la sensibilità sulle reali esigenze della popolazione. A livello di Zona dovranno quindi essere gestiti la quasi totalità dei servizi sociali erogati, quali, ad esempio:

- informazione e comunicazione ai cittadini, alle famiglie e alle organizzazioni sociali;
- consulenza sociale e orientamento sui problemi;
- attivazione delle risorse sanitarie integrate attraverso il rapporto con il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta;
- promozione dell'assistenza alla persona e alla famiglia, anche domiciliare in termini di aiuto domestico familiare, per le fasce fragili (anziani, disabili, minori, etc) e assistenza alla persona per persone con disabilità;
- promozione degli interventi di affido e di sostegno familiare per i minori in difficoltà;
- ricoveri in strutture diurne per minori e altri soggetti delle fasce fragili con problemi sociali che ne impediscono la permanenza a domicilio;
- promozione della solidarietà locale attraverso "servizi di prossimità e reciprocità" tra persone e nuclei familiari, volontariato, associazionismo, espresse con forme di auto-mutuo aiuto.

Nel sistema sociale e socio-sanitario calabrese sono presenti profonde asimmetrie nella distribuzione della popolazione tra i diversi distretti socio-sanitari: rispetto ad un'utenza media per distretto pari a poco meno di 60.000 utenti, esistono situazioni, come il distretto

[7] V. art. 18 c.2, lettera e) L.R. 23/2003
[8] V. art. 18 c.2, lettera a) L.R. 23/2003

di Reggio Calabria Nord con quasi 180.000 cittadini, opposte a realtà estremamente ridotte, come Cariati o Soveria Mannelli che non arrivano a 20.000 residenti. Realtà come queste ultime non hanno, evidentemente, la forza economica ed organizzativa, per far fronte alla eterogeneità e complessità della richiesta di servizi proveniente dal proprio ambito di competenza.

Al fine di assicurare, quindi, anche agli abitanti dei distretti minori prestazioni sociali di qualità, si individua la possibilità di organizzare un livello gestionale a "carattere sovradistrettuale o sovrazonale" per quei servizi che presentano particolari complessità organizzative o un marcato impegno economico. La definizione delle forme attraverso le quali questa intesa deve svilupparsi è demandata all'accordo tra le rispettive conferenze dei sindaci di distretto.

Questo livello sovrazonale non sarà in alcun modo sovraordinato rispetto a quello zonale, bensì complementare ad esso, in quanto si incaricherà unicamente della gestione di specifici servizi. La caratteristica di questi servizi sovrazonali sarà la presa in carico più complessa, delle persone e delle famiglie, e la marcata integrazione sia all'interno del sistema sociale che con il sanitario, e con altri comparti quali scuola e lavoro.

A titolo di esempio potrebbero essere affrontate a livello sovradistrettuale problematiche quali:

1. le disabilità gravissime e la lungo-assistenza;
2. le residenzialità socio-sanitarie a ciclo continuativo per anziani, disabili e minori con forti limitazioni dell'autonomia;
3. i servizi per il "Dopo di noi", i gruppi appartamento per minori, i servizi temporanei per gestanti nubili, ecc.;
4. le emarginazioni e povertà estreme;
5. le emergenze sociali.

Segretariato sociale. Una funzione che deve essere attivata a livello di singolo distretto, anzi ancor più capillarmente a livello comunale, e che merita di essere trattata singolarmente per la sua centralità nel nuovo progetto di sistema sociale, è quella del Segretariato Sociale.

Questa funzione riflette l'impostazione generale della legge 328/2000 e di questo Piano triennale di cui all'articolo 18 della Legge Regionale n. 23 del 2003, ovvero quella di rendere il cittadino informato e cosciente, il più possibile autosufficiente ed in grado, perciò, di sfruttare al massimo i servizi a sua disposizione.

L'attività di segretariato sociale è, come esplicitato nello stesso Piano Nazionale Triennale, finalizzata a garantire: "unitarietà di accesso, capacità di ascolto, funzione di orientamento, funzione di filtro, funzioni di osservatorio e monitoraggio dei bisogni e delle risorse; funzione di trasparenza e fiducia nei rapporti tra cittadino e servizi, soprattutto nella gestione dei tempi di attesa nell'accesso ai servizi". Attraverso questa attività si vuole dare al cittadino informazioni complete in merito ai suoi diritti, alle prestazioni, alle modalità di accesso agli stessi, e alle risorse sociali disponibili sul territorio.

Questa funzione vuole porsi a difesa dei cittadini più deboli, fragili e meno informati, che spesso esauriscono le loro energie procedendo, per tentativi ed errori, nella ricerca di risposte adeguate ai loro bisogni. Ci si propone di ridurre, così, quelle disuguaglianze nell'accesso ai servizi che sono dovute ad un'inadeguata informazione ed a barriere burocratiche di vario genere.

Sul piano organizzativo occorre quindi istituire in ogni ambito territoriale una "porta unitaria di accesso" al sistema dei servizi, uno sportello di cittadinanza che sia accogliente nei confronti della più ampia tipologia di esigenze e tecnicamente capace di assolvere le funzioni sopra indicate.

L'operatore di accoglienza e di filtro è l'*assistente sociale*, che deve disporre di professionalità idonea e delle competenze necessarie per riconoscere le ricadute organizzative e gestionali nonché le implicazioni tecnico-professionali di quanto viene proposto al cittadino.

L'operatore, o meglio il servizio nel suo complesso, deve:

- interpretare la domanda sociale e organizzarla secondo le risorse, pubbliche e/o private, dei servizi offerti dalla comunità locale;
- instaurare un rapporto interpersonale positivo e costruttivo con l'utente;
- costruire rapidamente connessioni tra bisogni e risorse disponibili;
- prendere in carico l'utente in modo "complesso e personalizzato" accompagnandolo, in particolare per i soggetti più fragili, nel suo percorso attraverso i servizi forniti.

Questa funzione risulterà tanto più efficace quanto più sarà progettata ed attuata in coordinazione e cooperazione con i centri di assistenza sanitaria e i diversi operatori sociali privati; in questo modo il cittadino potrà trovare nel Segretariato Sociale di cui sopra, oppure - laddove stabilito eventualmente nei singoli Piani di Zona - nello "Sportello di cittadinanza", un ventaglio di risposte quanto più ampio possibile sui servizi a sua disposizione, sociali e sanitari, pubblici e privati, gratuiti o a pagamento.

3.3 La gestione unitaria dei servizi

La legge 328/2000 stabilisce, all'articolo 6, così come la Legge Regionale n. 23 del 2003, agli articoli 9 e 13 che i comuni sono "titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale", che spetta loro "l'attività di programmazione, progettazione, realizzazione del sistema locale di servizi sociali a rete" nonché "l'erogazione di servizi e prestazioni economiche".

Si possono individuare due diverse soluzioni gestionali generali:

- la gestione autonoma diretta da parte di un singolo comune attraverso una delle forme gestionali previste dal D.L. 267/00. Questa modalità può applicarsi a comuni le cui dimensioni vadano a coincidere con l'estensione del distretto socio-sanitario, oppure per la gestione di servizi che, per la loro semplicità o peculiarità rispetto al contesto locale, necessitino di una organizzazione a livello di singolo ente.

- la gestione associata tra diversi comuni nelle varie forme previste dalla legislazione vigente:
  - Affidamento, mediante convenzione, ad uno dei comuni, dotato di adeguate potenzialità strutturali.
    In ambiti caratterizzati dalla presenza di un comune decisamente più grande degli altri, o comunque con competenze distintive in materia, si potrà ricorrere all'individuazione di un "capofila" per la gestione dei servizi. Tale comune sarà responsabile dell'organizzazione dei servizi, seppur a seguito di una programmazione e gestione unitaria, alla quale gli altri comuni contribuiranno finanziariamente e con proprie risorse umane e strutturali, per quanto nelle proprie potenzialità.
  - Affidamento, mediante convenzione, verso i soggetti di cui all'art. 33 del D.L. 267/2000.
    I comuni potranno far riferimento autonomamente ai soggetti, alle forme e alle metodologie di esercizio associato per la gestione dei servizi, per come previsto dall'art. 33 del D.L. 267/2000 e dall'art. 17 della L.R. 23/2003.
    Creazione di un'azienda consortile intercomunale.
    In ambiti costituiti da diversi comuni, tutti di piccole dimensioni, tra i quali non risulti possibile individuare un "capofila", potrà essere istituita una forma consortile di gestione nella quale ciascun comune possa e debba partecipare alla programmazione, organizzazione e gestione dei servizi secondo le proprie potenzialità. Questa forma di gestione può essere individuata nella Associazione Speciale Consortile Intercomunale costituita, previa approvazione regionale, da tutti i comuni facenti parte dell'ambito distrettuale di fornitura dei servizi. La costituzione di tale associazione prevede la definizione dello *statuto*, atto fondamentale del consorzio, che deve disciplinare l'organizzazione, la nomina e le funzioni degli organi consortili, e del *consiglio di amministrazione*, composto da una rappresentanza dei comuni consorziati e da rappresentanti delle istituzioni, che definisce gli atti di indirizzo e di programmazione, approva il bilancio e nomina presidente e direttore del consorzio.

Nel caso di una gestione associata, così come di quella consortile, dovranno essere preliminarmente definite e stipulate apposite convenzioni da parte degli enti interessati. Suddette convenzioni dovranno disciplinare gli organi consortili, le modalità decisionali e gestionali e le stesse modalità di distribuzione e tariffazione dei servizi. Inoltre, attraverso le convenzioni, potranno prevedersi uffici comuni che operino con personale distaccato dagli enti partecipanti al consorzio o alternativamente la delega di funzioni da parte dei partecipanti a favore di uno di essi.

Per consentire una reale gestione unitaria dei servizi dovrà essere garantita:

- la programmazione unitaria attraverso i Piani di Zona;
- la gestione unitaria delle risorse conferite dai vari soggetti;
- la gestione unitaria dei processi di autorizzazione ed accreditamento dei fornitori di servizi;

- l'accesso unitario ai servizi per tutti i cittadini appartenenti a tale ambito;
- la gestione omogenea del servizio informativo locale;
- la gestione omogenea dei processi di valutazione dei servizi erogati.

Incentivi

La Regione promuove l'associazionismo intercomunale, riconosciuto ed organizzato a livello legislativo nel Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti Locali, D.lgs 267/2000, come l'elemento portante per consentire la realizzazione della nuova rete assistenziale. Al fine di incentivare l'esercizio associato o consorziato delle funzioni sociali, la Regione prevede incentivi di carattere economico e finanziario: una quota delle risorse regionali destinate allo sviluppo del sistema sociale, verranno destinate a quegli enti locali che intendono associarsi o consorziarsi.

Inoltre verranno istituiti dalla Regione strumenti e procedure di raccordo con gli enti locali, quali ad esempio un "gruppo di lavoro permanente" sul tema presso l'Assessorato Regionale ai Sevizi Sociali.

3.4 I Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS)[9]

La legge quadro 328/2000, e più dettagliatamente il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali, pongono forte enfasi sull'erogazione di Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali la cui definizione rientra nelle competenze statali (Costituzione, art. 117, lettera m). Nel Piano Nazionale vengono, in proposito, delineate sei aree di intervento con lo scopo di definire i bisogni essenziali della popolazione cui i servizi devono prioritariamente rispondere e cinque tipologie di servizi e prestazioni che definiscono gli ambiti entro i quali rispondere a determinate esigenze.

Le Aree di Intervento rappresentano i "settori di bisogno" per i quali le politiche sociali devono prioritariamente prevedere interventi e risposte. Queste aree sono:

I. la valorizzazione delle responsabilità familiari;
II. il rafforzamento dei diritti dei minori;
III. il potenziamento degli interventi a contrasto della povertà;
IV. il sostegno agli anziani;
V. il sostegno ai disabili gravi;
VI. la prevenzione dalle dipendenza da droghe.

Le Tipologie di servizi e prestazioni costituiscono una articolazione per macro categorie degli interventi e delle prestazioni che devono essere programmate per rispondere alle esigenze proprie di ciascuna area di bisogno:

[9] V. art. 18 c.2, lettera c) L.R. 23/2003

I. servizio sociale professionale e segretariato sociale per l'informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;

II. servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;

III. assistenza domiciliare;

IV. strutture residenziali e semi-residenziali per soggetti con fragilità sociali;

V. centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

Infine, vengono impostate le cosiddette *"direttrici per l'innovazione"* ovvero le linee guida su modalità e criteri di impostazione del nuovo sistema sociale per garantire i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali.

A partire dall'impostazione fornita dal Piano Nazionale, i paragrafi che seguono chiariscono i contenuti dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali che la Regione Calabria intende garantire. La tabella riportata in coda al capitolo ne propone, quindi, una rappresentazione schematica.

3.4.1. La valorizzazione delle responsabilità familiari

La famiglia ricopre un ruolo fondamentale nella società calabrese, ne è struttura e cardine ed ha risentito, in Calabria in modo molto meno marcato rispetto al resto del paese, della crisi di valori e centralità degli ultimi anni. Il nucleo familiare rappresenta ancora nella nostra società il fulcro stabile ed affidabile a partire dal quale progettare la propria vita ed il nucleo all'interno del quale cercare prioritariamente la risoluzione dei problemi. Si vuole perciò, come già accennato, promuovere la famiglia con i suoi valori portanti come nucleo base sul quale deve imperniarsi il nuovo sistema sociale, favorendo la libera assunzione di responsabilità da parte delle famiglie nei confronti dei minori, degli anziani e dei non autosufficienti.

Il tasso di Nuzialità, ovvero i matrimoni effettuati per 1.000 abitanti risulta, secondo recenti dati ISTAT, di 5,0; questo valore è di poco più alto rispetto alla media nazionale 4,8, ma inferiore alla media meridionale di 5,5 matrimoni per 1.000 abitanti. Di maggiore interesse sono i tassi di separazione e di divorzialità che risultano addirittura la metà rispetto alla media nazionale (0,3 contro 0,6) con valori inferiori anche al resto del meridione. A questo si aggiunga un tasso di natalità e un numero medio di figli per donna e per famiglia anch'essi superiori alla media italiana.

Questi dati trasmettono con chiarezza la solidità e la centralità della famiglia nel tessuto sociale calabrese, questa nostra peculiarità deve essere sostenuta e integrata da un efficiente piano di sostegno che permetta il perdurare di questa felice e positiva condizione.

Oltre ad incentivare la costituzione del nucleo familiare tramite incentivi fiscali (quali mutui agevolati per le famiglie o l'alleggerimento della pressione fiscale per la presenza di figli a carico) si dovrà sostenere il suo ruolo all'interno del sistema sociale stimolando, tramite servizi adeguati, incentivi economici ed agevolazioni da definirsi, l'assunzione di responsabilità da parte delle famiglie nei confronti di eventuali componenti parzialmente autosufficienti. Dovranno anche essere definiti nel dettaglio i programmi di copertura

ovvero la percentuale di soggetti il cui bisogno si mira a soddisfare nell'arco del triennio e il tasso di variazione rispetto alla condizione precedente.

La crescente partecipazione delle donne al mercato del lavoro, anche nella nostra Regione, genera nuove difficoltà per le famiglie a conciliare lavoro e responsabilità familiari, e condiziona il desiderio della coppia ad avere uno o più figli. Le capacità genitoriali devono invece essere stimolate e, anche se ancora una volta la rete di aiuti informali, spesso rappresentati dai nonni, viene in aiuto a queste famiglie, si sente l'esigenza di un adeguato sviluppo di asili nido e servizi per minori in età prescolare. Queste strutture, infatti, oltre a costituire spazi di socializzazione e di confronto per i bambini, permettono ai genitori di mantenere il proprio lavoro garantendo la sicurezza economica al nucleo familiare.

Le politiche sociali attuate dalla Regione Calabria si propongono, quindi, i seguenti tre macro-obiettivi:

1. riconoscere il costo economico legato alla presenza di un figlio, al di sotto di un dato reddito familiare;
2. permettere ai genitori di conciliare le loro responsabilità con l'attività lavorativa;
3. sostenere le capacità genitoriali nei momenti di crisi e nelle difficili fasi di cambiamento dello sviluppo del bambino.

La Regione delinea in questo Piano un elenco di misure e servizi che ritiene debbano essere garantiti a livello di ogni Zona:

- interventi a sostegno della conciliazione tra responsabilità familiari e partecipazione al mercato del lavoro, in particolare per le madri:
  - servizi scolastici integrativi,
  - strutture di accoglienza per la prima infanzia,
  - incentivazione del part-time,
  - cooperazione con le imprese per orari "amichevoli";
- forme di agevolazione e sostegno delle famiglie con figli:
  - agevolazioni fiscali per figli a carico,
  - priorità nelle liste di attribuzione di abitazioni pubbliche;
- forme di agevolazione e sostegno delle famiglie con minori che necessitano di carichi di cura:
  - servizi di assistenza per famiglie con un solo genitore,
  - servizi mirati all'assistenza di minori con problematiche particolari (quali disabilità gravi) che vedremo in seguito;
- strumenti di incentivazione dell'affidamento familiare per quei minori che non possono rimanere, neppure per brevi periodi per condizioni di particolare disagio, presso la propria famiglia attraverso sostegni economici o bonus da utilizzarsi esclusivamente a favore del minore accolto;

- misure di consulenza e sostegno alle responsabilità genitoriali quali:
  - centri e servizi per le famiglie,
  - consultori pedagogici,
  - gruppi di auto e mutuo aiuto.

L'invecchiamento della popolazione sta modificando radicalmente le reti familiari e l'insieme dei bisogni cui esse tradizionalmente facevano fronte, una realtà che sta caratterizzando le famiglie italiane e calabresi è la crescente presenza di anziani: le famiglie in Italia con almeno un anziano in casa sono ben il 38,4% del totale e nella nostra Regione questa percentuale cresce ulteriormente.

La Regione si propone di innovare e diversificare l'offerta di servizi ed interventi facendo leva sulla creazione di nuove sinergie tra servizi, reti familiari e volontariato con l'obbiettivo di restituire all'anziano il diritto all'autodeterminazione sia in termini di abitazione che di servizi, ferma restando l'appropriatezza di questi.

L'invecchiamento è un processo naturale che riguarda evidentemente ogni persona, ma che segue un percorso differenziato a seconda dei contesti sociali e familiari in cui avviene: le condizioni che caratterizzano la vecchiaia possono essere profondamente diverse, da situazioni di totale autonomia fino a condizioni di totale dipendenza funzionale. Questi due estremi delineano il doppio ruolo dell'anziano, di assistito che necessita di sostegno e di risorsa fondamentale per la società e per la famiglia.

Quanto alla prima condizione è necessario *riconoscere e valorizzare il rapporto di tutela e di sostegno che i figli possono offrire ai genitori anziani* e quindi sostenere le famiglie con anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti bisognosi di assistenza domiciliare, tramite:

- *servizi ed aiuti che integrino il loro impegno*, prevedendo, ad esempio, un servizio di assistenza sostitutiva che possa garantire alcune ore libere al giorno o periodi di sollievo nell'arco dell'anno. Ci si propone, in pratica, di incentivare la famiglia a mantenere l'anziano nel proprio nucleo garantendo ai componenti della stessa la libertà di mantenere il proprio stile di vita, non rinunciando alle vacanze o alle ore di svago quotidiano. Un servizio di questo tipo diventa realizzabile solo in presenza di un'efficace comunicazione biunivoca tra ente assistenziale e famiglia assistita e potrebbe essere delegato a organizzazioni di volontariato o del terzo settore;
- *servizi di consulenza e di sostegno psicologico all'anziano ed ai familiari* attraverso lo sportello unico o consulenti specializzati;
- *offerta di risorse economiche* per far fronte agli impegni più gravosi (il cui ammontare sarà inversamente proporzionale al livello di autosufficienza dell'anziano).

Nel caso di anziani parzialmente autosufficienti che vivono soli nella propria abitazione, si devono promuovere programmi individualizzati di assistenza che ne favoriscano la domiciliarietà permettendogli di mantenere le proprie abitudini e il proprio radicamento sociale il più a lungo possibile.

A questo scopo dovranno essere individuate, a livello dei Piani di Zona, forme di assistenza e accompagnamento che impediscano l'isolamento dell'anziano favorendone eventualmente l'inserimento in ambiti sociali appositamente determinati. Queste forme saranno analizzate più in dettaglio nel capitolo 3.4.4

A questa visione dell'anziano come soggetto passivo, mero fruitore di servizi, deve affiancarsi un nuovo ruolo attivo, da attribuirgli come memoria storica, elemento di saggezza e di equilibrio all'interno di una società sempre più in carenza di valori profondi. In questa ottica si intende prevedere d'intesa con le organizzazioni di persone anziane l'istituzione di un servizio civile, nel quale i giovani possano collaborare con le persone anziane per valorizzarne e diffonderne le esperienze e competenze, e di centri di mutuo soccorso tra anziani all'interno dei quali gli anziani più dinamici possano contribuire attivamente alla cura dei non autosufficienti.

Deve essere poi stimolato, sostenuto e supportato il ruolo di sostegno attivo dell'anziano all'interno della famiglia: quasi l'85% dei nonni si prende saltuariamente cura dei nipoti e ben il 30% lo fa a tempo pieno sostituendo i genitori nel tempo in cui entrambi lavorano. Ancora una volta si evidenzia come la rete familiare venga a supporto delle esigenze che la società non riesce a coprire con servizi adeguati. Questo ruolo di supporto intrafamiliare deve essere sostenuto attraverso politiche adeguate che prevedano, ad esempio, la messa in opera di un sistema di trasporti che faciliti il libero movimento degli anziani nella città, o incentivi economici che invitino a mantenere l'anziano all'interno del nucleo familiare.

In questa nuova ottica di un anziano cliente e motore della stessa solidarietà sociale dovranno poi essere organizzati:

- la promozione di attività di volontariato o di utilità sociale che favoriscano l'auto-mutuo soccorso tra anziani,
- la realizzazione di progetti per il servizio civile cui partecipino gli anziani per valorizzarne le esperienze e le competenze,
- la creazione di organizzazioni e strutture di volontariato anziano con previsione di strutture diurne finalizzate agli incontri intergenerazionali tra minori, giovani e anziani.

3.4.2 Il rafforzamento dei diritti dei minori

I minori rappresentano il futuro della società calabrese, le loro personalità e le loro capacità determineranno quello che potrà diventare domani la nostra Regione; tutelarne la crescita, lo sviluppo e l'istruzione rappresenta la migliore garanzia per una società più giusta, onesta e produttiva. Non può stupire quindi il forte impegno che il Settore Politiche Sociali intende profondere per strutturare, consolidare e rafforzare le risposte per l'infanzia e per l'adolescenza.

Anche la nostra Regione risente, seppur in modo meno marcato rispetto al resto del paese, del mutamento delle caratteristiche della famiglia. La diminuzione della natalità, l'invecchiamento della popolazione ed un incremento del tasso di occupazione femminile (in Calabria prevalentemente limitato ai grandi nuclei urbani) hanno portato ad una famiglia che si sviluppa maggiormente in senso verticale e molto meno in senso orizzontale: diminuiscono, infatti, il numero di figli all'interno di una famiglia (e quindi dei fratelli sui quali un bambino può fare affidamento nella sua crescita) ed aumentano gli anni per i quali i nonni sono a disposizione per accudire i bambini e gli adolescenti. Questo trend è

certamente meno evidente nel meridione rispetto alle regioni settentrionali e le conseguenze non sono al momento così evidenti nella nostra Regione, ma sarebbe certamente sbagliato ignorarlo nella programmazione di politiche di medio e lungo raggio.

In questo Piano si abbandona, infine, il concetto di politiche per l'infanzia rivolte unicamente al recupero di situazioni di disagio o di pericolo per il minore, e si vuole, anzi, introdurre il concetto di politiche pubbliche di territorio, organiche e di comunità che si pongano l'obiettivo di accompagnare il minore verso un sano e corretto sviluppo evolutivo.

Gli interventi per l'adolescenza e l'infanzia vanno quindi inquadrati in una logica di totale esigibilità dei diritti da parte del minore e di costruzione di opportunità di crescita, sviluppo e realizzazione.

I giovani in generale, ed i minori in particolare, rappresentano terminali estremamente sensibili dei mutamenti della società e ne esprimono per primi, seppur inconsciamente, le mutate necessità: per rilevare i nuovi bisogni e le nuove attese delle giovani generazioni la Regione si propone di potenziare un Osservatorio che agisca da centrale ricettiva e promuova iniziative sperimentali volte alla soddisfazione delle nuove tendenze, ma soprattutto che sia vigile controllore dello stato dei servizi rivolti all'infanzia e all'adolescenza.

Lo strumento strategico per la costruzione di adeguate politiche per l'infanzia è individuato dalla legge 285/97 nel *"Piano territoriale per l'infanzia e per l'adolescenza"*; questo Piano deve essere sviluppato a livello distrettuale o inter-distrettuale in stretta connessione con gli altri strumenti di programmazione, in particolare il Piano di Zona e la Carta dei Servizi di Zona. Al fine di evitare un'inutile sovrapposizione, si prevede che tale Piano possa essere integrato all'interno dello stesso Piano di Zona attraverso il concorso, altresì, del garante dell'infanzia e dell'adolescenza di cui alla Legge Regionale 12 novembre 2004 n. 28.

La Regione si propone, nei prossimi anni, alcuni concreti obiettivi in questo ambito:

1. promuovere la partecipazione degli adolescenti alla propria comunità locale;
2. creare spazi di socializzazione e per il tempo libero protetti da influenze esterne;
3. rafforzare, mediante l'istituzione dei *Centri Affido,* l'affidamento familiare come modalità, alternativa all'istituzionalizzazione, di risposta al disagio familiare del minore;
4. allontanare i minori dall'utilizzo di ogni tipo di droga;
5. supportare la chiusura degli Istituti accompagnando la loro trasformazione in Centri Diurni o in Strutture Socio Educative;
6. realizzare case famiglia, comunità di tipo familiare caratterizzate da organizzazione e da rapporti interpersonali analoghi a quelli di una famiglia;
7. realizzare comunità di recupero minori con disturbi psichiatrici e con problemi di giustizia, anche al fine di evitare ricorsi a strutture fuori Regione.

La garanzia di un livello essenziale di assistenza, e di diritti esigibili, sui minori può essere ottenuta solo attraverso un'attenta programmazione e la messa in opera, al livello dei singoli Piani di Zona, di misure e servizi specificatamente rivolti a questo settore e la cui erogazione discende direttamente dall'esigibilità dei diritti sopra menzionati. Essi sono:

- *servizi per la prima infanzia*, attraverso lo sviluppo e la qualificazione di nidi d'infanzia e di servizi ad essi integrativi;
- servizi di tipo prescolastico gestiti con la partecipazione dei genitori;
- *offerta di spazi di gioco di libero accesso* per i bambini da 0 a 3 anni nei quali sia anche prevista la presenza di operatori di supporto alle funzioni genitoriali;
- servizi di avvicinamento delle istituzioni ai giovani attraverso, ad esempio, l'istituzione dell'*educatore di strada*;
- *luoghi di gioco "guidato"* accessibili anche ai bambini residenti in zone ad alta dispersione, mirato a favorire la socializzazione, la tolleranza, il rispetto e un rapporto positivo nelle relazioni interpersonali;
- *sostegno psicologico e sociale per nuclei familiari a rischio* di comportamenti violenti attraverso interventi di prevenzione primaria;
- *servizi di cura e recupero psico-sociale di minori* vittime di maltrattamenti e violenze anche di tipo sessuale, attraverso interventi con caratteristiche di forte integrazione tra i settori sociale, sanitario, giudiziario e scolastico;
- *offerta di spazi e stimoli ad attività di particolare interesse* quali incontri con elementi di generazione, etnia, cultura o religione diversa;
- *percorsi sperimentali di formazione ed inserimento lavorativo* che assecondino le capacità, la creatività e le aspirazioni positive dei giovani soprattutto rivolte ai giovani provenienti da contesti sociali più sfavorevoli;
- *progetti di Servizio Civile*;
- *luoghi di ascolto* gestiti da operatori esperti, ma inseriti all'interno dei normali luoghi di frequentazione dei giovani;
- *gruppi appartamento*, ovvero strutture abitative nelle quali adolescenti privi di validi supporti familiari sono accompagnati da operatori esperti nel loro percorso di autonomizzazione.

3.4.3 Potenziamento degli interventi a contrasto della povertà

Il contrasto alla povertà rappresenta uno degli obiettivi strategici ripetutamente indicati come prioritari a livello europeo e confermati tali anche nel Piano Nazionale. La condizione di povertà relativa (nella quale una famiglia consuma meno della metà del consumo medio pro-capite) coinvolge l'11,9% delle famiglie italiane pari a 7,5 milioni di persone. Circa la metà di queste si trovano in condizioni di povertà assoluta nella quale non possono soddisfare i bisogni essenziali.

La povertà è concentrata in tutto il Mezzogiorno ove risiede il 66% delle famiglie povere, ma la nostra Regione si guadagna il poco invidiabile primato della più povera d'Italia con un PIL pro-capite medio di 11.091 euro pari al 51% di quello medio Italiano ed Europeo (circa equivalenti).

Tra i fattori che contribuiscono a determinare una condizione di povertà in una famiglia, c'è certamente la mancanza di lavoro: si trova in stato di povertà ben il 28,7% delle famiglie nelle quali la persona di riferimento è in cerca di lavoro.

Appare poi correlato ad essa anche la presenza di figli ed il loro numero che, oltre a determinare una spesa aggiuntiva, non permette alla madre di lavorare, privando la famiglia di un'importante fonte di reddito.

Anche gli interventi a contrasto della povertà non possono limitarsi a mere forme di sostegno economico come spesso accaduto fino ad adesso, ma devono prevedere una forte sinergia tra politiche attive del lavoro e di sviluppo locale e le politiche formative. Deve essere inoltre promossa un'integrazione con le politiche di conciliazione tra partecipazione al mercato del lavoro e responsabilità familiari, con specifiche forme di sostegno legate alla numerosità del nucleo familiare o alle problematicità presenti in esso (anziani o disabili non autosufficienti).

D'altra parte i motivi per cui si entra in uno stato di povertà sono diversificati così come lo sono le risorse e gli strumenti per uscirne: anche se lo sviluppo dell'occupazione rappresenta la via principale, nel medio termine, di contrasto alla povertà, non può certamente coprire tutte le sacche di povertà esistenti nella società.

Il sistema di sostegno al reddito come misura generale di contrasto della povertà deve poi essere completato da uno "strumento di facilitazione della cittadinanza" ovvero un contributo economico ai soggetti in difficoltà di inclusione sociale, strumento operativo inteso come reddito minimo di inserimento, o forma equivalente, secondo lo spirito dell'art. 23 della legge 328/2000.

Il nuovo sistema, finalizzato alla costruzione della salvaguardia dei diritti di cittadinanza sociale, si presenta caratterizzato da elementi solidaristici e si collega con le politiche di reinserimento sociale. L'attuazione di questo strumento operativo, in base alle indicazioni ad oggi disponibili, sarà delegata al livello regionale o locale e sostenuta da un finanziamento congiunto dell'amministrazione centrale e periferica. In presenza di più operative indicazioni da parte del livello centrale, sarà cura della Regione fornire indicazioni più specifiche sull'introduzione di questo strumento.

Al *reddito minimo di inserimento* si dovranno certamente affiancare politiche di sostegno ed incentivazione alla formazione dei giovani e alla riqualificazione degli adulti per facilitarne entrata e rientro nel mondo del lavoro; facilitazioni per l'accesso per le famiglie a basso reddito all'abitazione; integrazione dei servizi sociali, assistenziali, formativi e sanitari.

La Regione si propone in questo settore i seguenti obiettivi:

1. promuovere e monitorare l'inserimento all'interno dei Piani di Zona di azioni concrete a contrasto della povertà, attraverso la promozione della partecipazione al lavoro e dell'accesso alle risorse, ai beni e ai diritti disponibili;
2. estendere ed uniformare le forme di sostegno al reddito in prospettiva di una migliore definizione delle modalità di attuazione del "*reddito minimo di inserimento*" o forma equivalente;
3. sviluppare forme di accompagnamento sociale e di integrazione sociale personalizzate, finalizzate al raggiungimento dell'autonomia economica;
4. migliorare il livello di formazione alla cittadinanza e al lavoro dei più giovani.

La Regione, per il potenziamento degli interventi a contrasto della povertà, indica che i Piani di Zona vengano approntati coinvolgendo nella progettazione tutti rappresentanti dei soggetti attivi in questo settore, e che nei Piani stessi si prevedano misure ed interventi nei seguenti campi:

- *rilevazione ed analisi delle condizioni di povertà* a livello locale con evidenziazione delle aree critiche;
  - a questo scopo risulta indispensabile la messa a punto del Sistema Informativo Sociale;
- *sviluppo di servizi di accompagnamento sociale per i soggetti più fragili* come prevenzione all'esclusione sociale;
- *attivazione di percorsi formativi* più adatti all'entrata nel mondo del lavoro;
- avvio di una uniformazione e *razionalizzazione delle forme di sostegno al reddito esistenti;*
- sperimentazione di forme di *erogazione di pacchetti di risorse integrativi* rispetto a quelli economici, quali forme di gratuità per i diversi servizi offerti dal comune (trasporti, formazione, ecc.).

La Regione intende poi favorire e sostenere interventi rivolti ad elevare la qualità della vita dei "senza fissa dimora" in un circuito progettuale promosso dall'integrazione tra Enti pubblici e Associazioni no-profit; l'obiettivo è quello di un reinserimento del "senza tetto" nel contesto sociale affrontando innanzitutto le problematiche di sopravvivenza e accompagnando poi il soggetto attraverso un recupero delle capacità relazionali e dedicherà particolare attenzione anche alle vittime del delitto ed agli ex ristetti.

Si indica che i singoli Piani di Zona prevedano i seguenti servizi:

- promozione, a livello di singola Zona, dello sviluppo nelle zone ritenute più critiche di:
  - un servizio di prima accoglienza che offra pernottamento per brevi periodi e servizi di base quali servizi igienici, doccia, pasti caldi, cambio vestiti,
  - un centro di seconda accoglienza che offra oltre ai servizi di base anche la possibilità agli utenti di essere accompagnati attraverso un percorso di reintegro nella società;
- sviluppo di una attività di accoglienza e di accompagnamento attraverso i servizi offerti presso gli sportelli di cittadinanza;
- sviluppo e sostegno di soluzioni integrate in ambito socio-sanitario e lavorativo finalizzati al reintegro del soggetto nella società civile.

3.4.4 Il sostegno agli anziani

I 340.000 anziani che vivono nella Regione Calabria rappresentano, come abbiamo visto, il 16% della popolazione totale ed in grande maggioranza sono donne che spesso vivono sole al di fuori del nucleo familiare.

La generalizzata tendenza verso un ulteriore invecchiamento della popolazione non accenna a diminuire e la problematica dell'assistenza a questa fascia di popolazione è destinata, perciò, ad aumentare ulteriormente.

Le politiche che la Regione intende promuovere devono affrontare la problematica sotto due punti di vista complementari: l'anziano come soggetto della società che necessita di cure, attenzioni e servizi e l'anziano come elemento ancora attivo della società capace di apportare il proprio peculiare contributo.

L'impegno della Regione vuole indirizzarsi verso il sostegno della domiciliarietà dell'anziano, sia di quello che vive nell'ambito di una famiglia sia di quello che vive da solo e non ha il supporto di alcuna rete di assistenza informale.

Nel primo caso, come già indicato nel capitolo 4.4.1, si vuole valorizzare la centralità della famiglia nella cura e nell'assistenza dell'anziano: il servizio dovrà quindi promuovere il sostegno e l'affiancamento delle famiglie attraverso l'effettivo sviluppo di una rete dei servizi e delle prestazioni flessibile e adeguata alle diverse esigenze delle famiglie.

Si deve garantire alle famiglie la perfetta conoscenza dei servizi a loro disposizione ed un'efficace comunicazione con il sistema assistenziale stesso per poter fornire programmi il più possibile individualizzati.

Le forme di assistenza devono tenere conto delle difficoltà di organizzazione della vita domestica, di quelle legate all'attività lavorativa dei familiari, dei problemi di relazione e di comunicazione, della fatica e del logoramento dei membri su cui grava l'onere dell'accudimento quotidiano delle persone bisognose di cure.

La rete dei servizi deve in questa direzione includere come servizi erogabili, discendenti dai diritti esigibili, :

- servizi di affiancamento nei compiti di assistenza per le problematiche più gravose;
- servizi di sollievo temporaneo dagli impegni di assistenza tramite strutture residenziali o semi-residenziali;
- forme di assistenza economica alle famiglie che assistono anziani.

La Regione si propone di favorire la domiciliarietà degli anziani che vivono autonomamente al di fuori del nucleo familiare con il doppio scopo di:

1. permettere all'anziano di mantenere il proprio stile di vita, le proprie abitudini e l'inclusione nel proprio nucleo sociale;
2. risparmiare risorse derivanti dall'eccessiva residenzialità da usarsi con maggiore appropriatezza per servizi di altro genere.

A questo scopo i Piani di Zona dovranno prevedere i seguenti servizi:

- *servizi di assistenza domiciliare* con personale qualificato soprattutto nelle capacità relazionali;
- *servizi di trasporto* a sostegno della domiciliarietà dell'anziano;

- *forme di ospitalità temporanea in strutture residenziali* per quegli anziani autonomi che debbano spostarsi per motivi sanitari o di altro genere per brevi periodi;
- *forme di adozione temporanea o definitiva di anziani autosufficienti* da parte di famiglie selezionate che possano necessitare del loro aiuto.

Il sostegno della domiciliarietà - che rimane un diritto esigibile - viene riconosciuto come principio base anche nella legge quadro 328/2000 la quale prevede esplicitamente che una riserva di risorse del Fondo Nazionale per le politiche sociali venga devoluta a questo scopo.

A fianco dei servizi di sostegno alla domiciliarietà, è impegno delle Regione garantire la presenza di una *rete di strutture residenziali* il cui accesso sia riservato ai soggetti per i quali i servizi resi a domicilio non risultino possibili o adeguatamente efficaci.

L'assetto del sistema residenziale si basa su diverse tipologie di struttura, di seguito elencate tenendo conto del diritto e del bisogno della persona anziana alla vicinanza con la famiglia e alla permanenza nel territorio di origine e/o di domicilio.

Centri Diurni: queste strutture semi-residenziali si caratterizzano per un medio livello di integrazione socio-sanitaria e sono destinate ad accogliere anziani autosufficienti e parzialmente non autosufficienti, che necessitano di un medio livello di assistenza. L'anziano può inoltre costituire, se adeguatamente sostenuto, una risorsa importante per la società e per la famiglia. Infatti, se facilitato da mezzi di trasporto pubblici adeguati e da un sostegno economico finalizzato, l'anziano può rappresentare una fonte di conoscenza, esperienza ed anche manodopera assistenziale fondamentale. Per quegli anziani perfettamente autosufficienti, ed in grado di impegnarsi attivamente, dovranno essere organizzate forme di attività affidabili anche alle risorse del volontariato e/o del privato sociale costituiti anche dagli anziani stessi che ne delineino un ruolo ancora attivo all'interno della società, ad esempio tramite:

- organizzazioni di mutuo soccorso tra anziani;
- forme di "nonno in prestito";
- centri di incontro intergenerazionale.

Comunità Familiare: strutture comunitarie con funzione abitativa e di accoglienza e bassa intensità assistenziale, destinate ad un numero massimo di 6 anziani autosufficienti.

Comunità Alloggio: destinate ad un numero massimo di 20 utenti, a prevalente accoglienza alberghiera con bassa intensità assistenziale, destinate ad accogliere anziani autosufficienti o parzialmente non autosufficienti.

Case Protette: erogano prestazioni sanitarie a rilevanza sociale. Tali prestazioni sono finalizzate al mantenimento della autonomia della persona, al recupero delle residue capacità della stessa, al fine di consentire la partecipazione alla vita sociale attraverso percorsi riabilitativi ed educativi e di sostegno alla famiglia. Le prestazioni vengono erogate a persone adulte e anziane non assistibili a domicilio. Le spese per le prestazioni sono ripartite: 50% sul Fondo Sanitario Regionale, 50% a carico del Fondo Regionale per le politiche sociali (L.R. 11/2004) fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente secondo le normative emanate dalla Regione. Le Case Protette sono caratterizzate da

media intensità assistenziale, media e alta complessità organizzativa, capaci di soddisfare il "bisogno" socio-sanitario.

Residenza socio-assistenziale: strutture con funzione tutelare caratterizzate da bassa e media intensità assistenziale destinate ad accogliere anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti, capaci di soddisfare il "bisogno" socio-assistenziale fornendo loro garanzie di protezione durante la giornata e servizi di tipo comunitario o collettivo.

Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.): erogano prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, sono finalizzate all'assistenza, alla individuazione, rimozione e contenimento di inabilità o disabilità conseguenti ad esiti di patologie cronico-degenerative congenite od acquisite. Sono a totale carico del Fondo Sanitario Regionale, detratta la quota a carico dell'utente secondo le normative emanate dalla Regione.

L'organizzazione di queste forme assistenziali può essere gestita da servizi pubblici e privati autorizzati, auspicando che ciò possa favorevolmente avvenire anche con la presenza del volontariato come personale aggiuntivo sull'organico previsto.

3.4.5 Il sostegno ai disabili

Dall'indagine multiscopo 2000 dell'Istat sulle condizioni di salute emerge che a livello nazionale i disabili sono il 5% della popolazione superiore ai 6 anni ed il trend complessivo appare in aumento. Questo dato appare attribuibile al fatto che molti minori, più fragili o malati, che precedentemente non superavano la fase perinatale, grazie ad una maggiore tutela sanitaria e socio-sanitaria, hanno oggi un'aspettativa di vita molto maggiore.

La problematica dei disabili deve essere affrontata tenendo conto dei differenti livelli della disabilità e dei conseguenti livelli di autosufficienza del disabile. Secondo la stessa indagine i disabili gravissimi, con autonomia praticamente nulla, risultano il 2,2% della popolazione di età superiore ai 6 anni ed addirittura il 24% negli ultra-ottantenni. Appare evidente quindi il parallelismo tra l'assistenza al disabile e quella all'anziano per due fondamentali motivi: la coincidenza tra le due classi (gli anziani rappresentano oltre il 70% della popolazione disabile totale) ed il ruolo centrale della famiglia nell'assistenza.

Rimangono validi i principi esposti nel capitolo precedente, ovvero il sostegno della domiciliarietà e il sostegno alla famiglia, aggiungendo che detta problematica va affrontata in particolare ponendo al centro anche il ruolo della persona disabile, nel suo cammino di crescita e di emancipazione.

In particolare, riguardo alla tutela dei disabili e delle loro famiglie, la Regione si impegna a:

1. favorire lo sviluppo del massimo livello di autonomia esprimibile dal disabile;
2. sostenere le famiglie nella loro opera assistenziale, la persona con disabilità nei bisogni di assistenza personale al fine di favorire la sua permanenza nell'ambito familiare;
3. rimuovere gli ostacoli che ne aggravano la condizione di disabilità;
4. favorire le condizioni di pari opportunità;
5. sostenere il progetto individuale della persona con disabilità.

Al fine del raggiungimento di questi obiettivi, i Piani di Zona dovranno prevedere, anche in collegamento con le strutture sanitarie, le seguenti azioni:

- sviluppo di servizi di assistenza domiciliare, continua o saltuaria a seconda della gravità della disabilità, che favoriscano la permanenza dei disabili privi del sostegno familiare presso la propria abitazione;
- promozione dell'autonomia dell'assistito tramite:
  - programmi di educazione motoria in centri specializzati,
  - sostegno psicologico diretto;
  - soluzioni abitative innovative;
- sostegno del reinserimento sociale del disabile attraverso:
  - individuazione di soluzioni abitative adeguate alla disabilità fisica anche attraverso incentivi economici e fiscali alla ristrutturazione delle abitazioni degli interessati, secondo la legge 13/89,
  - la garanzia di mezzi di trasporto pubblici di facile utilizzo per i disabili,
  - la promozione dell'accesso ai servizi per il tempo libero e per lo sport;
  - promozione dell'accesso alla formazione all'autonomia, alla professionalizzazione e al mercato del lavoro;
  - promozione di Servizi di Formazione all'Autonomia (SFA);
- il sostegno alle famiglie che assistono un disabile attraverso:
  - forme di sostegno economico utilizzabili nei soli canali assistenziali,
  - *forme di alleviamento temporaneo dell'impegno*, come servizi di sollievo temporaneo dagli impegni di assistenza tramite strutture residenziali o semi-residenziali;
  - sviluppo di centri diurni per soggetti con autosufficienza molto limitata;
  - sostegno consulenziale ai familiari;
- l'attivo sostegno all'inserimento scolastico e lavorativo per disabili di non elevata gravità attraverso:
  - servizi di trasporto personalizzati e finalizzati alle esigenze scolastiche e lavorative e al tempo libero;
  - adeguamento delle strutture scolastiche e lavorative attraverso l'abbattimento delle barriere architettoniche e l'individuazione di elementi interni di supporto alle specifiche problematiche del disabile con forme al collocamento mirato come da legge 68/1999 il tutor e il referente nell'ambiente lavorativo, i servizi di sostegno: assistente personale, trasporto, ecc.);
  - il coinvolgimento della famiglie stesse in questo processo attraverso un percorso formativo su come supportare l'inserimento del disabile;
- preparazione alla problematica "dopo di noi", ovvero del momento in cui La famiglia non sarà più in grado di assistere il disabile, attraverso un doppio approccio

- sul disabile, tramite la sviluppo di appositi piani di apprendimento o recupero delle capacità di gestione della vita quotidiana che minimizzino l'intervento della famiglia nelle attività giornaliere,
- con la promozione di famiglie-comunità che accolgano il disabile al cessare del supporto familiare.

3.4.6 Prevenzione e contrasto alle dipendenze da droghe

In questo ambito risulta assolutamente indispensabile una *efficace integrazione tra le politiche sociali e quelle di controllo del territorio e di polizia.*

L'impegno contro le tossicodipendenze deve indirizzarsi maggiormente verso una attività preventiva rispetto a quella attualmente prevalente di recupero del soggetto e reinserimento nella società. La prevenzione in questo ambito coincide con l'informazione, l'educazione e la formazione di un tessuto sociale positivo che fornisca al giovane stimoli positivi allontanandolo dall'utilizzo di stupefacenti.

In questa direzione, all'interno dei Piani di Zona devono essere previsti:

- forme di sostegno alla famiglia per favorire il procedere del giovane negli studi;
- forme di assistenza a livello scolastico con la promozione di specifiche attività formative sul tema:
  - tramite la programmazione di campagne informative sugli effetti dell'uso di sostanze stupefacenti,
  - tramite l'apertura di sportelli di consulenza sulle dipendenze e sulle possibilità di affrancamento da esse,
  - tramite interventi educativi volti a promuovere modelli e stili di vita positivi che rifiutino il ricorso a sostanze stupefacenti, ad esempio proponendo come modelli campioni sportivi locali o altri elementi di spicco delle comunità locali;
- particolare attenzione al monitoraggio dell'utilizzo delle droghe sintetiche, che costituiscono la reale porta d'ingresso a tutte le dipendenze oltre a rappresentare di per sé una grave minaccia. Questo deve essere ottenuto attraverso una sinergia tra enti istituzionali sociali e forze di polizia: l'ammontare dei sequestri nella Zona e i risultati delle analisi dei giovani fermati alla guida in stato di ebbrezza potrebbero fornire un quadro dettagliato della diffusione di queste sostanze.

Anche se questo Piano intende indirizzare l'attività di Zona verso una politica preventiva, l'attenzione dell'intero sistema sociale verso il recupero del soggetto e il reinserimento nella società non può calare, anche perché questa rimane comunque l'attività di impegno quantitativamente prioritaria per il sistema.

Questa occasione di riordino può e deve essere sfruttata per imprimere un nuovo slancio all'attività delle comunità di accoglienza e recupero del tossicodipendente e a quella dei SERT prevedendo una sempre maggiore integrazione con Le politiche sanitarie e le attività di controllo del territorio

3.5 Indirizzi per la definizione dei Piani di Zona[10]

La legge 328/2000 introduce, per la prima volta nell'ambito dei servizi sociali, il concetto di "programmazione partecipata" ovvero il passaggio da un processo di programmazione top-down, che avviene a livello centrale e viene applicato nelle sue componenti esecutive a livello periferico ad un sistema complesso, basato sul principio di sussidiarietà verticale, nel quale ciascun ente istituzionale è responsabile della programmazione per il proprio livello di responsabilità all'interno di linee guida introdotte a livello centrale.

Si va a definire così una *"matrice di sussidiarietà"* costituita da attori che agiscono secondo canoni di sussidiarietà verticale ed orizzontale, partecipando a creare le condizioni ideali per l'ottimizzazione della gestione dei servizi a ciascun livello.

Un sistema con questo tipo di "governance", distribuita su più livelli, deve necessariamente attuarsi solo attraverso la trasparenza tra le varie componenti, la mutua informazione tra i livelli ed una decisa condivisione degli obiettivi.

È compito di questo Piano definire gli ambiti e gli strumenti attraverso i quali il livello più vicino al cittadino, ovvero quello comunale associatosi in Zone, può e deve programmare i propri servizi. Lo strumento di programmazione viene indicato dalla legge Quadro nel Piano di Zona.

Attraverso questo strumento l'associazione intercomunale deve ricercare la massima integrazione con il sistema sanitario, il cui ambito elementare (il distretto) coincide con i confini della Zona stessa, e la massima collaborazione di tutti i soggetti pubblici e privati presenti in tale area.

3.5.1 Obiettivi del Piano di Zona

Il Settore Politiche Sociali, facendo propri gli indirizzi espressi nell'articolo 19 della legge Quadro, delinea gli obiettivi che il Piano di Zona deve proporsi:

- realizzare nel territorio il sistema integrato dei servizi sociali a livello locale con il coinvolgimento della comunità e dei cittadini, attraverso le forme di partecipazione previste dalla legge;
- dare priorità ai bisogni, cioè considerare prioritariamente i problemi e i bisogni emergenti dal territorio, adattando a questi gli indirizzi generali di azione individuati dal presente Piano Regionale;
- qualificare la spesa attraverso la mobilitazione e l'attivazione di tutte le risorse disponibili nel contesto territoriale ed attraverso un impiego coerente di tali risorse mediante l'adozione di procedure efficienti di spesa e di controllo della spesa;
- promuovere iniziative di formazione e aggiornamento per consentire la crescita delle competenze professionali delle risorse umane impegnate nella promozione e nell'attuazione del Piano di Zona;
- favorire l'integrazione con le altre politiche di orientamento sociale, sanitario innanzitutto, ma anche con quelle scolastiche e formative, incentivando intese progettuali tra i vari soggetti coinvolti;
- qualificare la spesa programmata per il raggiungimento degli obiettivi sociali prefissati e definire i criteri di ripartizione di questa tra i vari soggetti coinvolti.

3.5.2 Contenuti del Piano di Zona

Il Piano dovrà sviluppare al suo interno i seguenti elementi:

a. *analisi dei dati disponibili sui principali fenomeni sociali* e sull'offerta di servizi e prestazioni della Zona;

b. *obiettivi strategici prioritari;*

c. *modalità organizzative* della struttura amministrativa e tecnico-gestionale per l'attuazione degli interventi previsti;

d. *valutazione delle modalità di impiego delle risorse finanziarie strutturali ed umane* disponibili per realizzare gli obiettivi fissati;

e. *modalità di integrazione tra i comparti attivi nel sociale*: integrazione tra sanità e sociale, ma anche maggiore integrazione all'interno del sociale ad esempio tra assistenza, educazione, formazione, e così via. Ci si propone di giungere alla affermazione del *case management* come metodo di lavoro finalizzato alla creazione di un sistema integrato di servizi;

f. *modalità di collaborazione* tra istituzioni pubbliche, terzo settore e volontariato;

g. *tipologia di accordi* tra l'Azienda Sanitaria Locale e con i distretti sanitari *per l'integrazione socio-sanitaria*;

h. *requisiti di qualità* per le strutture residenziali e i soggetti erogatori di servizi;

i. *modalità di partecipazione all'accordo* di programma da parte di tutti i soggetti interessati pubblici e privati;

j. *strategia per la messa in opera di un SIS (Sistema Informativo Sociale) di Zona* che svolga il proprio ruolo nella raccolta e sintesi di dati utili e necessari ad una successiva programmazione.

3.5.3 Processo di programmazione del Piano di Zona

La predisposizione del Piano di Zona dovrà inoltre prevedere alcune fasi metodologiche precise:

a. avvio del processo programmatorio per la predisposizione del Piano di Zona attraverso:
   - la convocazione dell'assemblea dei sindaci di tutti i comuni afferenti alla Zona,
   - coinvolgimento di un referente della Provincia e definizione degli eventuali soggetti esterni al Comitato dei Sindaci atti a partecipare al processo e delle funzioni assegnate a ciascun soggetto,
   - definizione di un Gruppo di Piano, un gruppo misto tecnico-politico, strumento operativo dei sindaci nella predisposizione del Piano;

b. analisi della situazione esistente attraverso:
   - verifica dei risultati raggiunti con la programmazione precedente (quando esistente),
   - analisi dei bisogni della comunità locale, del contesto socio-economico e delle diverse condizioni di necessità che possono influenzare la domanda di servizi,
   - analisi delle risposte esistenti in termini di interventi e risorse messe in campo dai diversi soggetti;

c. fase di programmazione dei servizi attraverso:

- definizioni degli obiettivi e delle ipotesi da realizzare in termini di nuove offerte di servizi, riconversione di vecchie strutture o riorganizzazione di servizi preesistenti prendendo come riferimento uno scenario finale verso il quale coordinare tutti gli sforzi,
- definizione delle strategie per l'ottenimento degli obiettivi fissati,
- definizione del piano finanziario a sostegno degli obiettivi prefissati in termini di quantità di risorse disponibili e distribuzione tra i diversi progetti,
- definizione degli indicatori di risultato da raggiungere nel breve, medio e lungo periodo in termini di risultati diretti e di impatto dei servizi erogati, ma anche in termini di gestione del sistema,
- definizione degli strumenti di verifica delle azioni e dei risultati ipotizzando anche le azioni da intraprendere nell'affrontare le criticità,

d. definizione delle forme di collaborazione tra i diversi soggetti coinvolti nell'attività sociale e delle forme di integrazione socio-sanitaria;

e. approvazione (o adozione) del Piano da parte dell'assemblea dei sindaci. Entro 120 giorni dall'approvazione il Piano dovrà essere trasmesso alla Giunta Regionale che nel termine di 60 giorni ne verifica la compatibilità con il presente Piano Regionale. Questa approvazione è condizione necessaria alla erogazione dei finanziamenti regionali previsti a scopo sociale.

3.5.4 Strategie per l'attuazione del Piano di Zona

Al fine della realizzazione del Piano di Zona è necessario un qualificato e forte impegno di tutti i soggetti coinvolti, attuabile tramite alcune strategie tra le quali quelle di seguito descritte:

1. attribuire esplicitamente specifiche responsabilità ai diversi soggetti coinvolti, i quali costituiranno anche un Ufficio tecnico della rete dei servizi del distretto socio-sanitario, di cui potersi all'uopo avvalere;
2. definire in fase di programmazione le condizioni metodologiche che permettano in seguito continue valutazioni di processo e di esito;
3. definire tempi di attuazione del Piano e fissare tappe intermedie di verifica dei risultati raggiunti.
4. individuare la figura del *promotore della rete sociale*, quale referente dei sindaci per le funzioni di raccordo e di collaborazione fra gli enti e i servizi dello stesso ambito territoriale per la redazione del Piano di Zona, il coordinamento del processo di costruzione e attuazione del Piano stesso.

3.6 Integrazione con la politica sanitaria, dell'istruzione, della formazione e del lavoro

Un concetto sul quale il Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali ha ripetutamente insistito è la necessità, al fine della realizzazione di un nuovo welfare che prevenga attivamente l'esclusione sociale, di raggiungere un elevato livello di integrazione tra tutte le politiche a rilevanza sociale. Solo questa integrazione può generare un sistema capace di seguire il percorso di riabilitazione, formazione e inserimento nel mondo del lavoro. in modo che le azioni siano coordinate verso un unico obiettivo evitando così

incongruenze, sprechi e sovrapposizioni. L'integrazione tra le politiche sociali appare quindi importante per tutto il sistema nel suo complesso, ma risulta addirittura imprescindibile per le politiche dirette a persone con limitazioni di tipo psico-fisico.

3.6.1 Integrazione sociosanitaria[11]

L'integrazione tra le politiche sociali e quelle sanitarie deve essere considerata uno degli obiettivi intermedi primari della riforma introdotta dalla legge di riordino 328/2000. Le prestazioni sociosanitarie si caratterizzano per la natura e la complessità dei bisogni cui si rivolgono e si connotano per l'unitarietà di intervento con il concorso di apporti professionali di tipo sanitario (medico, infermieristico, riabilitativo), di servizi sociali professionali e di prestazioni assistenziali, organicamente strutturate in un percorso personalizzato.

In ogni Distretto deve essere garantita l'integrazione sociosanitaria, di cui all'art. 3-septies del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i.

Si definiscono prestazioni socio-sanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche a lungo termine, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

L'intensità assistenziale, che scaturisce dalla determinazione della natura del bisogno, si distingue in fasi temporali che caratterizzano il progetto personalizzato, così definite:

a. *la fase intensiva*, caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, di elevata complessità e di durata breve e definita, con modalità operative residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari;

b. *la fase estensiva*, caratterizzata da una minore intensità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica, a fronte di un programma assistenziale di medio o prolungato periodo definito;

c. *la fase di lungo-assistenza*, finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi.

Le prestazioni socio-sanitarie comprendono:

- *le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale*, prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale. Dette prestazioni, di competenza dell'Azienda Sanitaria e a carico della stessa, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali o semi residenziali;

[11] V. art. 18 c.2. lettera a) L.R. 23/2003

- *le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria,* vale a dire tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività, di competenza dei Comuni, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dalla Regione, e si esplicano attraverso:
    - interventi di sostegno e promozione a favore dell'infanzia, dell'adolescenza e delle responsabilità familiari;
    - interventi per contrastare la povertà nei riguardi dei cittadini impossibilitati a produrre reddito per limitazioni personali o sociali;
    - interventi a sostegno e di aiuto domestico famigliare finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti;
    - interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazione dell'autonomia, non assistibili a domicilio;
    - interventi di natura economica, atti a favorire l'inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità o patologia psicofisica e da dipendenza, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di diritto al lavoro dei disabili;
    - ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i Livelli Essenziali di Assistenza secondo al legislazione vigente.

  Dette prestazioni, inserite in progetti personalizzati di natura non limitata, sono erogate nelle fasi estensive e di lungoassistenza e sono di competenza dei comuni che provvedono anche al loro finanziamento.

- *Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria* di cui all'art. 3-septies, comma 4 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e s.m.i., cioè tutte le prestazioni sanitarie caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenza da droga, alcool e farmaci, patologie da infezioni da HIV e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico degenerative. Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post-acuta, caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungoassitenza.

Tali prestazioni sono a carico del Fondo Sanitario e sono assicurate dall'Azienda Sanitaria a livello distrettuale secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dal Piano Sanitario Nazionale e Regionale, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali.

L'integrazione socio-sanitaria, per rispondere appieno ai bisogni sociali e di salute, si realizza a diversi livelli:

- *le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria*, vale a dire tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività, di competenza dei Comuni, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dalla Regione, e si esplicano attraverso:
    - interventi di sostegno e promozione a favore dell'infanzia, dell'adolescenza e delle responsabilità familiari;
    - interventi per contrastare la povertà nei riguardi dei cittadini impossibilitati a produrre reddito per limitazioni personali o sociali;
    - interventi a sostegno e di aiuto domestico famigliare finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti;
    - interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazione dell'autonomia, non assistibili a domicilio;
    - interventi di natura economica, atti a favorire l'inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità o patologia psicofisica e da dipendenza, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di diritto al lavoro dei disabili;
    - ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i Livelli Essenziali di Assistenza secondo al legislazione vigente.

  Dette prestazioni, inserite in progetti personalizzati di natura non limitata, sono erogate nelle fasi estensive e di lungoassistenza e sono di competenza dei comuni che provvedono anche al loro finanziamento.

- *Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria* di cui all'art. 3-septies, comma 4 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e s.m.i., cioè tutte le prestazioni sanitarie caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenza da droga, alcool e farmaci, patologie da infezioni da HIV e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico degenerative. Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post-acuta, caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungoassitenza.

Tali prestazioni sono a carico del Fondo Sanitario e sono assicurate dall'Azienda Sanitaria a livello distrettuale secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dal Piano Sanitario Nazionale e Regionale, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali.

L'integrazione socio-sanitaria, per rispondere appieno ai bisogni sociali e di salute, si

- *istituzionale*, quando il servizio discende dagli specifici indirizzi di politica socio-sanitaria emanati dall'istituzione che la gestisce;
- *interistituzionale*, quando una struttura fa riferimento a livelli istituzionali diversi che operano in sinergia fra loro;
- *interorganizzativa*, con l'utilizzo all'interno di una stessa unità operativa di professionalità dipendenti dal punto di vista amministrativo da strutture diverse, come nel caso di operatori delle Aziende Sanitarie, dei comuni e del privato sociale;
- *interprofessionale*, quando le diverse figure professionali operanti all'interno della struttura convergono in maniera complementare su bisogni e problematiche aventi caratteristiche unitarie.

La Regione individua con successivi provvedimenti i criteri e le modalità mediante i quali comuni ed Azienda Sanitaria garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni socio-sanitarie di rispettiva competenza, definendo gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali socio-sanitari.

Nelle more dell'adozione dei provvedimenti di cui sopra, in ciascun distretto, il Direttore di distretto, di concerto con i Sindaci di distretto, individua, di volta in volta, le modalità organizzative e le azioni per garantire l'integrazione socio-sanitaria, fermo restando quanto stabilito dal comma 5 dell'art.3-septies e dell'art.3-quinquies, comma 1, lettera c), del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i..

3.6.2 Integrazione con le politiche della scuola, lavoro e formazione[12]

La legge quadro 328/2000 prevede esplicitamente, all'articolo 3, che l'integrazione delle politiche dell'assistenza sociale non si realizzi unicamente con quelle sanitarie, ma anche con le politiche dell'istruzione, della formazione, dell'avviamento e del reinserimento nel mondo del lavoro.

Considerando come obiettivo primario del sistema sociale nel suo complesso quello di favorire il mantenimento del soggetto nel tessuto sociale, si può individuare nelle politiche del lavoro, che permettono il reinserimento nel ciclo formativo o nel mondo lavorativo di soggetti in condizioni di svantaggio, il fulcro della necessità di integrazione tra le diverse politiche a finalità sociale.

La rete di operatori di sistema di mediazione del lavoro individuati dalla recente Legge 328/2000, ovvero quei servizi pubblici e privati finalizzati alla riabilitazione e alla risocializzazione dei soggetti presi in carico, può rappresentare l'elemento fondamentale di questo processo di integrazione. La Regione Calabria si propone, in questa direzione, di sviluppare un cammino comune verso il reinserimento sociale all'interno del quale armonizzare le modalità di intervento da parte dei diversi soggetti istituzionali e privati.

Particolare attenzione verrà prestata alla ricomposizione della frammentazione (ben 44 profili professionali esistenti nell'area sociale dei servizi alla persona ed alla comunità) delle professioni sociali ed alla professionalità degli operatori impegnati legandole più propriamente alle nuove e più complesse domande socio-assistenziali (bisogni) e non già ad una formazione più funzionale alle immediate risposte da offrire al sistema dei servizi.

[12] V. art. 18 c.2, lettera b) L.R. 23/2003

A questo percorso, da avviare con una ricerca sui processi e sulle modalità di governo delle professioni, dovranno partecipare i tre principali soggetti coinvolti:

- le strutture formative (Università - Scuola - Sistema di Formazione professionale Regionale) dovranno, in collaborazione con le aziende disponibili, progettare percorsi formativi per le professioni sociali e costruire percorsi per l'avviamento al lavoro;
- i servizi distrettuali sanitari dovranno provvedere direttamente o indirettamente il supporto medico-psicologico;
- i servizi sociali provvederanno alla rimozione degli ostacoli sociali e a supportare le azioni di inserimento nel ciclo lavorativo, anche mediante ricognizione del mercato del lavoro e dei servizi sociali.

L'integrazione tra le diverse politiche sociali si potrà ottenere solamente tramite una programmazione comune a livello di Zona; la figura del coordinatore degli interventi, o "case manager", dovrà ancora una volta garantire la coordinazione tra gli interventi istituiti.

Il monitoraggio degli interventi effettuati e del livello di integrazione raggiunto sarà ancora una volta devoluto al Sistema Informativo Sociale che verrà sviluppato in ogni singola Zona.

3.6.3 Professioni sociali

In Calabria, attualmente, ci troviamo nella necessità di razionalizzare e riordinare il variegato panorama di figure professionali operanti nel sociale, al fine di offrire su tutto il territorio un medesimo standard di professionalità.

L'adozione degli standard professionali è prevista tramite "Regolamento dei servizi sociali e socio-sanitari", di competenza regionale (art. 8, c. 4 della legge regionale 23/2003). Detta adozione prenderà in considerazione anche il fatto che finora non si è adeguatamente e totalmente compiuto il riordino delle professioni sociali nella regione: pertanto si prevedono corsi formativi ordinari e corsi in sanatoria.

Le professioni sociali risultano frammentate, anche in conseguenza dell'emersione di nuove e più complesse domande socio-assistenziali e della tendenza a pensare la formazione come più funzionale alle immediate risposte che alla professionalità. Così l'identità professionale degli operatori si indebolisce perché costretta più sul fare che sul riflettere, la loro formazione è frutto più di scelte pratiche estemporanee che di meditata programmazione.

Tra i risultati di questo processo, che coinvolge sia i servizi del settore pubblico, del privato "for profit" e del terzo settore "non for profit", vanno segnalati da una parte la tecnicizzazione - ossia una eccessiva enfasi sulla specializzazione degli operatori sociali - dall'altra la dequalificazione - ossia un accesso alla professione non governato ed un abbassamento degli standard qualitativi.

L'azione di governo curerà la ricomposizione della frammentazione anche attraverso modalità di raccordo tra i bisogni, le politiche sociali ed i grandi processi formativi con cui identificare le competenze e sostenere la formazione di identità professionale.

L'offerta formativa da promuovere, sia in termini quantitativi che qualitativi, sarà tale da ricoprire il fabbisogno dei servizi accreditati previsti dal presente piano. Si intende mirare a curare l'Alta formazione, la formazione continua del personale dei servizi esistenti, la formazione per l'accompagnamento dei ruoli negli enti e servizi e tra enti e servizi, per il monitoraggio, per la verifica e la valutazione, per i ruoli manageriali, per la programmazione, per l'implementazione del Piano stesso.

3.7 La qualità del sistema sociale

La qualità degli interventi è, come più volte rimarcato sia nella legge 328/2000 che nella legge regionale 23/2003, tra gli obiettivi primari che il nuovo sistema integrato di interventi e servizi sociali deve conseguire.

Creare un sistema di qualità sociale significa, secondo la definizione del Piano Nazionale, predisporre un "insieme di regole, procedure, incentivi e controlli atti ad assicurare che gli interventi e i servizi sociali siano orientati alla qualità in termini di adeguatezza ai bisogni, efficacia dei metodi e degli interventi, uso ottimale delle risorse impiegate, sinergie con servizi e risorse del territorio, valutazione dei risultati, apprendimento e miglioramento continuo".

L'ambito sociale sente ancor più di altri, in ragione dell'eterogeneità degli operatori che vi operano e dell'ampia presenza di operatori privati, l'esigenza di un sistema che ne garantisca la qualità. Le regole atte a garantire un sistema di qualità dovranno indirizzarsi, innanzitutto, a chiarire gli standard cui le strutture di erogazione dovranno uniformarsi ed i percorsi formativi per lo sviluppo delle professionalità coinvolte nell'assistenza.

Come suggerito dal Piano Nazionale la presenza di un sistema di accreditamento delle strutture potrà avvantaggiare il cittadino, anche nelle scelte di acquisto di servizi per i quali non goda di copertura assistenziale, rappresentando questa una discriminante tra il servizio professionale e altre forme di assistenza non organiche e, spesso, non adeguate.

In questo capitolo verranno definiti i requisiti essenziali per l'accreditamento di strutture e fornitori di servizi e verranno tracciate le linee guida che le autorità comunali dovranno seguire nel definire le modalità di accreditamento.

Al fine di stabilire criteri, strumenti e percorsi di accreditamento sarà promosso, in seguito, un apposito gruppo di lavoro composto da rappresentanti regionali, delle Zone e delle ASL; tale gruppo predisporrà degli elaborati acquisendo i pareri degli organismi rappresentativi dei soggetti di gestione profit e no-profit, degli organismi di tutela dei cittadini e delle organizzazioni sindacali.

Il D.M. 308/2001 prevede che vengano sottoposte a valutazione e autorizzazione le strutture, già operanti (per i quali verrà garantito un permesso provvisorio di attività fintanto che non si sarà svolta l'attività di verifica) e di nuova istituzione, finalizzate ad interventi socio-assistenziali ed educativi per minori, disabili ed anziani, persone affette da AIDS e problematiche psico-sociali gravi.

Le autorità comunali, singole o associate in Zone, saranno titolari, come specificato nell'articolo 11 della legge 328/2000 e nell'articolo 25 della Legge Regionale n. 23 del 2003, dell'attività di controllo ed accreditamento e sarà loro compito:

- formare professionalità idonee a gestire le competenze in materia;
- individuare gli strumenti di controllo e vigilanza;
- istituire un Albo delle strutture accreditate condiviso con il SISS.

3.7.1. Requisiti essenziali per le strutture assistenziali

Il D.M. 308/01 prevede che per tutte le strutture accreditate, sia quelle a ciclo residenziale diurno che quelle a ciclo continuativo, siano rispettati i seguenti criteri:

a. ubicazione in luoghi abitati o comunque facilmente raggiungibili con l'uso di mezzi pubblici per facilitare l'integrazione sociale degli ospiti e le visite dei famigliari agli stessi;

b. dotazione di spazi destinati ad attività collettive e di socializzazione distinti dagli spazi destinati alle camere da letto, organizzati in modo da garantire l'autonomia individuale, la fruibilità e la privacy;

c. presenza di figure professionali, sociali e sanitarie, qualificate, in relazione alle caratteristiche ed ai bisogni dell'utenza ospitata;

d. presenza di un coordinatore responsabile della struttura;

e. adozione di un registro degli ospiti e predisposizione di un piano individualizzato di assistenza e, per i minori, di un progetto educativo individuale;

f. organizzazione delle attività nel rispetto dei normali ritmi di vita degli ospiti;

g. adozione di apparecchi telefonici e di campanelli di chiamata a disposizione degli ospiti;

h. adozione, da parte del soggetto gestore, di una "Carta dei Servizi Sociali" secondo quanto previsto dall'articolo 13 della legge 328/2000 e dall'articolo 21 della Legge Regionale n. 23 del 2003.

Nel dettaglio le strutture residenziali si classificano in quattro categorie, ciascuna con una "mission" differente e requisiti specifici:

1. *strutture a carattere comunitario*

Strutture caratterizzate da bassa o media intensità assistenziale, e bassa o media complessità organizzativa. Queste strutture sono destinate ad accogliere un'utenza parzialmente non autosufficiente, priva del necessario supporto familiare o per la quale la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente o definitivamente contrastante con il piano individualizzato di assistenza.

Fanno parte di questa tipologia *le comunità alloggio, le comunità educativo-assistenziale e i presidi di ospitalità collettiva protetta*;

2. *strutture a prevalente accoglienza alberghiera*

Strutture caratterizzate da bassa o media intensità assistenziale, di complessità organizzativa media o alta in relazione al numero di persone ospitate. Sono destinate ad accogliere anziani autosufficienti o parzialmente non autosufficienti. Appartengono a questa categoria le *residenze sociali*;

3. *strutture protette*

Strutture caratterizzate da media o medio/alta complessità organizzativa (anche con componente sanitaria) destinate ad accogliere anche un'utenza non autosufficiente purché non necessiti di assistenza sanitaria continuativa e ad elevata intensità. Fanno parte di questa tipologia le *residenze protette*;

4. *strutture a ciclo diurno*

Le strutture a ciclo diurno sono caratterizzate da un diverso grado di intensità assistenziale in relazione ai bisogni dell'utenza ospitata e possono trovare collocazione autonoma all'interno o in collegamento alle strutture sopra indicate.

I requisiti essenziali dei centri diurni sono i seguenti:

- articolazione in moduli di 20 utenti. Nel caso di demenze di tipo degenerativo (es. Alzheimer) il modulo non può superare le 10 persone; spazi per la socializzazione con *ateliers creativi*;
- spazi per svago, relax e riposo;

- sala da pranzo con superficie congrua in relazione al numero degli ospiti;
- cucina a norma, se la ristorazione è effettuata in sede; se la ristorazione è esternalizzata devono essere previsti spazi adeguati per la veicolazione dei cibi;
- personale educativo, di animazione e di assistenza in numero congruo al numero degli ospiti e alla loro gravità;
- personale medico, infermieristico, riabilitativo, psicologo a carico del Servizio Sanitario Regionale.

3.7.2. Formazione professionale

Nell'assistenza residenziale, così come nei servizi forniti alla persona, la Regione individua nella professionalità del personale operante la garanzia di un servizio adeguato e rispondente alle reali esigenze del cittadino. Come già accennato sarà compito delle autorità zonali la valutazione dei curriculum professionali sulla base di titoli ed esperienze.

La Regione si impegna a programmare piani di formazione professionale finalizzati a:

1. garantire agli utenti livelli di professionalità tendenzialmente omogenei nella Regione;
2. consentire agli operatori già in servizio di ottenere titoli riconosciuti a livello nazionale;
3. formare adeguatamente i giovani che vedono nel sociale un futuro professionale, facilitando la loro entrata nel mondo del lavoro;
4. assicurare agli enti che gestiscono servizi di poter reperire sul mercato del lavoro locale quantità e qualità di personale richiesto dalle norme.

3.7.3. La Carta dei Servizi Sociali[11]

La *Carta dei Servizi Sociali* è intesa come strumento per l'esercizio di "cittadinanza attiva" nella logica dei diritti e dei doveri sociali, attraverso la descrizione dell'organizzazione e del funzionamento della rete dei servizi alla persona, individuandone le modalità di accesso; in tal senso si caratterizza per la definizione di un insieme di "percorsi progettuali" per le persone fragili a cui la legge 328/2000 e la legge regionale 23/2003 riservano la priorità assistenziale, fermo restando l'obiettivo di apertura della rete dei servizi a tutti i cittadini.

Ogni comune, in quanto responsabile dell'offerta dei servizi sociali, dovrebbe adottare una propria "carta"; dato il nuovo assetto proposto per il sistema sociale calabrese si dovrà prevedere che ciascuna Zona adotti una propria *Carta dei Servizi Sociali* di Zona. Al fine di favorire una certa omogeneità è opportuno che tutte le *carte dei servizi sociali* zonali e comunali comprendano un nucleo di contenuti comuni.

Tutte le *carte dei servizi sociali* dovranno quindi prevedere:

- le condizioni per l'esercizio della cittadinanza attiva a livello locale (promozione dell'associazionismo sociale, dei servizi di prossimità, di mutuo-auto-aiuto);
- i percorsi assistenziali e le opportunità sociali disponibili;

[11] Art. 18 c.2 lett. h) art.21 L.R. 23/2003

- la "mappa" delle risorse istituzionali e sociali;
- le prestazioni assistenziali essenziali;
- gli standard di qualità da rispettare, le modalità di verifica, le sanzioni nel caso di non applicazione degli standard, i programmi di miglioramento;
- le modalità di partecipazione dei cittadini;
- le modalità di verifica;
- le forme di tutela dei diritti, in particolare dei soggetti fragili.

Una particolare attenzione deve porsi al processo di costruzione delle carte dei servizi, in quanto costituisce una importante occasione di coinvolgimento degli operatori, della società civile e degli organismi rappresentativi della stessa. Con essi potranno e dovranno essere confrontati i principi cui si ispirano le strategie di offerta, essere negoziati gli standard di qualità e i provvedimenti da adottare in caso di mancato rispetto di questi.

In questo modo si potrà costituire una "sorta di patto" tra comuni e cittadini, che promuova la crescita dei servizi sociali in termini di semplificazione organizzativa e di maggior aderenza alla domanda.

3.8 Rapporti tra enti locali e terzo settore

Il *terzo settore*, nelle sue diverse componenti, ha sempre svolto un ruolo fondamentale nell'erogazione di servizi sociali, ma ha recentemente vissuto un marcato sviluppato a seguito dell'accrescersi della complessità della domanda sociale e della riconosciuta crisi delle politiche burocratiche dei servizi sociali. La tendenziale crescita dell'emarginazione sociale, seguita ai mutamenti nella struttura della società e a rapporti economici sempre più complessi, ha generato uno sviluppo di reti sociali di solidarietà come difesa al mancato soddisfacimento di nuovi bisogni sociali e alla promozione di risposte auto organizzate "dal basso". In questo ruolo il terzo settore rappresenta anche un elemento di sviluppo e di crescita occupazionale, ed è attualmente caratterizzato da una forte tendenza alla specializzazione settoriale.

La legge di riforma introduce rilevanti novità sul rapporto tra enti pubblici e terzo settore, definendo le diverse funzioni che i due enti devono svolgere e riconoscendo, espressamente, al privato sociale un ruolo in termini di co-progettazione dei servizi e di realizzazione concertata degli stessi.

Si intende disegnare un *sistema di welfare mix*, all'interno del quale sia riconosciuto:

- a taluni soggetti del terzo settore inteso come privato sociale (ad esempio le cooperative sociali, le imprese sociali, le associazioni di promozione sociale, le fondazioni) la facoltà di produrre l'offerta di servizi e di partecipare attivamente alla progettazione ed alla realizzazione concertata degli interventi;
- ad altri soggetti del terzo settore, tra i quali i soggetti del volontariato, i comitati degli utenti dei servizi, gli enti di patronato e altri, compiti legati all'espressione organizzata di solidarietà sociale e di concorso, attraverso lo strumento della convenzione, all'offerta di prestazioni complementari rispetto a servizi che richiedono un'organizzazione complessa.

Le forme di aggiudicazione cui gli enti pubblici devono ricorrere per l'affidamento dei servizi devono essere tali da garantire, come espressamente definito dall'articolo 5 della

legge 328/2000 e dall'articolo 27 della legge regionale 23/2003, ai soggetti del terzo settore di "esprimere la propria progettualità".

La Regione Calabria, chiamata dalla legge a definire le modalità di ricorso alle procedure d'appalto, individua, in accordo con le indicazioni del Piano Nazionale, nell'*appalto-concorso* lo strumento che più di ogni altro consente l'espressione della progettualità dei partecipanti e la possibilità di valutare la qualità delle prestazioni offerte.

Nella categoria chiamata terzo settore rientrano tutti quei soggetti che, facendo propri i vincoli stabiliti dalle leggi italiane per gli organismi non lucrativi di utilità sociale secondo logiche loro proprie stabilite per legge, svolgono attività di varia natura (nei campi dell'educazione, della sanità, dei servizi sociali, della tutela ambientale ecc.).

Nella definizione di terzo settore, per la gestione dei servizi sociali, socio sanitari e socio educativi, si possono generalmente individuare le seguenti tipologie di organizzazioni: le cooperative sociali; le associazioni di promozione sociale; le imprese sociali; le organizzazioni di volontariato; altri enti che abbiano la caratteristica di Onlus.

Le cooperative sociali, definite dalla legge 381/1991, hanno lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini attraverso:

a) la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi;

b) lo svolgimento di attività diverse (agricole, industriali, commerciali o di servizi) finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate.

Le cooperative sociali si configurano come attività di "imprenditoria sociale" con finalità di "promozione ed integrazione sociale". La tipologia dell'attività può essere a scopo prevalentemente interno od esterno a seconda della cooperativa.

Le imprese sociali, definite dal decreto legislativo 24 marzo 2006, n. 155, sono l'ultimo soggetto del non profit, istituite come "organizzazioni private, ivi compresi gli enti di cui al libro V del codice civile, che esercitano in via stabile e principale un'attività economica organizzata al fine della produzione o dello scambio di beni o servizi di utilità sociale, diretta a realizzare finalità di interesse generale" per come stabilito agli articoli 2, 3 e 4 del decreto legislativo citato.

Le organizzazioni di volontariato, definite dalla legge 266/1991 sono organizzazioni finalizzate allo svolgimento di attività "prestata in modo personale, spontaneo e gratuito, tramite l'organizzazione di cui il volontario fa parte, senza fini di lucro anche indiretto ed esclusivamente per fini di solidarietà". L'attività di "solidarietà sociale" è rivolta a persone di stato di bisogno e svantaggio prevalentemente esterne alla organizzazione.

Enti con la caratteristica di Organizzazioni Non Lucrative di Utilità Sociale (ONLUS) per come definite dal D. Lvo 460/97 e successive modificazioni e integrazioni.

Per queste categorie, con eccezione - di seguito precisata - per gli organismi del volontariato, la Regione intende nel presente Piano indicare dei parametri generali da considerare per la valutazione delle offerte, lasciando ad ogni singolo ente appaltante la definizione dei criteri di scelta da adottare e degli indicatori da predefinire per l'individuazione del soggetto cui affidare l'erogazione dei servizi alla persona: una previsione analitica da parte della Regione di questi criteri, infatti, sarebbe incoerente con le finalità di flessibilità e di negozialità contenute nella legge di riordino.

D'altra parte, nel procedere alla valutazione dei servizi esternalizzati, gli enti locali dovranno accogliere una concezione di valutazione che si distingua nettamente dal

concetto di adeguamento a standard, assumendo parametri riferiti all'efficacia, all'efficienza e ai risultati degli interventi.

Il ricorso al terzo settore[14] deve tendere a:

a) promuovere l'offerta, il miglioramento della qualità e l'innovazione dei servizi e degli interventi, anche attraverso la definizione di specifici requisiti di qualità e il ruolo riconosciuto degli utenti e delle loro associazioni ed enti di tutela;

b) favorire la pluralità di offerta dei servizi e delle prestazioni, nel rispetto dei principi di trasparenza e semplificazione amministrativa;

c) favorire l'utilizzo di forme di aggiudicazione o negoziali che consentano la piena espressione della capacità progettuale e organizzativa dei soggetti del terzo settore;

d) favorire 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;

e) definire adeguati processi di consultazione con i soggetti del terzo settore e con i loro organismi.

La Regione - Settore Politiche Sociali, attraverso un'istruttoria tecnica, cui seguirà una successiva fase di confronto e validazione alla quale si auspica una ampia partecipazione da parte di tutti i soggetti interessati, adotterà, entro 180 giorni dall'approvazione del presente Piano, delle "linee guida" per disciplinare il rapporto tra comuni e terzo settore, tenendo conto delle norme nazionali (d.p.c.m. 30 marzo 2001) di quelle comunitarie e dei principi di pubblicità e trasparenza dell'azione della pubblica amministrazione, nonché della libera concorrenza tra i soggetti privati, privilegiando procedure di aggiudicazione negoziate che permettono di valorizzare e valutare quegli elementi di qualità che il Comune intende ottenere dal servizio appaltato.

Al fine di favorire un rapporto corretto e trasparente tra enti locali e terzo settore, la Regione istituirà, in seguito, degli Albi regionali di soggetti autorizzati all'esercizio dei servizi socio-assistenziali sulla base della valutazione degli indicatori oggettivi di qualità individuati.

I Comuni ai fini della selezione dei soggetti del terzo settore presso cui acquistare o ai quali affidare l'erogazione dei servizi alla persona dovranno valutare l'offerta economicamente e qualitativamente più vantaggiosa tenendo conto in particolare di tutti quegli aspetti già individuati al capitolo precedente per l'acquisto di servizi alla persona dai privati.

Nei Piani di Zona per i servizi intercomunali dovrà essere individuato triennalmente (con aggiornamenti annuali):

a) il fabbisogno di servizi;

b) un elenco di fornitori di servizi autorizzati ai sensi dell'articolo 11 della legge 328/2000 e degli articoli 27 e 28 della legge regionale 23/2003, che si dichiarino disponibili ad offrire i servizi richiesti secondo tariffe e caratteristiche di qualità concordate

c) le modalità di selezione dei soggetti fornitori, tenuto conto dell'offerta qualitativamente ed economicamente più vantaggiosa.

[14] Art. 18 c.2 lett. i) L.R. 23/2003.

Per affrontare specifiche problematiche sociali, le autorità zonali indiranno ai sensi del d.p.c.m. 30 marzo 2001, istruttorie pubbliche per la co-progettazione dei relativi interventi, valorizzando e coinvolgendo attivamente, nello spirito della riforma dell'assistenza, i soggetti del terzo settore anche sul piano della co-progettazione.

A questa istruttoria parteciperanno i soggetti del terzo settore attivi nel territorio di riferimento sulle problematiche sociali individuate, le organizzazioni sindacali e, tra gli altri, le associazioni di tutela degli utenti del territorio di riferimento, nonché i cittadini interessati.

Nelle linee guida citate verranno individuate anche modalità di indizione e funzionamento delle istruttorie pubbliche.

Per quanto concerne il volontariato la legge di riforma non innova rispetto a quanto previsto dalla legge 266/1991, la quale non prevede che le organizzazioni di volontariato vendano servizi in un regime di convenzionamento che leghi la quantità di prestazioni ad un corrispettivo, se non per le attività svolte in via secondaria rispetto a quelle istituzionali e destinate al reperimento di fondi per finanziare le medesime attività istituzionali per come previsto dal D.lgvo n. 460/1997.

Nell'affidamento al volontariato di interventi o servizi, considerando che "le organizzazioni di volontariato possono assumere lavoratori dipendenti o avvalersi di prestazioni di lavoro autonomo esclusivamente nei limiti necessari al loro regolare funzionamento oppure occorrente a qualificare o specializzare l'attività da esse svolta" (cfr. legge n. 266/1991, art. 3 comma 4), l'ente locale dovrà prevedere una convenzione che includa modalità di rimborso spese per i volontari, coerente con le caratteristiche di gratuità e solidarietà, e di compenso per il personale, connesso alle caratteristiche di professionalità necessarie. L'ente locale potrà evidentemente anche erogare contributi alle organizzazioni di volontariato "che svolgono le attività di volontariato mediante strutture proprie o, nelle forme e nei modi previsti dalla legge, nell'ambito di strutture pubbliche o con queste convenzionate" (cfr. legge n. 266/1991, art. 3 comma 5).

3.9 Il nuovo ruolo delle IPAB

La legge quadro di riordino sui servizi sociali, 328/2000, ha delegato, nell'articolo 10, il Governo alla emanazione di una nuova disciplina per le Istituzioni di Pubblica Assistenza e Beneficenza (IPAB). Il decreto legislativo di "Riordino del sistema delle IPAB" è il n° 207, emanato il 4 maggio 2001, ed introduce innovazioni radicali rispetto alla normativa precedentemente in vigore, ancora risalente alla disciplina Crispi del 1890.

L'innovazione maggiore introdotta da questo decreto è l'inserimento, a pieno titolo, delle IPAB all'interno della rete integrata di servizi alla persona. In pratica dovrà essere prevista l'introduzione delle IPAB all'interno dei programmi di pianificazione della rete attraverso procedure di accreditamento e valutazione delle attività svolte dalle stesse.

La nuova disciplina introduce due diversi processi cui le IPAB esistenti dovranno alternativamente andare incontro:

1. "l'aziendalizzazione", che le trasformerà in Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona, mantenendo così la personalità giuridica di diritto pubblico.

Questo processo di aziendalizzazione si delinea sul modello di quanto avvenuto nel settore sanitario col passaggio da ASL ad ASL, ma si differenzia parzialmente da esso. Numerosi criteri applicati in questo passaggio:

- rispetto del principio di economicità della gestione;

- godimento di autonomia statutaria, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica;
- distinzione dei poteri di indirizzo e programmazione da quelli di gestione;
- gestione privatistica del personale;
- adozione del bilancio economico;
- tenuta di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità;

2. la "depubblicizzazione", che le trasformerà in fondazioni di diritto privato.

Questo processo verrà applicato a tutte quelle IPAB che non possederanno i requisiti per l'aziendalizzazione: ad esempio IPAB di natura scolastica o di ispirazione religiosa, oppure IPAB le cui dimensioni o entità patrimoniali non giustifichino il mantenimento della personalità giuridica di diritto pubblico.

Fondazioni di questo tipo verranno disciplinate dal codice civile, ma sono loro riconosciute alcune peculiarità dal decreto in oggetto:

- estensione di alcuni benefici fiscali previsti per le Onlus;
- possibilità di mantenere nomine pubbliche in seno al consiglio di amministrazione;
- sottoposizione del patrimonio a vincoli più stringenti rispetto alle altre persone giuridiche private;
- possibilità di prevedere la separazione della gestione del patrimonio da quella delle attività istituzionali.

Inoltre si prevede anche la possibilità che le IPAB di mera erogazione di rendite (*grant making*) possano legittimamente continuare ad operare e vengano inserite, al pari delle altre, nel sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Dal recente monitoraggio regionale effettuato nel 2000 risultano esistere nella nostra Regione 59 IPAB di cui però solo 33 attive. La Regione Calabria non intende recepire in modo passivo i principi forniti dalla legislazione centrale: valorizzare le IPAB è per la Regione una "priorità di sistema" come definito al precedente capitolo 3. L'applicazione della riforma rappresenta un'opportunità per definire in modo originale e funzionale alle esigenze dei rispettivi ambiti territoriali, il nuovo assetto delle IPAB per rilanciarne ruolo e capacità produttive.

3.10 Sistema Informativo dei Servizi Sociali (SISS)

La legge 328/2000 all'art. 21 richiede allo Stato, alle Regioni, alle Province ed ai Comuni un impegno comune per l'istituzione di un Sistema Informativo dei Servizi Sociali. Questo strumento deve nascere da un'ampia collaborazione amministrativa, informativa e organizzativa tra i diversi livelli e si propone di:

- assicurare una completa conoscenza dei bisogni sociali e del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali;
- fornire tempestivamente dati e informazioni necessari alla programmazione, alla gestione e alla valutazione delle politiche sociali;
- favorire lo sviluppo organizzativo dei servizi sociali ed il loro governo singolo o di rete;

- favorire il coordinamento con le strutture sanitarie, formative, con le politiche del lavoro e dell'occupazione fornendo le informazioni necessarie.

Il SISS dovrà rappresentare uno strumento di conoscenza di fondamentale importanza per i responsabili delle politiche ai diversi livelli istituzionali e per gli operatori, ma anche per gli stessi cittadini. La sua funzione non sarà solo quella di descrivere le risorse impiegate e le attività svolte nelle diverse articolazioni territoriali e organizzative. Il sistema dovrà, soprattutto, facilitare la lettura dei bisogni e sostenere il processo decisionale a tutti i livelli di governo, sulla base di una rigorosa analisi delle attività e dei risultati raggiunti rispetto a quelli programmati e delle esigenze della popolazione.

La disponibilità di informazioni è, inoltre, funzionale alla diffusione della cultura del confronto e alla valutazione comparativa delle esperienze e dei risultati, elementi questi indispensabili per un continuo miglioramento del sistema sociale.

L'importanza di questo Sistema è stata poi nuovamente ribadita in diversi punti del Piano Nazionale nel quale, anzi, ne vengono delineate le principali funzioni specifiche:

- monitoraggio dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali;
- monitoraggio della qualità dei servizi forniti e della effettiva rispondenza ai bisogni da soddisfare;
- monitoraggio delle specifiche misure di ultima istanza di sostegno al reddito.

Il SISS deve rappresentare un potenziamento della produzione statistica tradizionale e dovrà perciò rivolgersi sia ad un'attenta valutazione della domanda che ad un'accurata analisi dell'offerta; dovrà monitorare, quindi, non solo il numero di servizi e delle prestazioni erogate ma anche la loro qualità e rispondenza alle esigenze del cittadino.

Le caratteristiche fondamentali di questo sistema informativo dovranno essere la flessibilità e la tempestività che non dovranno in alcun modo essere sacrificate alle richieste di esaustività e completezza.

Su questo importante progetto del nuovo sistema sociale in particolare, appare di fondamentale importanza l'attività direttiva della Regione con linee-guida, anche stringenti, che però risultano inevitabili per un perfetto coordinamento tra i vari soggetti, istituzionali e non, coinvolti nel progetto.

La Regione vuole, in questo Piano, delineare alcuni aspetti che dovranno ritrovarsi costantemente in tutte le strutture locali del SISS.

3.10.1 Dimensioni di indagine del SISS

Gli argomenti sui quali il SISS dovrà focalizzare l'attenzione saranno:

1. la condizione sociale, culturale, economica, sanitaria e psicologica dei soggetti che richiedono un intervento sociale;
2. le risorse finanziarie del settore, la loro origine e la loro destinazione per aree intervento;

3. la mappa dei servizi territoriali pubblici e privati: qualità dei servizi e rispondenza alle reali esigenze della popolazione;

3.10.2 Il modello a tendere

Il progetto di SISS regionale, nella sua configurazione finale, sarà strutturato secondo diversi sotto-progetti relativi ad ambiti di assistenza diversi e che avranno tempi e modalità di realizzazione conseguentemente differenti.

I sotto-progetti riguarderanno:

1. un archivio dei presidi, dei servizi e degli enti di tutti i settori del sociale;
2. un osservatorio su infanzia e minori;
3. un osservatorio per l'immigrazione;
4. uno strumento di sostegno alla rete di servizi per le tossicodipendenze;
5. uno strumento di sostegno alla rete dei servizi per gli anziani;
6. uno strumento di sostegno alla rete dei servizi per disabili;
7. un Albo per i soggetti del terzo settore accreditati;
8. una anagrafe delle IPAB;
9. una banca dati dei progetti di Servizio Civile relativi all'ambito sociale.

3.10.3 Responsabilità sulla raccolta e organizzazione dei dati

I dati raccolti a qualsiasi livello dovranno essere prontamente elaborati a livello locale e regionale e tornare immediatamente disponibili attraverso il sistema informatico a tutti gli enti, ed in particolare a quello che li ha prodotti. Ciascuno scambio dovrà fornire un *bilancio informativo positivo* ovvero in ciascuno scambio dovranno essere maggiormente approfonditi i dati ricevuti rispetto a quelli inviati.

3.10.4 Commissione tecnica regionale per il SISS

Verrà istituita una commissione tecnica regionale che sarà costituita da esperti statistici, esperti informatici esperti di cambiamento organizzativo, responsabili delle politiche sociali e rappresentanti dei vari ruoli operativi dei servizi. Tale commissione oltre a definire l'architettura del SISS regionale e a mettere in opera il software e le schede di raccolta dati che verranno distribuiti a livello locale, si dovrà anche rendere garante dell'integrazione del sistema regionale con il SISS nazionale.

CAPITOLO 4

LE RISORSE PER IL FINANZIAMENTO DELLE POLITICHE SOCIALI

Le risorse disponibili per la realizzazione degli obiettivi definiti con il presente Piano si differenziano in base alla provenienza del Fondo in risorse locali, regionali, nazionali ed europee. Le risorse, inoltre, possono essere *"indistinte"* o *"finalizzate"* a seconda che il loro utilizzo da parte dei singoli enti sia o meno collegato ad una specifico progetto o ambito di intervento. Le risorse *"indistinte"* devono essere utilizzate per la realizzazione degli obiettivi prioritari definiti con il presente Piano. Una parte delle stesse, in particolare, è utilizzata direttamente dalla Regione per l'attuazione delle priorità di sistema definite al precedente capitolo 3.

4.1 Le risorse per il finanziamento delle politiche sociali

Le risorse nel seguito specificate integrano le risorse destinate dai singoli comuni al finanziamento di servizi ed interventi in ambito sociale:

1. Fondo Europeo di Sviluppo Regionale

   La Regione Calabria rientra nell'Obiettivo 1 individuato dall'Unione Europea. L'acquisizione di questi fondi è legata alla presentazione di un Programma Operativo Regionale che copra un arco di sei anni. La misura 5.2 del POR 2000-2006 è destinata ai "servizi alla persona e alla comunità".

   I finanziamenti destinati a questa misura derivano dal Fondo Europeo di Sviluppo Regionale: una parte di questi fondi (azione 5.2.a) verrà attribuita all'istituendo Centro Regionale per l'Economia Sociale, la restante parte verrà erogata attraverso le azioni 5.2.b e 5.2.c per il finanziamento di strutture e infrastrutture.

2. Il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali

   Il riparto del FNPS 2003 è stato definito dal Decreto Interministeriale del 1° luglio 2003. Alla Regione Calabria sono state attribuite risorse che rappresentano il 4,11% del Fondo totale, per un importo di 25.913.045,48 €.

3. Fondo Regionale per le Politiche Sociali

   La legge regionale n. 5 del 1987 prevede nell'ambito di una generale riorganizzazione del sistema sociale la formazione di un fondo regionale destinato alle politiche sociali che per l'anno 2003 è pari a 28.000.000,00 euro.

Queste sono le fonti primarie di finanziamento del sistema sociale regionale. A queste devono sommarsi le risorse derivanti da fondi finalizzati al finanziamento di attività varie disciplinate da leggi e procedure conseguenti nazionali e regionali. Questi fondi sono

finalizzati a soggetti pubblici, in misura prioritaria, ed a soggetti privati, in concorso con il pubblico e sono finalizzati all'offerta di prestazioni aggiuntive e/o straordinarie.

Nella tabella di seguito riportata sono indicate le risorse finanziarie previste (previsto è nel senso che verranno obbligatoriamente rifinanziati tutti i servizi esistenti, anche quelli concentrati ed in esubero per quel territorio?) a finanziare il sistema e la rete dei servizi sociali del territorio regionale per l'anno 2003 disaggregati per A.S. di riferimento. La spesa complessiva di cui alla risorse finanziarie citate si completa con le attività sperimentali ed ordinarie avviate nell'annualità di riferimento e non ancora concluse.

Spesa strutture

Azienda Sanitaria	Importo
Rif. A.S. 1	€ 8.135.120,00
Rif. A.S. 2	€ 2.786.775,00
Rif.A.S. 3	€ 3.395.412,50
Rif.A.S. 4	€ 8.260.680,00
Rif.A.S. 5	€ 4.334.010,00
Rif.A.S. 6	€ 3.144.545,00
Rif.A.S. 7	€ 5.958.260,00
Rif.A.S. 8	€ 2.856.307,50
Rif.A.S. 9	€ 2.910.875,00
Rif.A.S. 10	€ 4.206.990,00
Rif.A.S. 11	€ 3.725.372,50
GRUPPI APPARTAMENTO	€ 49.714.347,50
	€ 4.700.000,00
	€ 54.414.347,50

*Rif. = Riferimento

Per come risulta dai dati di bilancio la spesa relativa all'erogazione di risorse finalizzate al finanziamento dei servizi assomma, per l'anno 2003 (annualità consuntiva di riferimento), ad €. 54.414.347,50. Tale risorse finanziano globalmente il sistema dei servizi alla persona consolidati, di cui all'allegato1. Pertanto il sistema dei servizi deve conseguentemente non incrementare ulteriormente le attività di accreditamento.

L'offerta dei servizi deve essere limitata a bisogni particolari e/o emergenti frutto di analisi territoriali da inserire nei Piani di Zona che dovranno contenere concorsi di spesa obbligatoria da parte delle Amministrazioni che ricadono nell'ambito che propone l'apertura del servizio (L.R. 5 dicembre 2003 n. 23, art. 20, comma 8).

Le proposte di nuove ed eventuali autorizzazioni, in questa prima fase di applicazione del Piano Sociale 2007-2009 e in via transitoria, saranno istruite dal Settore -Politiche Sociali per come già definito con D.G.R. n.913 del 28/12/2006

Per l'annualità 2007 ed in relazione alle risorse che verranno assegnate dalle fonti regionale e ministeriale verrà attivato il trasferimento di risorse onde avviare operativamente il passaggio delle competenze verso le Amministrazioni territoriali (Comuni). Tale

trasferimento di risorse verrà finalizzato al sostegno delle strutture recettive autorizzate, di cui all'allegato 1 del presente Piano, e verso le quali il Settore Politiche Sociali riconosce retta di sostegno all'ospitalità dei soggetti effettivamente presenti e che usufruiscono delle prestazioni. Tale procedura sarà determinata dal Settore Politiche Sociali in stretta connessione con la spesa storica relativa agli ultimi tre anni di servizio prestato dalle strutture . Per tale attività il Settore Politiche Sociali, previa definizione dei criteri tecnici del trasferimento delle risorse stabiliti dalla Giunta Regionale, garantirà sostegno ed accompagnamento tecnico alle Amministrazioni utilizzando altresì le risorse umane presenti nelle unità operative territoriali afferenti al Settore.

ALLEGATO 1

L'ASSETTO ORGANIZZATIVO DEI SERVIZI ALLA PERSONA NELLA REGIONE CALABRIA.

Analisi dell'offerta

L'analisi dei servizi sociali offerti sul territorio regionale si presenta di estrema difficoltà. Le difficoltà riguardano, da un lato, il censimento delle strutture di offerta, ossia della miriade di strutture pubbliche e private che a vario titolo svolgono attività a rilevanza sociale, dall'altro, la rilevazione sistematica della quantità e qualità dei servizi erogati. Il problema è riconducibile alla mancanza di un sistema informativo dei servizi sociali alla cui progettazione ed implementazione è dedicata proprio una sezione di questo Piano.

Ai fini della predisposizione del documento, tuttavia, il Settore "Politiche Sociali" ha condotto un significativo sforzo di analisi della documentazione amministrativa in possesso, da cui è scaturita la schematizzazione di un insieme di dati rilevanti ai fini della comprensione del sistema di offerta e della prevalente destinazione delle risorse economiche. L'analisi si focalizza sull'insieme delle strutture con capacità ricettiva residenziale e/o semiresidenziale censite a livello regionale. Tali strutture formano la spina dorsale del sistema di offerta dei servizi sociali: trattasi di 348 strutture per le quali è necessario destinare una spesa di oltre 54 milioni di Euro, per l'erogazione di servizi rivolti a diverse tipologie di utenti: anziani, minori, donne in difficoltà, handicap, e così via.

L'allegato rende conto della numerosità delle strutture e della loro tipologia, evidenziando chiaramente la prevalenza di strutture residenziali (case di riposo, case famiglia, istituti e case protette) rivolte soprattutto ad anziani e minori. Tali indicazioni si rafforzano ulteriormente se dall'esame del numero delle strutture si procede, più nel dettaglio, con il numero dei posti disponibili. A fronte di una capacità ricettiva di 955 posti semiresidenziali, il numero dei posti residenziali è di 5.182.

La connotazione del sistema di offerta prevalentemente orientata agli anziani ed ai minori si riflette in misura schiacciante anche dal punto di vista dell'assorbimento delle risorse.

L'orientamento all'anziano, che risulta con evidenza dall'analisi dei dati, risulta sicuramente un elemento di forza del sistema, anche alla luce dei trend osservati nell'analisi della domanda (v.punto 1.7 del Piano). Il progressivo invecchiamento della popolazione, infatti, indica nella fascia degli ultra-sessantacinquenni l'area di bisogno con maggiore potenzialità di crescita. Anche se, e qui emergono i punti di debolezza del sistema, non necessariamente i bisogni emergenti sono tali da richiedere un'assistenza di carattere residenziale. I bisogni dell'anziano, infatti, si esprimono innanzitutto in forme di socializzazione che ne garantiscano il coinvolgimento attivo nella società ed il benessere psicologico. Anche dal soddisfacimento di questi bisogni dipende il mantenimento dell'autonomia e la permanenza duratura in un contesto domestico e familiare. Da qui l'esigenza di introdurre elementi di novità all'interno del sistema, di privilegiare, in altri termini, il rafforzamento dell'assistenza semiresidenziale come strumento attivo di risposta ai bisogni di una larga fascia di popolazione anziana, una fascia di popolazione ben più ampia di quella a cui si sia finora potuto prestare attenzione attraverso le classiche strutture residenziali.

L'attenzione rivolta al mondo dei minori costituisce indubbiamente un punto di forza del sistema; risulta indispensabile monitorare con attenzione l'appropriatezza dei livelli di offerta in rapporto alle problematiche sociali di cui è più difficile cogliere con precisione i confini. L'area delle donne in difficoltà, o più generalmente degli adulti in difficoltà, ingloba una varietà di bisogni difficilmente quantificabile, ed altrettanto difficilmente affrontabile. Il pericolo da scongiurare è che lo sviluppo dell'offerta rifletta non tanto l'effettiva dinamica dei bisogni bensì la capacità degli attori del sistema di standardizzare una risposta assistenziale per specifiche categorie di utenti.

Particolare rilevanza hanno assunto, nelle ultime annualità, alcune innovative sperimentazioni avviate e realizzate dal Settore Politiche Sociali per dare risposte concrete a bisogni emersi nel territorio regionale. Le sperimentazioni riguardano:

- attività, in stretto raccordo con il Ministero di Giustizia, di recupero e inserimento sociale di minori con particolari disagi;
- iniziative in collaborazione con la Soprintendenza Regionale alle carceri, per attività di formazione e inserimento sociale di detenuti;
- attività integrate con il Dipartimento per la Salute della Regione Calabria, che hanno interessato disabili mentali, finalizzate alla deistituzionalizzazione e all'inserimento sociale.
- Assegnazione di risorse ai Comuni e organizzazioni no-profit dirette a contrastare la povertà estrema e/o per casi di soggetti in grave disagio economico.
- Assegnazione di risorse ai Comuni per la tutela della maternità di donne non occupate.

Assegnazione di risorse ai Comuni finalizzate alla attuazione di interventi in favore delle famiglie con disagio sociale, mediante l'attivazione di servizi domiciliari con l'obiettivo di ridurre l'istituzionalizzazione di minori, disabili, anziani.

(al 28/02/2007)

TIPOLOGIA DI STRUTTURA	UTENZA	CAPACITA' RESIDENZIALE	CAPACITA' SEMIRESIDENZIALE	NUMERO DI STRUTTURE
CASA ACCOGLIENZA				
	ADULTE E MINORI	8	0	1
	ADULTI IN DIFFICOLTA'	39	0	3
	DONNE IN DIFFICOLTA'	61	0	8
	MINORI	8	0	1
CASA ACCOGLIENZA Totale		116	0	13
CASA ALBERGO				
	ANZIANI	71	0	3
CASA ALBERGO Totale		71	0	3
CASA DI RIPOSO				
	ANZIANI	1064	0	45
CASA DI RIPOSO Totale		1064	0	45

CASA DI RIPOSO COMUNALE				
	ANZIANI	38	0	2
CASA DI RIPOSO COMUNALE Totale		38	0	2
CASA FAMIGLIA				
	ANZIANI	12	0	1
	DISABILI GRAVI	53	0	7
	DISABILI MENTALI	210	0	18
	MINORI	660	0	56
	MINORI E ADULTI	8	0	1
CASA FAMIGLIA Totale		943	0	83
CASA PROTETTA				
	ANZIANI	1313	0	30
	DISABILI MENTALI	282	0	5
CASA PROTETTA Totale		1595	0	35
CASE FAMIGLIA PER DISABILI MENTALI				
	DISABILI MENTALI	12	0	1
CASE FAMIGLIA PER DISABILI MENTALI Totale		12	0	1
CENTRO AGGREGAZIONE				
	ANZIANI	0	20	1
CENTRO AGGREGAZIONE Totale		0	20	1
CENTRO AGGREGAZIONE SOCIALE				
	ANZIANI	0	20	1
	MINORI E ADULTI	0	24	1
	VARI	0	20	1

CENTRO AGGREGAZIONE SOCIALE Totale		0	64	3
CENTRO DI RIABILITAZIONE				
	HANDICAPPATI	0	20	1
CENTRO DI RIABILITAZIONE Totale		0	20	1
CENTRO DIURNO				
	ANZIANI	12	20	2
	DISABILI MENTALI	0	23	2
	HANDICAPPATI	0	48	3
	MINORI	0	606	48
	MINORI E ADULTI	0	20	1
CENTRO DIURNO Totale		12	717	56
CENTRO PRONTA ACCOGLIENZA				
	DONNE IN DIFFICOLTA'	6	0	1
CENTRO PRONTA ACCOGLIENZA Totale		6	0	1
CENTRO RIABILIT. SOC. DIURNO				
	HANDICAPPATI	0	20	1
CENTRO RIABILIT. SOC. DIURNO Totale		0	20	1
CENTRO RIABILITATIVO				
	HANDICAPPATI	0	12	1
CENTRO RIABILITATIVO Totale		0	12	1
CENTRO SOCIALE				
	HANDICAPPATI	0	12	1
CENTRO SOCIALE Totale		0	12	1

CENTRO SOCIO RIABILITATIVO				
	HANDICAPPATI	23	70	5
CENTRO SOCIO RIABILITATIVO Totale		23	70	5
CENTRO SOCIO RIALBILITATIVO DIURNO				
	ADULTI	0	20	1
CENTRO SOCIO RIALBILITATIVO DIURNO Totale		0	20	1
CENTRO SPERIMENTALE				
	MINORI E ADULTI	8	0	1
CENTRO SPERIMENTALE Totale		8	0	1
COMUNITA' ALLOGGIO				
	ANZIANI	580	0	40
	DISABILI MENTALI	63	0	3
COMUNITA' ALLOGGIO Totale		643	0	43
COMUNITA' ACCOGLIENZA				
	ADULTI IN DIFFICOLTA'	5	0	1
COMUNITA' ACCOGLIENZA Totale		5	0	1
DISABILI MENTALI				
	ANZIANI	20	0	1
DISABILI MENTALI Totale		20	0	1
GRUPPO APPARTAMENTO				
	DISABILI MENTALI	56	0	8

	HANDICAPPATI	6	0	1
	MINORI	152	0	19
GRUPPO APPARTAMENTO Totale		214	0	28
ISTITUTO				
	DISABILI MENTALI	23	0	1
	MINORI	367	0	19
ISTITUTO Totale		390	0	20
RESIDENZA PROTETTA				
	HANDICAPPATI	22	0	1
RESIDENZA PROTETTA Totale		22	0	1
Totale complessivo		5182	955	348

Nota:

Nel totale sono stati conteggiati anche gli Istituti per minori che sono in fase di trasformazione ai sensi della Legge 28 marzo 2001, n. 149.

Effettivamente, le strutture realmente operanti risultano essere 321.

ALLEGATO 2

LINEE METODOLOGICE E STRUMENTI PER LA PREDISPOSIZIONE DEL PIANO DI ZONA

FASI	SOGGETTI	
	AMBITI MONOCOMUNALI	AMBITI PLURICOMUNALI
AVVIO DEL PROCESSO PROGRAMMATORIO >	SINDACO	COMUNE CAPOFILA SEDE DISTRETTO
DETERMINAZIONE MODALITA' DI FUNZIONAMENTO E NOMINA DINATORE DELLA CONFERENZA DEI SINDACI >		CONFERENZA DEI SINDACI
DETERMINAZIONI PRELIMINARI IN MERITO A: -coordinamento istituzionale -concertazione con i sindacati -rapporti con il Terzo Settore -Ufficio di Piano -proposta EAS per gli ambiti pluricomunali >	SINDACO	CONFERENZA DEI SINDACI
SCELTA DELL'ENTE DI AMBITO SOCIALE (EAS) (Ambiti Pluricomunali) >		CONSIGLI COMUNALI
DESIGNAZIONE COMPONENTI E NOMINA DELL'UFFICIO DI PIANO >	SINDACO	CONFERENZA DEI SINDACI
VERIFICA RISULTATI PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE ANALISI DEI BISOGNI E DELL'OFFERTA > STESURA RAPPORTO DI ANALISI		UFFICIO DI PIANO
APPROVAZIONE RAPPORTO DI ANALISI DEFINIZIONE PRIORITA' E RISORSE >	SINDACO	CONFERENZA DEI SINDACI

Attraverso i piani di zona si dovranno favorire la formazione di sistemi integrati locali di intervento mediante politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con l'ausilio di misure economiche e definendo percorsi atti al raggiungimento di obiettivi che non dovranno configurarsi come pura e mera assistenza, ma come quel cammino attraverso il quale la finalità delle risorse è molto più validata per l'obiettivo che dovrà essere raggiunto.

La Legge Quadro prevede che gli ambiti territoriali di riferimento per la creazione dei piani di zona, dovranno ricadere nell'ambito dei distretti socio-sanitari delle ASL già esistenti .

Un solo piano di zona può comprendere tutti i comuni di un distretto o più distretti associati.

L'Organo di rappresentanza politica è l'Assemblea dei sindaci del distretto che deve dotarsi di un organismo tecnico (ufficio di piano) per la programmazione ed attuazione del piano di zona.

La Presidenza dell'Assemblea avrà la sede presso il comune capofila del distretto.

I Piani di Zona saranno gli strumenti attraverso i quali i comuni avvicineranno i cittadini ai Servizi e alle prestazioni, guardando, in loco, al vero bisogno sociale.

I Piani di Zona saranno predisposti attraverso la concertazione tra: Comuni, Asl, Istituzioni Scolastiche, OO.SS. ed il Terzo Settore, i quali mediante la programmazione e la progettazione partecipata, realizzano il sistema locale dei servizi sociali.

I contenuti , oggetto della suddetta progettazione e programmazione saranno determinati con **Accordi di Programma, Protocolli d'intesa e Convenzioni che dovranno essere sottoscritti, rispettati ed approvati con atto deliberativo.**

<u>Definizione degli assetti gestionali</u>:

L'Accordo di programma, quale strumento di integrazione socio-sanitaria, dovrà,pertanto, essere portato avanti con opportune scelte gestionali ed organizzative nell'ambito delle Zone socio-sanitarie.

Dallo stesso accordo devono evincersi:

- ❖I soggetti sottoscrittori;
- ❖I soggetti aderenti;
- ❖Finalità;
- ❖Descrizione analitica di tutti gli adempimenti e i compiti dei soggetti sottoscrittori;
- ❖Descrizione analitica dei compiti e degli adempimenti di ogni soggetto aderente;
- ❖I tempi per il raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- ❖Le risorse umane, finanziarie e strumentali impiegate;
- ❖L'individuazione del coordinatore tra l'organo di rappresentanza politica e l'Ufficio

del piano.

Indicazione per la gestione associata delle funzioni socio-assistenziali da parte dei Comuni

I Comuni, in quanto titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali a livello locale, gestiscono gli stessi, nel sistema integrato di prestazioni sociali, in forma preferibilmente associata con gli altri Enti della zona socio-sanitaria.

I servizi e gli interventi per i quali si prevede una forma associata, devono essere definiti con appositi atti.

Gestione unitaria dei servizi a livello di ambito.

Per la gestione unitaria dei servizi (Legge 23.artt. 9 e 13), i Comuni e gli Enti locali realizzano il sistema dei servizi sociali in modo omogeneo, attraverso la concertazione delle risorse umane e finanziarie locali, in relazione a quanto previsto dal Piano Sociale Regionale. Tutto ciò può avvenire con gestione associata, come ad esempio quella consortile.

Elaborazione dei Piani di Zona

I soggetti coinvolti nell'elaborazione dei piani di Zona sono : I Comuni del Distretto , l'ASL ed il Terzo Settore.

- I Comuni devono approntare il piano di interventi socio-assistenziali dei bisogni individuati nel territorio di competenza, dotarsi della **Carta dei Servizi Sociali** che deve riportare:
  - le condizioni per l'esercizio della cittadinanza attiva a livello locale;
  - i percorsi assistenziali e le opportunità sociali disponibili;
  - la mappa delle risorse istituzionali e sociali;
  - le prestazioni assistenziali essenziali;
  - gli standard di qualità da rispettare, le modalità di verifica, le sanzioni nel caso di non applicazione degli standard, i programmi di miglioramento;
  - le modalità di partecipazione dei cittadini ;
  - le modalità di verifica;
  - le forme di tutela dei diritti, in particolare dei soggetti fragili.

  I Comuni devono, inoltre, attivare il **Segretariato Sociale**, quale servizio informativo per ovviare alle carenze di comunicazione e per avere contezza della totalità dei servizi offerti dal sistema al cittadino.

- L' A.S.L., nei casi di assistenza socio-sanitaria, deve rapportarsi con la Conferenza dei Sindaci.. La stessa, deve svolgere ruolo di raccordo tra Regione e Conferenza stessa, sulle diverse problematiche individuate nel distretto, nonché comunicare la struttura organizzativa e la dislocazione degli interventi e dei servizi socio-sanitari ed assistenziali con le relative modalità

di attuazione, in relazione agli obiettivi del Piano Sociale Regionale ed al migliore utilizzo delle risorse umane.

- Nel Terzo Settore, ai sensi dell'art.14 della L.R. 23/02003, rientrano i soggetti no-profit che svolgono attività di varia natura quale:educazione, sanità, servizi sociali, tutela ambientale ecc, con particolare riguardo alle più ampie forme di partecipazione dei cittadini utenti alla gestione dei servizi:

1- cooperative sociali ;
2- associazioni di promozioni sociali;
3- organizzazioni di volontariato;
4- onlus;
5- fondazioni.

Obiettivo del Piano di Zona

Obiettivo del piano di zona è quello di realizzare nel territorio di competenza un sistema integrato di servizi sociali promuovendo azioni di solidarietà attraverso la partecipazione dei cittadini sotto diverse forme , dando priorità ai bisogni e ai problemi emergenti nel territorio,secondo le procedure generali individuate nel Piano Sociale Regionale, quali:.

- il controllo della spesa attraverso il monitoraggio delle risorse economiche;
- la promozione di iniziative relative alla formazione e aggiornamento delle risorse umane impegnate nel piano di zona al fine di accrescerne la professionalità ;
- l'integrazione tra le aree coinvolte nell'attività sociale , incentivando in primis intese progettuali con il servizio sanitario, con quello scolastico, formativo ecc.;
- la definizione ed i criteri di ripartizione della spesa programmata, tra i vari soggetti coinvolti, in funzione del raggiungimento degli obiettivi sociali prefissati.

Contenuti del Piano di Zona

La Legge 328/2000 definisce le linee generali entro le quali le Regioni devono individuare gli obiettivi e le priorità di un sistema di interventi integrati volti a distribuire servizi, in maniera equa e soddisfacente, nel proprio ambito territoriale. La L.R. n.23/2003, di recepimento della 328/2000, individua nell'articolazione dei seguenti punti, i cardini entro i quali deve svilupparsi il Piano di zona:

a) Rilevazione e analisi dati:

la rilevazione e l'analisi dei dati disponibili presso l'Ufficio d'Ambito, deve consentire la formulazione di una valida offerta di servizi rapportati agli effettivi bisogni individuati nel territorio.

Al coordinatore d'ambito, quindi, che si configura con il Dirigente dei servizi sociali presente nell'Ufficio di Piano, sede del distretto, andranno affidate le funzioni di gestore dei servizi essenziali.

b) Obiettivi strategici e priorità:

la scelta delle priorità di intervento dei piani di zona si deduce dal risultato dell'analisi dei bisogni essenziali già individuati nel Piano Sociale Regionale e dal confronto dei diversi interlocutori istituzionali e sociali. Detti obiettivi comportano, a livello locale, l'adozione di documenti programmatici , l'effettuazione di scelte , la predisposizione di strumenti idonei .

c) Modalità di integrazione:

L'integrazione tra i comparti sanità e sociale e tra le prestazioni offerte dai diversi servizi(assistenza, educazione formazione),a seconda dei bisogni differenziati, deve rivolgersi essenzialmente alla persona ed alla famiglia;

d) Tipologia di accordi tra ambito sociale territoriale ed Asl:

Accordo di programma.

AREE DI INTERVENTO E SCHEDE PER L'INDIVIDUAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA E CONSEGUENTI AZIONI DI RIFERIMENTO

Le aree di intervento per le quali occorre dare risposte, in quanto ritenute settori di bisogno, sono identificate dal Piano regionale in sei tipologie:

1) La valorizzazione delle responsabilità familiari mediante azioni di supporto "rivolte ai minori, agli anziani ed ai non autosufficienti".

Queste azioni mirate rappresentano gli obiettivi strategici (responsabilità familiare e capacità genitoriale) e, quindi, l'individuazione dei mezzi idonei a consentirne la permanenza nella famiglia.

I mezzi economici da individuarsi nei trasferimenti regionali ed anche le figure professionali da affiancarsi alla famiglia (operatori sociali e operatori sanitari).

2)Il rafforzamento dei diritti dei minori ;

Il rafforzamento dei diritti dei minori (infanzia, adolescenti, giovani) passa attraverso aiuti finalizzati ad una corretta crescita ed integrazione nella società al fine di un sano sviluppo evolutivo.

In considerazione che i minori di oggi saranno gli artefici del futuro della società calabrese occorre promuovere forme di partecipazione nel proprio contesto sociale tramite interventi formativi ottimali al fine di favorire una completa realizzazione come individuo in ossequio al Piano Territoriale per l'infanzia e l'adolescenza ed alla legge reg/le 12/11/2004, n°28.

3) Interventi di contrasto alla povertà

Accertato che ,nel Mezzogiorno, la povertà interessa il 66% delle famiglie e che la principale causa è determinata dalla mancanza del lavoro , importante elemento di contrasto a tale fenomeno può essere individuato nelle politiche di sviluppo locale formative e del lavoro sulla base delle effettive potenzialità e vocazione del territorio.

4) Sostegno agli anziani.

Gli anziani , nelle Regione Calabria, contano circa 340.000 unità, pari al 16% della popolazione. Di questi, i ¾ sono in condizione di autosufficienza e, possono essere destinatari di progetti mirati per il loro utilizzo nel campo sociale o all'interno della famiglia di appartenenza, quale ad esempio educatore ed assistente negli impegni genitoriali.

Obiettivo prioritario che l'Ente regione si propone, è il sostegno alle famiglie con anziani non autosufficienti. A tale proposito, prevede aiuti economici ed assistenza domiciliare con personale qualificato nonché forme "di ospitalità temporanea in strutture residenziali" per i soggetti che non traggono giovamento dai servizi resi a domicilio.

5)Sostegno ai disabili

Il sostegno ai disabili gravi deve essere affrontato in rapporto ai differenti livelli di disabilità. Dai dati evidenziati dall'Istat si desume la centralità della famiglia nella tutela dei disabili, la quale deve essere supportata con beni e servizi e con l'integrazione delle prestazioni sociali, sanitarie e dell'istruzione, affinché ne venga garantita la permanenza nel proprio domicilio.

6)Prevenzione e contrasto dipendenza droghe

La prevenzione ed il contrasto dalle dipendenze da droghe, coincidono con l'informazione, l'educazione e la formazione di un tessuto sociale positivo che fornisca al giovane stimoli positivi per allontanarli dall'utilizzo di stupefacenti.

Il **Piano di Zona** deve , altresì, indicare i criteri utilizzati per la ripartizione della spesa a carico di ciascun comune, dell'ASL e degli altri soggetti che partecipano all'Accordo.

In ordine all'attività di integrazione socio-sanitaria, si deve tenere conto degli indirizzi dettati dal decreto del D.P.C.M. del 14/2/2001. Nella descrizione del complesso delle risorse disponibili, occorre indicare quelle che sono vincolate alla realizzazione di specifici progetti di intervento. Pertanto, le entrate e le spese del PdZ, devono essere articolate in tre Quadri:

1. Entrate:

   indicare l'Ente che conferisce le risorse;

   tipologia delle somme inserite in ciascuna annualità.
2. Spese:

   indicare i livelli essenziali sociali, gli interventi di piano e altri servizi;

   le azioni di supporto.
3. Sintesi della Spesa e delle Entrate previste per il triennio.

Costituiscono allegati necessari del Piano di Zona, oltre all'Accordo di Programma di approvazione, anche il documento di sintesi dell'analisi dei bisogni e dell'offerta e, per gli Ambiti Territoriali Pluricomunali, la copia delle deliberazioni di

individuazione dell'Ente di Ambito Sociale adottate dai Consigli Comunali di tutti i Comuni dell'Ambito, nonché cartine coreografiche al 25.000 con ubicazione delle strutture e dei servizi offerti..

Per una corretta predisposizione delle schede Azione si ritiene opportuno riportare un modello tipo, i cui contenuti possono essere di aiuto nella compilazione delle stesse.

AREA .....AZIONE N..... (inserire un numero progressivo per ciascuna scheda)	
Titolo Azione	✓ *Indicare la denominazione del servizio o dell'intervento* ✓ *Specificare se trattasi di liveas (livello essenziale di servizio)*
Obiettivi	✓ *Definire gli scopi del servizio /intervento ed un sistema di monitoraggio* ✓ *Definire la popolazione target e la stima quantitativa sull'utenza prevista* ✓ *Definire il rapporto tra bisogni, obiettivi, diritti sociali collegati all'azione.*
Strategia	✓ *Descrivere il processo strategico che sarà integrato per raggiungere gli scopi formulati sulla base dei bisogni individuali, per il contrasto a fenomeni di disagio, per la rimozione di ostacoli che impediscono la piena integrazione ed inclusione.*
Definizione delle attività	✓ Descrivere le attività previste, nonché il processo di erogazione/fruizione dei servizi e delle prestazioni. ✓ Suddividere le attività in singole fasi, quando possibile. ✓ Identificare le prestazioni erogate
Tempistica	✓ *Definire una stima dei tempi di attuazione dell'azione, secondo le fasi e le attività previste .* ✓ *Definire un sistema di controllo/monitoraggio sui tempi.* ✓ *Definire la tempistica di erogazione del servizio*
Definizione Struttura organizzativa e risorse	✓ *Indicare la figura responsabile dell'azione che sarà il referente per il sistema di controllo e verifica dell'Ente locale della regione.* ✓ *Individuare lo staff necessario per l'attuazione dell'azione per figure professionali.* ✓ *Individuare ruoli, funzioni,responsabilità delle figure coinvolte nell'azione.* ✓ *Individuare la rete di collaborazione fra servizi pubblici e del privato sociale, i soggetti coinvolti ed il livello di integrazione socio sanitaria* ✓ *Indicare le risorse necessarie per strutture ed attrezzature*
Comunicazione	✓ *Definire le attività di comunicazione interna ed esterna.* ✓ *Descrivere le modalità di coinvolgimento dei cittadini e degli utenti, in particolare le strategie che saranno utilizzate per aumentare la fiducia nel cittadino.* ✓ *Descrivere le modalità di accesso al servizio, i tempi di attesa per l'erogazione ecc.*

Budget	✓ *Indicare il costo totale dell'azione in euro e i costi analitici che saranno posti a carico del PdZ.* ✓ *Indicare le tariffe praticate all'utenza per l'acquisto o la compartecipazione al servizio.* ✓ *Indicare eventuali altri coofinanziamenti di enti esterni alla Regione*
Controlli e Valutazione	✓ *Indicare la responsabilità del controllo esterno da parte dell'Ente locale.* ✓ *Valutare l'azione in termini di strumenti, responsabilità e tempi necessari.* ✓ *Individuare strumenti e metodi per verificare il grado di soddisfazione dei cittadini utenti*
Identificazione dei rischi e delle risposte	✓ *Individuare i rischi di disservizio collegati all'azione, in particolare i rischi connessi al raggiungimento degli obiettivi, alla tempistica, ai costi, al controllo,etc* ✓ *Indicare le risposte individuate per la soluzione e la prevenzione dei rischi di disservizio*
Acquisto	✓ *Definire le modalità di gestione dell'azione e del suo affidamento (in economia, contributo, convenzione etc)*

SCHEMA DEL PIANO DI ZONA

PIANO DI ZONA DEI SERVIZI SOCIALI

	AMBITO TERRITORIALE SOCIALE
n.	Denominazione

Ente di Ambito Sociale :	

Comune/Comuni

1		13	
2		14	
3		15	
4		16	
5		17	
6		18	
7		19	
8		20	
9		21	
10		22	
11		23	
12		24	

Referente del Piano:	

Spazio riservato alla Regione

ANALISI DEL CONTESTO SOCIALE DEL PIANO

1.1 Descrizione del processo di formazione del Piano *(riportare in modo sintetico l'iter formativo del PdZ, evidenziando lo svolgimento anche temporale delle diverse fasi in cui lo stesso iter si è sviluppato)*

Composizione dell'Ufficio di Piano *(indicare nominativi e rappresentanze dei componenti dell'Ufficio di Piano)*	
Nominativo	Organismo

1.2 Elaborazione e analisi del contesto sociale generale dell'Ambito Territoriale (*descrivere il contesto sociale generale dell'Ambito Territoriale, citando le fonti delle informazioni e dei dati utilizzati*

1.3 Verifica dei risultai ottenuti con la precedente Programmazione (*riportare le conclusioni del rapporto sintetico elaborato dall'Ufficio del Piano)*

1.4 Analisi dei bisogni della comunità locale (*riportare la sintesi sulla rilevazione dei bisogni contenuta nel rapporto di analisi allegato al PdZ)*

1.5 Analisi dell'offerta esistente

a) la mappa dell'offerta (*riportare l'esito della rilevazione sui servizi disponibili, distinguendoli in servizi per la generalità dei cittadini, servizi domiciliari e servizi residenziali)*

b) la valutazione dell'offerta (*riportare in sintesi il giudizio sul sistema dei servizi contenuto nel rapporto di analisi*

LE PRIORITA' E GLI OBIETTIVI DEL PIANO

2.1 Le priorità generali del Piano (*indicare le aree di bisogno prioritarie del PdZ)*

2.2 Gli obiettivi strategici e le responsabilità necessarie per il loro raggiungimento (descrivere, per ciascuna area di bisogno, gli obiettivi generali che si vogliono raggiungere e i soggetti istituzionali e sociali da coinvolgere)

2.3 Gli indicatori di successo ed i risultati attesi (*descrivere i risultati attesi con riferimento agli obiettivi generali individuati)*

LE AZIONI

AREA 1 – FAMIGLIA

1.1 Quadro di riferimento sociale (riportare i dati e le informazioni relativi alla condizione delle famiglie nell'ambito territoriale).

1.2 - Gli obiettivi di salute e di sistema (elencare gli obiettivi ritenuti prioritari per l'area famiglia)

1.3-Azioni, strategie e progetti (compilare e numerare progressivamente nell'ambito della stessa area di bisogno, una scheda per ciascuna azione)

Azione
Servizio sociale professionale e segretariato sociale per l'informazione e consulenza al singolo ed ai

nuclei familiari.	
Num.	Scheda
1	

Azione Servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenze personali e familiari	
Num.	Scheda
2	

Azione Assistenza domiciliare	
Num.	Scheda
3	

Azione Strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali	
Num.	Scheda
4	

91

Azione Centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario	
Num.	Scheda
5	

1.4 –Trasferimenti finanziari

– Importo complessivo

– Percentuale

AREA II – MINORI (Infanzia, adolescenti e giovani)

2.1 -Quadro di riferimento sociale (riportare i dati e le informazioni relativi alla condizione dei minori nell'ambito territoriale).

2.2 - Gli obiettivi di salute e di sistema (elencare gli obiettivi ritenuti prioritari per l'area minori)

92

2.3.- Azioni, strategie e Progetti (compilare e numerare progressivamente nell'ambito della stessa area di bisogno, una scheda per ciascuna azione)

Azione Servizi prima infanzia	
Num.	Scheda
1	

Azione Offerta di spazi di gioco di libero accesso	
Num.	Scheda
2	

Azione Luoghi di gioco guidato	
Num.	Scheda
3	

Azione	
Sostegno psicologico e sociale per nuclei familiari a rischio.	
Num.	Scheda
4	

Azione	
Servizio di cure e recupero psico-sociale per nuclei familiari.	
Num.	Scheda
5	

Azione	
Offerte di spazi e stimoli ad attività di particolare interesse.	
Num.	Scheda
6	

Azione	
Percorsi sperimentali di formazione e di inserimento lavorativo.	
Num.	Scheda

7	

Azione Luoghi di ascolto	
Num.	Scheda
8	

Azione Gruppi appartamenti	
Num.	Scheda
9	

2.4 – Trasferimenti finanziari

- Importo complessivo Area
- Percentuale.

AREA III POVERTA'

3 .1 Quadro di riferimento sociale (riportare i dati e le informazioni relativi alla condizione di povertà nell'ambito territoriale).

3.2 - Gli obiettivi di salute e di sistema (elencare gli obiettivi ritenuti prioritari per l'area povertà)

3.3.- Azioni, strategie e Progetti (compilare e numerare progressivamente nell'ambito della stessa area di bisogno, una scheda per ciascuna azione)

Azione Rilevazione ed analisi delle condizioni di povertà	
Num.	Scheda
1	

Azione Sviluppo di servizi di accompagnamento sociale per i soggetti più fragili

96

Num.	Scheda
1	

Azione Attivazione dei percorsi formativi	
Num.	Scheda
1	

Azione Avvio di una uniformazione e razionalizzazione delle forme di sostegno al reddito esistente	
Num.	Scheda
1	

Azione Sperimentazione di forme di erogazione di risorse integrative rispetto a quelle economiche	
Num.	Scheda
1	

3.4 -Trasferimenti finanziari

- Importo complessivo
- Percentuale

AREA IV ANZIANI

4 .1 Quadro di riferimento sociale (riportare i dati e le informazioni relativi alla condizione degli anziani nell'ambito territoriale).

4.3.- Azioni, strategie e Progetti (compilare e numerare progressivamente nell'ambito della stessa area di bisogno, una scheda per ciascuna azione)

Azione(anziani autosufficienti) Servizi di assistenza domiciliare con personale qualificato	
Num.	Scheda
1	

Azione(anziani autosufficienti) Servizi di trasporto e sostegno della domiciliarità dell'anziano	
Num.	Scheda
2	

Azione(anziani autosufficienti) Forme di ospitalità temporanea in strutture residenziali	
Num.	Scheda
3	

Azione(anziani autosufficienti) Forme di adozione temporanea o definitiva	
Num.	Scheda
4	

Azione(anziani non autosufficienti) Case Protette	
Num.	Scheda
1	

Azione(anziani non autosufficienti) Case di Riposo	
Num.	Scheda
2	

Azione(anziani non autosufficienti) Comunità Alloggio	
Num.	Scheda
3	

Azione(anziani non autosufficienti) Centri Diurni Semiresidenziali	
Num.	Scheda
4	

4.4 -Trasferimenti finanziari

- Importo complessivo
- Percentuale

AREA V – DISABILITA'

5 .1 Quadro di riferimento sociale (riportare i dati e le informazioni relativi alla condizione dei disabili nell'ambito territoriale).

5.2 - Gli obiettivi di salute e di sistema (elencare gli obiettivi ritenuti prioritari per l'area disabili)

5.3.- Azioni, strategie e Progetti (compilare e numerare progressivamente nell'ambito della stessa area di bisogno, una scheda per ciascuna azione)

Azione(disabili)	
Sviluppo di servizi di assistenza domiciliare	
Num.	Scheda

1	

Azione(disabili) Programmi di educazione motoria in centri specializzati e sostegno psicologico	
Num.	Scheda
2	

Azione(disabili) Reinserimento sociale	
Num.	Scheda
3	

5.4 -Trasferimenti finanziari

- Importo complessivo
- Percentuale

AREA VI- DIPENDENZA DA DROGHE

6 .1 Quadro di riferimento sociale (riportare i dati e le informazioni relativi alla condizione di dipendenza da droghe nell'ambito territoriale).

1	

Azione(disabili) Programmi di educazione motoria in centri specializzati e sostegno psicologico	
Num.	Scheda
2	

Azione(disabili) Reinserimento sociale	
Num.	Scheda
3	

5.4 -Trasferimenti finanziari

- Importo complessivo
- Percentuale

AREA VI- DIPENDENZA DA DROGHE

6 .1 Quadro di riferimento sociale (riportare i dati e le informazioni relativi alla condizione di dipendenza da droghe nell'ambito territoriale).

6.2 - Gli obiettivi di salute e di sistema (elencare gli obiettivi ritenuti prioritari per l'area dipendenza da droghe)

6.3 - Azioni, strategie e Progetti (compilare e numerare progressivamente nell'ambito della stessa area di bisogno, una scheda per ciascuna azione)

Azione(dipendenza droghe) Programmi di campagne informative sugli effetti negativi dell'uso di droghe	
Num.	Scheda
1	

Azione(dipendenza droghe) Sportelli di consulenza sulle dipendenze	
Num.	Scheda
2	

Azione(dipendenza droghe) Interventi educativi su modelli e stili di vita positivi	
Num.	Scheda

3	

Azione(dipendenza droghe)	
Programmi di campagne informative sugli effetti negativi dell'uso di droghe	
Num.	Scheda
4	

6.4 -Trasferimenti finanziari

- Importo complessivo
- Percentuale

AREA VII- ALTRO.....

7 .1 Quadro di riferimento sociale (riportare i dati e le informazioni relativi alla condizione di ..... nell'ambito territoriale).

7..2 - Gli obiettivi di salute e di sistema (elencare gli obiettivi ritenuti prioritari per

105

7.3 - Azioni, strategie e Progetti (compilare e numerare progressivamente nell'ambito della stessa area di bisogno, una scheda per ciascuna azione)

Azione(.....)	
Num.	Scheda
1	

Azione(.....)	
Num.	Scheda
2	

7.4 -Trasferimenti finanziari

- Importo complessivo

-Percentuale

IL SISTEMA DI OFFERTA

I livelli essenziali di assistenza (*descrivere l'articolazione complessiva dei servizi ed interventi rientranti nei liveas*

Descrizione articolazione LIVEAS

La valutazione Professionale e interprofessionale del bisogno (*descrivere le eventuali iniziative previste)*

Il lavoro sociale per progetti personalizzati (*descrivere le eventuali iniziative previste per assicurare la progressiva attuazione della metodologia di lavoro per progetti personalizzati)*

La rete dei servizi e delle collaborazioni (*descrivere le iniziative previste e le eventuali spese di attuazione)*

La comunicazione sociale e la Carta per la cittadinanza sociale (*descrivere le iniziative previste e le eventuali spese di attuazione)*

La formazione degli operatori (*descrivere le iniziative previste e le eventuali spese di attuazione)*

La valutazione e il sistema di qualità (*descrivere le iniziative previste e le eventuali spese di attuazione)*

IL QUADRO DELLE RISORSE FINANZIARIE E DELLE SPESE

1 -La politica locale della spesa (*descrivere i criteri generali di definizione del sistema entrate/spese del PdZ)*

2 -I criteri di ripartizione della spesa (*indicare gli specifici criteri utilizzati per il riparto della spesa tra i diversi soggetti partecipanti al PdZ)*

9

108

QUADRO DELLE RISORSE

Ambito sociale	
Num	Denominazione

Ente di ambito sociale

Piano di Zona 2007/2009

Ente	Fondo Sociale Regionale										
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	M	N
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												

ALLEGATI

- .....
- .....
- .....
- .....

Giunta Regionale della Campania

50 – 05 Direzione Generale per le Politiche Sociali e Socio - Sanitarie

PIANO SOCIALE DELLA REGIONE CAMPANIA 2019 - 2021

fonte: http://burc.regione.campania.it

SOMMARIO

PREMESSA 1

PARTE I: LE CARATTERISTICHE DELLE COMUNITÀ CAMPANE 2

I.1. Le dinamiche demografiche 2
I.1.1 L'andamento della popolazione 2
I.1.2 La distribuzione territoriale della popolazione 3
I.1.3 La composizione della popolazione 5
I.1.4 La componente straniera della popolazione 11

I.2. Il mercato del lavoro 12
I.2.1 Le forze di lavoro 12
I.2.2 Gli occupati 14
I.2.3 I disoccupati 17

I.3. Le dinamiche economiche 19
I.3.1 Il valore della produzione 19
I.3.2 Il reddito 21
I.3.3 La povertà 22

PARTE II: GLI ASSI STRATEGICI PER IL TRIENNIO 2019-2021 27

II.1 L'integrazione con il Piano Sociale Nazionale 2018-2020 28
II.1.1 Il punto di partenza: gli interventi e i servizi a valere sul FNPS 28
II.1.2 Gli obiettivi del Piano sociale 29
II.1.3 Gli interventi e i servizi sociali nell'area dell'infanzia e dell'adolescenza 30
II.1.4 Il rafforzamento del servizio sociale professionale e del segretariato sociale 32
II.1.5 I criteri di riparto 32

II.2 L'integrazione con il Piano Nazionale della Povertà 32
II.2.1 Obiettivi del piano regionale: azioni e risultati attesi 33
II.2.2 Il sistema di governance 35
II.2.3 Le risorse finanziarie 35
II.2.4 Monitoraggio e valutazione 36

PARTE III: AZIONI STRATEGICHE 37

III.1 Accesso 37

III.2 Presa in carico 38

III.3 Pronto intervento Sociale 39

III.4 Promozione presa in carico integrata delle disabilità e delle non autosufficienze 40

III.5 Promuovere e sostenere la prima infanzia, i minori e le famiglie 44

III.6 Prevenire gli abusi ed i maltrattamenti 46
III.6.1 Maltrattamento e abuso sui minori 46
III.6.2 Prevenzione e contrasto della violenza di genere 47

III.7 Le politiche per gli anziani e l'invecchiamento attivo 48

III.8 Promuovere inclusione attiva per il contrasto delle povertà 50

PARTE IV: IL SISTEMA E LA SUA GOVERNANCE 56

IV.1 Gli assetti della governance 56
IV.1.1 la gestione associata dei servizi 56
IV.1.2 Il Coordinamento Istituzionale 61

IV.1.3 L'Ufficio di Piano 62
IV.1.4 Il Servizio Sociale Professionale e il servizio di segretariato sociale 65
IV.1.5 L'ufficio di tutela degli utenti 69
IV.1.6 Tavolo per la Valutazione e la Promozione delle Politiche Sociali in Campania 69

IV.2 Disposizioni per il fondo unico di ambito 70
IV.2.1 Il Fondo Sociale Regionale 70
IV.2.2 L'entità e le modalità di partecipazione finanziaria dei comuni 71

Indice tabelle 72

Indice grafici 72

Indice figure 73

PREMESSA

La stesura del IV Piano Sociale Regionale della Campania si realizza in un momento in cui sono grandi i cambiamenti che investono i servizi e gli interventi sociali, soprattutto per l'imminente avvio del reddito di cittadinanza di cui non ancora note sono le modalità con le quali esso si strutturerà, come si articoleranno le competenze dei suoi attori e conseguentemente si organizzerà la sua *governance*.

Vista l'esperienza del SIA prima e del REI poi, è più che verosimile che gli attori istituzionali e non del welfare italiano siano coinvolti nella sua realizzazione e sembra più che probabile che esso necessiti la composizione di un quadro articolato nel quale le politiche sociali siano sempre più integrate con le altre politiche pubbliche.

Appare allora necessario, ancor più di quanto si sia registrato in occasione della redazione del III Piano Sociale della Campania, sottolineare come sia transeunte il welfare campano fino ad oggi conosciuto ed evidenziare quanto sia assolutamente necessario prepararsi ai cambiamenti che si annunciano profondi quanto imminenti.

E' per tali motivazioni che il IV Piano Sociale della Campania, che si descrive nelle pagine seguenti, nel quadro della "legislazione vigente", come si dice, non può che essere di transizione e preparare le comunità campane, tra loro così diverse in quanto a caratteristiche economico-sociali, ad affrontare i cambiamenti essenzialmente promuovendo composizione ed integrazione di indirizzi programmatici, processi operativi e disponibilità finanziarie disponibili, per ottimizzare le risorse presenti e soddisfare il più possibile i bisogni dei propri cittadini.

PARTE I: LE CARATTERISTICHE DELLE COMUNITÀ CAMPANE

Come in uso in tutti i documenti di programmazione, la descrizione dello scenario consente di contestualizzare e quindi motivare le scelte e le azioni strategiche individuate in ragione delle caratteristiche peculiari dei territori interessati, di cui nelle pagine seguenti si descrivono le principali dinamiche demografiche e del mercato del lavoro, nonché i più significativi indicatori economici di base.

I.1. Le dinamiche demografiche

Le dinamiche demografiche riguardano i processi fondamentali che determinano la struttura e la composizione della popolazione, ovvero le informazioni di base indispensabili per programmare gli interventi sociali appropriati. Per descriverle si farà riferimento alle variazioni della popolazione negli ultimi quindici anni ed al suo impatto sul territorio regionale.

I.1.1 L'andamento della popolazione

Al primo gennaio 2018 la Campania risulta avere una popolazione di 5.826.860 residenti, attestandosi al terzo posto tra le regioni italiane, dopo Lombardia e Lazio [grafico 1].

Nel corso degli ultimi dieci anni, la sua popolazione è sostanzialmente stabile, registrando un aumento di 14.470 unità, passando da 5.811.390 del 2008 a 5.826.860 del 2018[1] [grafico 2].

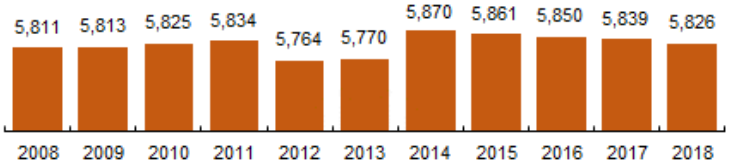


Grafico 2: Residenti in Campania in milioni al 1 gennaio

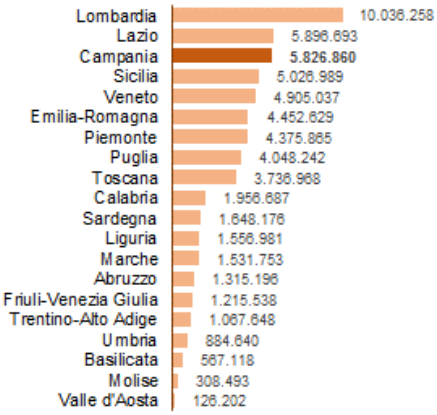


Grafico 1: Popolazione regioni al 1/01/2018

Avendo riguardo agli ultimi diciotto anni, dopo una costante diminuzione della percentuale dei residenti in Campania sul totale dei residenti in Italia nel periodo 2001-2011, nel quale la variazione è stata di 0,4 punti percentuali, dopo un leggero aumento (+0,09%) nei sette anni successivi la diminuzione è risultata molto più contenuta (-0,08%) [grafico 3].

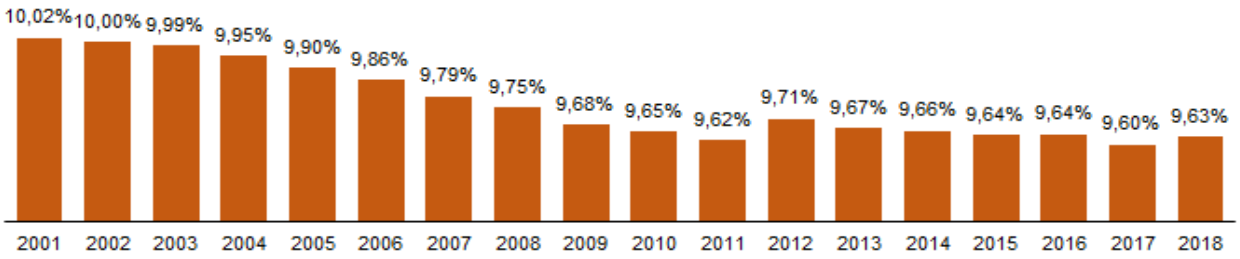


Grafico 3: % dei residenti in Campania rispetto ai residenti in Italia (elaborazione su dati Istat)

Può essere di qualche interesse osservare che, a parte l'ultimo anno, in Campania il tasso di variazione della popolazione residenze ha avuto nel periodo considerato lo stesso andamento di quello relativo su base nazionale, sebbene con una intensità minore [grafico 4].

[1] L'andamento irregolare che il grafico 2 consente di rilevare è l'effetto di due fenomeni specifici, verificatisi in particolare: nel 2012, quando per effetto del Censimento dell'anno precedente c'è stato un calo consistente in quanto la popolazione legale che esso ha certificato è risultata minore di quella registrata nelle anagrafi comunali; nel 2014 quando tale diminuzione è stata più che compensata dal cd. "saldo migratorio per altro motivo".

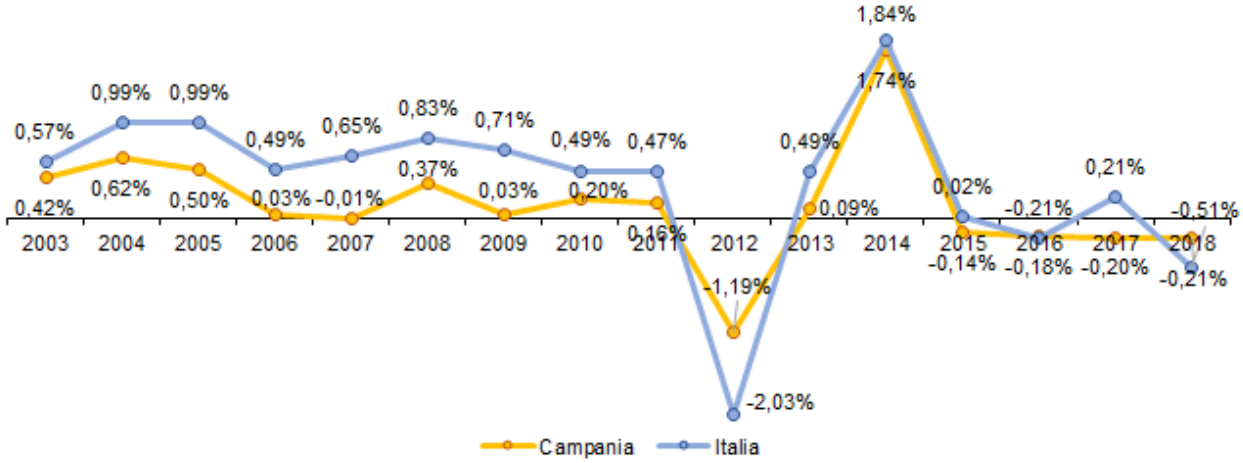


Grafico 4: Tasso di variazione popolazione residente in Campania ed in Italia al 1 gennaio (elaborazione dati Istat)

E' interessante osservare [grafico 5] che in Campania a partire dal 2014 si registra un andamento negativo sia della crescita naturale della popolazione che del saldo migratorio[2], con la conseguenza che dal 2014 il tasso di crescita totale è stabilmente negativo arrivando nel 2017 al -2,0%.

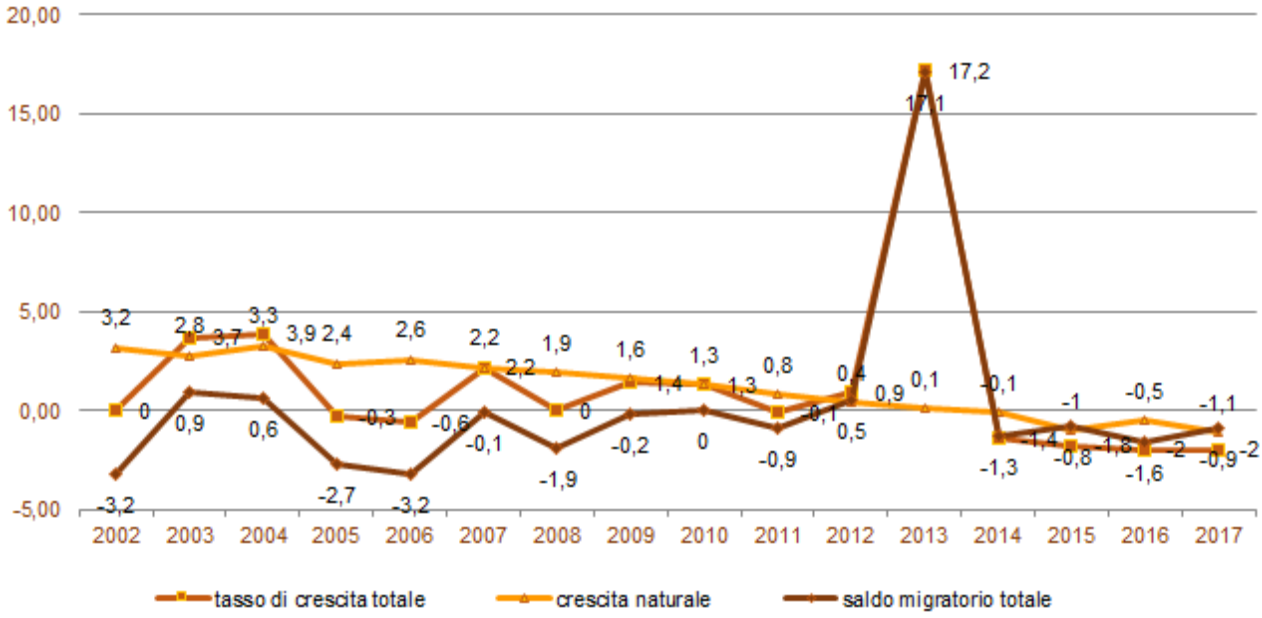


Grafico 5: Bilancio demografico della popolazione residente in Campania (elaborazione su dati Istat)

I.1.2 La distribuzione territoriale della popolazione

Undicesima in quanto ad estensione territoriale, con i suoi 13.670,95 kmq la Campania anche per il 2018 è la prima per densità abitativa [grafico 6].

[2] Nel 2013 il picco registrato nel saldo migratorio totale e conseguentemente nel tasso di crescita è causato dal "Saldo migratorio per altri motivi", che l'ISTAT così definisce: «differenza tra il numero degli iscritti e il numero dei cancellati dai registri anagrafici dei residenti dovuto ad altri motivi. Si tratta di un saldo tra iscrizioni e cancellazioni anagrafiche non corrispondenti ad effettivi trasferimenti tra un comune di residenza e un altro, bensì a operazioni di correzione post-censuaria. Per quel che riguarda le iscrizioni si tratta principalmente di soggetti in precedenza cancellati per irreperibilità e ricomparsi, oppure di soggetti non censiti ma effettivamente residenti. Tra le cancellazioni per altri motivi si annoverano, invece, i soggetti cancellati in quanto risultati non più residenti in seguito ad accertamento anagrafico, oppure i soggetti che si sono censiti come residenti in un comune senza possederne i requisiti».

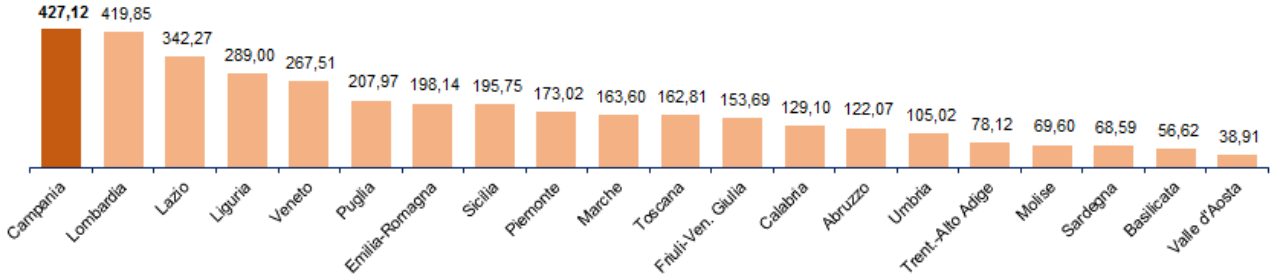


Grafico 6: Densità di popolazione delle regioni italiane (elaborazione su dati Istat)

La provincia con la più elevata densità di abitanti è Napoli con 2.630,35 abitanti per kmq, la densità più alta d'Italia, che fa salire la media regionale, al di sotto della quale si collocano, tutte le altre province campane, ultima delle quali risulta Benevento. [tabella 1, grafico 7].

Tabella 1: territorio e popolazione province campane

	Superficie		Popolazione	
	Kmq	*%*	*N.*	*%*
Avellino	2.806,07	20,53%	421.523	7,23%
Benevento	2.080,44	15,22%	279.127	4,79%
Caserta	2.651,35	19,39%	928.767	15,94%
Napoli	1.178,93	8,62%	3.101.002	53,22%
Salerno	4.954,16	36,24%	1.096.441	18,82%
Campania	13.670,95	100,00%	5.826.860	100,00%

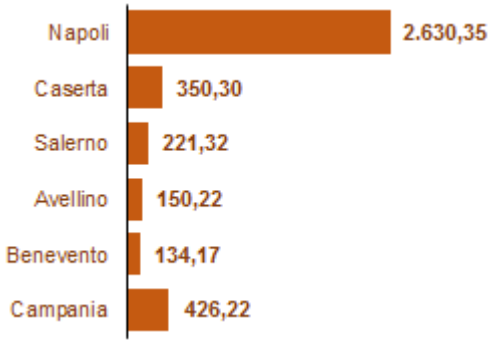


Grafico 7: densità popolazione province

Molto elevata è, di conseguenza, anche la densità abitativa degli Ambiti della provincia napoletana, in particolare di Napoli (comune che costituisce Ambito a sé) e di quelli contigui, con il primato di Portici (N11) dove il valore è di poco meno di 12.000 abitanti per chilometro quadrato [figura 1].

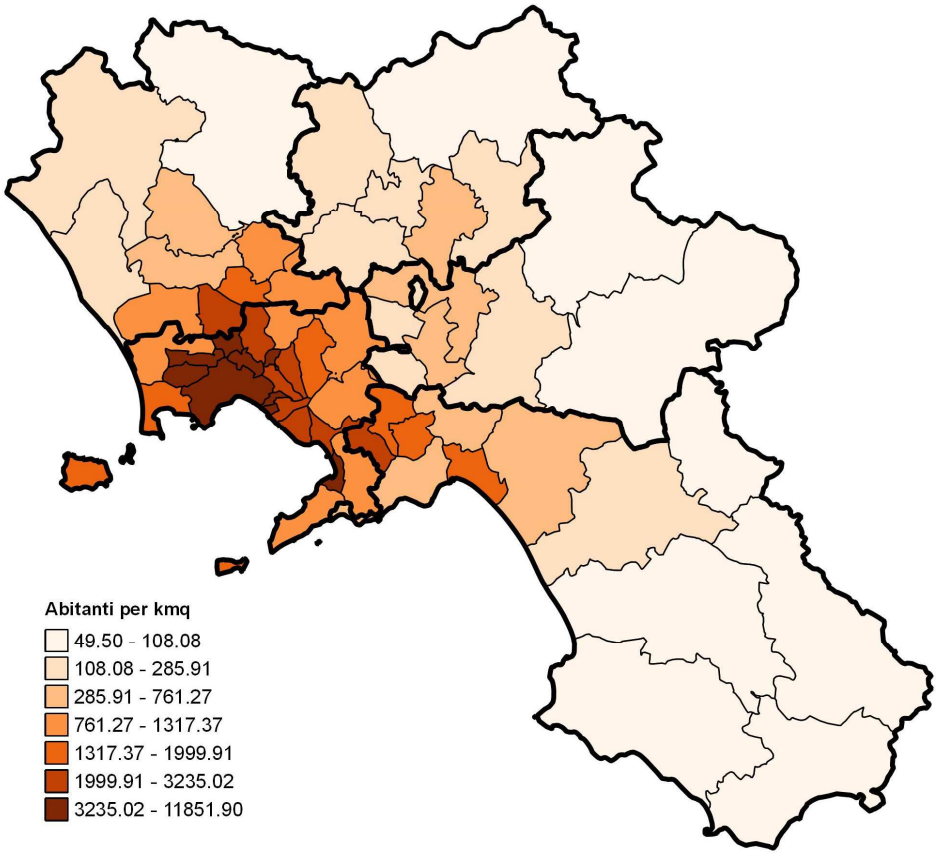


Figura 1: Densità di popolazione degli Ambiti campani (elaborazione su dati Istat)

I.1.3 La composizione della popolazione

Al primo gennaio 2018 risultano residenti in Campania 2.985.811 femmine e 2.841.049 maschi, corrispondenti rispettivamente al 51,12% ed al 48,88% della popolazione totale [grafico 8].

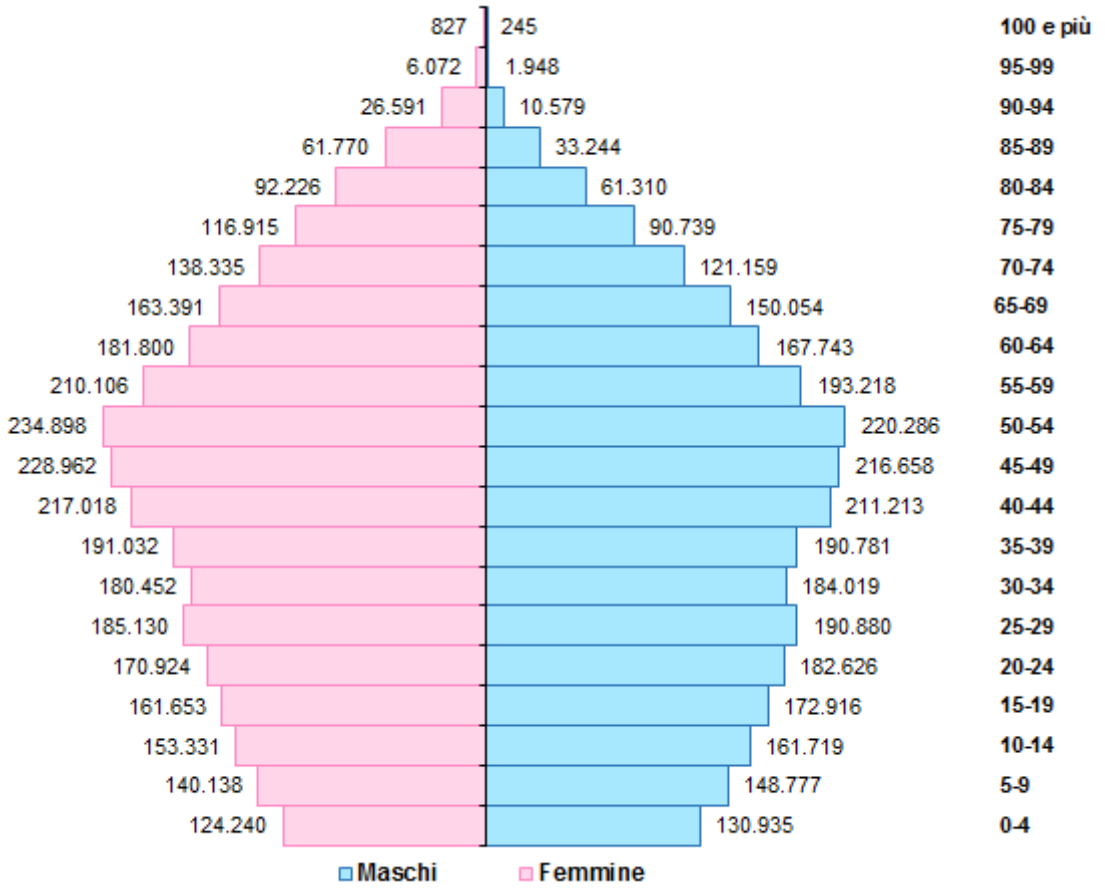


Grafico 8: Piramide dell'età della popolazione campana (elaborazione su dati Istat)

Il rapporto di mascolinità, ovvero il numero di maschi ogni 100 femmine, in Italia pari a 94,8, vede la Campania posizionata al nono posto con 95,2 [grafico 10]. Inferiore al dato regionale è solo quello relativo alla provincia di Napoli, in cui gli Ambiti della fascia costiera, molto popolosi, concorrono a determinare un valore particolarmente basso [grafico 9 e figura 2].

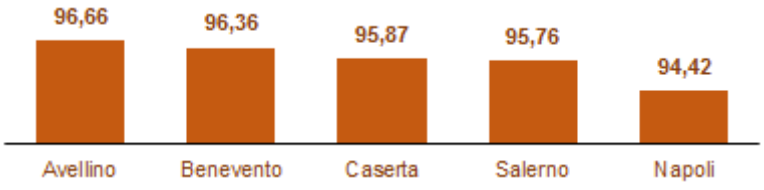


Grafico 9: Rapporto di mascolinità delle province campane (elab. dati Istat)

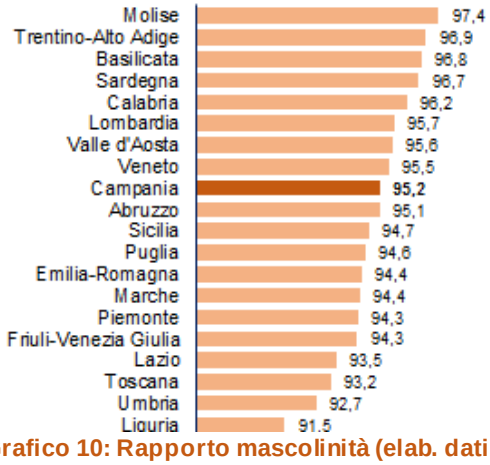


Grafico 10: Rapporto mascolinità (elab. dati Istat)

fonte: http://burc.regione.campania.it

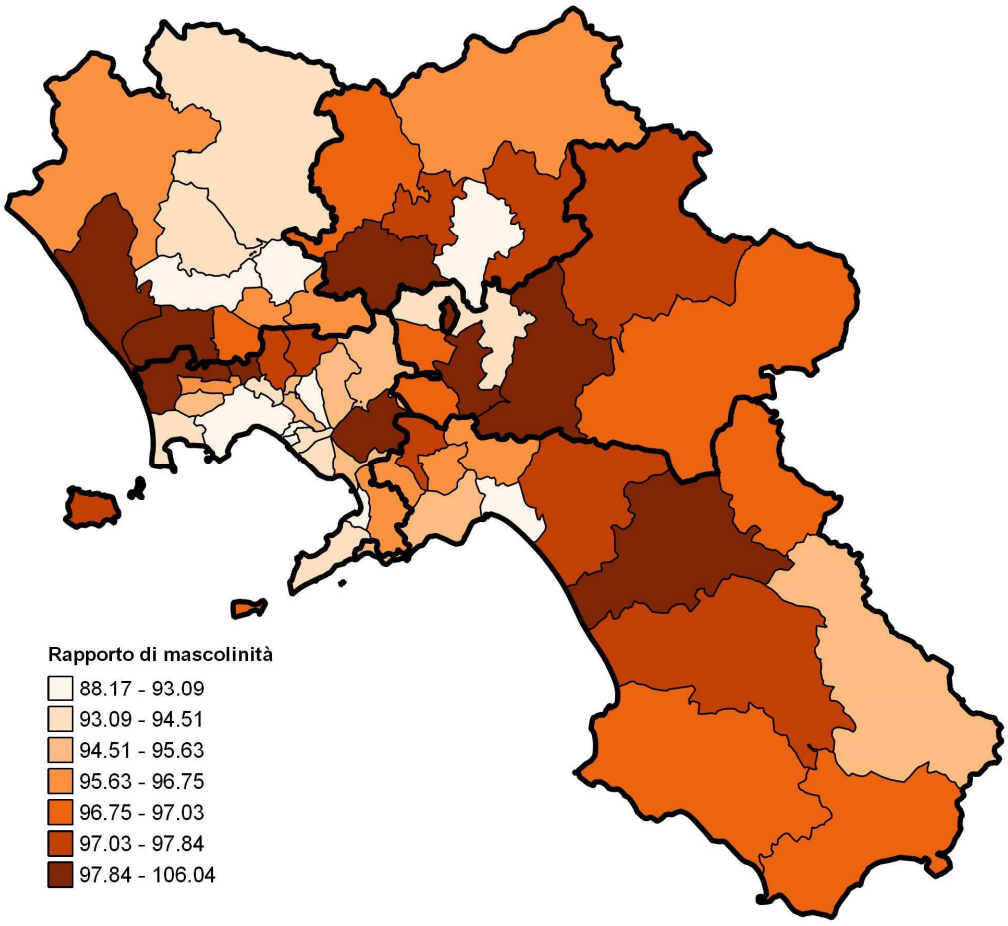


Figura 2: Rapporto di mascolinità degli Ambiti campani al 01/01/2017 (elaborazione su dati Istat)

L'età media della popolazione campana al 1 gennaio 2018 risulta essere in anni e mesi di 42,03, inferiore a quella italiana, pari a circa 45,10, e la più bassa tra tutte le regioni italiane [grafico 11].

Tra le province campane la popolazione con l'età media più elevata è la beneventana, mentre nel casertano e nel napoletano l'età media scende al di sotto della media regionale, in particolare negli Ambiti Territoriali a nord del capoluogo [grafico 12 e figura 3].

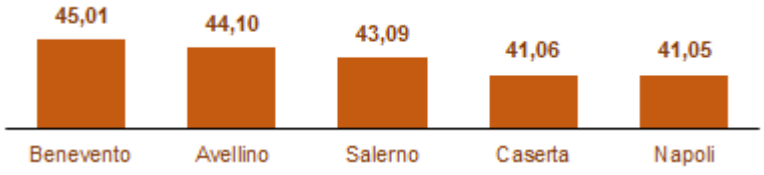


Grafico 12: Età media province al 01/01/2018 (elab. dati Istat)

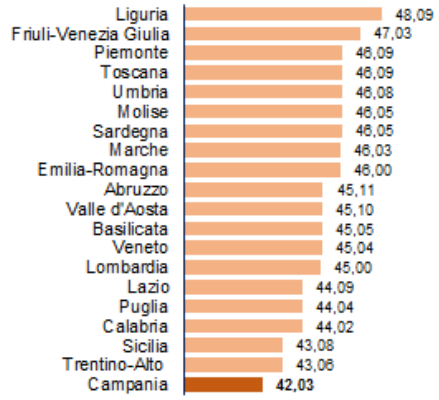


Grafico 11: Età media regioni al 01/01/2018 (elab. dati Istat)

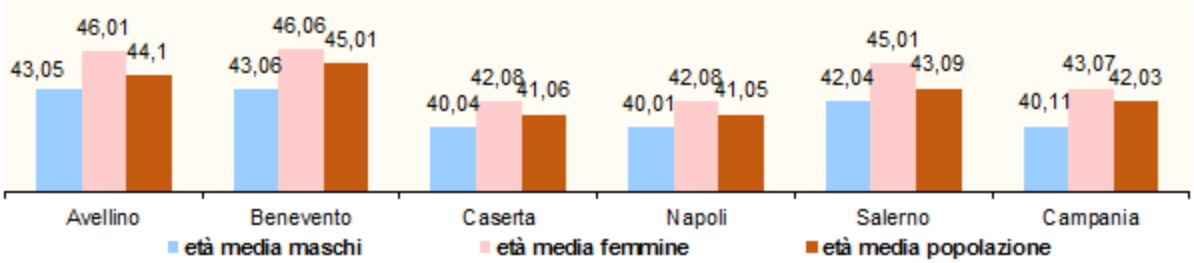


Grafico 13: Età media della popolazione delle province campane al 01/01/2018 (elaborazione su dati Istat)

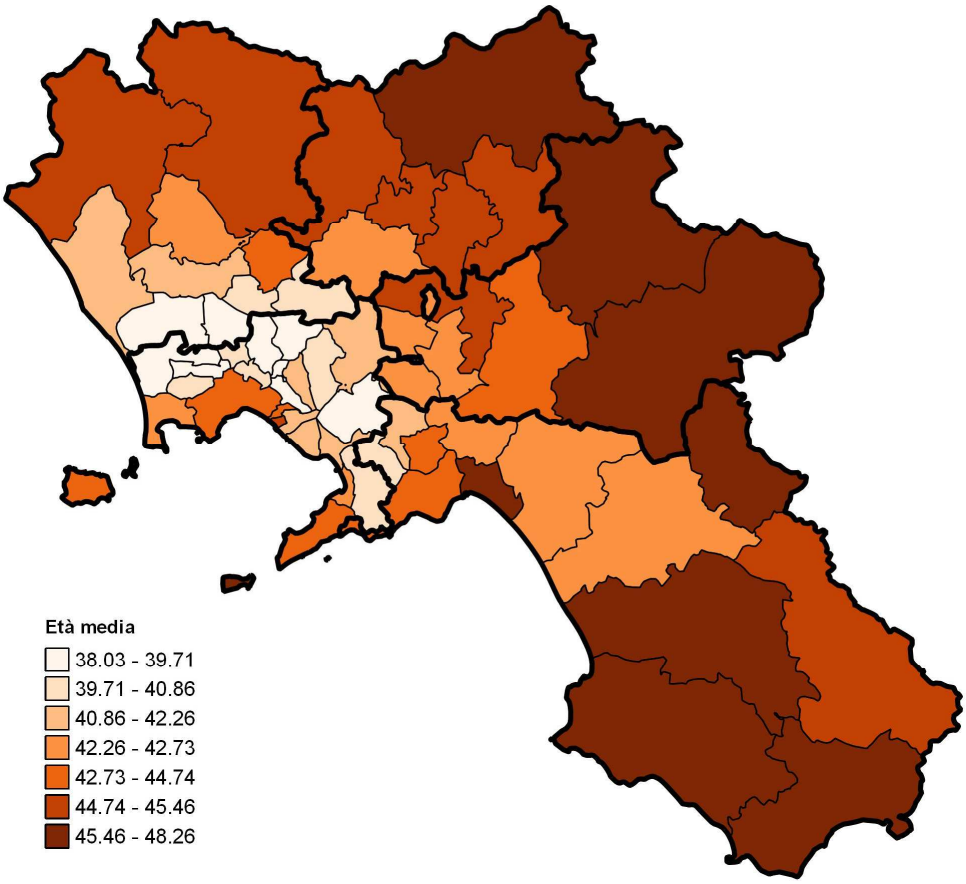


Figura 3: Età media della popolazione degli Ambiti campani al 01/01/2017 (elaborazione su dati Istat)

Quale regione più giovane d'Italia, particolarmente significativa è la presenza della popolazione fino a 18 anni, la cui consistenza per genere e fasce d'età è riportata in valori assoluti nella seguente tabella, ed è rappresentata nei due grafici successivi quale percentuale della popolazione maschile e femminile totale [tabella 2, grafici 14 e 15].

Tabella 2: popolazione giovanile maschile e femminile per fasce d'età su base provinciale (fonte ISTAT)

Province	Maschi				Femmine			
	0 - 3 anni	*4 - 6 anni*	*7 - 12 anni*	*13 - 18 anni*	*0 - 3 anni*	*4 - 6 anni*	*7 - 12 anni*	*13 - 18 anni*
Avellino	6.293	5.032	11.441	12.838	6.002	4.839	10.805	12.098
Benevento	4.150	3.436	7.419	8.452	3.995	3.097	7.089	7.938
Caserta	17.038	13.810	30.819	33.111	16.143	13.036	29.233	31.435
Napoli	58.031	47.353	105.083	113.720	55.225	44.535	99.143	107.709
Salerno	18.567	14.713	31.822	35.293	17.132	14.051	30.173	32.842
Campania	**104.079**	**84.344**	**186.584**	**203.414**	**98.497**	**79.558**	**176.443**	**192.022**

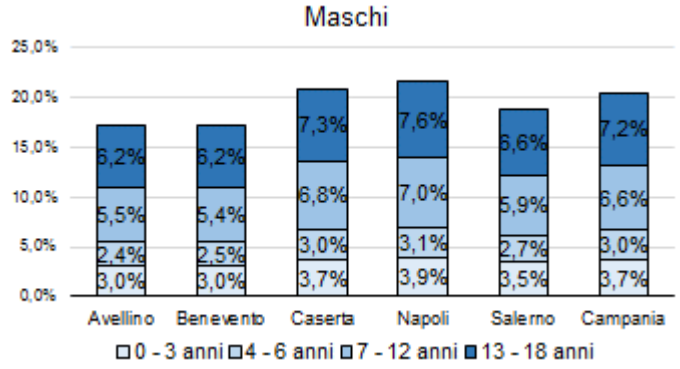


Grafico 15: % giovani maschi per fasce d'età al 01/01/2018

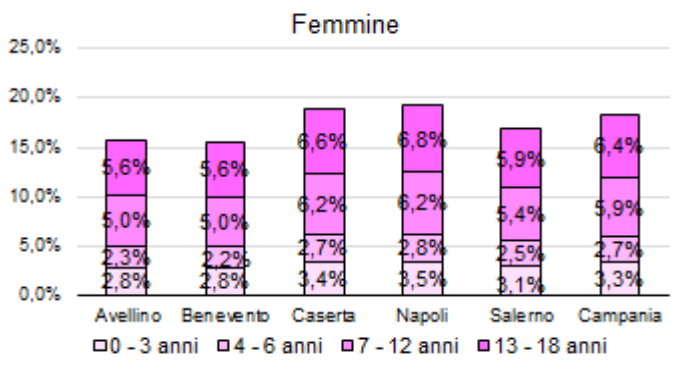


Grafico 14: % giovani femmine per fasce d'età al 01/01/2018

Simile alla cartografia dell'età media degli Ambiti è quella dell'indice di vecchiaia, che stima il grado di invecchiamento di una popolazione, in quanto rapporto tra popolazione anziana (65 anni e oltre) e popolazione più giovane (0-14 anni) [figura 4].

Così come d'altra parte si evince agevolmente dalla mappa, la provincia con il minore indice è minore è quella napoletana, che al pari di Caserta ha un valore inferiore del dato su base regionale, più basso d'Italia, mentre le altre presentano valori decisamente superiori [grafici 16 e 17].

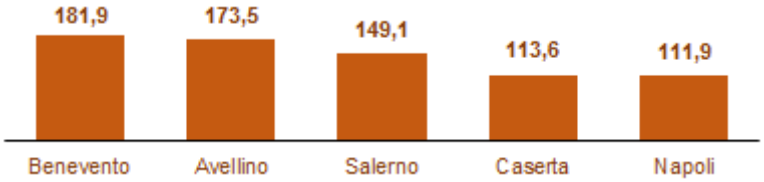


Grafico 17: Indice vecchiaia province al 01/01/2018 (elab. dati Istat)

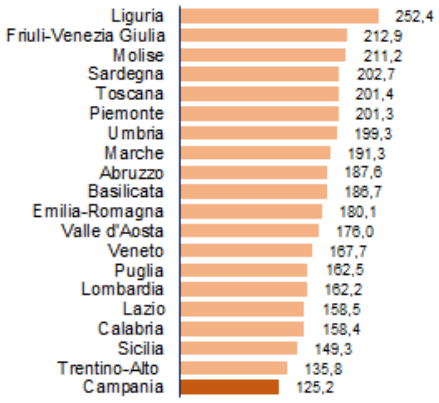


Grafico 16: Indice di vecchiaia delle regioni al 01/01/2018 (elab. dati Istat)

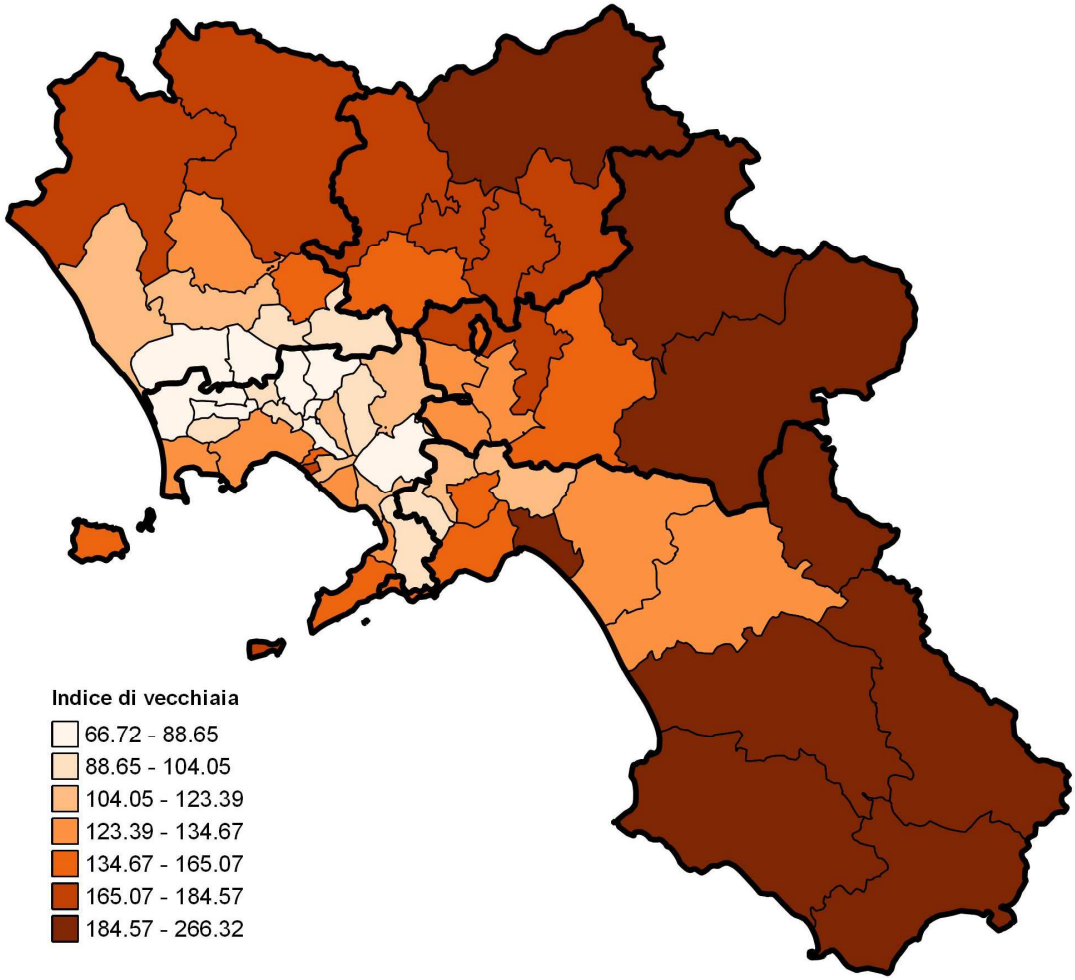


Figura 4: Indice di vecchiaia della popolazione degli Ambiti campani al 01/01/2017 (elaborazione su dati Istat)

L'indice di dipendenza strutturale, quale misura del carico di cura che ricade su di una popolazione, è il risultato della somma dell'indice di dipendenza giovanile (rapporto percentuale tra la popolazione di età tra 0 e 14 anni e popolazione tra i 15 ed i 64 anni) e dell'indice di dipendenza senile (rapporto per cento abitanti tra la popolazione di età maggiore di 64 anni e popolazione tra i 15 ed i 64 anni).

La Campania presenta al 1 gennaio 2018 un indice di dipendenza strutturale minore di quello dell'Italia (pari a circa 56,0), ed il più basso tra le regioni italiane, ma mentre quello di dipendenza

senile è di 27,6 (Italia 35,2) ed è il minore tra le regioni, l'indice di dipendenza giovanile è secondo solo al Trentino Alto Adige (Italia 20,8) [grafico 18].

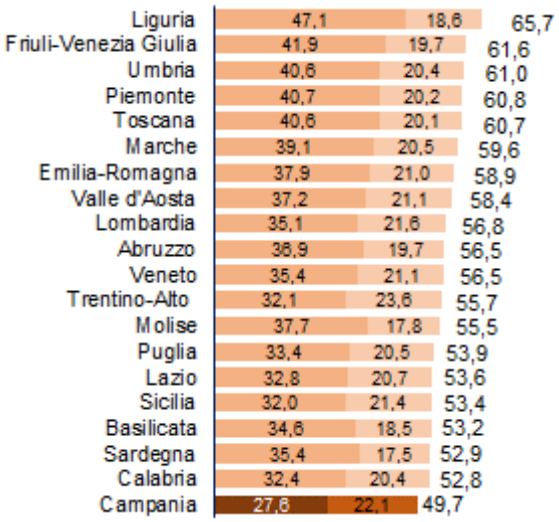


Grafico 18: Indici dipendenza senile, giovanile e totale delle regioni al 01/01/2018

Piuttosto differenziata è il carico di cura tra le province: superiore al dato su base regionale è l'indice di dipendenza totale di Avellino, Benevento e Salerno, che tuttavia presentano un indice di dipendenza giovanile inferiore a quello della Campania; Caserta e Napoli, invece, presentano un indice di dipendenza totale minore di quello della Campania, ma un indice di dipendenza giovanile superiore [grafico 19].

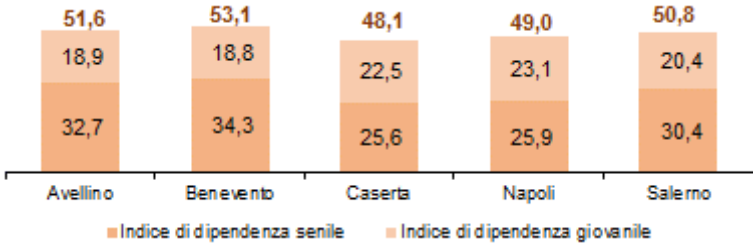


Grafico 19: Indici di dipendenza della popolazione campana su base provinciale

Esaminando le cartografie seguenti si può agevolmente verificare che mentre gli Ambiti della zona appenninica hanno un elevato indice di dipendenza totale a causa di un consistente indice di dipendenza senile, gli Ambiti della fascia costiera, in particolare napoletana, presentano un significativo carico di cura, ancorché inferiore, a causa di un più cospicuo indice di dipendenza giovanile [figure 5, 6 e 7].

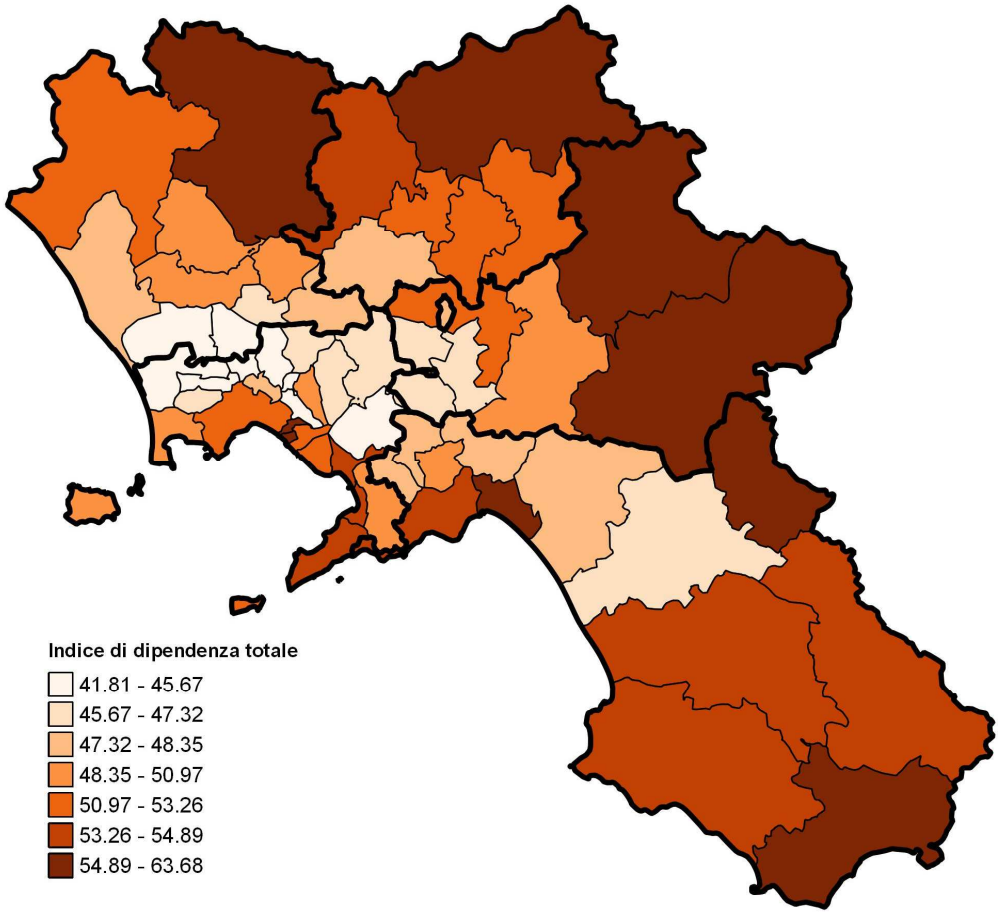


Figura 5: Indice dipendenza totale popolazione degli Ambiti campani al 01/01/2018 (elaborazione su dati Istat)

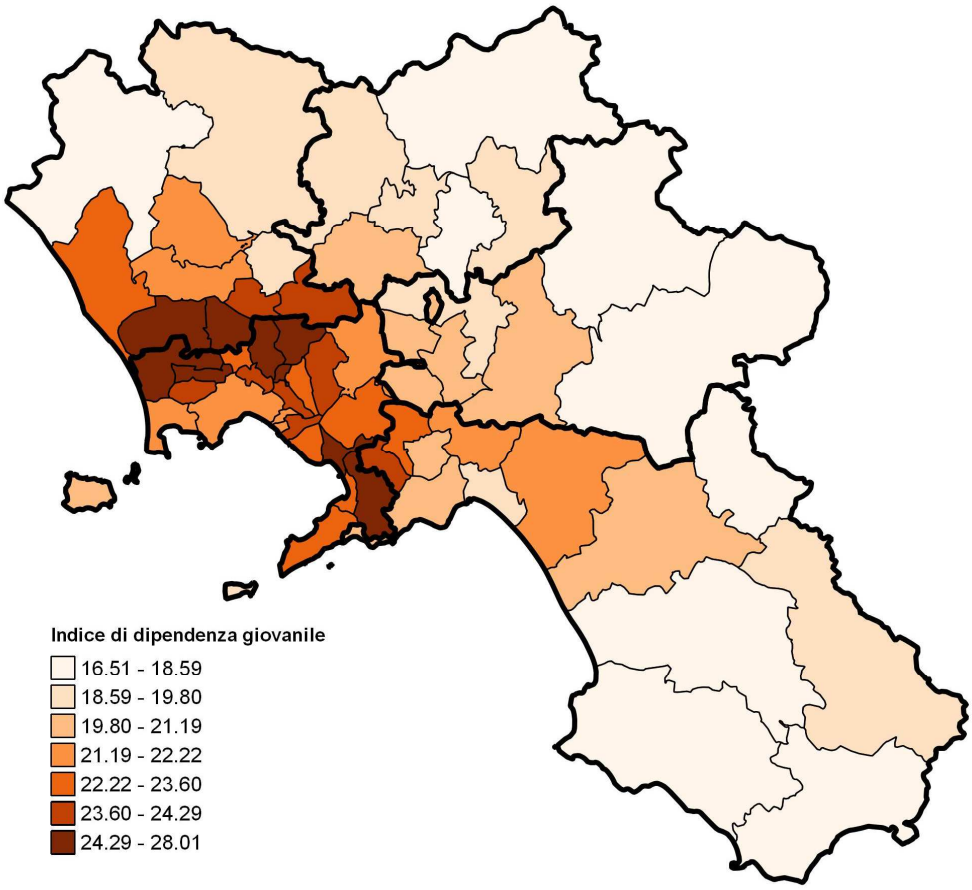


Figura 6: Indice dipendenza giovanile popolazione degli Ambiti campani al 01/01/2018 (elaborazione su dati Istat)

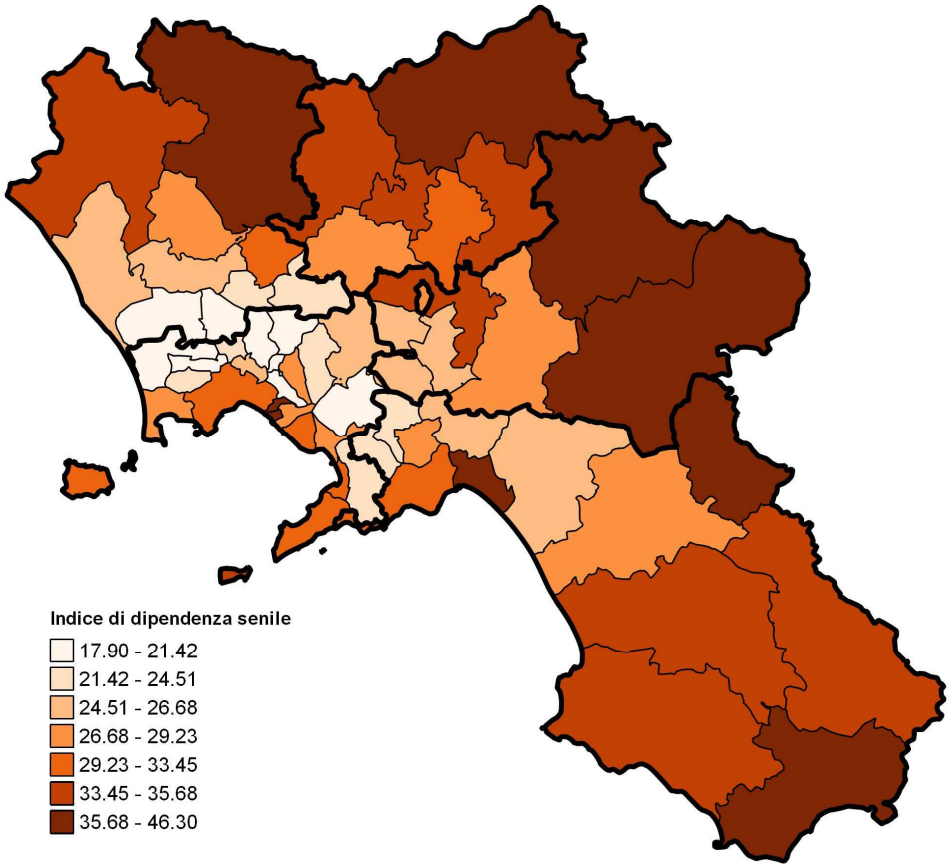


Figura 7: Indice dipendenza senile popolazione degli Ambiti campani al 01/01/2018 (elaborazione su dati Istat)

I.1.4 La componente straniera della popolazione

Al primo gennaio 2018 il 4,44% della popolazione campana è costituita da cittadini stranieri [grafico 21], che nel corso degli ultimi quindici anni, si sono si sono più che quadruplicati in valori assoluti, passando dalle 60.060 presenze del 2004 alle 258.524 del 2018 [grafico 20]. Si tratta del 5,0% degli stranieri complessivamente residenti in Italia, con un posizionamento della Campania al settimo posto tra le regioni italiane nella distribuzione delle presenze ed al primo tra quelle meridionali.

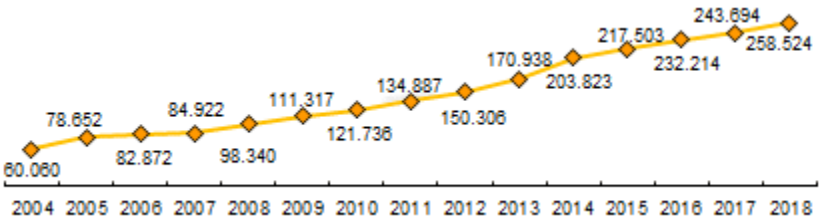


Grafico 20: n. stranieri residenti in Campania al 1/01/2018 (fonte Istat)

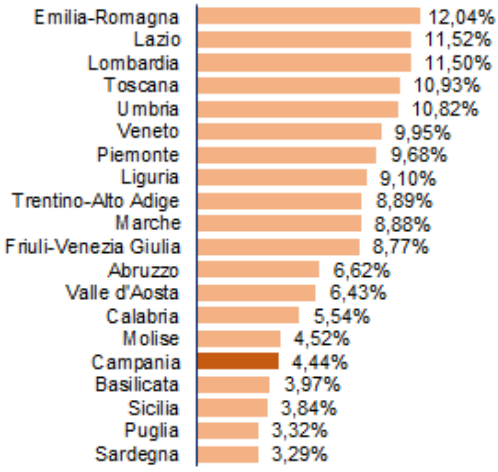


Grafico 21: % stranieri residenti nelle regioni al 1/01/2018 (fonte Istat)

A fronte di un aumento costante in valori assoluti del numero, la percentuale di stranieri residenti in Campania sul totale degli stranieri residenti in Italia è tuttavia rimasta sostanzialmente invariata dal 2005 al 2011, riprendendo a crescere negli ultimi sette anni [grafico 22], allorché il tasso di crescita annuo delle presenze straniere in Campania è aumentato più di quello medio nazionale [grafico 23].

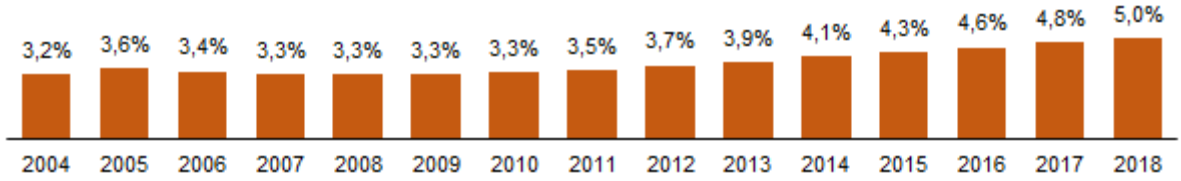


Grafico 22: % stranieri residenti in Campania rispetto agli stranieri residenti in Italia (elab. su dati Istat)

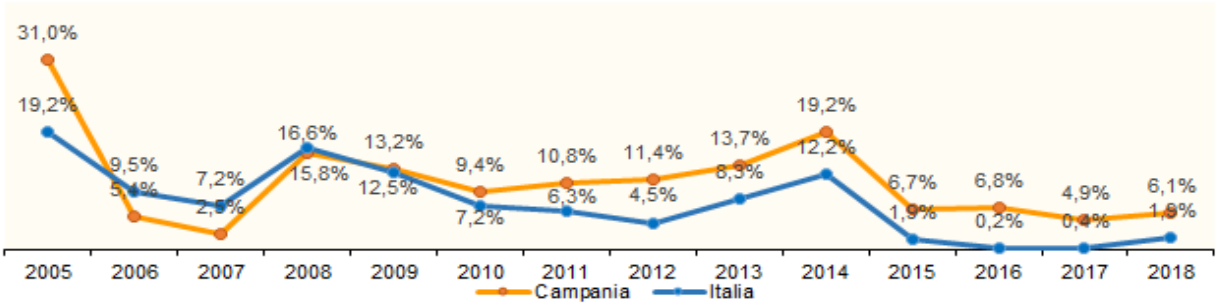


Grafico 23: Tasso di variazione degli stranieri residenti in Campania ed in Italia al 1 gennaio (elab. dati Istat)

La distribuzione della popolazione straniera residente, sul territorio regionale, registra sia in valori assoluti che in valori percentuali l'insediamento di elezione in provincia di Napoli dove, con 131.757 presenze si concentra circa il 51% degli stranieri [grafico 24 e 25].

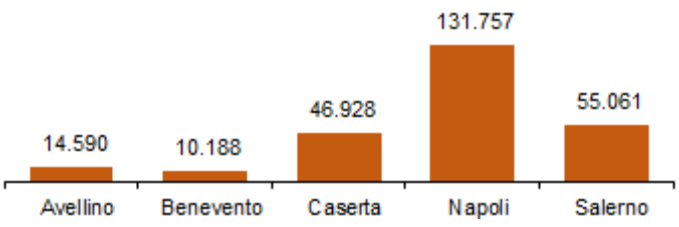


Grafico 24: n. stranieri residenti nelle province al 1/01/2018 (fonte Istat)

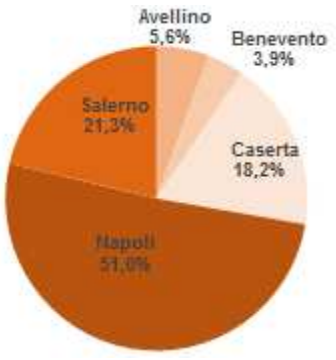


Grafico 25: % provinciale di stranieri residenti nelle province (elab. dati Istat)

I.2. Il mercato del lavoro

Significative per le implicazioni oltre che economiche anche sociali, relazionali, culturali, psicologiche, nelle pagine seguenti si riportano in sintesi le dimensioni quantitative del lavoro, quali la composizione delle forze di lavoro, degli occupati e disoccupati, così come emerge dagli ultimi dati consolidati dell'indagine Rilevazione Continua delle Forze di Lavoro (RCFL), che dal gennaio 2004 l'ISTAT[3] conformemente al Regolamento n.577/98 del Consiglio dell'Unione Europea, realizza attraverso interviste ad un campione di oltre 250 mila famiglie residenti in Italia, composte da circa 600 mila persone, presenti in circa 1.100 comuni italiani.

I.2.1 Le forze di lavoro

Nel 2017 la Campania è la quarta regione in Italia per consistenza delle forze di lavoro, ovvero il totale delle persone occupate e disoccupate di 15 e più anni, composte da 1.343.564 maschi e 772.938 femmine [grafici 26 e 27].

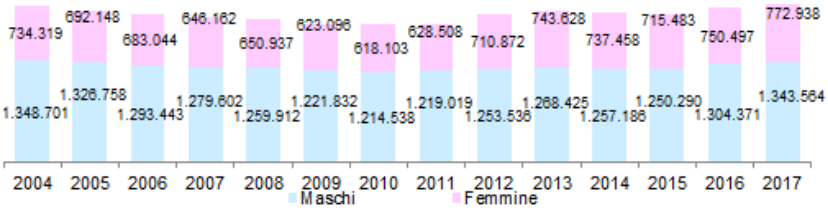


Grafico 26: Forze di lavoro della Campania (elab. dati Istat)

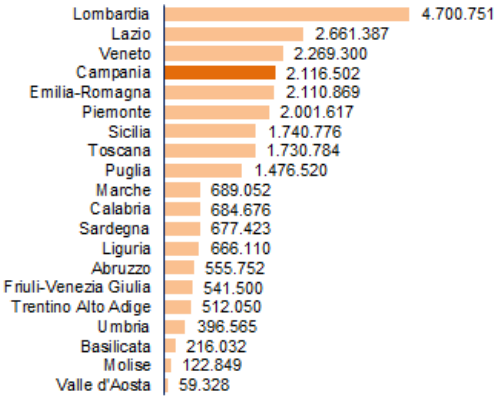


Grafico 27: Forze di lavoro delle regioni italiane nel 2017 (elab. dati Istat)

Grazie alla crescita registrata negli ultimi due anni, dal 2004 le forze di lavoro campane sono aumentate nel complesso di 33.482 unità, ovvero l'1,6%. Così come nel triennio 2011-2013, nel 2016 e 2017 è aumentato il loro concorso percentuale alle forze di lavoro presenti in Italia, sebbene al di sotto di quanto fosse all'inizio del periodo considerato [grafici 28 e 29].

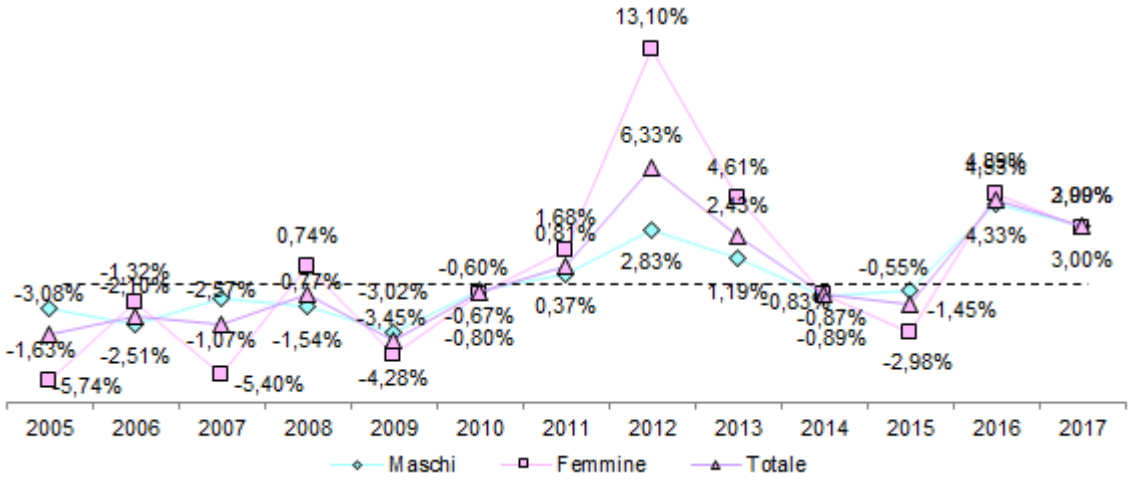


Grafico 28: Andamento del tasso di crescita delle forze di lavoro della Campania (elaborazione su dati Istat)

[3] Conformemente al Regolamento n. 577/98 del Consiglio dell'Unione Europea, l'indagine è condotta mediante intervista ad un campione di oltre 250 mila famiglie residenti in Italia, composte da circa 600 mila persone, presenti in circa 1.100 comuni italiani. E' realizzata in modo continuativo ed i suoi risultati sono diffusi mensilmente con dettaglio nazionale e trimestralmente con quello regionale.

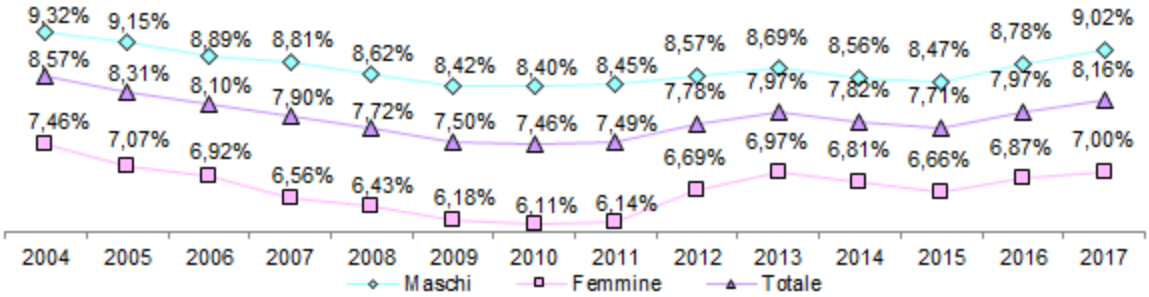


Grafico 29: % delle forze di lavoro campane rispetto a quelle italiane (elaborazione su dati Istat)

Negli ultimi due anni l'aumento delle forze di lavoro e la diminuzione della popolazione ha prodotto un aumento del tasso di attività per età dai 15 anni in su (misurato per l'appunto dal rapporto percentuale delle prime con la seconda). Sebbene dal 2012 vi sia una diminuzione della differenza tra il dato su base regionale e quello nazionale, nel 2017 il tasso di attività in Campania è superiore di 2,03 punti percentuali a quello nazionale (rispettivamente di 7,05% e 5,02%). [grafico 30].

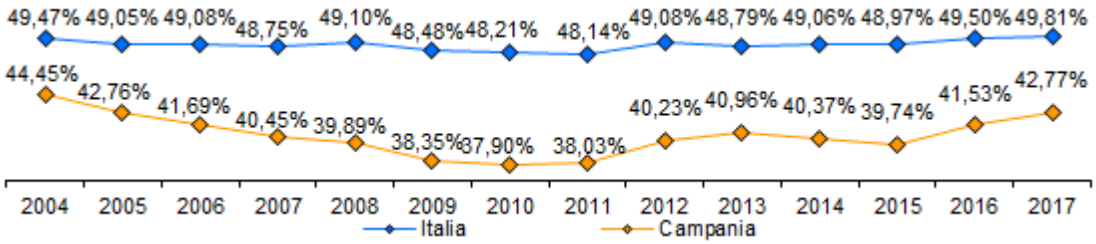


Grafico 30: Tasso di attività totale della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat)

Diversificato è l'andamento del tasso di attività nelle province campane: nella provincia di Avellino e in quella di Caserta cresce (+2,82 e +0,82), mentre in tutte le altre diminuisce, a Salerno di -0,63, a Napoli -2,85 ed a Benevento con -7,72, che conquista nel 2017 il primato negativo con 37,09%, determinando con Avellino che si attesta al 47,02% un campo di variazione di 9,93, il più alto del periodo considerato [grafico 31].

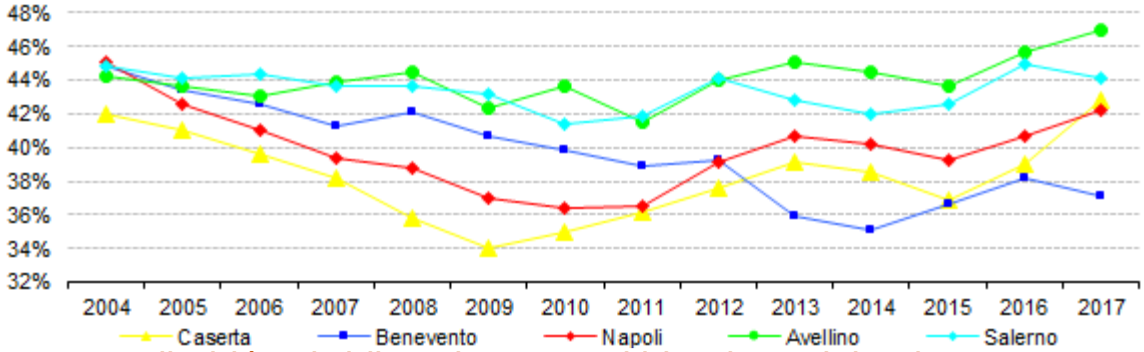


Grafico 31: Tasso di attività totale delle province campane (elaborazione su dati Istat)

Il tasso di attività maschile nel periodo preso in esame diminuisce in Italia di 1,94 ed in Campania di 3,57, con un aumento del differenziale da 1,44 del 2004 a 3,07 del 2017 [grafico 32].

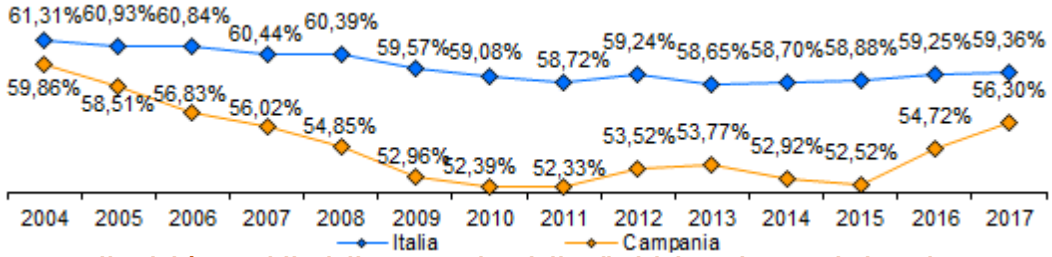


Grafico 32: Tasso di attività maschile della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat)

A differenza di quanto avviene per quello totale, considerando il periodo 2004-2017, il tasso di attività maschile delle province della Campania diminuisce dappertutto, ad eccezione di Avellino (+0,93),

fonte: http://burc.regione.campania.it

con un tracollo a Benevento (-12,09), un calo significativo a Napoli (-5,19), lieve a Salerno e Caserta (rispettivamente -1,10 e -0,60) determinando un aumento del *range* da 4,69 del 2004 al 13,52 del 2017 [grafico 33].

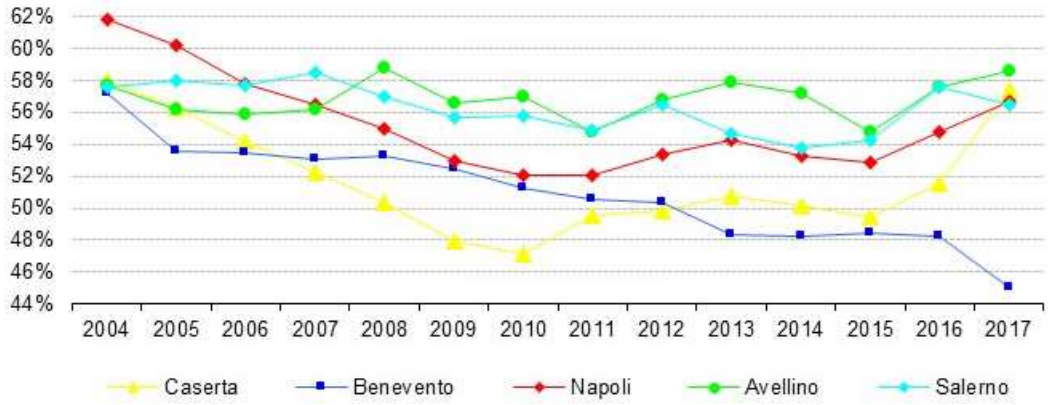


Grafico 33: Tasso di attività maschile delle province campane (elaborazione su dati Istat)

Il tasso di attività femminile in Italia dal 2004 presenta delle leggere oscillazioni, risultando nel 2017 aumentato di 2,40 punti percentuali, mentre in Campania decresce costantemente fino al 2010 per poi tornare a crescere ed attestarsi poco al di sopra del 30% [grafico 34].

Diversificato è l'andamento del tasso su base provinciale, con Avellino e Caserta che a fine periodo presentano una crescita (+4,49 e +2,02), Napoli e Salerno una contenuta diminuzione (-0,73 e -0.29), mentre a Benevento si registra un -3,78, che evidentemente determina un aumento del *range* da 6,32 del 2004 a 7,23 del 2017 [grafico 35].

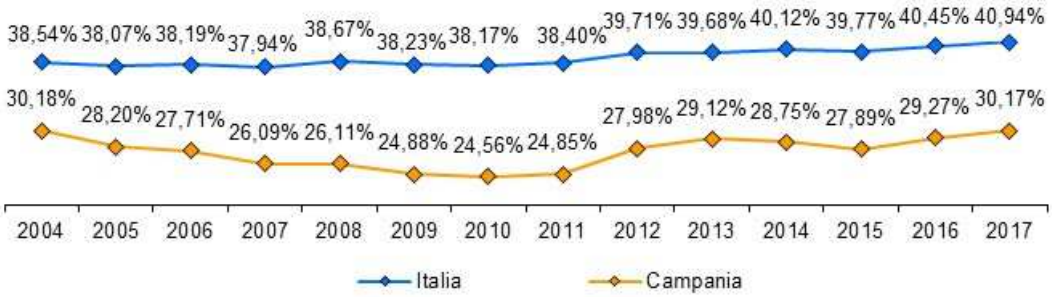


Grafico 34: Tasso di attività femminile della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat)

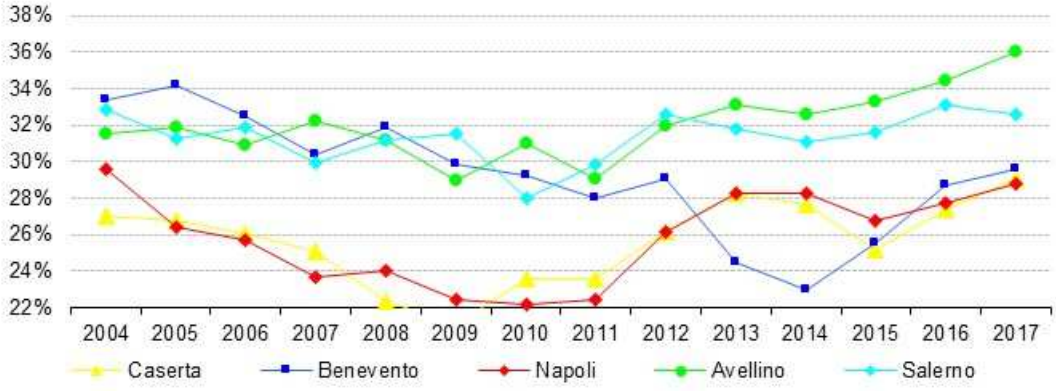


Grafico 35: Tasso di attività femminile delle province campane (elaborazione su dati Istat)

I.2.2 Gli occupati

La RCFL dell'ISTAT classifica come occupate le persone di quindici anni e più che nella settimana di riferimento dell'intervista hanno svolto almeno un'ora di lavoro in una qualsiasi attività con

corrispettivo monetario o in natura, oppure hanno svolto almeno un'ora di lavoro non retribuito nell'azienda di un familiare con cui abitualmente cooperano, oppure sono assenti dal lavoro da non più di tre mesi, oppure sono assenti dal lavoro ma continuano a percepire almeno il 50% della retribuzione. Nel 2014 sono occupati in Campania 1.086.544 maschi e 587.167 femmine per un totale di 1.673.711 persone [grafico 36].

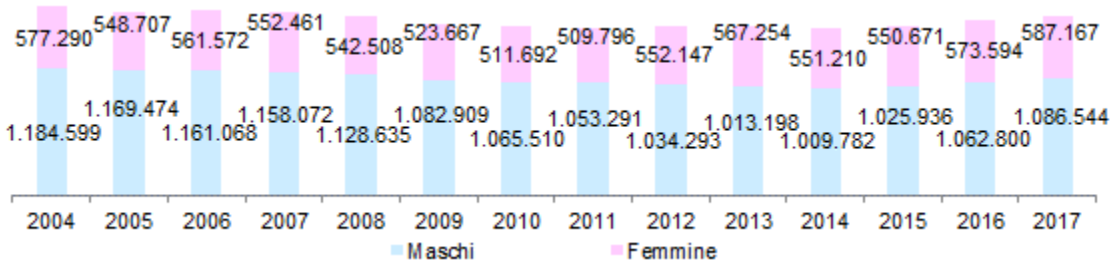


Grafico 36: Occupati in Campania (elaborazione su dati Istat)

Mentre per i maschi si assiste ad un aumento solo a partire dal 2015, per le femmine il tasso di crescita presenta valori positivi nel 2006, 2012, 2013, 2016 e 2017 [grafico 37]. Anche in ragione di ciò, dal 2017 si assiste ad un leggero aumento della quota degli occupati campani rispetto a quelli italiani [grafico 38].

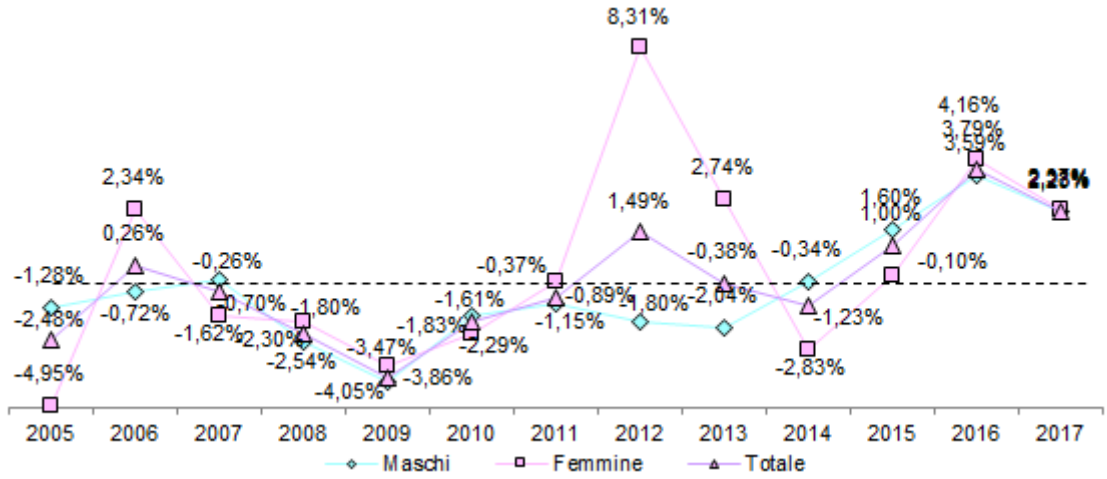


Grafico 37: Andamento del tasso di crescita degli occupati della Campania (elaborazione su dati Istat)

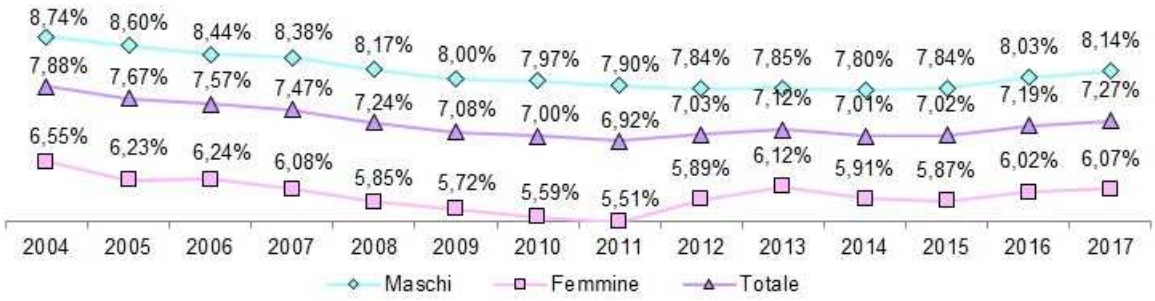


Grafico 38: % degli occupati campani rispetto a quelli italiani (elaborazione su dati Istat)

Mentre in Italia nel periodo in esame il tasso di occupazione totale, ovvero la percentuale di popolazione occupata, diminuisce di 1,28 (da 45,51% a 44,23%), in Campania si contrae di 3,78 (da 37,60% a 33,82%) [grafico 39], con grosse differenze su base provinciale, il cui *range* passa da 3,03 a 7,91, il cui primato negativo spetta a Benevento con 32,04% [grafico 40].

fonte: http://burc.regione.campania.it

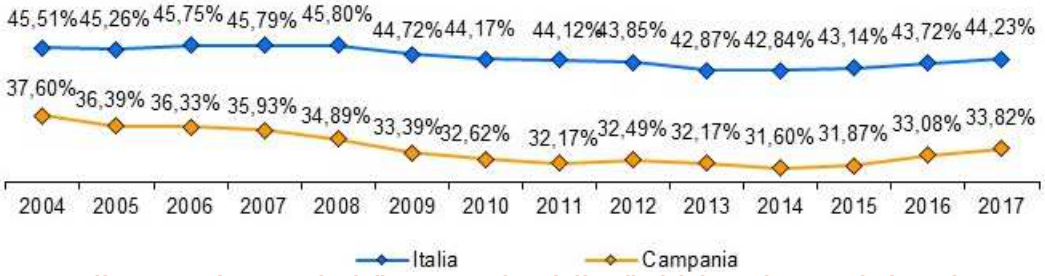


Grafico 39: Tasso di occupazione totale della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat)

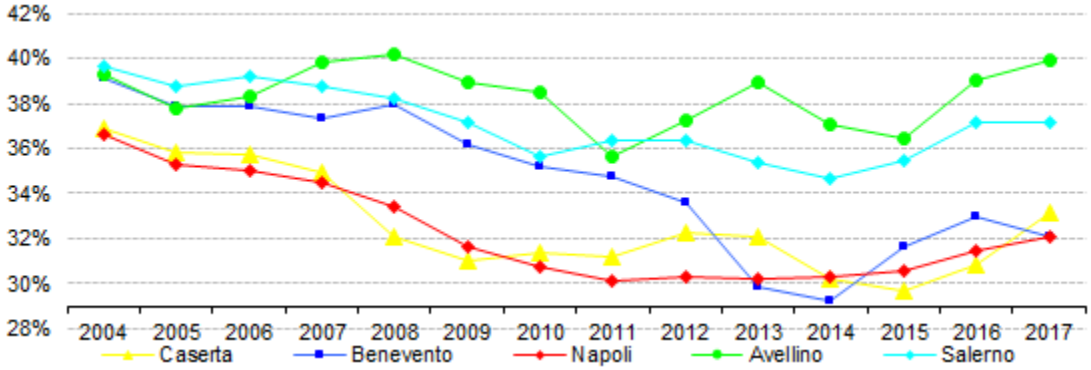


Grafico 40: Tasso di occupazione totale delle province campane (elaborazione su dati Istat)

Più accentuato è l'andamento del tasso di occupazione maschile, che in Italia diminuisce di 4,21 punti percentuali, mentre in Campania di 7,05, con un differenziale che passa da 4,86 punti nel 2004 a 7,70 nel 2017 [grafico 41]. Maggiormente accentuate sono le differenze provinciali per il tracollo di Benevento, Napoli, Caserta e Salerno (-12,21, -8,22, -7,87 e -4,25), che fa sì che da una differenza di 1,51 del 2004 si arriva al 12,37 del 2017 [grafico 42].

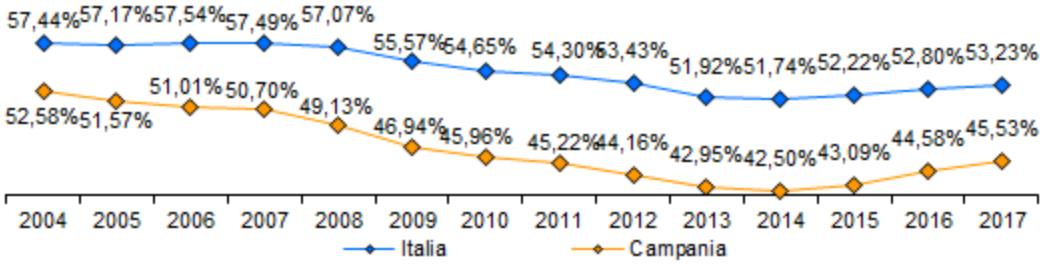


Grafico 41: Tasso di occupazione maschile della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat)

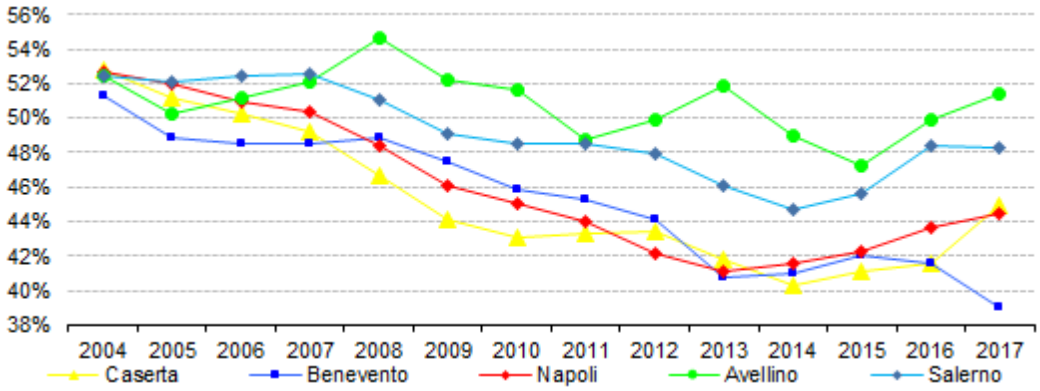


Grafico 42: Tasso di occupazione maschile delle province campane (elaborazione su dati Istat)

Il tasso di occupazione femminile in Italia aumenta di 1,37 ed in Campania diminuisce 0,81, e la differenza passa da 10,77 a 12.95 [grafico 43], con un leggero aumento di quello provinciale (da 6,04 a 8,40 [grafico 44].

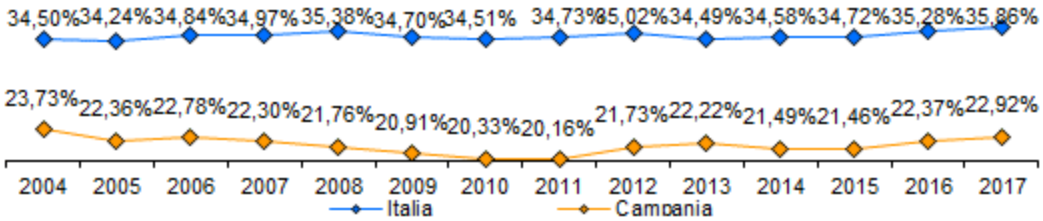


Grafico 43: Tasso di occupazione femminile della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat)

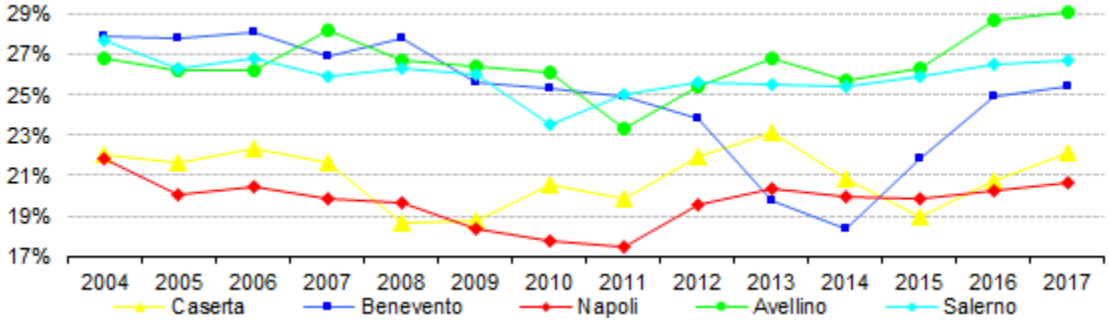


Grafico 44: Tasso di occupazione femminile delle province campane (elaborazione su dati Istat)

I.2.3 I disoccupati

I disoccupati, che la RCFL dell'ISTAT classifica come persone tra 15 e 74 anni non occupate che hanno effettuato almeno un'azione attiva di ricerca di lavoro nei trenta giorni che precedono l'intervista e sono disponibili a lavorare entro le due settimane successive, oppure inizieranno un lavoro entro tre mesi, in Campania nel 2017 sono 442.791, di cui 257.019 maschi e 185.772 femmine [grafico 45], aumentati significativamente negli ultimi anni, ed in particolare nel 2012 [grafico 46].

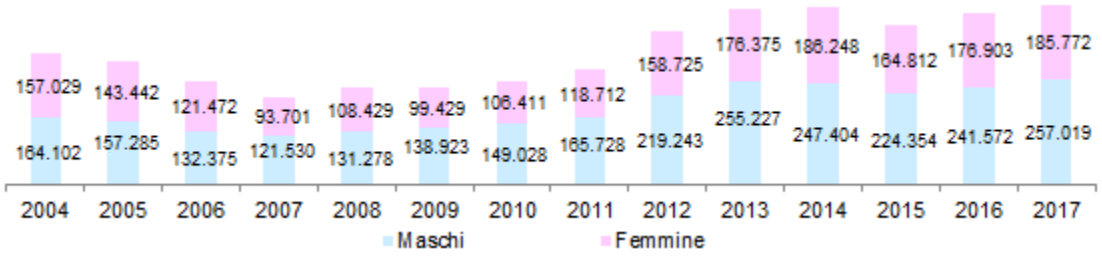


Grafico 45: Disoccupati in Campania (elaborazione su dati Istat)

Grafico 46: Andamento del tasso di crescita dei disoccupati della Campania (elaborazione su dati Istat)

Il tasso di disoccupazione totale, quale rapporto tra persone in cerca di lavoro e popolazione attiva, era diminuito tra il 2004 ed il 2007 (raggiungendo il 6% per l'Italia e l'11% circa per la Campania); da

quel momento è costantemente cresciuto, attestandosi su un valore dell'11,21% a livello nazionale e del 20,92% in Campania, con un differenziale di 9,71 punti percentuali rispetto ai 7,42 di inizio periodo [grafico 47].

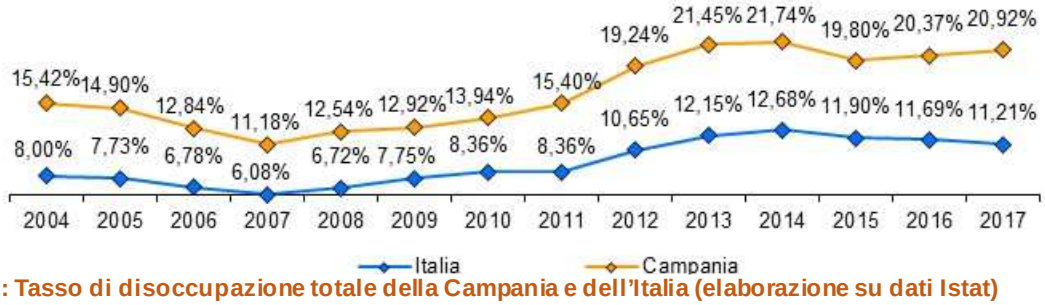


Grafico 47: Tasso di disoccupazione totale della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat)

Su base provinciale il primato spetta a Napoli, con il 23,90%, anche se dal 2004 è a Caserta che si registra la crescita maggiore, con +10,31%, ed un range che in tutto il periodo considerato è passato dal 7,41 al 10,28 [grafico 48].

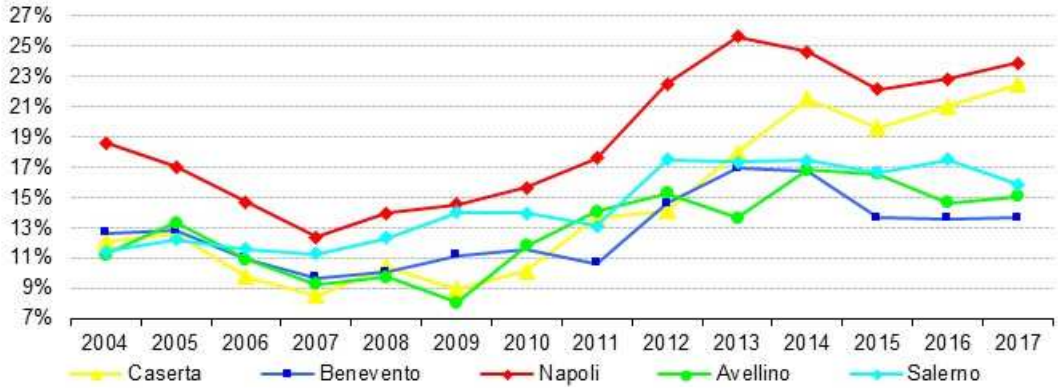


Grafico 48: Tasso di disoccupazione totale delle province campane (elaborazione su dati Istat)

La crescita del tasso di disoccupazione maschile è maggiore del tasso totale sia in Italia che in Campania (+4,03 e +6,96), con una differenza tra i due che da +5,86 arriva a +8,79 [grafico 49]; su base provinciale il primato è di Caserta che nel periodo considerato cresce di 12,77, arrivando al 21,73%, mentre Napoli cresce di 6,69 arrivando l 21,46% [grafico 50].

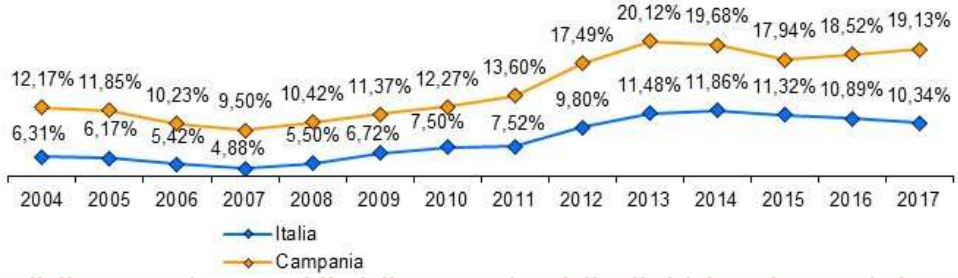


Grafico 49: Tasso di disoccupazione maschile della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat)

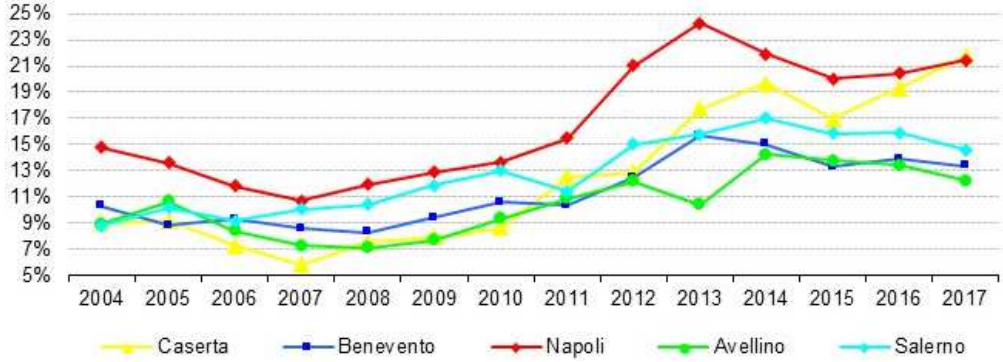


Grafico 50: Tasso di disoccupazione maschile delle province campane (elaborazione su dati Istat)

Superiori a quelli maschili sono i valori del tasso di disoccupazione femminile, che nel 2017 si attesta in Italia al 12,39%, con una crescita dal 2004 di 1,91, ed in Campania al 24,03% con un +2,65 [grafico 51], e l'indiscusso primato di Napoli con il 28,33% delle donne attive che sono in cerca di occupazione [grafico 52].

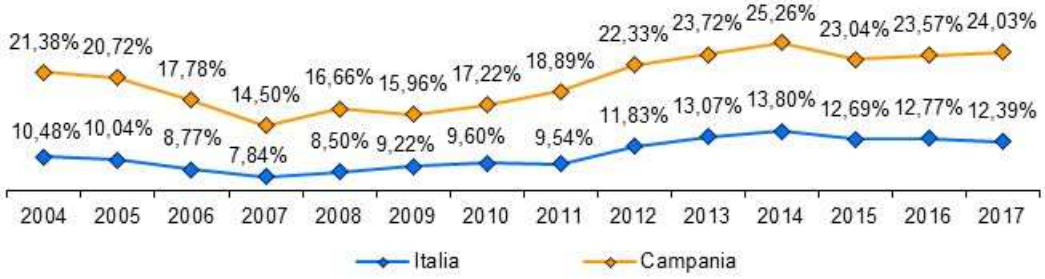


Grafico 51: Tasso di disoccupazione femminile della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat)

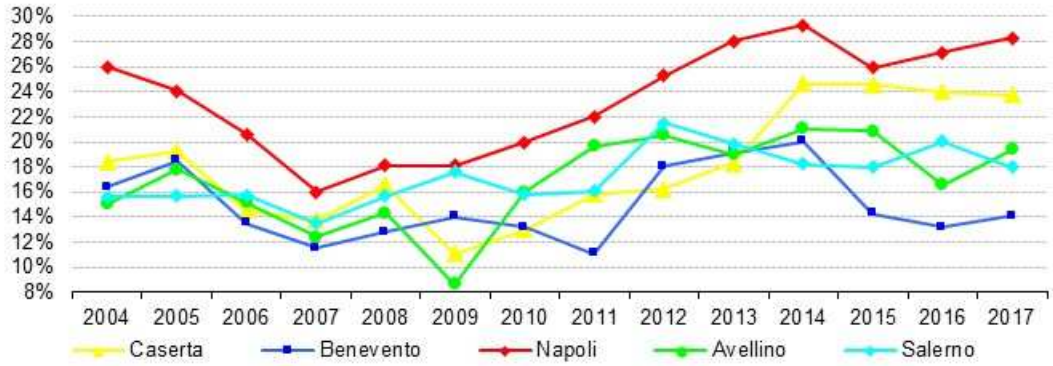


Grafico 52: Tasso di disoccupazione femminile delle province campane (elaborazione su dati Istat)

I.3. Le dinamiche economiche

I.3.1 Il valore della produzione

Gli ultimi dati disponibili conformi al SEC 2010, il nuovo Sistema Europeo del Conti, che l'ISTAT ha reso disponibili relativi al 2016, vedono la Campania posizionata al 7° posto per il Prodotto Interno Lordo (PIL) dal lato della produzione [grafico 53], così come per il valore aggiunto [grafico 54], che concorre ad esso con l'IVA, le imposte sulle importazioni e sui prodotti, ma senza tener conto dei contributi ai prodotti.

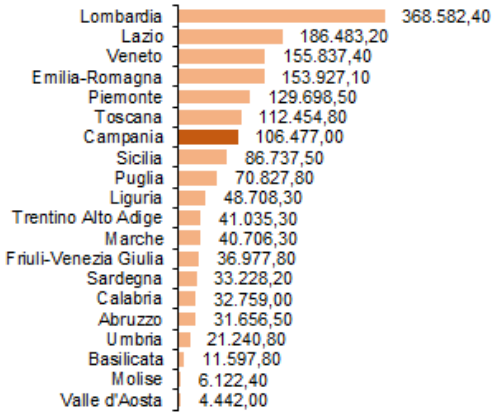


Grafico 53: PIL in MLN ai prezzi di mercato delle regioni italiane nel 2016 (ISTAT - Conti economici regionali)

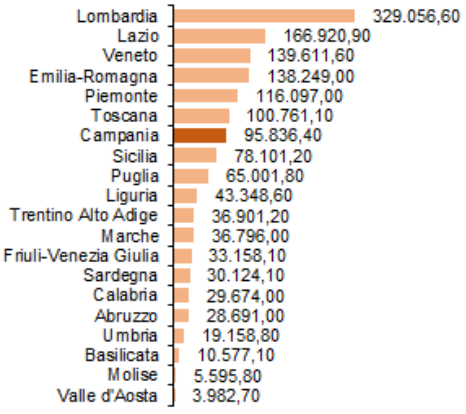


Grafico 54: Valore aggiunto in MLN ai prezzi di mercato delle regioni italiane nel 2016 (dati ISTAT)

fonte: http://burc.regione.campania.it

Il valore aggiunto prodotto nelle province campane può essere colto dai dati del 2015, da cui si evince il primato di Napoli [grafici 55 e 56].

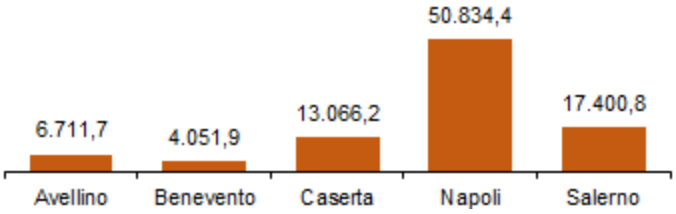


Grafico 55: Valore aggiunto in MLN ai prezzi di mercato delle province campane nel 2015 (dati ISTAT)

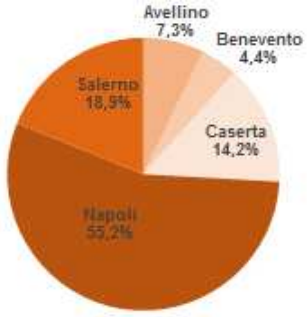


Grafico 56: Composizione del valore aggiunto campano a prezzi di mercato nel 2015 (elaborazione su dati ISTAT)

Ben diversa è la situazione se si considera il PIL pro capite: nel 2016 la Campania è posizionata al 17° posto, con una differenza con le prime regioni prossima a 20.000 euro, ed un ammontare inferiore al 50% di quello del Trentino e della Lombardia [grafico 57]. Considerando il valore aggiunto pro capite delle province campane, i cui dati disponibili sono riferiti al 2015, anno nel quale la Campania si posizionava al 18° posto [grafico 58], il primato è di Napoli che sopravanza di € 2.180,17 Caserta collocata all'ultimo posto [grafico 59].

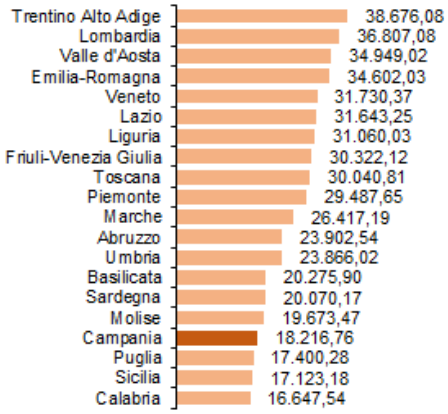


Grafico 57: PIL pro capite ai prezzi di mercato delle regioni italiane nel 2016 (elaborazione su dati ISTAT)

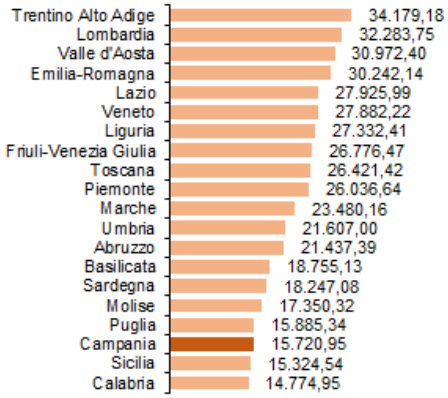


Grafico 58: V.A. pro capite ai prezzi di mercato delle regioni italiane nel 2015 (elaborazione su dati ISTAT)

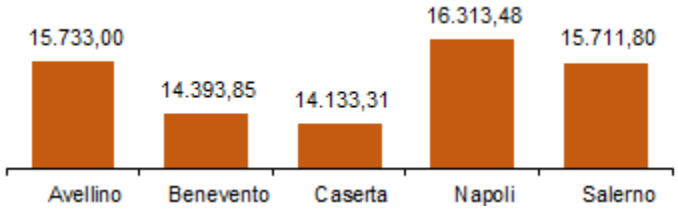


Grafico 59: Valore aggiunto pro capite ai prezzi di mercato delle province nel 2015 (elaborazione su dati ISTAT)

Al fine di cogliere le variazioni nel corso del tempo in termini reali, ovverossia senza tener conto della variazioni dei prezzi, l'ISTAT produce una stima a prezzi costanti attraverso la tecnica del cd. "concatenamento". L'ultima ad oggi disponibile si riferisce al valore aggiunto del 2016 con tutti i valori concatenati al 2010.

Nei valori nazionali si rileva in maniera chiara l'impatto della crisi sull'economia italiana nel suo complesso: a fronte di una lieve ma costante crescita del valore aggiunto sino al 2007 (con un incremento complessivo di circa 1200 euro nell'arco dei 7 anni), si evidenziano la brusca frenata e il crollo tra il 2007 ed il 2009, prima, e poi la leggera ripresa nei due anni successivi, che non ha tuttavia consentito ancora di recuperare il valore iniziale. I valori relativi alla Campania mostrano invece, dopo un primo avvio positivo, un momento di difficoltà già nel triennio 2002/2005, seguito da una ripresa che si arresta bruscamente nel 2007, quando la crisi innesca una caduta che nel 2011 non consente che rilevare debolissimi i segni di ripresa solo nel 2015 [grafico 60].

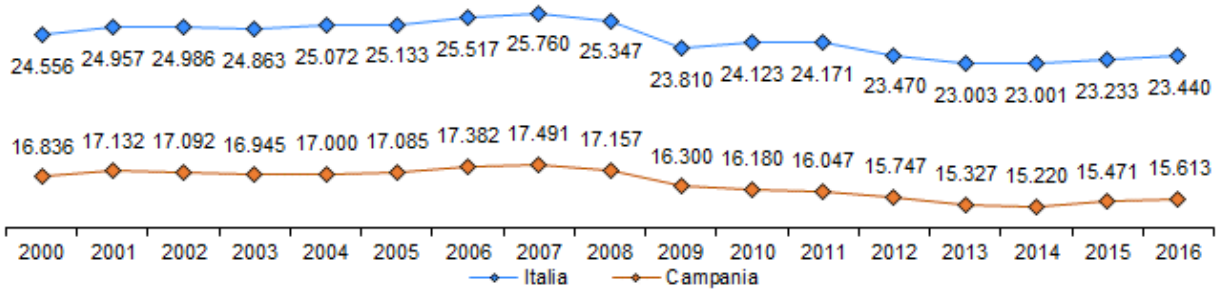


Grafico 60: V.A pro capite a prezzi concatenati al 2010 di Campania e Italia (dati ISTAT)

I.3.2 Il reddito

L'ISTAT misura il reddito medio netto familiare attraverso l'Indagine sul reddito e condizioni di vita (Eu-Silc), che rileva i redditi da lavoro, da capitale reale e finanziario, da pensioni e da altri trasferimenti pubblici e privati, al netto delle imposte personali, delle imposte sugli immobili, dei contributi sociali a carico dei lavoratori e dei trasferimenti versati ad altre famiglie.

Nel 2015, ultimo anno disponibile, il reddito escluso i fitti delle famiglie campane è al 18° posto in Italia, superiore solo a quello del Molise e della Sicilia [grafico 61].

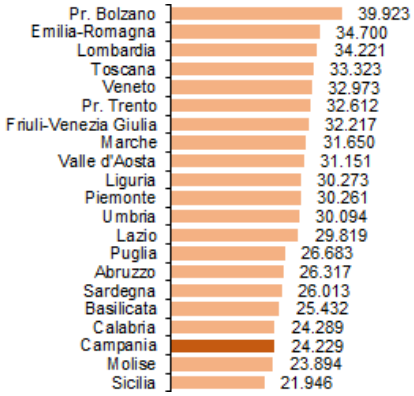


Grafico 61: Reddito medio netto familiare delle regioni italiane nel 2015 (elab. dati

Dal 2003 esso è cresciuto di € 1.105, a fronte di un aumento di € 2.372 delle famiglie del Sud e di € 3.069 di quelle italiane, risultando nel 2015 inferiore di € 977 a quelle del Sud e di € 5.759 a quelle italiane [grafico 62].

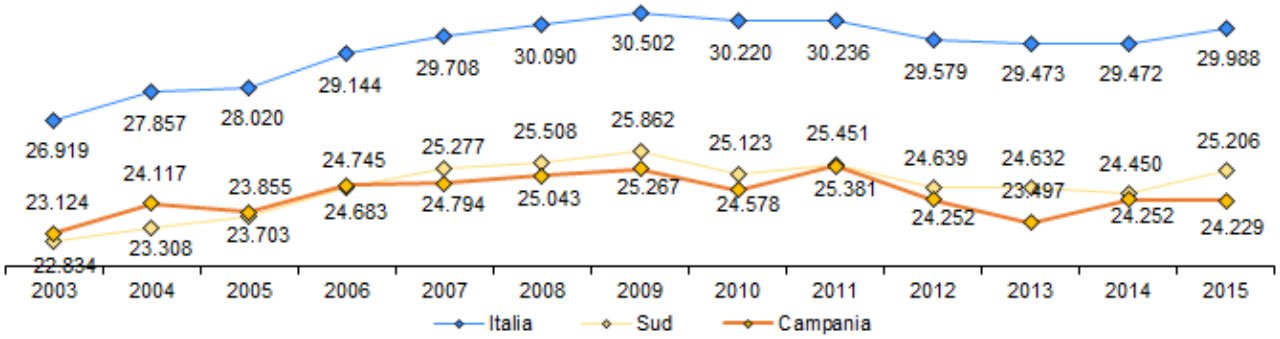


Grafico 62: Reddito medio netto familiare della Campania, del Sud e dell'Italia (elaborazione su dati ISTAT)

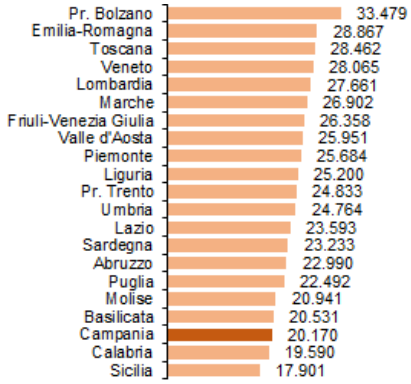


Grafico 63: Reddito mediano netto familiare delle regioni italiane nel 2015 (elab. dati ISTAT)

Molto simili alle dimensioni del reddito medio sono quelle del reddito mediano netto familiare, che registra il valore massimo del reddito di metà delle famiglie.

Come per il reddito medio la Campania si colloca in Italia al 18° posto [grafico 63], con un andamento per le tre partizioni territoriali sostanzialmente simile, da cui si evince che la maggior parte delle famiglie ha un reddito minore di quello medio [grafico 64].

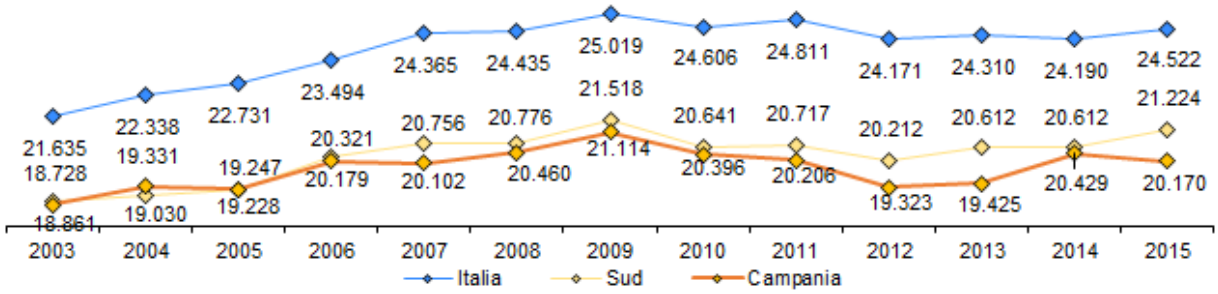


Grafico 64: Reddito mediano netto familiare della Campania, del Sud e dell'Italia (elaborazione su dati ISTAT)

L'ISTAT quantifica il grado di disuguaglianza della distribuzione del reddito con l'indice di concentrazione di Gini, che tiene conto della composizione dei nuclei familiari attraverso l'individuazione del reddito familiare equivalente, e che si esprime con valori che vanno da 0 a 1, dove il primo segnala la perfetta equità della distribuzione dei redditi, ed il secondo la totale diseguaglianza.

Nel 2015, anno a cui si riferiscono gli ultimi dati disponibili, al netto dei fitti[4] la Campania è al primo posto in Italia [grafico 65]

La tendenza alla diminuzione della diseguaglianza, si interrompe con la crisi economica del 2008 ed in Campania l'andamento dell'indice di Gini non solo è molto più accentuato, ma fa registrare sempre valori superiori alle altre ripartizioni territoriali [grafico 66].

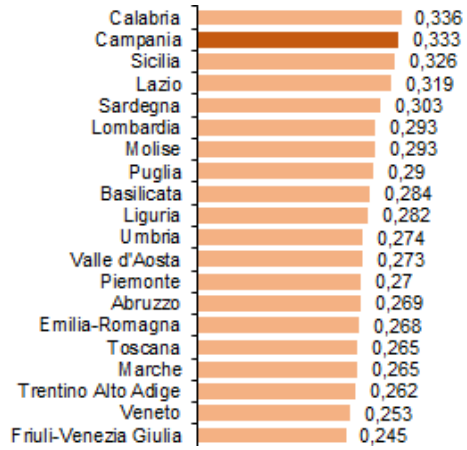


Grafico 65: Indice di Gini del reddito familiare regioni italiane nel 2015 (elab. dati ISTAT)

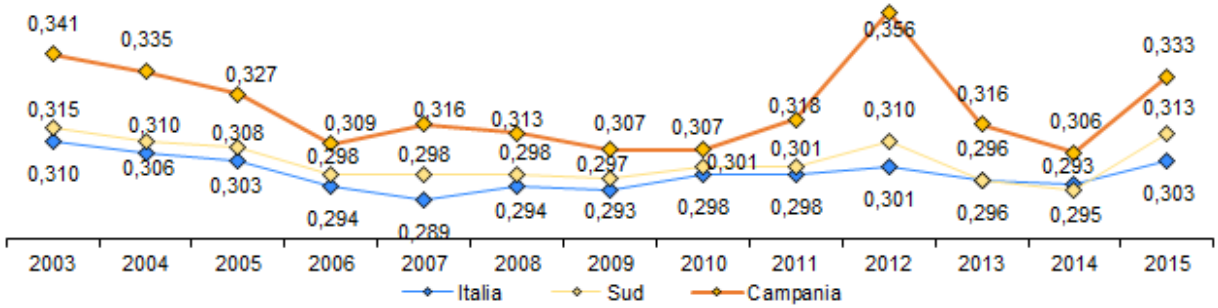


Grafico 66: Andamento indice di Gini della Campania, del Sud e dell'Italia (elaborazione su dati ISTAT)

I.3.3 La povertà

I dati sulla povertà assoluta e relativa sono prodotti dall'ISTAT attraverso l'Indagine sulle spese delle famiglie, che utilizzando nuove tecniche e metodologie, e considerando un maggior numero di voci di spesa, ha sostituito la precedente Indagine sui consumi, consentendo un'accurata ricostruzione delle serie storiche, in parte ancora provvisoria, i cui valori come in tutte le indagini campionarie sono evidentemente soggette all'errore statistico ed inscritti in intervalli di confidenza[5].

[4] Componente figurativa di reddito derivante dalla proprietà della abitazione in cui si vive, il cui valore è stimato dallo stesso proprietario in base al prezzo che, a suo parere, sarebbe necessario pagare per vivere in affitto nella propria abitazione.

[5] Per una approfondimento metodologico, si consulti la copiosa documentazione presente sul sito dell'ISTAT. *Serie storiche povertà assoluta 2005-2014*, www.istat.it/it/archivio/164869.

Assolutamente poveri sono definiti i nuclei familiari (o gli individui) che ogni mese possono spendere per consumi un importo pari o inferiore alla cd. "soglia di povertà assoluta", ovvero al valore di beni e servizi ritenuti essenziali, la cui entità varia con la dimensione del nucleo familiare, la localizzazione e la grandezza del comune di residenza.

Nel confronto tra le tre ripartizioni, si nota che nel periodo considerato nel Nord c'è stata una crescita di famiglie in condizione di povertà assoluta del 122%, nel Centro di 132% e nel Mezzogiorno del 70% [grafico 67].

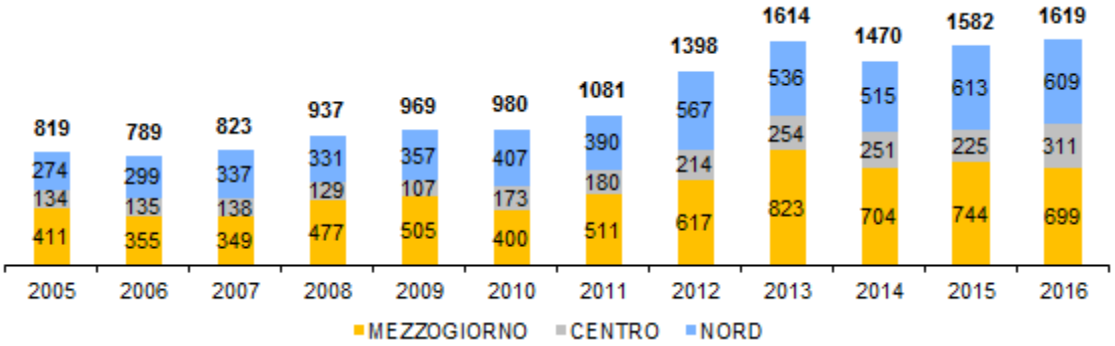


Grafico 67: N. (migliaia) famiglie in povertà assoluta del Nord, Centro e Mezzogiorno (elaborazione su dati ISTAT)

L'incidenza percentuale delle famiglie in povertà assoluta ha raggiunto il suo picco massimo nel 2016 al Centro ed al Nord, mentre il Mezzogiorno ha visto il maggior numero nel 2013. [grafico 68].

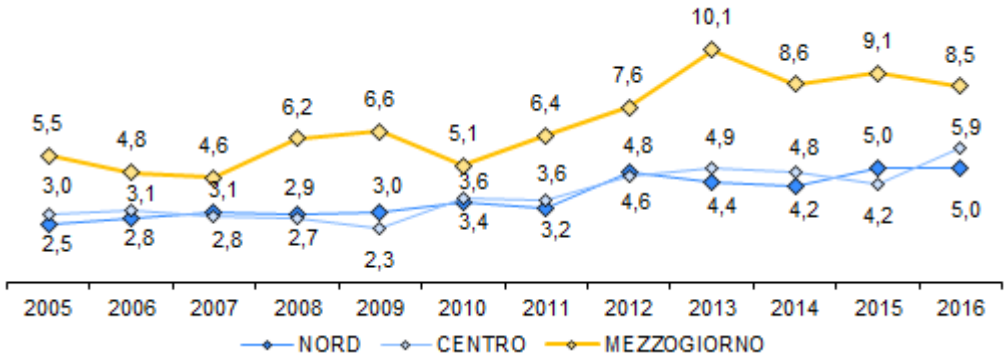


Grafico 68: % di famiglie in povertà assoluta del Nord, Centro e Mezzogiorno (elaborazione su dati ISTAT)

Il numero di persone in povertà assoluta in tutto il periodo considerato nel Mezzogiorno è cresciuto di 1.017.000 unità, mentre nel resto d'Italia di 1.813.000, sicché la percentuale di italiani in povertà assoluta residenti nel Mezzogiorno è passata da 53,4% a 43,0% [grafico 69].

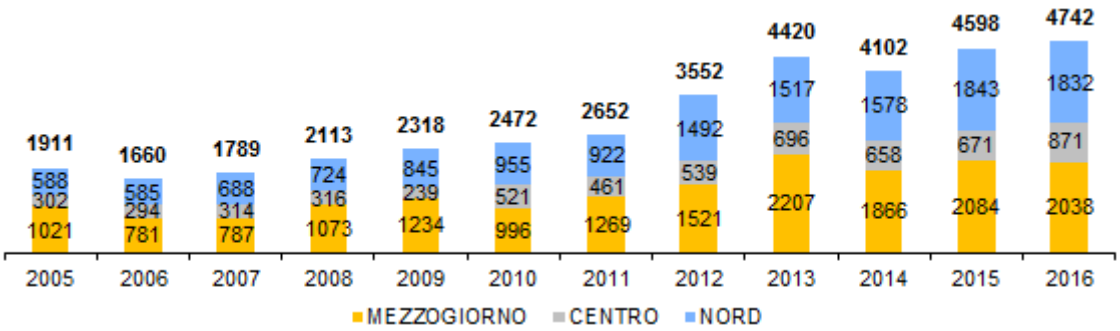


Grafico 69: N. (migliaia) di individui in povertà assoluta del Nord, Centro e Mezzogiorno (elab. su dati ISTAT)

L'incidenza percentuale di individui in povertà assoluta in Italia nel 2016 è del 7,9% con un aumento dal 2005 di 4,6 punti. In tutte le tre circoscrizioni la percentuale è pressoché raddoppiata al 2016. [grafico 70].

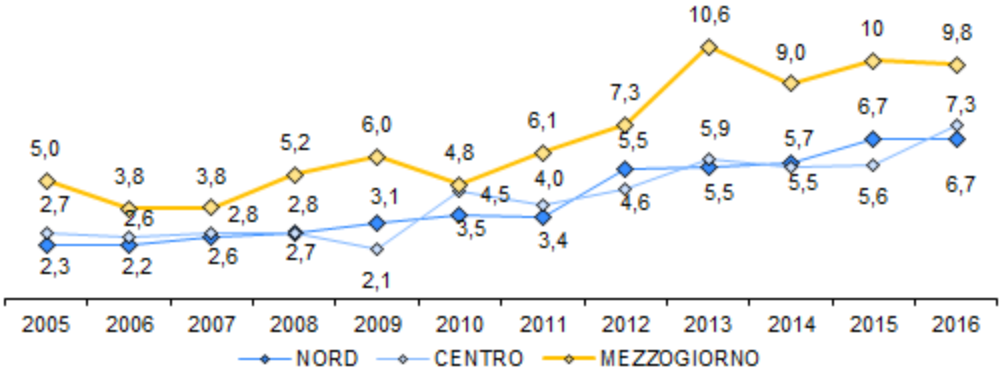


Grafico 70: % di individui in povertà assoluta del Nord, Centro e Mezzogiorno (elaborazione su dati ISTAT)

In povertà relativa sono definiti i nuclei familiari (o gli individui) i cui consumi sono uguali o inferiori a una soglia definita secondo i criteri della *International Standard of Poverty Line* (Ispl), la linea di povertà, che per una famiglia di due persone corrisponde alla spesa media per consumi pro capite dell'anno considerato. Al variare del numero dei componenti del nucleo familiare, il valore di tale soglia viene modificato grazie ad una scala di equivalenza che tiene conto delle economie e diseconomie conseguenti.

Nel confronto tra le tre ripartizioni geografiche, si nota come su questo indicatore incida lo spostamento verso il basso della soglia, che fa scendere il numero di famiglie relativamente povere risiedenti nel Mezzogiorno dal 2005 sino al 2011. Nel periodo considerato il numero di famiglie relativamente povere nel Mezzogiorno è cresciuto di 44.410 unità, mentre nel resto d'Italia l'aumento è stato di 307.876, sicché la percentuale di famiglie italiane relativamente povere residenti nel Mezzogiorno è passata da 66,1% a 59,2% [grafico 71].

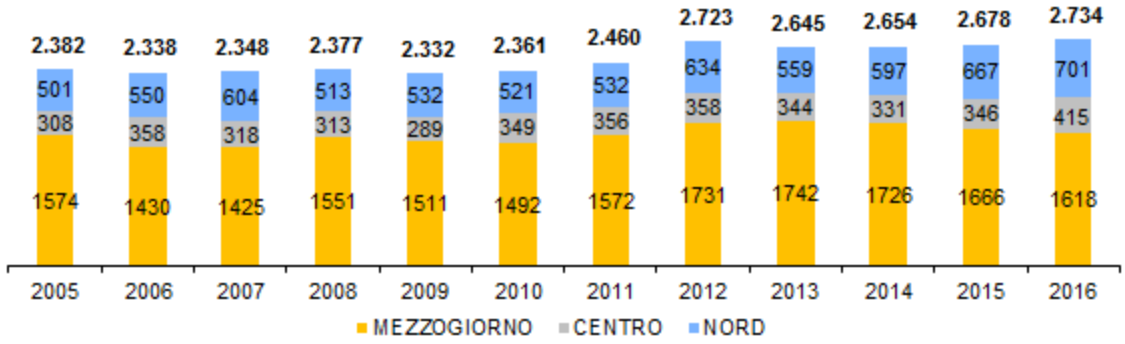


Grafico 71: N. (migliaia) di famiglie in povertà relativa del Nord, Centro e Mezzogiorno (elaborazione su dati ISTAT)

L'incidenza percentuale delle famiglie relativamente povere vede la Campania collocata al 4° posto [grafico 72]; dal 2005 al 2016 è cresciuta di 1,2 al Nord, di 1,0 al Centro e diminuita di 1,3 punti percentuali nel Mezzogiorno [grafico 72].

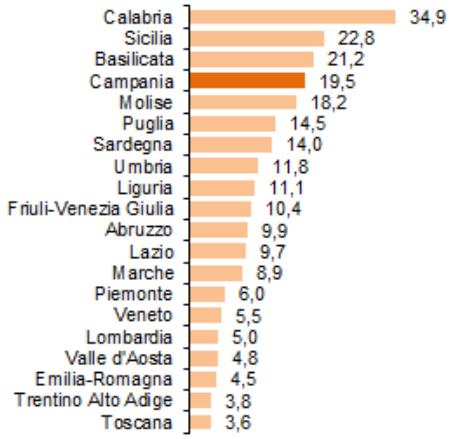


Grafico 72: Incidenza di povertà relativa nelle regioni italiane nel 2016 per 100 famiglie (elab. dati ISTAT)

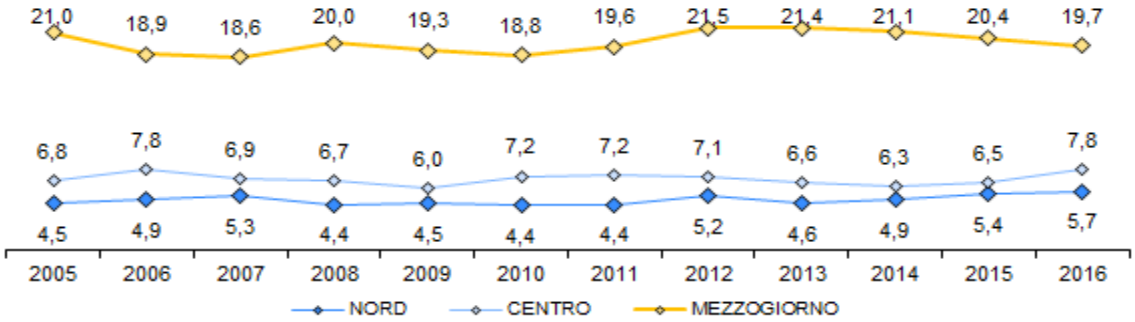


Grafico 73: % di famiglie in povertà relativa del Nord, Centro e Mezzogiorno (elaborazione su dati ISTAT)

Il numero di persone relativamente povere dal 2005 è cresciuto di 2.044.633 unità, di cui 567.640 nel Mezzogiorno, dove nel 2016 risiede il 57,7% del totale [grafico 74].

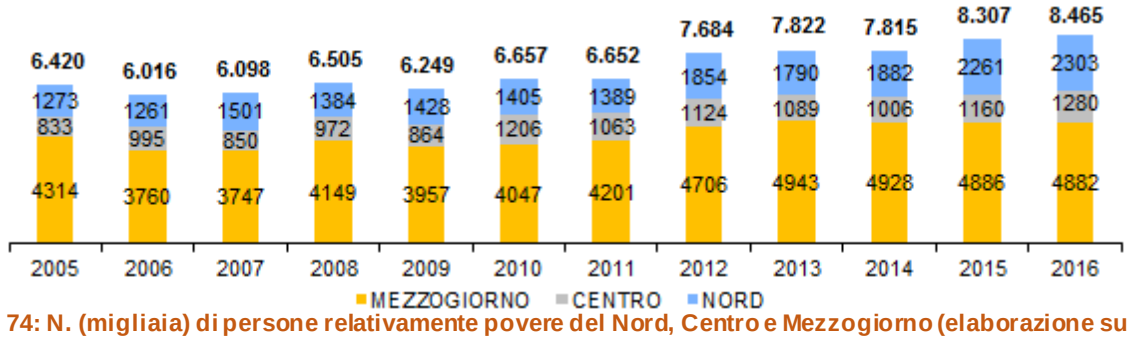


Grafico 74: N. (migliaia) di persone relativamente povere del Nord, Centro e Mezzogiorno (elaborazione su dati ISTAT)

Nello stesso periodo l'incidenza percentuale di individui relativamente poveri è cresciuta di 3,5 al Nord, 3,2 al Centro e 2,5 punti percentuali nel Mezzogiorno dove è presente il 23,5%, corrispondente a quasi 1 persona relativamente povera su 4 [grafico 75].

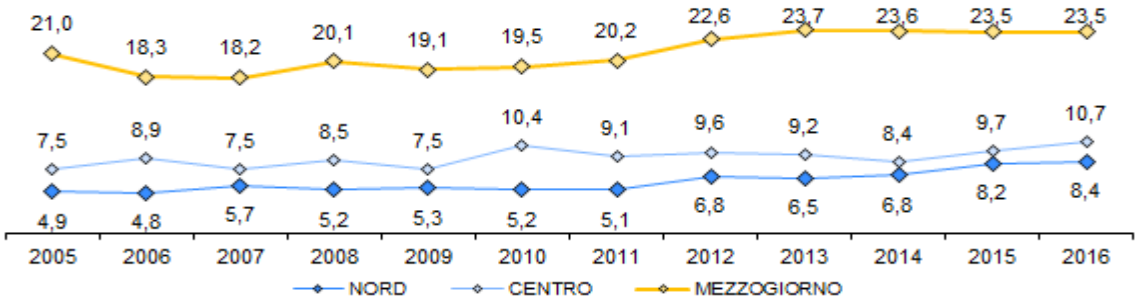


Grafico 75: % di persone in povertà relativa del Nord, Centro e Mezzogiorno (elaborazione su dati ISTAT)

Beneficiari del Sostegno di Inclusione Attiva (SIA) e del Reddito di Inclusione (REI)

Con nota n. 10355 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali il 10 ottobre 2018 ha comunicato di aver disposto il trasferimento alla Regione Campania di € 45.886.400,00 a valere sull'annualità 2018 del Fondo Povertà, così come assegnato nel Decreto Ministeriale del 18 maggio 2018, e di aver provveduto a ripartire tali risorse agli Ambiti Territoriali con i criteri da questa individuati, ovvero per il 50% in rapporto alla popolazione e per il 50% al numero dei beneficiari del SIA e del REI.

Tabella 3: beneficiari SIA e REI (fonte MLPS)

	Beneficiari SIA	*Beneficiari REI*	*TOTALE BENEFICIARI*
Avellino	574	1.936	2.510
Benevento	400	1.358	1.758
Caserta	3.274	8.073	11.347
Napoli	13.540	30.895	44.435
Salerno	1.870	5.623	7.493
Campania	**19.658**	**47.885**	**67.543**

Nella tabella del riparto sono indicati per ciascun Ambito il numero dei beneficiari del SIA e del REI, rendendo così finalmente disponibili dati che sia formalmente che informalmente sono stati più volte richiesti.

La consistenza [tabella 3] e distribuzione su base provinciale dei beneficiari SIA e REI è rappresentata di seguito nel grafico [grafico 76].

Grafico 76: distr. beneficiari SIA/REI (fonte MLPS)

E' necessario evidenziare che tali dati riguardano solo una quota parte delle famiglie in condizione di difficoltà, in quanto fino al 1 luglio 2018 il nucleo beneficiario oltre a quelli reddituali, di cittadinanza, residenza e compatibilità con altri interventi, deve soddisfare anche requisiti familiari, giacché è necessaria la presenza di un minore, o di una persona con disabilità e di almeno un genitore, o di una donna incinta, o di una persona con più di 55 anni disoccupato. Ciò malgrado essi sono particolarmente significativi, in quanto possono senz'altro essere considerati come variabile *proxy* della condizione di disagio, fenomeno che l'ISTAT rileva attraverso l'Indagine campionaria sulle spese delle famiglie le cui risultanze, però, sono diffuse solo per ripartizioni territoriali e non su base regionale, né tanto meno su base d'Ambito.

Pesando i dati con la popolazione [grafico 77], risulta su base provinciale un *range* di 2,483 punti percentuali, con l'indiscusso primato della provincia napoletana che risulta essere dello 0,870% superiore alla percentuale regionale.

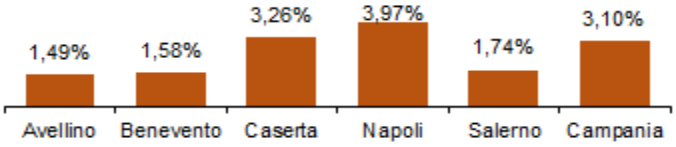


Grafico 77: % famiglie benef. SIA/REI (elab. dati MLPS)

Grafico 78: media e dev. st. su base provinciale della % famiglie beneficiarie SIA/REI (elab. su dati MLPS)

Anche avendo riguardo alla media delle percentuali su base di Ambito, il primato è di quelli napoletani che poiché presentano anche una grande variabilità (deviazione standard), si collocano nel quadrante in alto a destra del grafico a sinistra [grafico 78].

Le differenze tra gli Ambiti possono agevolmente cogliersi dalla consultazione del cartogramma [figura 8].

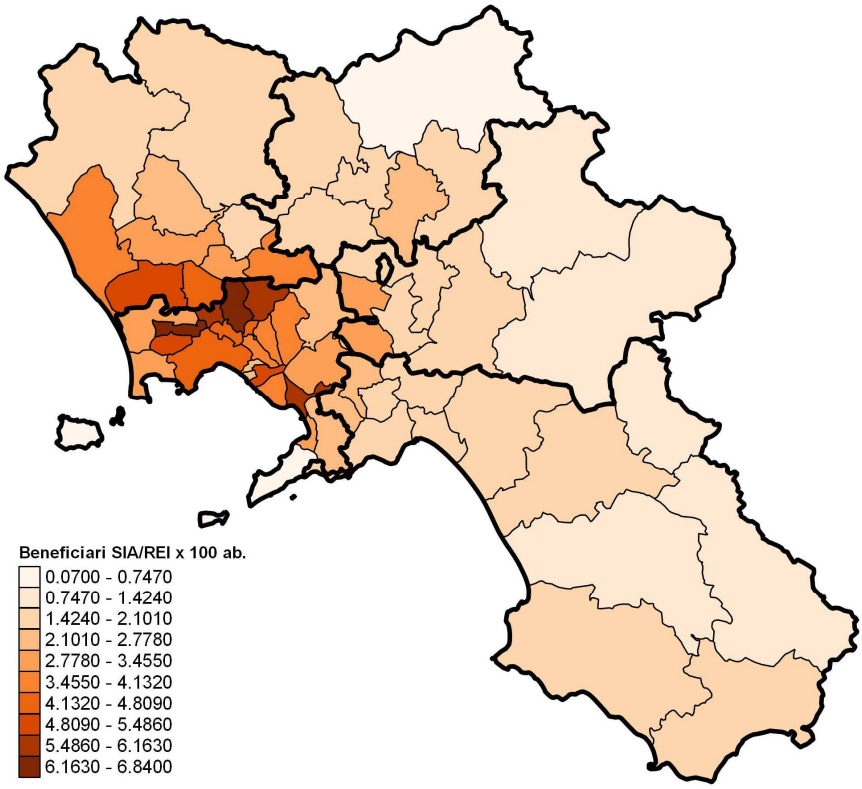


Figura 8: % di beneficiari SIA/REI per 100 famiglie (elaborazione su dati MLPS e ISTAT)

PARTE II: GLI ASSI STRATEGICI PER IL TRIENNIO 2019-2021

Il periodo di transizione tra il III e il IV ciclo di programmazione sociale si è rivelato essere assai fecondo di cambiamenti nell'assetto delle politiche di intervento, nel sistema di finanziamento e nella *governance* complessiva, rispetto all'intero periodo che ci separa dalla approvazione della l.n. 328/2000, sia a livello nazionale che a livello regionale. Tra i principali **fattori** caratterizzanti questa fase di transizione giova ricordare:

a. il Governo nazionale ha abbandonato il ruolo di spettatore che aveva ricoperto dalla riforma del Titolo V della Costituzione (2001), assecondando lo sviluppo di 20 welfare regionali tra loro distinti e diversamente efficaci e sostenibili, per vestire i passi del soggetto propulsore e agente di cambiamento, anche a costo di erodere spazi consistenti dell'autonomia delle Istituzioni regionali e ancor più locali: la introduzione di un LEP, il finanziamento di una misura con forti vincoli per l'utilizzo della quota di fondi riservati alla rete dei servizi, la ricerca in tante occasioni di un minimo comun denominatore da fissare per tutti i contesti regionali su diverse politiche di intervento (es: dopo di noi, vita indipendente, strumenti di *assessment* e pre-assessment per il ReI, e così via);

b. questo ruolo più attivo e cogente del Governo riduce gli spazi di autonomia e di diversificazione nelle fasi di programmazione sociale, ma richiede in maniera urgente alle istituzioni regionali di intervenire per riconnettere misure altrimenti separate e fonti finanziarie altrimenti parcellizzate, per favorire sinergie tra risorse nazionali e risorse regionali o comunitarie;

c. molte più risorse finanziarie arrivano in soccorso degli obiettivi di intervento sociale da parte dei Comuni, ma assai più frammentate e puntellate da vincoli di finalizzazione, che costringono gli stessi Comuni a ben rappresentare le attività che si propongono, al fine di assicurare una copertura minima a tutti gli obiettivi di servizio;

d. alcune misure di intervento costituiscono un unicum (dopo di noi, ReI, …) nella storia recente delle politiche sociali nel nostro Paese, e riuscire a passare dalla fase dell'attivazione sperimentale a quella della messa a regime è una ambizione coinvolgente;

e. dopo tanti anni di realizzazione di una diffusa e capillare strategia per la infrastrutturazione sociale del territorio campano, non è possibile sviluppare nuova programmazione senza presidiare compiutamente il tema della sostenibilità gestionale, della integrazione tra risorse pubbliche e private, del sostegno alla domanda per generare piena occupazione dei posti_utente nelle diverse strutture auspicando la maggiore appropriatezza delle prestazioni rese.

In questo contesto, gli **obiettivi di sistema** da affidare a questo Piano Regionale delle Politiche Sociali sono:

- riconnettere in una visione più organica le linee di finanziamento e le finalizzazioni fin qui attivate a livello nazionale e regionale, con gli obiettivi di servizi che i diversi decreti nazionali fissano, non sempre all'interno di una logica organica;
- offrire alla filiera istituzionale e agli *stakeholders* un quadro complessivo di opzioni di sviluppo e/o di consolidamento dei sistemi di welfare locali, al fine di assicurare maggiore coerenza alle scelte di gestione e alle priorità di investimento;
- definire i debiti informativi degli Ambiti verso il sistema regionale e nazionale, in attuazione degli obblighi connessi al Casellario dell'Assistenza e alla connessione con i flussi informativi SIP, SINA, SINSE;
- rafforzare gli strumenti e i percorsi a disposizione dei Servizi Sociali professionali per assicurare a tutte le persone che vivono in condizioni di fragilità economica di accedere ad una presa in carico complessivo e a concrete possibilità di attivazione.

Tenuto conto delle differenti peculiarità di ciascun Ambito Territoriale, nel triennio è necessario promuovere interventi che nel perseguire il soddisfacimento dei bisogni dei cittadini tengano

fonte: http://burc.regione.campania.it

adeguatamente conto delle indicazioni degli atti di programmazione di livello nazionale e delle indicazioni operative che da essi discendono, affinché si realizzi compiutamente un processo di integrazione indispensabile per dotare i cittadini della Campania del welfare efficiente ed efficace di cui necessitano.

II.1 L'integrazione con il Piano Sociale Nazionale 2018-2020

Il primo Piano sociale nazionale è presentato in attuazione del Decreto legislativo n. 147 del 2017 (art. 21), che, nel riformare la *governance* del Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS), ha previsto che l'utilizzo delle sue risorse sia oggetto di programmazione per mezzo di un Piano.

Insieme, Fondo e Piano, rappresentavano nel disegno del legislatore, uno strumento fondamentale di attuazione delle politiche sociali nazionali, in quanto avrebbero dovuto garantire la definizione di livelli essenziali delle prestazioni (art. 22 della 328). Infatti, il Piano, oltre ad essere uno strumento di governo delle politiche su base nazionale – esprimendo indirizzi, priorità di intervento, modalità attuative del sistema dei servizi, sperimentazioni – avrebbe dovuto indicare «*caratteristiche e requisiti delle prestazioni sociali che costituiscono livelli essenziali*». Il Fondo, dal canto suo, avrebbe dovuto finanziarli, prevedendosi che «*la definizione dei livelli essenziali è effettuata contestualmente a quella delle risorse da assegnare al Fondo*» (art. 20, co. 4, della 328).

Tale disegno non ha però potuto realizzarsi per almeno due ordini di ragioni:

- dal punto di vista delle risorse, la dotazione del Fondo non ha assunto caratteri strutturali anzi gli stanziamenti si sono ridotti anno per anno fino quasi ad azzerarsi nel 2012;
- a seguito della riforma, approvata dal Parlamento pochi mesi dopo il varo della 328, la materia delle politiche sociali è diventata competenza esclusiva delle Regioni, rendendo non più legittimo il Piano nazionale, inteso come strumento di indirizzo delle politiche territoriali da parte del Governo nazionale. Nello scenario post-riforma, l'unica competenza rimasta allo Stato è quella della definizione dei livelli essenziali, cosa non avvenuta a causa dell'assenza di finanziamenti adeguati e strutturali.

Il risultato è stato l'assenza di un qualunque strumento di coordinamento nazionale ed una estrema eterogeneità territoriale del nostro sistema di welfare. E' quindi per uscire da questa *impasse*, che il d. lgs. n. 147 del 2017 ha istituito a tal proposito la Rete della protezione e dell'inclusione sociale (art. 21), quale organismo responsabile dell'elaborazione del Piano Sociale Nazionale.

La Rete della protezione e dell'inclusione sociale (art. 21) è presieduta dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali e composta, oltre che dalle altre amministrazioni centrali eventualmente competenti per materia, dai rappresentanti di ciascuna giunta regionale, oltre che delle giunte di 20 comuni individuati dall'ANCI. La Rete ha finalità ampie di indirizzo e coordinamento nella materia delle politiche sociali, condividendo le scelte tra tutti coloro che sono responsabili delle decisioni ai diversi livelli territoriali di governo. Si articola in tavoli territoriali, la cui istituzione e le cui regole di funzionamento sono definite dalle Regioni e dagli Ambiti territoriali responsabili della programmazione sociale. La Rete è un organismo aperto alla decisione partecipata, che ordinariamente consulta parti sociali e organizzazioni rappresentative del Terzo settore.

II.1.1 Il punto di partenza: gli interventi e i servizi a valere sul FNPS

A decorrere dal 2013, sulla base di una proposta del Coordinamento delle Regioni, la programmazione delle risorse del Fondo avviene sulla base di macro-livelli (le righe della tabella sottostante) e aree di utenza (le colonne). Tale struttura, a matrice, ha prioritariamente una funzione di delimitazione di «campo» – definitoria cioè del sistema degli interventi e dei servizi sociali – finalizzata alla successiva definizione di «obiettivi di servizio», intesi quali standard da garantire nelle more della definizione dei livelli essenziali. Si tratta, in particolare, di servizi di accesso e presa in carico, domiciliari, territoriali, residenziali e di sostegno al reddito e all'autonomia, rivolti alle aree dell'infanzia e dell'adolescenza (e più in generale delle responsabilità familiari), della disabilità e

della non autosufficienza e della povertà ed esclusione sociale.

Originariamente, tra i servizi territoriali erano inclusi anche gli asili nido e i servizi integrativi per la prima infanzia come possibile area su cui fissare obiettivi di servizio, seppur nella l. 328 i nidi, per la loro peculiare natura a cavallo con i servizi educativi, non venivano ricompresi nel sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali (art. 22). In realtà, tali servizi hanno recentemente trovato definitiva collocazione nel «*sistema integrato di educazione e istruzione dalla nascita ai sei anni*», ai sensi del d. lgs. n. 65 del 2017, con proprie forme di finanziamento. Coerentemente con tali disposizioni, a decorrere dal secondo anno di vigenza del Piano, pertanto, i nidi d'infanzia e i servizi integrativi per la prima infanzia non saranno più inclusi nel novero dei servizi su cui programmare l'utilizzo del FNPS.

IL SISTEMA INTEGRATO DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI A VALERE SULLE RISORSE DEL FNPS				
MACRO LIVELLO	OBIETTIVI DI SERVIZIO	AREE DI INTERVENTO		
		INFANZIA, ADOLESC. E RESPONSABILITA' FAMILIARI	DISABILITA' E NON AUTOSUFF.	POVERTA' ED ESCLUSIONE SOCIALE
1 SERVIZI PER L'ACCESSO E LA PRESA IN CARICO DA PARTE DELLA RETE ASSISTENZIALE	ACCESSO[1]			
	PRESA IN CARICO[2]			
	PRONTO INTERVENTO SOCIALE[3]			
2 SERVIZI E MISURE PER FAVORIRE LA PERMANENZA A DOMICILIO	ASSISTENZA DOMICILIARE[4]			
	SERVIZI PROSSIMITÀ[5]			
3 SERVIZI TERRITORIALI COMUNITARI	CENTRI DIURNI E ALTRI SERVIZI TERRITORIALI COMUNITARI[6]			
4 SERVIZI TERRITORIALI A CARATTERE RESIDENZIALE PER LE FRAGILITÀ	COMUNITÀ/RESIDENZE A FAVORE DEI MINORI E PERSONE CON FRAGILITÀ[7]			
5 MISURE DI INCLUSIONE SOCIALE – SOSTEGNO AL REDDITO	INTERVENTI/MISURE PER FACILITARE INCLUSIONE E AUTONOMIA[8]			
	MISURE DI SOSTEGNO AL REDDITO[9]			

A titolo esemplificativo:

1) Segretariato sociale, Telefonia sociale, Centri di ascolto tematici, ecc.

2) Servizio sociale professionale, Valutazione multidimensionale, Servizio per l'affidamento minori, per adozione minori, ecc.

3) Interventi quali mensa sociale e servizi per l'igiene personale, per sostegno a specifici target in emergenza sociale

4) Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio, Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari, ecc.

5) Servizi accoglienza di adulti e anziani, ecc.

6) Centri per le famiglie, Centri diurni riabilitativi, Laboratori, Centri di aggregazioni sociali, ecc.

7) Residenze per anziani, Strutture per disabili, Comunità educativo-assistenziali, ecc.

8) Supporto all'inserimento lavorativo, Buoni spesa o buoni pasto, Interventi per senza dimora, ecc.

9) Contributi economici per servizi alla persona, per alloggio, per servizi scolastici, ad integrazione reddito familiare, ecc.

II.1.2 Gli obiettivi del Piano sociale

Pur tenendo conto dei diversi punti di partenza da parte delle singole Regioni, e della necessità di un approccio graduale che permetta una certa flessibilità nell'utilizzo territoriale delle risorse trasferite, un percorso volto a garantire primi obiettivi comuni a tutti i territori dovrebbe comunque essere avviato. Un percorso che non può che essere integrato con gli altri grandi fondi di finanziamento dei servizi territoriali.

Da questo punto di vista, il Piano è già stato preceduto dal primo Piano per gli interventi e servizi sociali di contrasto alla povertà (Piano povertà), che la Rete ha elaborato nella prima parte dell'anno e che, dopo l'intesa in Conferenza Unificata, è stato adottato con DM 18 maggio 2018.

Inoltre, va considerata anche la specializzazione dei fondi quanto alle aree di utenza (le colonne della matrice del sistema integrato). In particolare, se le politiche per la disabilità e non autosufficienza e, più recentemente, per la lotta alla povertà, trovano fonti di finanziamento dedicate (il Fondo per le non autosufficienze e quello per il «Dopo di noi», da un lato, e il Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale, dall'altro), l'area delle politiche per l'infanzia e l'adolescenza è rimasta da questo punto di vista scoperta, visto che il Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza di cui alla legge n. 285 del 1997 è confluito proprio nel Fondo per le politiche sociali. Se quindi specifici obiettivi nell'area dei servizi di contrasto alla povertà sono già stati definiti nel primo apposito Piano citato, mentre obiettivi per le politiche in favore delle persone con disabilità grave e gravissima potranno essere definiti nell'ambito del primo Piano per la non autosufficienza, resta evidentemente in capo a questo Piano sociale definire obiettivi nell'area delle politiche per l'infanzia e l'adolescenza. Si ritiene pertanto che a copertura di quest'ultima area di intervento debba essere destinato almeno il 40% della quota del FNPS delle risorse trasferite alle Regioni.

Va comunque sottolineato che nell'ambito del Piano povertà sono stati definiti anche target di carattere trasversale a tutte le aree di utenza – in particolare, con riferimento al servizio sociale professionale e ai punti per l'accesso al REI, da individuare presso il segretariato sociale. Dovrebbero essere obiettivi di carattere generale a cavallo tra i fondi (è il macro-livello n. 1 nella matrice), a garantire una infrastruttura di base e il perseguimento, nei limiti delle risorse disponibili, dei primi diritti sociali intesi come livello essenziale delle prestazioni: il diritto all'accesso al sistema e alla presa in carico del bisogno rappresentato. In ogni caso, se le risorse proprie territoriali e quelle del Fondo povertà non dovessero essere sufficienti a garantire l'obiettivo fissato, anche il Fondo per le politiche sociali dovrebbe contribuire al suo raggiungimento. In tal caso, anche le Regioni ne dovrebbero tenere conto nella programmazione.

Utilizzi del Fondo Politiche sociali	Quota
Finanziamento generale del sistema integrato degli interventi e servizi sociali	Non più del 60%
Rafforzamento degli interventi e dei servizi nell'area dell'infanzia e dell'adolescenza	Almeno il 40%

II.1.3 Gli interventi e i servizi sociali nell'area dell'infanzia e dell'adolescenza

L'area dell'infanzia e dell'adolescenza è rimasta fuori dalla specializzazione che i fondi nazionali hanno negli anni osservato con riferimento alle grandi aree di utenza dei servizi sociali territoriali – disabilità e povertà. Eppure era stata la legge 285 del 1997, dedicata ai diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, a precorrere diversi dei principi poi fatti propri dalla 328 qualche anno più tardi e a prevedere un Fondo nazionale dedicato. Il confluire del Fondo 285 proprio nel Fondo per le politiche sociali (con l'eccezione della quota destinata alle cd. «città riservatarie») e la successiva considerazione «indistinta» della quota trasferita alle Regioni ha però reso difficilmente riconoscibile su base nazionale il contributo del FNPS alle politiche per l'infanzia e l'adolescenza.

La stessa Corte dei Conti, nella recente indagine sulla gestione del Fondo infanzia e adolescenza (Del. 3 agosto 2018, n. 15/2017/G), lamenta nelle conclusioni «la difficoltà di individuare gli specifici interventi di competenza regionale a favore dei minori effettuati a valere sulle risorse del Fondo riconfluite in modo indistinto e senza vincolo di destinazione nel Fondo nazionale per le politiche sociali» e richiama il necessario ancoraggio ai livelli essenziali delle prestazioni: «Per quest'ultimo aspetto si ritiene, peraltro, ad oggi individuabile la competenza dell'amministrazione centrale, che è la sola a poter assicurare il necessario coordinamento ed una distribuzione dei servizi di qualità omogenea su tutto il territorio nazionale, come auspicato anche dal Comitato per l'attuazione della Convenzione Onu del 1989, superando le differenze esistenti fra un territorio e l'altro del Paese».

Sarebbe opportuno pertanto che una quota del Fondo per le politiche sociali, già in questa fase di transizione, sia destinata agli interventi e ai servizi sociali per l'infanzia e l'adolescenza. Dovrebbe

fonte: http://burc.regione.campania.it

trattarsi di una quota pari ad almeno il 40%; peraltro (cfr Tabella precedente), una soglia non distante da quanto in media già programmato a tal fine dalle Regioni a valere sulle risorse del Fondo, seppure con una notevole variabilità tra le stesse.

L'articolazione del sistema degli interventi e dei servizi precedentemente esposta per macro-livelli e obiettivi di servizio è già declinata in termini di interventi per l'infanzia e l'adolescenza. A parte l'accesso e la presa in carico, con le caratteristiche di trasversalità tra aree di utenza già evidenziate, anche gli interventi per bambini e ragazzi hanno l'articolazione classica tra servizi domiciliari, servizi territoriali, servizi residenziali e sostegno economico. Sarebbe comunque opportuno avviare, mediante il Piano Sociale Nazionale, un lavoro di caratterizzazione dell'offerta di servizi che metta a fattor comune le migliori pratiche del paese e permetta di garantire maggiore omogeneità territoriale, perlomeno a valere sulle risorse del Fondo per le politiche sociali e, nello specifico, della quota di risorse destinate alle politiche per bambini e ragazzi.

Fermo restano che i servizi per l'accesso e la presa in carico abbiano le medesime caratteristiche, i sostegni all'infanzia e all'adolescenza da rafforzare o attivare a valere sulle risorse del FNPS possono essere meglio specificati nel modo seguente:

1. Interventi di sostegno al contesto familiare in cui vivono bambini e ragazzi
   - sostegno socio-educativo domiciliare;
   - sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione familiare;
   - specifici sostegni in presenza di un bambino o una bambina nei primi mille giorni di vita;
   - attivazione sostegni innovativi (percorsi gruppali, famiglie/persone di appoggio, ecc.);
2. Interventi di sostegno ai contesti quotidiani di vita dei bambini e dei ragazzi
   - nella scuola: interventi co-progettati e co-gestiti con gli insegnanti sia di gruppo, sia in équipe multidisciplinare per singoli alunni/studenti in condizioni di difficoltà/rischio;
   - nel territorio: sostegno socio-educativo territoriale;
3. Sistema di intervento per minorenni fuori dalla famiglia di origine
   - Con particolare attenzione ai neo-maggiorenni in uscita da un percorso di protezione e tutela e per i quali non è possibile o opportuno un rientro nella famiglia di origine – i cd. careleavers – specifica attenzione deve essere rivolta alle sperimentazioni che stanno per avviarsi a valere su risorse del Fondo Povertà ai sensi dell'art. 1, co. 250, dell'ultima legge di bilancio e che necessariamente vedono coinvolti i servizi nell'accompagnamento di un percorso verso l'autonomia.

È indispensabile, data la complessità dei progetti che necessariamente debbono intrecciare un insieme di interventi afferenti anche a filiere amministrative diverse e dato il grande rischio di burn out in cui incorrono gli operatori sociali dedicati a queste funzioni, la presenza di interventi di formazione per gli operatori e di sostegno rielaborativo al funzionamento progettuale e gestionale delle diversificate forme di équipe multidisciplinare.

Resta comunque competenza delle Regioni stabilire, in merito alla gestione dei servizi residenziali, semi residenziali, domiciliari o territoriali, la quantità di personale da impiegare e le relative qualifiche al fine dell'ottenimento della autorizzazione al funzionamento e/o dell'eventuale accreditamento. Spesso nei servizi sono impiegate, in tutto o in parte, figure genericamente definite come educative in possesso di diversi diplomi ed esperienze professionali. L'ultima legge di bilancio definisce ora gli educatori professionali socio sanitari e socio pedagogici. A far data dal 1° gennaio 2018 i nuovi educatori assunti per le suddette strutture dovranno avere i requisiti previsti dalla norma, ma gli educatori già in servizio con titoli precedentemente normati dalle regioni potranno continuare legittimamente ad operare. Entrambe queste figure (educatori professionali socio-pedagogici e socio-sanitari) potranno operare nei servizi sociali, socio assistenziali e socio sanitari in considerazione delle finalità integrate educative-pedagogiche, sociali e riabilitative, diversamente combinate nelle singole realtà, che caratterizzano detti servizi.

Si tratta di considerazioni qui espresse con riferimento ai servizi per l'infanzia e l'adolescenza, ma che si applicano evidentemente a tutto il sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali.

II.1.4 Il rafforzamento del servizio sociale professionale e del segretariato sociale

Il d. lgs. n. 147 del 2017 ha istituito il REI come prestazione composta da un beneficio economico e da un progetto personalizzato di inclusione sociale e lavorativa. Più specificamente, tutta la componente di servizi associata al REI è già considerata livello essenziale delle prestazioni, da garantire nei limiti delle risorse disponibili: si tratta dei servizi per l'informazione e l'accesso al REI, per la valutazione multidimensionale del bisogno e per la progettazione personalizzata, inclusiva dei sostegni in essa previsti (cfr. figura a destra).

Il primo Piano Povertà ha quindi fissato degli obiettivi in connessione al raggiungimento di tali livelli essenziali. Se da un lato, alcuni di questi obiettivi sono specificatamente legati ai sostegni da prevedere nella progettazione personalizzata – e quindi esclusivamente rivolti a beneficiari REI – dall'altro, sono stati previsti obiettivi «di sistema» che non caratterizzano solo l'utenza in condizione di povertà.

Nello specifico, il target previsto nel Piano Povertà è che vi sia in ogni Ambito territoriale almeno un assistente sociale ogni 5.000 abitanti, con vincoli via via maggiori sulla spesa al crescere della distanza della situazione di partenza rispetto all'obiettivo (il vincolo massimo sulla quota del Fondo Povertà è comunque fissato nel 60% delle risorse trasferite in caso vi sia meno di un assistente sociale ogni 20 mila abitanti). Soddisfatto il requisito, le risorse possono essere indirizzate dove più necessitano coerentemente con gli indirizzi del Piano. Ma se il requisito non dovesse essere soddisfatto, le risorse del Fondo per le politiche sociali potranno concorrere al medesimo obiettivo, ovviamente con possibilità di utilizzo delle funzioni acquisite in maniera trasversale alle diverse aree di utenza.

Allo stesso modo, ai fini dell'accesso ai servizi, l'obiettivo fissato nel Piano Povertà con riferimento ai punti per l'accesso al REI, è di carattere generale. Anzi, ancor più generale che nel caso del servizio sociale professionale, visto che non solo il target è riferito a tutto il sistema, ma anche l'utilizzo delle risorse non è distinguibile per aree di utenza

Gli obiettivi fissati nel Piano Povertà, pertanto, devono considerarsi riferibili anche a questo Piano sociale in termini di segretariato sociale. Si tratta in particolare di: «garantire in ciascun Ambito Territoriale almeno un punto di accesso ogni 40.000 abitanti …[, fatto salvo che] se in un dato ambito territoriale sono compresi comuni con meno di 10 mila abitanti, per tutti tali comuni va complessivamente previsto un punto di accesso ogni 20 mila abitanti; se invece nell'ambito è compreso un comune capoluogo di città metropolitana, per tale comune l'obiettivo è fissato in un punto per l'accesso ogni 70 mila abitanti.».

Sia per il servizio sociale professionale che per il segretariato sociale non si pongono dei vincoli stringenti nell'utilizzo della quota regionale. Le Regioni comunque terranno conto nella loro programmazione della distanza dagli obiettivi, assicurando a queste aree la necessaria priorità.

II.1.5 I criteri di riparto

I criteri di riparto tra le Regioni del Fondo per le politiche sociali sono rimasti immutati sin dalla sua istituzione. Trattandosi quindi di un Piano di transizione, si ritiene che i criteri di riparto debbano essere in principio confermati, avviandosi comunque un percorso di revisione sulla base degli obiettivi che andranno via via chiarendosi.

II.2 L'integrazione con il Piano Nazionale della Povertà

Il decreto legislativo n. 147 del 2017, ha istituito il Reddito di Inclusione – REI, la misura unica nazionale di contrasto alla povertà alla quale potranno accedere coloro che sono privi di adeguate risorse reddituali e patrimoniali.

Il REI oltre al beneficio economico prevede che il nucleo familiare sia preso in carico attraverso un

fonte: http://burc.regione.campania.it

progetto personalizzato, definito sulla base di una valutazione multidimensionale, che lo accompagni verso l'inclusione sociale e lavorativa. Non si tratta, pertanto, di un beneficio economico "passivo" o assistenzialistico, in quanto al nucleo familiare beneficiario è richiesto l'impegno di seguire il progetto personalizzato che deve rappresentare un percorso volto al conseguimento dell'autonomia. In tale contesto riveste, ovviamente, per il raggiungimento di tale obiettivo un ruolo centrale la capacità dei servizi sociali di lavorare in rete, non solo con tutti gli altri soggetti istituzionali territoriali quali i Centri per l'impiego, i Servizi socio-sanitari, la Scuola, le Agenzie formative, i Servizi per la casa ma anche il Terzo settore che negli anni ha maturato una grande esperienza nell'ambito del contrasto alla povertà.

L'art. 14 comma 1 del D.Lgs. 147 /2017, che disciplina il Reddito di Inclusione, prevede che le Regioni adottino, con cadenza triennale, un atto di programmazione dei servizi necessari per l'attuazione del REI come livello essenziale delle prestazioni, nei limiti delle risorse disponibili, nel rispetto delle modalità di confronto con le autonomie locali e favorendo la consultazione delle parti sociali e degli enti del Terzo settore rappresentativi del territorio in materia di lotta alla povertà.

Nel Piano Regionale di Lotta alla Povertà, art.14 comma 3 del suddetto D.Lgs. le Regioni devono definire su base triennale i rafforzamenti del sistema di interventi e servizi sociali per il contrasto alla povertà, finanziabili a valere sulla quota del Fondo Povertà, nell'ambito delle indicazioni contenute nel Piano Nazionale per gli interventi e i servizi sociali.

Nel Piano Regionale, inoltre, dovranno essere indicate per la realizzazione dei progetti personalizzati le modalità di collaborazione e gli altri enti o organismi competenti in materia di inserimento lavorativo, istruzione, formazione, politiche abitative, salute e cooperazione tra i servizi sociali e definite le modalità operative per la costituzione delle equipe multidisciplinari, di cui all'art. 5 c. 7.

Il Piano Regionale della Campania per la Lotta alla Povertà, da ora in poi denominato Piano, rappresenta l'atto di programmazione per il triennio 2018-2020 ed illustra gli obiettivi, le azioni, gli strumenti attuativi nonché la *governance* regionale degli interventi integrati e dei servizi necessari all'attuazione del REI e all'inclusione attiva dei cittadini della Campania che vivono in condizioni di deprivazione.

Si pone in continuità e complementarietà con il Piano Sociale Regionale 2016-2018, approvato dalla Giunta Regionale con la Deliberazione n. 869 del 29 dicembre 2015, che definisce i principi di indirizzo e coordinamento per la programmazione e la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali in Campania, configurandosi come nucleo centrale per la futura programmazione regionale triennale 2019-2021 di prossima emanazione.

II.2.1 Obiettivi del piano regionale: azioni e risultati attesi

Una delle novità più significative introdotte dal D.lgs n. 147/2017 è l'individuazione di interventi e servizi qualificati come livelli essenziali delle prestazioni, per il finanziamento dei quali è destinato il cd. Fondo Povertà, individuati nel Piano Nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2018-2020, adottato dalla Rete della Protezione e dell'Inclusione Sociale.

Essi, destinati ad accompagnare i beneficiari nel loro percorso dalla richiesta di informazioni all'erogazione di interventi e servizi aggiuntivi, possono essere elencati come segue:

1. servizi per l'accesso al rei, ovvero luoghi dedicati (cd. punti per l'accesso) dove ricevere informazione, consulenza, orientamento e, se del caso, assistenza nella presentazione della domanda;
2. valutazione multidimensionale (*assessment*), vale a dire analisi approfondita per individuare i bisogni ed i possibili percorsi verso l'autonomia, tenendo conto i punti di forza e di debolezza sia del contesto familiare che sociale, da realizzare nel caso di situazioni complesse attivando equipe multidisciplinari cui concorrono tutte le necessarie competenze professionali;
3. progetto personalizzato, ovvero un progetto in cui siano definiti obiettivi e risultati attesi, individuati i sostegni necessari per affrontare i bisogni emersi in seguito alla valutazione, per i quali i beneficiari assicurino il necessario impegno per una buona riuscita.

Il Piano della Regione Campania, ha pertanto inteso necessario, nel formulare gli obiettivi da perseguire, tener conto della necessità di garantire su tutto il territorio regionale i 3 livelli essenziali, ed al contempo lasciare agli attori del welfare campano la facoltà di progettare e programmare gli interventi che meglio rispondono alle esigenze di territori che si presentano, come si è potuto osservare nella sua descrizione delle più significative variabili socioeconomiche, quanto mai diversificati nelle loro caratteristiche strutturali.

Obiettivo 1: l'accesso

Così come indicato nel Piano Nazionale, è necessario che si realizzi il rapporto di 1 Punto di Accesso per 40.000 abitanti per ciascun Ambito Territoriale, che diventa 1 a 20.000 nel caso in cui l'Ambito sia costituito da Comuni con meno di 10.000 abitanti, e di 1 a 70.000 per il comune capoluogo di città metropolitana.

Obiettivo 2: la presa in carico

Assolutamente necessario per il ruolo nell'attuazione del REI e per tutti e tre i livelli essenziali, è il rafforzamento del Servizio Sociale Professionale, nelle sue funzioni di orientamento, presa in carico mediante valutazione multidimensionale, progettazione degli interventi e monitoraggio della loro realizzazione.

Così come prescritto nel Piano nazionale, è necessario garantire in ogni Ambito campano:

- la presenza di almeno un assistente sociale a tempo pieno ogni 5.000 abitanti;
- qualora il nucleo preso in carico presenti bisogni complessi, l'attivazione di almeno uno degli interventi e servizi per il contrasto alla povertà previsti dall'Art. 7 del D.Lgs n.147/2017;
- l'avvio di percorsi di sostegno alla genitorialità per tutti i nuclei familiari in cui vi siano bambini e bambine con meno di 1000 giorni di vita;

Assolutamente necessario è inoltre che il Servizio Sociale Professionale svolga funzioni di coordinamento e indirizzo di tutti gli altri attori coinvolti nella valutazione multidimensionale, di co-progettazione ed attuazione del progetto personalizzato, nonché di monitoraggio degli interventi di contrasto alla povertà, con la necessaria competenza e professionalità, per promuovere le quali la Regione si impegna a diffondere strumenti e metodologie in grado di agevolare e uniformare, nel rispetto delle complessità e delle differenze, i vari territori.

A tal fine essa promuoverà, attraverso incontri periodici di ascolto e confronto con gli Ambiti, scambi di esperienze per consolidare e diffondere le buone prassi e per rilevare eventuali criticità, anche con questionari con *indicatori di performance* su procedure, impatto e risultati.

Obiettivo 3: la rete

Un'efficace lotta alla povertà non può realizzarsi senza il coinvolgimento e la condivisione con tutti gli attori del territorio, con i quali continuativamente co-progettare e concertare gli interventi, affinché i beneficiari del REI non siano destinatari di una mera misura assistenziale ma siano accompagnati e supportati in un percorso di inclusione attiva.

Il lavoro sinergico di tutti gli attori, istituzionali e non di un territorio, è assolutamente indispensabile perché si possa adeguatamente fronteggiare un fenomeno complesso e pervasivo come quello della povertà, per il quale è necessario sì attivare le risorse presenti all'interno del nucleo familiare ma al contempo è essenziale mettere a sistema quelle presenti nel contesto territoriale, per cercare risposte a bisogni di casa, giustizia, scuola, sanità, educazione, formazione, e certamente lavoro.

Pertanto, così come prescritto nel Piano Nazionale, un interlocutore privilegiato dell'Ambito non può che essere il Centro per l'Impiego, il cui intervento è spesso necessario subito dopo la fase di *pre-assessment* con la proposta di un patto di servizio o la partecipazione all'*assessment* ed alla redazione del progetto personalizzato nell'equipe multidisciplinare.

Il risultato atteso è allora la programmazione e il consolidamento di forme stabili e strutturate di collaborazione e cooperazione tra i servizi che permettano di raggiungere i livelli essenziali del REI e far fronte al meglio alle singole esigenze rilevate in sede di *assessment,* cui la Regione intende

concorrere con la promozione di pratiche integrate di co-programmazione, controllo, monitoraggio e valutazione degli interventi, definendo e disciplinando modalità di collaborazione e cooperazione tra i diversi soggetti che consentano di perseguire e raggiungere gli obiettivi fissati.

Obiettivi	Azioni
1) L'accesso - potenziamento punti di informazione e accesso al REI	• Adeguamento numero e localizzazione dei punti di accesso in base alla popolazione residente • Applicazione di procedure e standard qualitativi individuati dal Tavolo per la Valutazione e la Promozione delle Politiche Sociali
2) La presa in carico - rafforzamento del SSP e omogeneizzazione dell'offerta dei servizi integrati degli Ambiti	• Un assistente sociale su 5.000 abitanti • Formazione personale su metodologie e strumenti • Riunioni di coordinamento degli Ambiti Territoriali • Individuazione di indicatori di performance • Scambio di buone pratiche tra territori • Sostegno ed Assistenza tecnica ad Ambiti in difficoltà
3) La rete – consolidamento di pratiche integrate di co-programmazione	• Sottoscrizione di Protocolli di collaborazione con cui i soggetti deputati al contrasto alla povertà condividono gli obiettivi in base ai principi della responsabilizzazione e dell'attivazione delle risorse di ciascuno, la programmazione delle azioni, l'uso delle risorse • Costruzione di processi partecipativi basati sull'aumento delle informazioni (sui servizi e chi li eroga, con le rispettive Carte dei Servizi) e delle forme di comunicazione diretta dei cittadini (anche attraverso la valorizzazione delle piattaforme informatiche)

II.2.2 Il sistema di governance

Affinché le azioni messe in campo dal Piano siano efficaci è indispensabile riservare grande attenzione alla *governance* che naturalmente non può prescindere dall'esercizio associato e dalla centralità del Servizio Sociale Professionale da perseguire opportunamente attraverso il rispetto degli standard prescritti.

Qualora si verifichino inadempienze, diventa necessario intervenire con l'esercizio del potere sostitutivo ex art. 47 della L.R. 11/07, che prevede la nomina di un Commissario ad acta, da nominare tra gli iscritti all'elenco qualificato dei Coordinatori degli Uffici di Piano, che la Regione intende attivare, ed al quale potranno iscriversi le figure professionali sociali previste dalla normativa regionale con comprovata esperienza.

Inoltre, anche a partire dall'esperienza maturata nell'ambito dell'integrazione socio sanitaria, la Regione si impegna a promuovere protocolli operativi/accordi territoriali per coinvolgere efficacemente tutti gli enti istituzionali e non, che si rendono disponibili a far fronte alle problematiche di volta in volta emergenti, a tal fine avvalendosi del supporto del Tavolo per la Valutazione e la Programmazione delle Politiche Sociali.

Essa inoltre si impegna a promuovere incontri semestrali a livello provinciale, ed a organizzare annualmente la Conferenza del Piano Regionale per la lotta alla povertà 2018 – 2020 per confrontarsi sull'andamento delle azioni realizzate e per promuovere il raggiungimento degli obiettivi prefissati mettendo in campo tutti gli aggiustamenti che dovessero rendersi necessari.

II.2.3 Le risorse finanziarie

Le risorse finanziarie necessarie per perseguire gli obiettivi del Piano provengono da fondi regionali, nazionali e comunitari, ed in particolare dal PON Inclusione, dal POR Campania FSE 2014-2020, nonché da risorse campane, così come viene dettagliato nel quadro sinottico che di seguito si riporta.

	Investimento triennale 2018-2020	Fonte finanziaria
REI reddito di inclusione	MISURA DI SOSTEGNO ECONOMICO	Bilancio pluriennale dello Stato
PON Inclusione	€ 101.223.233,00	PON FSE 2014- 2020
PON I FEAD Azione di contrasto alle estreme povertà	€ 1.122.800,00	PON FSE 2014-2020 e PON FEAD 2014- 2020
REI Rafforzamento servizi	45.886.400,00 (annualità 2018)	Bilancio pluriennale dello Stato
Interventi e servizi in favore di persone in condizione di povertà estreme e senza dimora	[annualità 2018] € 695.200,00 (Napoli) € 578.400,00 (altre città)	Bilancio pluriennale dello Stato
I.T.I.A. Intese Territoriali di Inclusione Attiva	€. 59.408.200,00	POR Campania FSE 2014-2020 – Asse II– Obiettivo Specifico 6 – Azione 9.1.2 e 9.1.3 Obiettivo Specifico 7 Azioni 9.2.1 e 9.2.2
Scuola di Comunità	€ 8.248.000,00	POR Campania FSE 2014-2020 – Asse II – Obiettivo Specifico 6 e Azione 9.1.2 e Obiettivo Specifico 11, Azione 9.6.5
Accordi Territoriali Genere	€ 10.000.000,00	POR Campania FSE 2014 -2020, Asse I Occupazione Obiettivo Specifico 3, Azioni 8.2.2 e 8.2.6, Asse II Obiettivo Specifico 9, Azioni 9.3.3 e 9.3.4
Supporto ai servizi domiciliari – Migliorare la qualità della vita delle famiglie con carichi di cura a favore di minori, anziani non autosufficienti e persone con disabilità	€ 2.949.000,00	Fondo Nazionale Politiche Sociali e Fondo Politiche per la Famiglia
Supporto alle famiglie mono-parentali ed a percorsi di adozione difficile	€ 4.827.439,25	Fondo Sociale Regionale
S.V.O.L.T.E. Superare la Violenza con Orientamento, Lavoro, Tirocini, Esperienze formative	€. 2.950.000,00	POR Campania FSE 2014-2020, Asse II, Obiettivo Specifico 7, Azione 9.2.3
Interventi per neo-maggiorenni che vivono fuori dalla famiglia di origine per un provvedimento dell'autorità giudiziaria	€. 400.000,00	Bilancio pluriennale dello Stato
Avviso pubblico per la realizzazione del "Catalogo di percorsi formativi per l'inclusione socio - lavorativa dei detenuti"	€. 4.000.000,00	POR Campania FSE 2014-2020, Asse II, Obiettivo Specifico 7, Azione 9.2.2

II.2.4 Monitoraggio e valutazione

Sebbene l'articolo 15 del D.Lgs 147/2017 attribuisca al Ministero la responsabilità del monitoraggio dell'attuazione del REI, il compito di verificare e controllare che su tutto il territorio nazionale siano garantiti i livelli essenziali delle prestazioni e lo sviluppo di sistematiche attività di informazione, promozione, consulenza e supporto tecnico, la Regione nel Piano si impegna a presiedere anch'essa alle attività affinché siano pienamente valorizzate le risorse messe in campo e si possano individuare tempestivamente eventuali criticità per apportare i necessari aggiustamenti. Si impegna inoltre a mettere a disposizione gli applicativi dell'istituendo Sistema Informativo Sociale della Campania, per assolvere i debiti informativi verso Sistema informativo unitario dei servizi sociali (SIUSS), e nelle more della sua messa in esercizio di predisporre una opportuna modulistica per monitorare agevolmente gli stati di attuazione attraverso una sistematica raccolta dei dati relativi ai livelli essenziali delle prestazioni. Si impegna inoltre a promuovere periodiche verifiche quali-quantitative nelle Riunioni provinciali semestrali, le cui risultanze con il supporto dei componenti del "Tavolo per la Valutazione e la Promozione delle Politiche Sociali in Campania" saranno presentate a *shareholders* e *stakeholders* nella Conferenza annuale sul Piano Regionale per la lotta alla Povertà.

PARTE III: AZIONI STRATEGICHE

Seppur nel quadro dell'impostazione strategica precedentemente esposta, a meno di una modifica promossa dal Ministero, anche nel prossimo triennio si adopererà la tassonomia attualmente in uso, che di seguito si riporta sinteticamente.

Tabella 4: macro livelli, obiettivi di servizio, linee ed aree di intervento

MACROLIVELLO	OBIETTIVI DI SERVIZIO	LINEE DI INTERVENTO	AREE DI INTERVENTO		
			Responsabilità Familiari (SINBA)	Disabilità e Non Autosufficienza (SINA)	Povertà ed esclusione sociale (SIP)
1: Servizi per l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale	Accesso	- Azioni di sistema - Segretariato sociale	X	X	X
	Presa in carico	- SSP e funzioni sociali per la VDM - Funzioni sociali per affido / adozioni minori - Altra presa in carico	X	X	X
	Pronto intervento sociale	- Interventi per emergenza sociale			X
2: Servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio	Assistenza domiciliare	- Supporto domiciliare per aiuto domestico / familiare - Assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari - Misure di sostegno alla N.A. ed alla disabilità grave - Assistenza educativa domiciliare	X	X	X
	Servizi di prossimità	- Interventi di prossimità		X	X
3: Servizi per la prima infanzia e servizi territoriali comunitari	Asili nido e altri servizi per la prima infanzia	- Asili nido e servizi innovativi prima infanzia	X		
	Centri diurni ed altri servizi territoriali comunitari	- Centri di aggregazione e polivalenti	X	X	X
4: Servizi territoriali a carattere residenziale per la fragilità	Comunità /residenze a favore dei minori e persone con fragilità	- Centri semiresidenziali sociosanitari e socio-riabilitativi - Interventi residenziali	X	X	X
5: Misure di inclusione sociale – sostegno al reddito	Interventi / misure per facilitare inclusione e autonomia	- Trasporto per fruire dell'assistenza - Altri interventi	X	X	X
	Misure di sostegno al reddito	- Misure di contrasto alla povertà	X	X	X

Dei numerosi interventi previsti dal nomenclatore regionale, tra i quali ciascun Ambito deve selezionare quelli più appropriati per soddisfare le necessità della propria comunità, è necessario che su tutto il territorio regionale ne siano attivati alcuni indispensabili perché il welfare campano garantisca i necessari livelli minimi di qualità.

Di seguito si elencano corredati degli indicatori grazie ai quali verificarne l'adeguatezza.

III.1 Accesso

Come già anticipato nei precedenti paragrafi, la programmazione del servizio di "accesso" non può prescindere da quanto fissato nel D.Lgs. n. 147/17 di istituzione del Rei che lo definisce un livello essenziale delle prestazioni, da garantire nel limite delle risorse disponibili. Si tratta di un servizio che svolge una funzione trasversale a tutte le altre tipologie di servizi ed a tutte le fasce di utenza, in quanto costituisce il primo approccio del cittadino ai servizi. L' "Accesso" ha come finalità quella di assicurare a ciascun Ambito una struttura organizzativa in grado di assolvere appieno alle funzioni indispensabili per garantire l'accessibilità ai servizi sociali. Come indicato nel Piano Nazionale Povertà e ripreso anche dal Piano Sociale Nazionale, l'obiettivo di garantire 1 Punto di Accesso per 40.000 abitanti per ciascun Ambito Territoriale relativo ai beneficiari del REI, non può che essere ribaltato a tutta la popolazione vista la strategicità della funzione svolta che si sostanzia principalmente nel servizio del segretariato sociale.

L'accesso, infatti, si realizza attraverso l'attivazione di due servizi: "Funzionamento Ufficio di Piano" dell'area di intervento Azioni di sistema e "Segretariato sociale" afferente all'area Welfare d'accesso.

Entrambi sono indispensabili e fortemente influenzati dagli assetti organizzativi dei Comuni che compongono l'Ambito Territoriale, nonché dalla loro capacità di gestire le funzioni associate, anche se il servizio di Segretariato sociale può anche non essere autonomamente previsto nel piano di Zona in quanto le sue funzioni possono essere svolte dalle assistenti sociali del Servizio Sociale Professionale.

La dimensione ottimale dei servizi, in termini di entità di risorse dedicate, deve essere individuata in ragione delle caratteristiche socio-demografiche della popolazione dell'Ambito, nonché della qualità e quantità degli atti necessari a garantire l'erogazione dei servizi sociali ai suoi cittadini. Infatti, anche nel Piano nazionale Povertà, per il target 1 Punto di Accesso per 40.000 abitanti per ciascun Ambito Territoriale sono previste differenze a seconda delle dimensioni dei Comuni che costituiscono l'Ambito (1 a 20.000 nel caso in cui l'Ambito sia costituito da Comuni con meno di 10.000 abitanti, e di 1 a 70.000 per il comune capoluogo di città metropolitana).

Nel corso del triennio di vigenza del Piano verrà effettuato il monitoraggio e la valutazione in itinere dei servizi utilizzando gli indicatori di seguito riportati.

Tabella 5: indicatori interventi strategici del macro livello 1 – obiettivo di servizio 1

Cod.	Servizio	Indicatori			
		Bisogno	*Domanda*	*Offerta*	*Attività*
A1	Segretariato Sociale	Popolazione residente	n. accessi al Servizio Sociale prof.	n. e tipologia di prestazioni offerte	n. operatori impegnati / Tot. Prestazioni offerte
A5	Funzionamento Ufficio di Piano	Popolazione residente		n. e tipologia di prestazioni offerte	Numero operatori / Tot. Utenti dei servizi

III.2 Presa in carico

La funzione della presa in carico, fulcro del progetto personalizzato, si sostanzia nel "Servizio Sociale Professionale" che rappresenta un servizio fondamentale e trasversale per tutto il sistema dei servizi integrati e la totalità dei cittadini dell'Ambito, ancor di più rispetto a quanto già affermato per il segretariato sociale.

Il servizio sociale professionale, infatti, viene individuato nel D.Lgs. n. 147/17 e nel Piano Nazionale Povertà come un altro livello essenziale delle prestazioni, un obiettivo di sistema rispetto al quale viene fissato il target da raggiungere di 1 assistente sociale ogni 5.000 abitanti, con vincoli di spesa maggiori quanto più si è lontani dal raggiungimento di tale obiettivo. Questo diventa, pertanto, il nuovo target di riferimento, recepito anche nel Piano Regionale per la lotta alla Povertà 2018- 2020 approvato con D.G.R.C. n. 504/2018, che va a sostituire quello precedentemente fissato dalla L.R. 11/2007 e s.m.i. di 1 assistente sociale per 10.000 abitanti.

La figura dell'assistente sociale infatti, anche alla luce delle disposizioni introdotte dal REI, ricopre sempre di più il ruolo di case manager con funzioni di coordinamento di tutti gli operatori dell'equipe multidisciplinare coinvolti nelle diverse fasi del progetto personalizzato.

Quella offerta dalle risorse stanziate dal Fondo Povertà per il rafforzamento del servizio sociale professionale, rappresenta quindi una grande opportunità di cui beneficerà l'intero sistema dei servizi programmati nei Piani di Zona.

Nel corso del triennio di vigenza del Piano verrà effettuato il monitoraggio e la valutazione in itinere del servizio utilizzando gli indicatori di seguito riportati.

Tabella 6: indicatori interventi strategici del macro livello 1 – obiettivo di servizio 2

Cod.	Servizio	Indicatori			
		Bisogno	*Domanda*	*Offerta*	*Attività*
A2	Servizio Sociale Professionale	popolaz. resid.	n. accessi al Servizio Sociale prof. su totale popol. residente	n. casi seguiti su totale popol. Residente	Numero operatori / Tot. Utenti del servizio

fonte: http://burc.regione.campania.it

III.3 Pronto intervento Sociale

Il pronto intervento sociale è una delle tipologie di servizi da attivare per il progetto personalizzato dei beneficiari del REI, secondo le indicazioni fornite nel Piano Nazionale Povertà.

Le azioni strategiche di contrasto alla povertà devono fornire risposte tempestive ai bisogni essenziali delle persone in condizioni di fragilità o in più estrema difficoltà.

Gli interventi per l'emergenza sociale in favore delle situazioni di grave emarginazione adulta devono prevedere il potenziamento dei servizi a bassa soglia di tutte le tipologie (residenziali, semi residenziali, domiciliari e territoriali) da attivare nei territori di tutti gli Ambiti, affinché a partire dal primo contatto realizzato da unità mobili di strada, si possa provvedere al soddisfacimento dei bisogni primari con il servizio mensa e la distribuzione di pasti, il servizio docce e cambio abiti, e quindi l'accoglienza sia diurna che notturna.

E' essenziale che gli interventi per le situazioni di grave emarginazione adulta e per i senza dimora, in particolare, vadano oltre il sostegno economico e la progettazione ordinaria dei servizi. I senza dimora richiamano uno sforzo e un'attenzione specifici. La persona senza dimora deve essere collocata quanto prima in una sistemazione alloggiativa adeguata, adottando approcci «housing first», in cui la casa viene prima di tutto, nell'ambito di un percorso personalizzato di accompagnamento verso l'autonomia.

Interventi analoghi vanno rivolti alle popolazioni Rom, Sinti e Caminanti, ed anche in questo caso l'approccio «housing first» può essere la strada da percorrere.

Gli interventi di *housing*, in sintonia con quanto delineato nella nuova proposta di programmazione del PO FESR, potranno riguardare attività di recupero di edifici pubblici o privati da adibire a strutture abitative per persone in difficoltà economiche Interventi abitativi da destinare a categorie fragili per ragioni economiche e sociali (giovani fra i 25 e i 35 anni con lavoro precario, famiglie monoparentali, anziani, separati, disoccupati, sfrattati):

- autorecupero di unità abitative rese disponibili da soggetti pubblici o privati che contribuiscano ai lavori di risistemazione con il proprio lavoro manuale, così da riscattare un numero di mensilità di locazione, garantendo tuttavia sin dall'inizio le spese condominiali;
- autocostruzione di alloggi in proprietà secondo criteri, regole e modalità secondo la pratica di edificazione assistita, già sperimentata positivamente sul territorio.

Data la numerosità degli attori, istituzionali e non, nonché la necessità di mettere a sistema il contributo che ciascuno di essi fornisce per fronteggiare le emergenze sociali, nel corso del triennio la Regione eserciterà la funzione di coordinamento e di regia, per orientare gli interventi.

Nel corso del triennio di vigenza del Piano verrà effettuato il monitoraggio e la valutazione in itinere dei servizi utilizzando gli indicatori di seguito riportati.

Tabella 7: indicatori interventi strategici del macro livello 1 – obiettivo di servizio 3

Cod.	Servizio	Indicatori			
		Bisogno	*Domanda*	*Offerta*	*Attività*
G7	Pronto intervento sociale e unità mobile di strada	Numero beneficiari sussidio economico/ Popolazione ambito	Num. di richieste pervenute su totale della pop. Target;	Num. di mesi di attivazione del servizio rispetto a 12; Num. di operatori per profilo professionale su totale popolazione target;	Numero di utenti che usufruiscono delle attività prevalenti X,Y e Z / num. Utenti totali;
G2	Centro di prima accoglienza	Numero beneficiari sussidio economico/ Popolazione ambito	Numero richieste pervenute al servizio/ beneficiari sussidio economico	Numero operatori / Tot. Utenti del servizio	Numero utenti che usufruiscono dell'attività x-y-z /numero utenti totali
G5	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	N° beneficiari sussidio economico/ Tot. Popolazione ambito	N° richieste pervenute al servizio/ Tot. Popolazione	Numero mesi di erogazione del servizio su dodici mesi; Numero operatori per profilo professionale/ Tot. Operatori del servizio	Numero utenti che usufruiscono dell'attività x-y-z /numero utenti totali

G6	Servizi docce e cambio abiti	Numero beneficiari sussidio economico/ Popolazione ambito	Num. di richieste pervenute su totale della pop. Target;	Num. di mesi di attivazione del servizio rispetto a 12; Num. di operatori per profilo professionale su totale popolazione target;	Numero di utenti che usufruiscono delle attività prevalenti X,Y e Z / num. Utenti totali;
G8	Servizio mensa	Numero beneficiari sussidio economico/ Popolazione ambito	Num. di richieste pervenute su totale della pop. Target;	Num. di mesi di attivazione del servizio rispetto a 12; Num. di operatori per profilo professionale su totale popolazione target;	Numero di utenti che usufruiscono delle attività prevalenti X,Y e Z / num. Utenti totali;
G1	Centro di accoglienza diurno	Numero cittadini senza fissa dimora/. Popolazione di ambito	Numero richieste pervenute al servizio / totale popolazione di ambito	Numero operatori / Tot. Utenti del servizio	Numero utenti che usufruiscono dell'attività x-y-z /numero utenti totali

III.4 Promozione presa in carico integrata delle disabilità e delle non autosufficienze

La politica regionale in materia di sostegno e tutela della non autosufficienza ha inteso raggiungere obiettivi di benessere sociale e socio-sanitario delle persone in situazione di fragilità lungo le seguenti direttrici di intervento:

- il consolidamento del processo di integrazione degli strumenti di sostegno economico per la vita indipendente e per l'abitare in autonomia con i servizi domiciliari e comunitari a ciclo diurno;
- il contenimento del flusso di istituzionalizzazione delle persone disabili nelle strutture residenziali attraverso la verifica continua dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e della durata dei ricoveri;
- la promozione della connettività sociale delle persone disabili e l'utilizzo di tecnologie informatiche e ausilii dedicati per sostenere i percorsi di apprendimento, di socializzazione, di formazione professionale, di partecipazione alle attività associative e di inserimento nel mondo del lavoro, l'abbattimento delle barriere materiali e immateriali che concorrono a determinare il rischio di esclusione e di marginalità sociale delle persone con disabilità e anziani non autosufficienti;
- il sostegno alle attività di integrazione sociale dei minori con disabilità, con il potenziamento della rete dei servizi di assistenza specialistica per l'integrazione scolastica e dei servizi a ciclo diurno per disabili giovani e adulti;
- la previsione degli obiettivi di promozione dell' integrazione sociosanitaria di cittadini, pazienti psichiatrici, disabili psichici regolando e superando le direttive che negli ultimi anni hanno teso a prevedere l'ingresso e la permanenza in percorsi terapeutico-riabilitativi ad elevata e media intensità assistenziale sanitaria, a vantaggio di percorsi a bassa intensità assistenziale rivolti anche a favorire il reinserimento sociale e lavorativo.

A tal fine il Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, il Ministero della Salute, il Dipartimento Sviluppo e Coesione Territoriale, di concerto con le Regioni, hanno finanziato il Piano di Azione e Coesione Servizi di Cura per gli Anziani tra il 2013 e il 2017 per l'incremento della presa in carico per la cura domiciliare.

Il PAC proprio in questo triennio di attuazione dei nuovi Piani Sociali di Zona vedrà l'esaurirsi della spinta propulsiva sull'offerta e sulla domanda, che rappresenta, come già evidenziato, una rilevante criticità per la programmazione dei servizi in molti degli Ambiti territoriali che hanno già esaurito le risorse disponibili, essendo stati virtuosi nell'attuazione degli interventi programmati con il PAC negli anni passati: si richiederà di rivedere le scelte di allocazione delle risorse finanziarie per concentrarle sulle prestazioni domiciliari con priorità per le persone non autosufficienti, ma anche di rivedere le scelte di regolazione dell'accesso per definire un sistema di compartecipazione necessario ma al tempo stesso non disincentivante, onde evitare di spingere di nuovo la soddisfazione di bisogni essenziali nella rete del sommerso e del lavoro irregolare.

fonte: http://burc.regione.campania.it

Al fine di sostenere la domanda di servizi qualificati per le persone non autosufficienti, con riferimento alle prestazioni semiresidenziali nei centri socio-educativi e riabilitativi, a valenza socio-assistenziale e sociosanitaria, e alle prestazioni domiciliari integrate, la Regione Campania ha messo in campo i seguenti interventi:

- il rafforzamento del Programma Regionale di Assegni di Cura, approvato con D.D. n. 261 del 18 luglio 2016;
- la promozione degli interventi mirati alla "Vita indipendente";
- la promozione degli interventi a favore del "Dopo di Noi".

Il Programma Regionale di Assegni di Cura prevede l'erogazione di assegni di cura, intesi come contributi economici onnicomprensivi erogati dall'Ambito Territoriale in favore persone con disabilità gravissima e grave assistite a domicilio e costituiscono un titolo di riconoscimento delle prestazioni di assistenza tutelare svolte dai familiari degli ammalati. La Regione ha implementato le risorse assegnate dal Ministero, attraverso il Fondo Nazionale Non Autosufficienze (FNA), con le risorse provenienti dal POR Campania FSE 2014/2020, al fine di favorire l'incremento delle persone prese in carico.

Gli assegni di cura concorrono alla realizzazione dei progetti sociosanitari/P.A.I. di "Cure Domiciliari" definiti dalle U.V.I. distrettuali, sulla base di una valutazione multidimensionale del bisogno assistenziale effettuata tramite le schede S.VaM.A. e S.Va.M.Di. Sostituiscono le ore di prestazioni di "assistenza tutelare ed aiuto infermieristico" garantite dall'OSS di competenza dell'Ambito Territoriale e costituiscono la quota di spesa sociale dei piani di assistenza individualizzati/P.A.I. di Cure Domiciliari Integrate/ADI. Sono nel contempo aggiuntivi e complementari a ogni altra prestazione o intervento a carattere esclusivamente sociale erogata dai Comuni dell'Ambito per una presa in carico globale dell'assistito e della sua famiglia, come ad es.: il trasporto, il segretariato sociale ecc, ad esclusione dei voucher per l'assunzione di badanti.

Gli interventi messi in campo per favorire la "Vita indipendente", di cui al Decreto direttoriale n. 808 del 29 dicembre 2017 del Ministero del lavoro e delle politiche sociali delle persone con disabilità, consentiranno di avviare un percorso finalizzato alla costituzione di un modello regionale di intervento, per favorire l'inclusione sociale e l'autonomia di persone con disabilità gravi che abbiano le capacità funzionali per intraprendere percorsi di studio, di lavoro, di partecipazione alla vita sociale della comunità locale, con riferimento sia al contesto domestico che al contesto di vita esterno.

Per quanto riguarda il cosiddetto "Dopo di noi", con DGR n. 345 del 14 giugno 2017, la Regione ha adottato gli indirizzi del Ministero, relativi alla Legge 22 giugno 2016, n. 112 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare", a valere sul fondo nazionale del Dopo di noi. Si intende, in tal modo, favorire l'abitare in autonomia di persone disabili prive di sostegno familiare, rivolgendo alle persone con disabilità senza il supporto familiare, sia proposte di progetti individuali per la vita in autonomia presso il proprio domicilio, sia proposte di accoglienza in strutture di piccole dimensioni, anzi a dimensione familiare, da cui ripartire con progetti individuali di inclusione sociale e lavorativa, ovvero di assistenza per le particolari condizioni di fragilità psicofisica.

Tabella 8: indicatori interventi strategici del macro livello 2 – obiettivo di servizio 1

Cod.	Servizio	Indicatori			
		Bisogno	*Domanda*	*Offerta*	*Attività*
D8	A.D.I. - Cure Domiciliari Integrate	N° invalidi civili accertati su totale della popolazione residente; N° disabili in trattamento riabilitativo per fasce di età su totale popolazione residente; N° disabili riconosciuti in base alla Legge 104/92 su totale della popolazione residente	Numero richieste pervenute al servizio su totale popolazione residente	Numero utenti ADI su totale popolazione target; Numero di mesi erogazione del servizio su dodici mesi; Numero operatori per profilo professionale	Numero di utenti che usufruiscono come attività prevalente di: a) assistenza materiale; b) attività infermieristica; c) attività riabilitativa; d) sostegno alla mobilità personale sul numero totale degli utenti

fonte: http://burc.regione.campania.it

Cod.	Servizio	Indicatori			
		Bisogno	*Domanda*	*Offerta*	*Attività*
E8	ADI -Cure Domiciliari Integrate	Popolazione di 65 anni e oltre/Tot. popolazione residente nell'ambito; Popolazione anziana (con età superiore a 65 anni)/ tot. popolazione in età da lavoro compresa tra i 16 e 64 anni	N° richieste pervenute al servizio su totale anziani residenti	N° mesi di erogazione del servizio su dodici mesi; Numero operatori per profilo professionale su numero totale operatori; Numero totale operatori su numero totale utenti	N° di utenti che usufruiscono come attività prevalente di: a) assistenza materiale; b) attività infermieristica; c) attività riabilitativa; d) sostegno alla mobilità personale sul numero totale degli utenti
I8	Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari	N°utenti in carico al servizio salute mentale/Totale popolazione ambito	N° richieste pervenute al servizio/ Tot. Popolazione	Numero mesi di erogazione del servizio su dodici mesi; Numero operatori per profilo professionale/ Tot. Operatori del servizio	Numero utenti che usufruiscono dell'attività x-y-z /numero utenti totali
D15 as	Assegni di cura	Numero di disabili riconosciuti in base alla Legge 104/92 / totale della popolazione di ambito	N. ° richieste pervenute al servizio su totale popolazione residente	n. utenti assistiti su totale popolazione residente	Numero operatori / Tot. Utenti del servizio
E16 as	Assegni di cura	Popolazione di 65 anni e oltre/Tot. popolazione residente nell'ambito	N° richieste pervenute al servizio su totale anziani residenti	n. utenti assistiti/ numero totale utenti	Numero operatori / Tot. Utenti del servizio
D7	Assistenza Domiciliare Socio-assistenziale	N° invalidi civili accertati su totale della popolazione residente; N° disabili in trattamento riabilitativo per fasce di età su totale popolazione residente; N° disabili riconosciuti in base alla Legge 104/92 su totale della popolazione residente	N. ° richieste pervenute al servizio su totale popolazione residente	N° mesi di erogazione del servizio su dodici mesi; N° operatori per profilo professionale su numero totale operatori; N° operatori su numero totale utenti	N° utenti che usufruiscono come attività prevalent die: a) assistenza materiale; b) sostegno in pratiche amministrative e accompagnamento presso uffici; c) attività di accompagnamento sociale sul numero totale utenti
E7	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	Popolazione di 65 anni e oltre/Tot. popolazione residente nell'ambito	N° richieste pervenute al servizio su totale anziani residenti	Numero mesi di erogazione del servizio su dodici mesi; Numero operatori per profilo professionale/ Tot. Operatori del servizio; Numero totale operatori su numero totale utenti	Numero utenti che usufruiscono dell'attività x-y-z /numero utenti totali
I7	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	N°utenti in carico al servizio salute mentale/Totale popolazione ambito	N° richieste pervenute al servizio/ Tot. Popolazione	Numero mesi di erogazione del servizio su dodici mesi; Numero operatori per profilo professionale/ Tot. Operatori del servizio	Numero utenti che usufruiscono dell'attività x-y-z /numero utenti totali
B13	Tutoraggio educativo	N° minori 0-18 su totale popolazione residente; N° nuclei monogenitoriali con figli minori/tot nuclei familiari; N° madri sole con figli minori; N° famiglie con figli minori e adolescenti (per fasce di età) su totale famiglie residenti; N° famiglie residenti per numero di componenti/ totale famiglie; N° famiglie con figli minori in convitto e semi-convitto/totale famiglie	Numero richieste pervenute al servizio/Tot. Popolazione	Numero mesi di erogazione del servizio/dodici mesi; Numero operatori per profilo professionale/ Tot. Operatori del servizio	Numero utenti che usufruiscono dell'attività x-y-z /numero utenti totali

fonte: http://burc.regione.campania.it

Cod.	Servizio	Indicatori			
		Bisogno	*Domanda*	*Offerta*	*Attività*
		residenti;			
C3	Assistenza domiciliare di sostegno alla famiglia e alla genitorialità	N° nuclei familiari/Tot. Popolazione residente	Numero richieste pervenute al servizio/Tot. Nuclei familiari ambito	Numero mesi di erogazione del servizio/dodici mesi; Numero operatori per profilo professionale/ Tot. Operatori del servizio	Numero utenti che usufruiscono dell'attività x-y-z /numero utenti totali
D11	Servizio di assistenza scolastica (sostegno socio-educativo)	Num. Pop. target su tot. Pop. dell'A.T.; Num.nuclei familiari con persone disabili su totale nuclei;	Num. di richieste pervenute su totale della pop. Target;	Num. di mesi di attivazione del servizio rispetto a 12; Num. di operatori per profilo professionale su totale popolazione target;	Numero di utenti che usufruiscono delle attività prevalenti X,Y e Z / num. Utenti totali;

Tabella 9: indicatori interventi strategici del macro livello 4 – obiettivo di servizio 1 – linea 1

Cod.	Servizio	Indicatori			
		Bisogno	*Domanda*	*Offerta*	*Attività*
D1	Centro Diurno Integrato	Numero di disabili riconosciuti in base alla Legge 104/92 / totale della popolazione di ambito	Numero richieste pervenute al servizio / totale popolazione disabile dell'ambito riconosciuta in base alla Legge 104/92	Numero operatori / Tot. Utenti del servizio	Numero utenti che usufruiscono dell'attività x-y-z /numero utenti totali
E1	Centro diurno integrato	Popolazione popolaz. resid. 65 anni e oltre / totale della popolazione di ambito	Numero richieste pervenute al servizio / totale popolazione anziana	Numero operatori / Tot. Utenti del servizio	Numero utenti che usufruiscono dell'attività x-y-z /numero utenti totali
I1	Centro Diurno Integrato per disabili psichici - modulo demenze	Numero utenti in carico al servizio salute mentale/Totale popolazione ambito	Numero richieste pervenute al servizio /popolazione di ambito	Numero operatori / Tot. Utenti del servizio	Numero utenti che usufruiscono dell'attività x-y-z /numero utenti totali
D2	Centro Sociale Polifunzionale	Numero di disabili riconosciuti in base alla Legge 104/92 / totale della popolazione di ambito	Numero richieste pervenute al servizio / totale popolazione disabile dell'ambito riconosciuta in base alla Legge 104/92	Numero operatori / Tot. Utenti del servizio	Numero utenti che usufruiscono dell'attività x-y-z /numero utenti totali
E2	Centro sociale polifunzionale	Popolazione popolaz. resid. 65 anni e oltre / totale della popolazione di ambito	Numero richieste pervenute al servizio / totale popolazione anziana	Numero operatori / Tot. Utenti del servizio	Numero utenti che usufruiscono dell'attività x-y-z /numero utenti totali

Tabella 10: indicatori interventi strategici del macro livello 4 – obiettivo di servizio 1 – linea 2

Cod.	Servizio	Indicatori			
		Bisogno	*Domanda*	*Offerta*	*Attività*
D5	RSA per disabili gravi	Numero di disabili riconosciuti in base alla Legge 104/92 /totale della popolazione di ambito	Numero richieste pervenute al servizio/ popolazione disabile dell'ambito riconosciuta in base alla Legge 104/92	Numero operatori / Tot. Utenti del servizio	Numero utenti che usufruiscono dell'attività x-y-z /numero utenti totali
D5AIDS	RSA per pazienti AIDS	Numero di disabili con HIV /totale della popolazione di ambito	Numero richieste pervenute al servizio/ popolazione disabile con HIV	Numero operatori / Tot. Utenti del servizio	Numero utenti che usufruiscono dell'attività x-y-z /numero utenti totali
D6SF	Comunità tutelare per persone non autosufficienti	Numero di disabili riconosciuti in base alla Legge 104/92 /totale della popolazione di ambito	Numero richieste pervenute al servizio/ popolazione disabile dell'ambito riconosciuta in base alla Legge 104/92	Numero operatori / Tot. Utenti del servizio	Numero utenti che usufruiscono dell'attività x-y-z /numero utenti totali
D6	Comunità	Numero di disabili	Numero richieste	Numero operatori /	Numero utenti che

fonte: http://burc.regione.campania.it

Cod.	Servizio	Indicatori			
		Bisogno	*Domanda*	*Offerta*	*Attività*
	tutelare per persone non autosufficienti	riconosciuti in base alla Legge 104/92 /totale della popolazione di ambito	pervenute al servizio/ popolazione disabile dell'ambito riconosciuta in base alla Legge 104/92	Tot. Utenti del servizio	usufruiscono dell'attività x-y-z /numero utenti totali
E3 tut	Comunità tutelare per non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti	popolaz. resid. 65 anni e oltre	n. richieste accesso da utenza	n. utenti assistiti	n. operatori impegnati (a.u.)
I6	RSA per disagio psichico	Popolazione resid. 65 anni e oltre / totale della popolazione di ambito	Numero richieste pervenute al servizio / totale popolazione non autosufficiente di ambito	Numero operatori / Tot. Utenti del servizio	Numero utenti che usufruiscono dell'attività x-y-z /numero utenti totali
I3	Casa Alloggio	Numero utenti in carico al servizio salute mentale/Totale popolazione ambito	Numero richieste pervenute al servizio /popolazione di ambito	Numero operatori / Tot. Utenti del servizio	Numero utenti che usufruiscono dell'attività x-y-z /numero utenti totali
L2	Case di accoglienza per donne maltrattate	Numero casi denunciati per violenza o maltrattamento / popolazione femminile di ambito	Numero richieste pervenute al servizio / totale popolazione femminile di ambito	Numero operatori / Tot. Utenti del servizio	Numero utenti che usufruiscono dell'attività x-y-z /numero utenti totali
L3	Casa rifugio per donne vittime di tratta	Numero casi denunciati di tratta	Numero richieste pervenute al servizio / totale popolazione femminile di ambito	Numero operatori / Tot. Utenti del servizio	Numero utenti che usufruiscono dell'attività x-y-z /numero utenti totali
D4	Gruppo appartamento	Numero di disabili riconosciuti in base alla Legge 104/92 /totale della popolazione di ambito	Numero richieste pervenute al servizio/ popolazione disabile dell'ambito riconosciuta in base alla Legge 104/92	Numero operatori / Tot. Utenti del servizio	Numero utenti che usufruiscono dell'attività x-y-z /numero utenti totali
I5	Gruppo appartamento	Numero utenti in carico al servizio salute mentale/Totale popolazione ambito	Numero richieste pervenute al servizio / totale popolazione in carico al servizio salute mentale di ambito	Numero operatori / Tot. Utenti del servizio	Numero utenti che usufruiscono dell'attività x-y-z /numero utenti totali
E5	Gruppo appartamento	Popolazione resid. 65 anni e oltre / totale della popolazione di ambito	Numero richieste pervenute al servizio/ popolazione 65 anni e oltre	Numero operatori / Tot. Utenti del servizio	Numero utenti che usufruiscono dell'attività x-y-z /numero utenti totali
E4	Casa albergo	Popolazione resid. 65 anni e oltre / totale della popolazione di ambito	Numero richieste pervenute al servizio/ popolazione 65 anni e oltre	Numero operatori / Tot. Utenti del servizio	Numero utenti che usufruiscono dell'attività x-y-z /numero utenti totali
D3	Comunità Alloggio	Numero di disabili riconosciuti in base alla Legge 104/92 /totale della popolazione di ambito	Numero richieste pervenute al servizio/ popolazione disabile dell'ambito riconosciuta in base alla Legge 104/92	Numero operatori / Tot. Utenti del servizio	Numero utenti che usufruiscono dell'attività x-y-z /numero utenti totali
E6	Casa albergo per anziani	Popolazione resid. 65 anni e oltre / totale della popolazione di ambito	Numero richieste pervenute al servizio/ popolazione 65 anni e oltre	Numero operatori / Tot. Utenti del servizio	Numero utenti che usufruiscono dell'attività x-y-z /numero utenti totali

III.5 Promuovere e sostenere la prima infanzia, i minori e le famiglie

Nel 2017 si è stimato che il 28,9% delle persone residenti in Italia sia a rischio di povertà o di esclusione sociale secondo la definizione europea (dati Istat 2018), ed il Mezzogiorno è l'area territoriale più esposta al rischio di povertà o esclusione sociale (44,4%), seppur in diminuzione rispetto al 2016 (46,9%).

L'evidente particolarità di questi anni di post-crisi riguarda la questione giovanile: da circa un lustro, infatti, la povertà tende ad aumentare al diminuire dell'età, decretando i minori e i giovani come le categorie più svantaggiate (nel 2007 il trend era esattamente l'opposto). Tra gli individui in povertà assoluta i minorenni sono 1 milione 208mila (il 12,1% del totale) ei giovani nella fascia 18-34 anni 1 milione112mila (il 10,4%): oggi quasi un povero su due è minore o giovane.

fonte: http://burc.regione.campania.it

In una regione come la Campania, dove la popolazione minorile ha la percentuale più alta di tutto il Paese, e considerando i suddetti dati Istat, risulta fondamentale investire nei servizi per l'infanzia e adolescenza.

Il Ministero ha stabilito che una quota pari al 40% del FNPS sia destinata agli interventi e ai servizi sociali per l'infanzia e l'adolescenza, visto che l'area infanzia ed adolescenza è restata fuori dalla specializzazione che i fondi Nazionali, negli anni, hanno osservato con riferimento alle grandi aree di utenza dei servizi sociali territoriali.

Investire in questa fascia di età significa investire sulla famiglia attraverso un programma globale e integrato al fine di favorire il benessere del minore.

Strumenti chiave, per la presa in carico globale della famiglia sono l'armonizzazione, la sinergia e la sussidiarietà tra diverse politiche e attori. Questi sforzi devono guidare anche una migliore integrazione tra le diverse politiche.

La strada per un miglioramento delle politiche consiste nel valorizzare il quadro legislativo esistente e le buone pratiche sviluppate nel corso degli anni. Appare, pertanto, importante la capitalizzazione delle esperienze delle sperimentazioni del programma PIPPI svolto, con il MLPS e l'Università di Padova, in molti ambiti campani. Il programma volto alla presa in carico del nucleo familiare, al fine di ridurre significativamente i rischi di allontanamento del bambino o del ragazzo dalla famiglia, esce dalla fase sperimentale ed entra nella programmazione ordinaria dei servizi.

A tal fine risulta fondamentale la riproposizione, da parte del MLPS, degli elementi più significativi del progetto PIPPI attraverso le linee di indirizzo sui bambini e le famiglie vulnerabili (http://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/infanzia-e-adolescenza/focus-on/sostegno-alla-genitorialita/Documents/Linee-guida-sostegno-famiglie-vulnerabili-2017.pdf).

Nell'ambito di tale scenario, diventa prioritario, per gli Ambiti territoriali, attivare/incrementare, sulle risorse del FNPS, fermo restano il riferimento alle linee suddette, gli interventi per il sostegno alle responsabilità familiari ed i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, come di seguito elencati.

1. interventi di sostegno al contesto familiare in cui vivono i bambini e ragazzi:
    a. sostegno socio-educativo domiciliare;
    b. sostegno alla genitorialità e servizi di mediazione familiare;
    c. specifici sostegni inn presenza di un bambino o una bambina nei primi mille giorni di vita;
    d. attivazione sostegni innovativi (percorsi gruppali, famiglie/persone di appoggio ecc.)

2. interventi di sostegno ai contesti quotidiani di vita dei bambini e dei ragazzi:
a. nella scuola: interventi co-progettati e co-gestiti con gli insegnati sia di gruppo, sia in equipe multidisciplinare per singoli alunni/studenti in condizioni di difficoltà/rischio;
b. nel territorio: sostegni e servizi socio-educativi territoriali;

3. Sistema di intervento per minorenni fuori dalla famiglia di origine:
    a. Interventi residenziali (Regolamento regionale nr. 4/2014);
    b. Interventi per l'affido (deliberazione regionale n. 644/2004);
    c. interventi per l'abuso e il maltrattamento.

Una particolare attenzione va riservata al tema dei minori provenienti dal circuito penale, giacché il perdurare di una significativa presenza di minori provenienti o gravitanti nel circuito penale (dati Ministero Della Giustizia) ci impone di potenziare e garantire strategie che si caratterizzano per un approccio globale ai bisogni dei minori dell'area penale, ed in particolare finalizzate a:

- consolidare e qualificare le esperienze pregresse superando visioni riduttive e settoriali, a favore di un approccio integrato attraverso l'utilizzo diffuso del Progetto Sociale individualizzato (PSI, DGRC 17/10/2007);
- potenziare l'interazione tra le varie Amministrazioni territoriali coinvolte nella tutela dei minori dell'area penale, cosi come disposto dagli artt. 19 e 22 DPR 448/88 e dall' art 10 del D. Lgs 272/89.

L'esperienza realizzata in Regione Campania in collaborazione con il Centro Giustizia Minorile, ci indica che il PSI (Progetto Sociale Individualizzato) e le forme di collaborazione coordinate tra i vari servizi educativi risultano vantaggiose per implementare una nuova politica accogliente del minore dell'area penale, nonché di ottimizzazione delle risorse.

Gli Obiettivi che nel triennio di riferimento del Piano Sociale Regionale il Settore Politiche Sociali si impegna a perseguire sono la diffusione del PSI ed il potenziamento della collaborazione tra gli attori coinvolti nella tutela del minore dell'area penale (l'Ambito Territoriale, il Centro Giustizia Minorile ed i servizi educativi che di volta in volta si riterrà opportuno coinvolgere), nel rispetto delle funzioni e delle competenze di ciascuno, al fine di pervenire a percorsi e progetti in modo partecipato ed integrato.

Le azioni che a tal fine il Settore metterà in campo sono:

- la promozione di una cabina di regia cui facciano parte la Regione Campania, il Centro Giustizia Minorile e gli Ambiti territoriali;
- riproposizione del PSI;
- riproposizione della Mediazione penale minorile.

Con riferimento alle azioni finalizzate all'inclusione socio-lavorativa dei minori, la Regione ha finanziato percorsi formativi per l'inclusione sociale e lavorativa dei detenuti minori che utilizzino una metodologia basata sulla personalizzazione dell'apprendimento in funzione delle conoscenze e delle abilità dei singoli partecipanti, e prevedano l'attestazione delle competenze acquisite. Gli interventi, selezionati mediante un avviso pubblico a valere sul POR Campania FSE 2014/2020, saranno realizzati nel prossimo anno attraverso un "Catalogo di percorsi formativi per l'inclusione socio-lavorativa dei detenuti", articolato in due sezioni, una contenente i percorsi rivolti a detenuti in carico presso gli Istituti minorili e l'altra contenente percorsi rivolti a detenuti in carico presso gli Istituti penitenziari per adulti.

Sia l'impianto metodologico, che l'attività sono realizzate in collaborazione con il Dipartimento Giustizia Minorile e di Comunità - Centro per la Giustizia Minorile per la Campania mediante il coinvolgimento degli enti di formazione.

III.6 Prevenire gli abusi ed i maltrattamenti

III.6.1 Maltrattamento e abuso sui minori

Le ricerche più recenti in materia di maltrattamento e abuso sui minori (Garante dell'Infanzia e dell'Adolescenza e CISMAI), denunciano la crescita del fenomeno soprattutto in relazione alle "nuove" tipologie di maltrattamento come Trascuratezza materiale e/o affettiva (47,1%), Violenza assistita (19,4%), Maltrattamento psicologico (13,7%), Patologia delle cure (8,4%), oltre che in relazione al Maltrattamento fisico (6,9%) e all' Abuso sessuale (4,2%) vero e proprio. La dimensione del problema e le severe conseguenze di ogni forma di violenza sui fanciulli, impongono l'elaborazione e l'attuazione di programmi preventivi ed interventi riparativi efficaci, ma soprattutto la sensibilizzazione al problema da parte di tutte le figure che entrano in relazione con il minore.

In ambito regionale la situazione dei servizi di prevenzione e contrasto dell'abuso e maltrattamento nei confronti dei minori è al momento, caratterizzata prevalentemente da frammentazione e precarietà, persistono infatti, una disomogenea distribuzione territoriale dei servizi attivati, una discontinuità degli interventi di prevenzione e presa in carico delle vittime di abuso e una disomogeneità delle prestazioni erogate.

Gli obiettivi per il prossimo triennio in tema di prevenzione e contrasto alla violenza nei confronti dei bambini, si concentreranno, quindi, sul garantire la presenza e il pieno funzionamento di una equipe multidisciplinare in ogni Ambito territoriale in grado di rispondere alla complessità delle singole situazioni di abuso e di maltrattamento in maniera integrata, attraverso una capacità di lettura, interpretazione, validazione, intervento di carattere multidisciplinare e multi professionale.

Le equipe sono costituite fra servizi sociali, sanitari di base e specialistici, servizi giudiziari, attraverso accordi di programma o protocolli di intesa che definiscono il funzionamento del modello organizzativo, secondo quanto previsto dalle Linee Guida regionali (DGRC n.1164/05).

Per favorire questo processo, la Regione Campania ha attivato un progetto pilota a regia regionale (DGRC n.766/2014) in collaborazione con l'Università degli studi di Salerno – Dipartimento di Medicina e Chirurgia che è in fase di conclusione e, i cui positivi risultati, costituiranno la base di partenza per la disseminazione di buone prassi sull'intero territorio regionale.

Per le attività di prevenzione del fenomeno, di rilevazione/¬valutazione/validazione di presa in carico di situazioni di maltrattamento e di abuso, inoltre, deve essere previsto un impegno formativo costante e capillare rivolto a tutti gli operatori dei servizi sociali e sanitari.

Sul piano istituzionale, infine, è necessario costruire una rete interistituzionale fra gli Enti che operano su questa problematica (Servizi socio-sanitari ed educativi pubblici e del privato sociale, Scuola, Uffici Inquirenti, Magistratura, Avvocati) al fine di condividere gli obiettivi dell'intervento e di agire in modo sinergico.

La Regione Campania intende, quindi, promuovere sul territorio:

a) lo sviluppo di una cultura e di una sensibilità diffuse sulla tutela dei minori e sulla protezione dei loro diritti;

b) l'individuazione di percorsi metodologici che permettano una condivisione di termini, definizioni e prassi operative ad ogni livello;

c) l'attivazione di interventi di prevenzione organici e continuativi;

d) la precoce rilevazione, la corretta segnalazione, la tempestiva, efficace ed integrata presa in carico di situazioni di maltrattamento e abuso sospetto o conclamato, agendo per quanto possibile sul contesto in cui il maltrattamento è avvenuto;

e) l'attuazione di adeguate forme di ascolto, protezione e cura del minore e della sua famiglia dal momento della rilevazione fino alla valutazione e al trattamento, comprendendo l'eventuale iter giudiziario;

f) il lavoro di rete e l'ottica multidisciplinare come punti di forza imprescindibili nell'approccio al problema dell'abuso e del maltrattamento in tutte le fasi dell'intervento

Per supportare il raggiungimento di questi obiettivi nel corso del triennio, è stato anche recentemente istituito un tavolo tecnico per la prevenzione e il contrasto di abusi e maltrattamenti sui minori, al fine di fornire un idoneo supporto all'Amministrazione Regionale ed alle Amministrazioni Locali nelle funzioni di programmazione e verifica dei servizi in materia di contrasto all'abuso e al maltrattamento sui minori nonché creare modalità di confronto e di raccordo fra gli enti, le istituzioni e le organizzazioni coinvolte, per riuscire a garantire un sistema integrato di interventi e servizi.

III.6.2 Prevenzione e contrasto della violenza di genere

La strategia avviata dalla Regione Campania in materia di prevenzione e contrasto della violenza di genere, ha puntato a sviluppare e consolidare un sistema di servizi e interventi stabili e diffusi sul territorio, in coerenza con la normativa comunitaria e nazionale. Gli interventi messi in campo nell'ambito delle azioni strategiche regionali, in attuazione della L.R. 2/2011, hanno rafforzato la rete dei servizi territoriali di· assistenza e sostegno alle donne vittime di violenza e favorito l'istituzione, in ciascun Ambito Territoriale, dei Centri Antiviolenza, finalizzati a sostenere ed accogliere le donne vittime di violenza ed a fornire servizi di consulenza psicologica e percorsi di orientamento e accompagnamento al lavoro.

La legge regionale 1 dicembre 2017 n.34 "Interventi per favorire l'autonomia personale, sociale, ed economica delle donne vittime di violenza di genere e dei loro figli ed azioni di recupero rivolte agli uomini autori della violenza" è intervenuta successivamente per garantire la promozione dell'autonomia economica delle donne vittime delle violenze di genere e dei loro figli, disciplinando,

inoltre, l'istituzione di un fondo annuale dedicato. In attuazione della Legge Regionale 1 dicembre 2017, n. 34, la Regione ha programmato la promozione di percorsi di sostegno orientativo e psicologico a favore delle donne vittime di violenza e la realizzazione di seguenti interventi di sostegno a favore dei loro figli:

- attività di supporto per il completamento di percorsi scolastici destinati ai figli minori;
- percorsi di formazione finalizzati all'implementazione delle competenze di base (key-competences) e specialistiche;
- percorsi di inserimento socio-lavorativo destinati ai figli maggiorenni, anche mediante l'attivazione tirocini formativi e/o di inclusione sociale;
- attività finalizzate all'acquisizione o riacquisizione dell'autonomia personale e alla partecipazione attiva alla vita sociale, mediante percorsi di educazione allo sport, all'arte e all'associazionismo.

La Regione sostiene, con fondi ordinari e straordinari, la gestione della Rete dei Centri Antiviolenza, accreditati ai sensi della normativa regionale e nazionale di riferimento, e la promozione di servizi di sostegno e percorsi individuali d'integrazione socio-lavorativa a favore delle donne vittime di violenza e di tratta, prese in carico. In particolare sono in corso di attuazione i progetti finanziati a valere sull'Avviso Pubblico S.V.O.L.T.E. *Superare la Violenza con Orientamento, Lavoro, Tirocini, Esperienze formative"* Il dispositivo approvato con D.D. n. 104 del 09/08/2017 ha come obiettivo la promozione di azioni di contrasto e di prevenzione dei fenomeni di violenza contro le donne, al fine di favorirne l'inclusione socio lavorativa, attraverso l'implementazione dell'offerta integrata di servizi di sostegno e percorsi individuali d'integrazione socio- lavorativa, anche mediante l'erogazione di borse lavoro.

In conformità e in attuazione di quanto previsto dalla normativa regionale e nazionale in materia, ed in continuità con le azioni e gli obiettivi avviati nel corso dell'ultimo triennio di programmazione, la Regione intende perseguire i seguenti obiettivi:

- consolidare, sostenere e qualificare la rete di strutture e servizi per la prevenzione ed il contrasto della violenza su donne e minori;
- strutturare la *governance* territoriale perché possano essere operative le "reti territoriali
- antiviolenza" al fine di consentire un'adeguata e integrata presa in carico e l'effettiva protezione delle donne e dei minori vittime di violenza;
- favorire l'emersione ed il monitoraggio del fenomeno della violenza di genere in tutte le sue dimensioni;
- potenziare i percorsi di autonomia e di indipendenza economica delle donne vittime di violenza;
- promuovere percorsi di sostegno finalizzati all'autonomia personale e all' inserimento socio lavorativo.

III.7 Le politiche per gli anziani e l'invecchiamento attivo

L'allungamento della durata della vita, grazie anche ai progressi della medicina, ha prodotto un processo di invecchiamento della popolazione che ha coinvolto tutto il territorio nazionale, con conseguenze culturali, sociali ed economiche che hanno investito significativamente anche molte aree della Campania.

E' pertanto auspicabile la promozione di politiche pubbliche sempre più rispondenti alla dimensione dei bisogni di quella fascia di popolazione anziana, prevalentemente composta da persone ≥75 anni, ritenuta più fragile in quanto con l'avanzare dell'età è inevitabile che peggiorino le condizioni di salute ed aumentino i disagi personali e familiari.

E' allora opportuno che nel triennio si persegua il potenziamento delle forme di assistenza domiciliare ed il rafforzamento dei Centri polifunzionali per dotare i territori della necessaria infrastrutturazione sociale e sostenere interventi per la valorizzazione e la partecipazione degli anziani alla vita sociale.

Potenziamento delle forme di assistenza domiciliare

Andranno implementate le azioni di supporto ai carichi di cura familiari insieme al potenziamento delle risposte domiciliari e residenziali dirette alla persona non autosufficiente, per incrementare la capacità della famiglia di mantenere le persone anziane non autosufficienti al proprio domicilio. La non autosufficienza in terza età, non può essere più considerata un evento straordinario bensì un rischio prevedibile.

A tal fine è necessario investire risorse a titolarità statale, regionale ed europee per incrementare il numero di anziani che fruiscono di assistenza domiciliare integrata (ADI), e realizzare una rete di servizi di supporto, raggiungendo territori fino ad allora sprovvisti, per promuovere innanzitutto l'autonomia e la permanenza in casa, in considerazione del valore che essa assume per la loro qualità della vita, come luogo della memoria, delle abitudini consolidate e come baricentro della vita di relazione

Rafforzamento della infrastrutturazione sociale e sostegno alla programmazione territoriale

L'altro obiettivo senz'altro da perseguire è il consolidamento di un'offerta differenziata di servizi/interventi a supporto degli anziani e delle loro famiglie, a partire da una infrastrutturazione minima dei servizi di assistenza domiciliare, dei Centri Sociali Polifunzionali e delle strutture residenziali.

Ciò al fine di garantire livelli essenziali di assistenza, senza tuttavia trascurare la promozione di interventi di inclusione sociale che esulano dai livelli essenziali e che al pari di altri interventi hanno la funzione di valorizzare l'esperienza e l'apporto degli anziani alla costruzione di reti di solidarietà sociale, per riconoscere loro il diritto di cittadinanza attiva, anche con il coinvolgimento delle associazioni di tutela e di volontariato.

La popolazione anziana del territorio campano è stata e deve essere maggiormente coinvolta in attività socialmente utili come le attività di tutoraggio e di insegnamento nei corsi professionali, le iniziative di carattere culturale, le attività di recupero del territorio e di salvaguardia dell'ambiente, le attività di assistenza ai soggetti svantaggiati. Gli anziani possono contribuire al miglioramento dei servizi al cittadino ed al miglioramento della qualità della vita e gli Enti Locali, possono e devono, anche attraverso le associazioni di volontariato e le cooperative di solidarietà, impiegare gli anziani in quelle attività socialmente rilevanti che sono proprie e funzionali alla terza età.

La Campania presenta profonde differenze territoriali e demografiche, tra l'area metropolitana di Napoli e Caserta e le altre province di Avellino, Benevento e Salerno. E' necessario, nel rispetto delle differenti funzioni, garantire che le risorse trasferite ai territori siano utilizzate nel modo più opportuno a seconda del fabbisogno di comunità. Per questo a ciascun ambito territoriale sono affidati i compiti di individuare gli interventi che più rispondono alle fasce di bisogno e alle caratteristiche del territorio.

In ogni caso, i dati ci dicono che la programmazione dei servizi sociali a favore della popolazione anziana punta prevalentemente sui servizi assistenziali destinando percentuali inferiori ai servizi per l'invecchiamento attivo.

E per questo il nostro obiettivo nel prossimo ciclo di programmazione sociale regionale potenziare le politiche per l'invecchiamento attivo attraverso:

- la realizzazione di servizi mirati a mantenere l'autonomia delle persone anziane;
- l'offerta di sistemi tecnologici, tra i quali il telesoccorso e la teleassistenza, in grado di collegare la persona anziana a centri di pronto intervento e di agevolarne la vita quotidiana;
- la creazione di servizi e strutture, quali centri sociali, centri diurni polifunzionali, laboratori e in ogni caso idonei a favorire scambi di relazioni, anche intergenerazionali;
- l'intesa tra enti locali e imprese per valorizzarne le competenze e le esperienze;
- l'impiego di artigiani anziani nella formazione dei giovani anche allo scopo di conservare e tramandare mestieri pregevoli attualmente a rischio estinzione;

– l'incentivazione delle attività di volontariato e di reciprocità, nonché dell'assunzione di ruoli attivi di utilità sociale da parte delle persone anziane.

III.8 Promuovere inclusione attiva per il contrasto delle povertà

Negli ultimi anni è stato sempre più chiaro agli occhi dei programmatori sociali e degli addetti ai lavori quanto la dimensione dei fenomeni legati alla caduta in situazioni di povertà e grave deprivazione fosse il tratto saliente della platea di utenti che si affacciava alle "porte dei servizi".

Questa crescita, che nel tempo si è rilevata esponenziale, ha portato le istituzioni sia nazionali che locali a disegnare una quadro di norme e di interventi (Legge 15 marzo 2017, n. 33 "Delega recante norme relative al contrasto della poverta', al riordino delle prestazioni e al sistema degli interventi e dei servizi sociali" - Decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147 "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà") che progressivamente potesse andare ad offrire un supporto deciso e decisivo per il contrasto di questi fenomeni e per l'avvio di percorsi di inclusione attiva.

In particolare, il quadro di interventi delineato parte da un primo avvio di una misura specifica di sostegno del reddito denominata S.I.A. (Sostegno per l'inclusione attiva) finalizzata alla realizzazione di un progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa sostenuto da una rete integrata di interventi, individuati dai servizi sociali dei Comuni (coordinati a livello di Ambiti territoriali), in rete con gli altri servizi del territorio (i centri per l'impiego, i servizi sanitari, le scuole) e con i soggetti del terzo settore, le parti sociali e tutta la comunità. Il progetto viene costruito insieme al nucleo familiare sulla base di una valutazione globale delle problematiche e dei bisogni e coinvolge tutti i componenti, instaurando un patto tra servizi e famiglie che implica una reciproca assunzione di responsabilità e di impegni. Le attività possono riguardare i contatti con i servizi, la ricerca attiva di lavoro, l'adesione a progetti di formazione, la frequenza e l'impegno scolastico, la prevenzione e la tutela della salute. L'obiettivo è aiutare le famiglie a superare la condizione di povertà e riconquistare gradualmente l'autonomia.

Il S.I.A. è stato finanziato con risorse provenienti dal PON Inclusione 2014-2020 (Decreto interministeriale del 26 maggio 2016) ripartite tra gli Ambiti Territoriali, finalizzate all'attivazione di un sistema coordinato di interventi e servizi sociali con le seguenti caratteristiche:

– servizi di segretariato sociale per l'accesso;

– servizio sociale professionale per la valutazione multidimensionale dei bisogni del nucleo familiare e la presa in carico;

– équipe multidisciplinare, con l'individuazione di un responsabile del caso per l'attuazione del progetto con riferimento ai singoli nuclei familiari;

– interventi e servizi per l'inclusione attiva, inclusi, ove opportuno, servizi comunali di orientamento al lavoro, assistenza educativa domiciliare, sostegno al reddito complementare, sostegno all'alloggio.

Ad oggi i fondi dedicati al S.I.A. Stanno consentendo agli Ambiti Territoriali la costruzione di un infrastruttura di accoglienza e presa in carico che nel tempo, e nelle intenzioni del legislatore, costituirà la spina dorsale dei servizi sociali dedicati ai cittadini che versano in condizione di povertà.

A seguito dell'approvazione della legge delega per il contrasto alla povertà e della pubblicazione del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, attuativo della legge delega, dal 1° gennaio 2018 il S.I.A. è stato sostituito dal Reddito di inclusione (REI).

Il REI trova piena applicazione e legittimazione nell'approvazione del Piano Nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà. Il Piano rappresenta il primo strumento programmatico per l'utilizzo della quota del Fondo povertà destinata al rafforzamento degli interventi e dei servizi territoriali per i beneficiari del Reddito di inclusione (REI) e rappresenta un passo

essenziale per il funzionamento efficace della nuova misura di contrasto alla povertà. Per la prima volta dalla riforma del Titolo V della Costituzione, gli interventi e i servizi sociali acquisiscono la natura di Livelli essenziali delle prestazioni.

I cittadini possono richiederlo dal 1° dicembre 2017 presso il Comune di residenza o eventuali altri punti di accesso indicati dai Comuni. Il REI si compone di due parti: un beneficio economico, erogato mensilmente attraverso una carta di pagamento elettronica (Carta REI); un progetto personalizzato di attivazione e di inclusione sociale e lavorativa volto al superamento della condizione di povertà, predisposto sotto la regia dei servizi sociali del Comune. Per il REI sono state appostate nel bilancio statale risorse pari a 300 milioni di euro per il 2018, di cui 45 milioni circa solo alla Regione Campania. Il Fondo Povertà, infatti, diversamente da tutti i precedenti fondi di natura "sociale", è permanente e stanzierà 470 milioni dal 2020 e per gli anni successivi. Con le risorse comunitarie per le politiche di sostegno alle persone più deboli ed a quelle in povertà estrema, i territori potranno contare a regime su più di 700 milioni di euro l'anno. Una cifra che per la prima volta consente di raccogliere la sfida del rafforzamento e del ripensamento organizzativo dei servizi per far fronte ai compiti che sono chiamati a svolgere.

Il REI rappresenta sia il traguardo che il punto di inizio della rivoluzione che interesserà negli anni a venire l'erogazione dei servizi sui territori. Innanzitutto, la prima è più evidente caratteristica della misura è l'universalità che fissa i livelli essenziali delle prestazioni in maniera da accompagnare la famiglia in tutto il percorso nei servizi, dal momento della richiesta delle informazioni all'auspicato affrancamento dalla condizione di povertà, a questa prima caratteristica se ne affianca poi una seconda, che è più di metodo, che è la multidisciplinarietà dell'approccio con cui si inseriscono gli utenti in percorsi che vedono coinvolti più attori istituzionali ma anche del terzo settore.

La Regione Campania ha provveduto con propria Deliberazione all'approvazione del Piano Regionale della Campania per la Lotta alla Povertà 2018-2020 (D.G.R 504 del 2.08.2018). Come sottolineato nel Piano Nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2018-2020, adottato dalla Rete della Protezione e dell'Inclusione Sociale, il D.lgs n. 147/2017 già individua i seguenti tre livelli essenziali per il REI, fissati in modo da accompagnare i beneficiari nel loro percorso dalla richiesta di informazioni all'erogazione di interventi e servizi aggiuntivi:

- il primo livello essenziale è rappresentato dai Servizi per l'accesso al REI: il legislatore dispone l'attivazione di luoghi dedicati – i Punti per l'accesso al REI – chiaramente identificati nel territorio, in cui ricevere informazione, consulenza, orientamento e, se del caso, assistenza nella presentazione della domanda;
- il secondo livello corrisponde alla Valutazione multidimensionale (assessment) che consiste in un'analisi approfondita finalizzata all'individuazione dei bisogni e dei possibili percorsi verso l'autonomia, tenendo conto dei fattori di vulnerabilità del nucleo familiare, delle sue risorse e dei fattori di contesto che possano facilitare o ostacolare gli interventi. Per effettuare in maniera efficace tale tipo di valutazione, è necessario, soprattutto di fronte alle situazioni più complesse, l'attivazione di equipe multidisciplinari al fine di definire un quadro di analisi più approfondito;
- il terzo livello essenziale è la definizione del Progetto personalizzato, un progetto che definisce gli obiettivi ma anche i risultati attesi, individuando i sostegni necessari per affrontare i bisogni emersi in seguito alla valutazione. Soprattutto il progetto personalizzato deve vedere il nucleo come parte attiva che per usufruire della misura deve rispettare gli impegni presi.

Gli Obiettivi del Piano della Regione Campania, pertanto, sono stati individuati a partire dalla definizione dei tre livelli essenziali indicati nel Piano Nazionale e sono finalizzati a rafforzare i punti di informazione e di accesso alla misura, la presa in carico, l'offerta dei servizi erogati e le reti territoriali promosse dagli Ambiti Territoriali, assicurando una maggiore uniformità nella qualità dei servizi offerti sul territorio.

In coerenza con tali obiettivi e ad integrazione del REI, la Regione Campania ha messo in campo una misura regionale, mediante l'utilizzo delle risorse del Por Campania FSE 2014/2020. In particolare con l' approvazione dell'Avviso Pubblico non competitivo "I.T.I.A. Intese Territoriali di Inclusione Attiva", ha promosso la costituzione di Intese Territoriali tra gli Ambiti territoriali e gli altri

fonte: http://burc.regione.campania.it

soggetti del territorio impegnati nel contrasto alla povertà finalizzate alla realizzazione di Centri Territoriali di Inclusione, intesi quali centri di prossimità di servizi per il sostegno a persone e famiglie in condizioni di vulnerabilità e fragilità sociale, anche per promuovere le pari opportunità, la partecipazione attiva e migliorare l'occupabilità.

Ogni Centro Territoriale di Inclusione potrà essere articolato in una o più sedi del territorio dell'Ambito Territoriale di riferimento, al fine di facilitare l'accesso ai diversi servizi da parte dei cittadini, e dovrà farsi carico delle seguenti azioni:

- Azione A) Servizi di supporto alle famiglie (sostegno alla genitorialità, servizi di educativa territoriale e domiciliare, tutoring specialistico, altri servizi di supporto all'inclusione);
- Azione B) Percorsi di *empowerment* (percorsi formativi e/o servizi di sostegno orientativo);
- Azione C) Tirocini finalizzati all'inclusione sociale (tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia, e alla riabilitazione di persone prese in carico dai servizi sociali professionali e/o dai servizi sanitari competenti).

Destinatari sono le famiglie e le persone residenti nel territorio dell'Ambito Territoriale di riferimento in condizione di svantaggio economico e sociale, individuate sia tra coloro che usufruiscono del REI, al fine di rafforzarne la presa in carico e l'offerta dei servizi erogati in complementarietà con le misure nazionali, sia tra i soggetti che si trovino in almeno una delle condizioni di svantaggio definite dal DM 17 ottobre 2017.

In aggiunta, ulteriore, agli interventi declinati attraverso le risorse del fondo povertà la Regione Campania ha inoltre appostato risorse destinate a servizi di contrasto alla povertà rivolti a genitori soli con figli, quota parte di tali risorse saranno destinate alla sperimentazione dei percorsi di sostegno alle adozioni difficili, ovvero a vantaggio di quei minorenni campani che, benché siano stati dichiarati adottabili, continuano a vivere in un contesto non familiare.

Affiancate agli interventi più su delineati si pongono poi le iniziative dedicate alla popolazione senza dimora ed in povertà estrema la Regione Campania implementerà un azione sistemica che riguarderà le molteplici dimensioni del fenomeno.

Una prima parte delle risorse economiche impiegate in tal senso proviene dai fondi destinati dall'Avviso n. 4/2016 - PON Inclusione - PO I FEAD attraverso il quale si realizzeranno progettualità presso gli ambiti territoriali al cui interno son presenti i comuni con maggior concentrazione di senza fissa dimora, secondo quanto riportato dall'indagine sulla condizione delle persone che vivono in povertà estrema, realizzata da Istat, Federazione italiana degli organismi per le persone senza dimora (Fio.PSD) e Caritas Italiana. In particolare le attività interesseranno i territori delle province di Salerno, Avellino, Caserta e Benevento.

Gli interventi, programmati e quelli già in fase di realizzazione hanno come riferimento metodologico principale le "Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia". Ma la Regione Campania ha provveduto anche con propri atti normativi a dotarsi di strumenti utili a contrastare questi particolari fenomeni, quali:

- la Legge regionale 6 marzo 2015, n. 5 viene stabilito all'articolo 1, comma 1, lett. a) che la Regione Campania per tutelare le fasce più deboli della popolazione e sostenere la riduzione degli sprechi alimentari riconosce, valorizza e promuove, l'attività di solidarietà e beneficenza svolta dai soggetti del terzo settore di cui all'articolo 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 30 marzo 2001, n. 15241 (Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell'articolo 5 della legge 8 novembre 2000, n. 328) per il recupero e la redistribuzione delle eccedenze alimentari in favore dei soggetti che assistono le persone in stato di indigenza o di grave disagio sociale;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 344 del 14.06.2017 con cui si è proceduto all'adozione degli atti necessari a promuovere, nell'ambito del quadro normativo di riferimento dettato dalle norme europee e nazionali in materia di aiuti alimentari, una manifestazione di interesse rivolta ai soggetti in possesso dei requisiti fissati dalla legge regionale 6 marzo 2015, n.5 che intendano

partecipare agli interventi previsti dalla normativa regionale. In seguito alla Deliberazione n. 344 sono state emanate due manifestazioni di interesse a favore del Banco Alimentare con cui la Regione ha intrapreso una collaborazione finalizzata alla costruzione di una rete di supporto regionale che possa garantire interventi sistemici.

Gli interventi che si andranno ad attuare si focalizzeranno su una tipologia di utenza (senza dimora) che la Fio.PSD (Federazione Italiana Organismi per le Persone Senza Dimora) definisce come "soggetti in stato di povertà materiale ed immateriale, portatori di un disagio complesso, dinamico e multiforme, che non si esaurisce alla sola sfera dei bisogni primari ma che investe l'intera sfera delle necessità e delle aspettative della persona, specie sotto il profilo relazionale, emotivo ed affettivo".

Nei confronti dei senza dimora si ha la necessità di una presa in carico complessa e articolata, saranno realizzati interventi utili a soddisfare il fabbisogno sia di beni materiali per le necessità primarie quali (forniture di indumenti, prodotti per l'igiene personal, un kit di emergenza) ma anche interventi di supporto per progetti di accompagnamento all'autonomia quali: *housing first*, accompagnamento ai servizi, interventi di *empowerment*.

Dalla breve disamina su esposta è sempre più chiaro che il contrasto ai fenomeni di esclusione e l'attivazione di meccanismi virtuosi di inserimento attivo e partecipato siano i capisaldi della strategia complessiva che interesserà i servizi sociali negli anni a venire, gli interventi dedicati alle persone che versano in situazioni di povertà assoluta, relativa o estrema costituiscono la base da cui partire per progettare servizi che possano ridare dignità e autonomia e possano costruire una società inclusiva e giusta.

La Regione Campania attraverso gli strumenti di programmazione e finanziaria di cui è dotata assumerà sempre più il compito di coordinamento delle azioni strutturando con la collaborazione di tutti i soggetti sia pubblici che privati una rete di interventi concertati e mirati evitando la dispersione delle risorse sia economiche che umane.

Tabella 11: interventi del nomenclatore regionale afferenti al macro livello 5

Obiettivo di Servizio	Linea di intervento	Cod.	Area	Denominazione	Area intervento
a. interventi / misure per facilitare inclusione e autonomia	Trasporto per dell'assistenza	D12	Persone con disabilità	Servizi trasporto sociale disabili	SINA
		E11	Persone anziane	Trasporto sociale anziani	SINA
	Altri interventi	B21	Infanzia e adol.	Apprendistato	SINBA
		B22	Infanzia e adol.	Orientamento Professionale	SINBA
		B23	Infanzia e adol.	Contratto di Inserimento	SINBA
		B24	Infanzia e adol.	Tirocini estivi di orientamento	SINBA
		B25	Infanzia e adol.	Tirocini/Stage	SINBA
		C12	Resp. familiari	Lsu – Lavori socialmente utili	SINBA
		C13	Resp. familiari	LPU – Lavori di Pubblica Utilità	SINBA
		C14	Resp. familiari	Borse Lavoro	SINBA
		C15	Resp. familiari	Orientamento	SINBA
		C16	Resp. familiari	Tirocini formativi	SINBA
		D14	Persone con disabilità	Servizi per l'integrazione sociale	SINA
		D15 ptri	Persone con disabilità	Budget di salute a sostegno dei PTRI	SINA
		D17	Persone con disabilità	Borse lavoro	SINA
		D18	Persone con disabilità	Tirocini formativi	SINA
		D19	Persone con disabilità	Orientamento	SINA
		D20	Persone con disabilità	Fattorie sociali	SINA
		E12	Persone anziane	Servizi d'integrazione sociale	SINA
		F1	Immigrazione	Centro di aggregazione	SIP
		F12	Immigrazione	Inserimento lavorativo	SIP
		F13	Immigrazione	Contratto d'inserimento	SIP
		F14	Immigrazione	Borse Lavoro	SIP
		F15	Immigrazione	Tirocini /stage	SIP
		F2	Immigrazione	Centro interculturale	SIP
		F6	Immigrazione	Servizio di mediazione culturale	SIP
		F8	Immigrazione	Servizi per l'integrazione sociale	SIP
		F9	Immigrazione	Sostegno integrazione scolastica dei minori imm.	SIP
		G13	Contrasto povertà	Borse lavoro	SIP
		G14	Contrasto povertà	Tirocini formativi	SIP
		G15	Contrasto povertà	Orientamento	SIP
		G16	Contrasto povertà	Fattorie sociali	SIP

fonte: http://burc.regione.campania.it

Obiettivo di Servizio	Linea di intervento	Cod.	Area	Denominazione	Area intervento
		G3	Contrasto povertà	Interventi abitativi d'emergenza	SIP
		G9	Contrasto povertà	Area attrezzata per nomadi	SIP
		H1	Persone detenute	Centro sociale diurno	SIP
		H10	Persone detenute	Borse lavoro	SIP
		H11	Persone detenute	Tirocini formativi	SIP
		H12	Persone detenute	Orientamento	SIP
		H13	Persone detenute	Fattorie sociali	SIP
		H6	Persone detenute	Servizi per l'integrazione sociale	SIP
		H7	Persone detenute	Servizi di reinserimento per l'area penale	SIP
		I11	Disagio psichico	Servizi per l'integrazione sociale	SINA
		I15	Disagio psichico	Borse lavoro	SINA
		I16	Disagio psichico	Tirocini formativi	SINA
		I17	Disagio psichico	Contratto di inserimento	SINA
		I18	Disagio psichico	Orientamento	SINA
		I19	Disagio psichico	Fattorie sociali	SINA
		L10	Donne in difficoltà	Contratti di inserimento	SIP
		L11	Donne in difficoltà	Orientamento	SIP
		L8	Donne in difficoltà	Borse Lavoro	SIP
		L9	Donne in difficoltà	Tirocini formativi	SIP
		M11	Dipendenze	Borse Lavoro	SINA
		M12	Dipendenze	Tirocini formativi	SINA
		M13	Dipendenze	Contratto di Inserimento	SINA
		M14	Dipendenze	Orientamento	SINA
		M15	Dipendenze	Fattorie sociali	SINA
		M6	Dipendenze	Servizi di reinserimento per l'area penale	SINA
b. misure di sostegno al reddito	Misure di contrasto alla povertà	C10	Resp. familiari	Contributi ad integrazione del reddito familiare	SINBA
		C10 bis	Resp. familiari	ex ONMI, contributi economici diretti	SINBA
		C11	Resp. familiari	Contributi economici in forma indiretta	SINBA
		D16	Persone con disabilità	Contributi economici in forma diretta	SINA
		E14	Persone anziane	Contributi economici in forma indiretta	SINA
		E15	Persone anziane	Contributi economici in forma diretta	SINA
		F10	Immigrazione	Contributi economici in forma diretta	SIP
		F11	Immigrazione	Contributi economici in forma indiretta	SIP
		G10	Contrasto povertà	Contributi economici diretti	SIP
		G11	Contrasto povertà	Contributi economici in forma indiretta	SIP
		G12	Contrasto povertà	Reddito di cittadinanza	SIP
		H8	Persone detenute	Contributi economici diretti	SIP
		H9	Persone detenute	Contributi economici in forma indiretta	SIP
		I13	Disagio psichico	Contributi economici in forma diretta	SINA
		I14	Disagio psichico	Contributi economici in forma indiretta	SINA
		L6	Donne in difficoltà	Contributi economici ad integrazione del reddito	SIP
		L7	Donne in difficoltà	Contributi economici in forma indiretta	SIP
		M10	Dipendenze	Contributi economici in forma indiretta	SINA
		M9	Dipendenze	Contributi economici diretti	SINA

Tabella 12: indicatori interventi strategici del macro livello 5 – obiettivo di servizio 1

Cod.	Servizio	Indicatori			
		Bisogno	*Domanda*	*Offerta*	*Attività*
D12	Servizi trasporto sociale disabili	Num. Pop. target su tot. Pop. dell'A.T.; Num.nuclei familiari con persone disabili su totale nuclei;	Num. di richieste pervenute su totale della pop. Target;	Num. di mesi di attivazione del servizio rispetto a 12; Num. di operatori per profilo professionale su totale popolazione target;	Numero di utenti che usufruiscono delle attività prevalenti X,Y e Z / num. Utenti totali;
B25	Tirocini/Stage	popolaz. resid. 14 - 24 anni su totale popolazione residente	n. richieste accesso da utenza su totale popol. residente	n. utenti su totale popolazione residente	Numero operatori / Tot. Utenti del servizio
G14	Tirocini formativi	Numero cittadini in condizioni di disagio economico e di esclusione sociale/ Tot. Popolazione ambito	n. richieste accesso da utenza su totale popolazione attiva	n. contratti attivati su totale richieste ricevute	Numero operatori / Tot. Utenti del servizio
G13	Borse lavoro	Numero cittadini con disagio economico e di esclusione sociale/ Tot. Popolazione ambito	n. richieste accesso da utenza su totale popolazione disoccupata	n. titolari di borsa lavoro su totale richieste pervenute	Numero operatori / Tot. Utenti del servizio

Cod.	Servizio	Indicatori			
		Bisogno	*Domanda*	*Offerta*	*Attività*
G15	Orientamento	Numero cittadini in condizioni di disagio economico e di esclusione sociale/ Tot. Popolazione ambito	n. richieste accesso da utenza su totale popolazione disoccupata	n. utenti assistiti su totale utenti del servizio	Numero operatori / Tot. Utenti del servizio
G16	Fattorie sociali	Numero cittadini in condizioni di disagio economico e di esclusione sociale/ Tot. Popolazione ambito	n. richieste accesso da utenza su totale popolazione attiva	n. contratti attivati su totale richieste ricevute	Numero operatori / Tot. Utenti del servizio
G3	Interventi abitativi d'emergenza	Numero nuclei familiari a rischio sfratto/ Tot. Nuclei familiari di ambito	Numero richieste pervenute al servizio/ nuclei familiari di ambito	Numero operatori / Tot. Utenti del servizio	0
G9	Area attrezzata per nomadi	Numero di nomadi/ Popolazione ambito	Num. di richieste pervenute su totale della pop. Target;	Num. di mesi di attivazione del servizio rispetto a 12; Num. di operatori per profilo professionale su totale popolazione target;	Numero di utenti che usufruiscono delle attività prevalenti X,Y e Z / num. Utenti totali;
M6	Servizi di reinserimento per l'area penale	Numero utenti tossicodipendenti in carico al SERT /totale popolazione di ambito	Num. di richieste pervenute su totale della pop. Target;	Num. di mesi di attivazione del servizio rispetto a 12; Num. di operatori per profilo professionale su totale popolazione target;	Numero di utenti che usufruiscono delle attività prevalenti X,Y e Z / num. Utenti totali;
D15 ptri	Budget di salute a sostegno dei progetti terapeutico riabilitativi individuali	Numero di disabili riconosciuti in base alla Legge 104/92 / totale della popolazione di ambito	N. ° richieste pervenute al servizio su totale popolazione residente	n. utenti assistiti su totale popolazione residente	Numero operatori / Tot. Utenti del servizio
F6	Servizio di mediazione culturale	Popolazione immigrata residente / totale popolazione di ambito	Num. di richieste pervenute su totale della pop. Target;	Num. di mesi di attivazione del servizio rispetto a 12; Num. di operatori per profilo professionale su totale popolazione target;	Numero di utenti che usufruiscono delle attività prevalenti X,Y e Z / num. Utenti totali;

Tabella 13: indicatori interventi strategici del macro livello 5 – obiettivo di servizio 2

Cod.	Servizio	Indicatori			
		Bisogno	*Domanda*	*Offerta*	*Attività*
G10	Contributi economici diretti ad integrazione del reddito	Numero cittadini in condizioni di disagio economico e di esclusione sociale/ Tot. Popolazione ambito	N° richieste pervenute al servizio/ Tot. Popolazione	n. utenti assistiti/ numero totale utenti	Numero operatori / Tot. Utenti del servizio
G11	Contributi economici in forma indiretta	Numero cittadini in condizioni di disagio economico e di esclusione sociale/ Tot. Popolazione ambito	N° richieste pervenute al servizio/ Tot. Popolazione	n. utenti assistiti/ numero totale utenti	Numero operatori / Tot. Utenti del servizio
C10 bis	ex ONMI, contributi economici diretti ad integrazione del reddito familiare	N. di donne nubili con figli/ popolazione totale	N°richieste pervenute/Tot. N. donne nubil con figli	N° richieste evase / N. donne nubil con figli	n. contributi erogati

PARTE IV: IL SISTEMA E LA SUA GOVERNANCE

IV.1 Gli assetti della governance

IV.1.1 la gestione associata dei servizi

L'articolo 6 della legge 328/00 affida ai comuni associati le funzioni amministrative concernenti i servizi sociali nelle forme previste dal testo unico degli enti locali e l'articolo 19 affida ad essi la definizione e realizzazione del piano sociale di zona. L'articolo 8, comma 3, lettera a) affida alle Regioni la definizione degli ambiti territoriali per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete.

Tale indirizzo legislativo è rimasto intatto nella legge regionale n. 11/07 intervenuta a seguito della modifica del titolo V della Costituzione (legge n 3 del 2001) che ha attribuito alle Regioni potestà legislativa esclusiva in materia di servizi sociali.

Infatti l'articolo 7 della legge regionale n. 11/07 recita testualmente che: "*I comuni esercitano in forma associata i compiti e le funzioni amministrative loro attribuite dalla presente legge fatto salvo il caso il cui territorio di un singolo comune coincida con l'estensione territoriale dell'ambito determinato ai sensi dell'articolo 19*".

L'articolo 19 affida alla Giunta Regionale la definizione degli ambiti territoriali sociali, coincidenti con i distretti sanitari o loro multipli, purché rientranti nella medesima ASL.

L'articolo 10, al comma 1, attribuisce ai comuni la titolarità della programmazione, della realizzazione e valutazione a livello locale degli interventi sociali e, di concerto con le ASL, degli interventi socio-sanitari, nonché delle funzioni amministrative inerenti l'erogazione dei servizi e delle prestazioni del sistema integrato locale. Sempre l'articolo 10, al comma 2, lettera b) dispone che, nell'ambito delle direttive regionali ed in coerenza con il piano sociale regionale, i comuni associati adottano, su proposta del coordinamento istituzionale, la forma associativa per l'esercizio delle funzioni sociali e le modalità di gestione degli interventi e dei servizi programmati nel piano di zona di ambito, ai sensi del D.Lgs. n. 267/00.

I servizi sociali sono programmati mediante il piano di zona di ambito di cui all'articolo 21 della legge regionale n. 11/07 e ss.ii. e mm.

La legge regionale, pertanto, in continuità con quanto previsto dalla legge nazionale, dispone che i servizi sociali e sociosanitari devono essere obbligatoriamente svolti in forma associata. Cioè non rientrano più nella titolarità dei comuni singoli ma solo in quella dei comuni associati. Pertanto la gestione non associata dei servizi sociali è illegittima e può diventare fonte di danno erariale. Il superamento della dimensione localistica comunale rappresenta infatti un punto centrale del processo di riforma dei servizi sociali. Esso trova la sua legittimazione nella necessità di trovare assetti organizzativi e gestionali in grado di assicurare le necessarie economie di scala e la dimensioni territoriale più idonea a sostenere l'intera filiera dei servizi sociali e socio-sanitari, a consentire il dialogo e la collaborazione con gli altri soggetti pubblici territoriali (ASL, INPS, Agenzie per l'impiego, Scuola, Enti di formazione, Agenzie di sviluppo locale, ecc.) e a garantire pari opportunità di accesso alla rete locale dei servizi.

La scelta della forma associativa, tra quelle previste dal TUEL 267/00, nel rispetto del principio di autonomia locale, è affidata al Coordinamento istituzionale di Ambito.

Le forme associative

Il TUEL definisce le forme associative di enti locali negli articoli 30-34.

Le forme associative rappresentano la forma giuridica che assumono gli enti locali che si associano per svolgere in maniera unitaria funzioni loro attribuite dall'ordinamento. Sono cioè la *forma giuridica* esponenziale dei singoli enti locali e possono essere costituite solo ed esclusivamente da soggetti pubblici con organi di governo democraticamente eletti.

Esse sono nettamente distinte dalle forme di gestione che, invece, sono gli *strumenti giuridici* di cui si dotano e/o le modalità che adottano i soggetti pubblici locali, singoli o associati, per realizzare/erogare i servizi e le prestazioni.

Le forme associative rilevanti ai fini della definizione degli assetti istituzionali degli Ambiti territoriali previste dal TUEL sono sostanzialmente tre: la Convenzione, il Consorzio e l'Unione di Comuni.

La **Convenzione,** di cui all'articolo 30 del TUEL, è la forma associata più leggera prevista dall'ordinamento per svolgere in modo coordinato funzioni e servizi determinati. La Convenzione può anche prevedere la delega di funzioni da parte degli enti sottoscrittori a favore di uno di essi che opera in nome e per conto degli enti deleganti. A tal fine, il comma 4 dell'articolo 30 prevede espressamente la istituzione di un ufficio comune "*al quale affidare le funzioni pubbliche in luogo degli enti partecipanti all'accordo*". Pertanto gli enti associati in Convenzione pur restando titolari delle proprie funzioni, invece di esercitarle singolarmente, ne affidano l'esercizio associato a un ufficio comune che opera "con personale distaccato dagli enti partecipanti" e, ove necessario, con consulenti e collaboratori esterni.

Questa forma associativa è priva di veste giuridica autonoma e quindi non dispone di autonomia organizzativa e di bilancio. Perciò gli enti sottoscrittori devono individuare tra di essi un ente capofila, che assume la rappresentanza legale di tutti gli enti associati in Convenzione e ospita nel proprio bilancio la gestione contabile dei servizi e delle prestazioni svolti in forma associata. La mancanza di una propria dotazione organica non consente la presenza di personale in pianta stabile e quindi alcuna forma di stabilizzazione di personale. Tutti i rapporti di lavoro esterno attivati con la Convenzione (sia di lavoro dipendente che autonomo), anche se finanziati con il Fondo Unico di Ambito, vanno esclusivamente ricondotti alla titolarità e alla responsabilità del soggetto capofila.

I contenuti della Convenzione (modalità di funzionamento e di scelta del capofila, durata, forme di consultazione e di coordinamento, quote di rappresentanza e di compartecipazione finanziaria, struttura dell'Ufficio di Piano, modalità di scelta del Dirigente dell'UdP, dotazioni strumentali, ecc.) sono concordati dai sottoscrittori (schema di Convenzione) e approvati da tutti gli organi consiliari prima della definitiva sottoscrizione da parte dei rispettivi rappresentanti legali. Alla Convenzione possono partecipare in qualità di enti associati, sia la Provincia (in quanto ente locale territoriale) che l'ASL (in quanto ente locale istituzionale).

Il **Consorzio** è definito dall'articolo 31 del TUEL. Esso rappresenta una forma associata più decisa e strutturata rispetto alla Convenzione. E' dotato di personalità giuridica autonoma, e quindi di autonomia di bilancio e di una propria dotazione organica. I Comuni consorziati delegano le funzioni al Consorzio che le esercita in loro vece.

Il Consorzio è dotato di propri organi di governo e di gestione (Consiglio, CdA, Presidente, Direttore, ecc.), eletti secondo le modalità definite in un apposito Statuto.

Per costituire un Consorzio si rende necessaria, infatti, sia la definizione di una Convenzione che regola i rapporti tra gli Enti consorziati, sia di uno Statuto che regola il funzionamento del nuovo soggetto giuridico. Entrambi questi strumenti devono essere approvati da tutti gli organi consiliari dei soggetti consorziati che, si badi bene, possono essere solo ed esclusivamente soggetti pubblici.

Gli enti pubblici consorziati conferiscono al nuovo soggetto il capitale di dotazione, determinano finalità e indirizzi, esercitano la vigilanza, verificano i risultati di gestione.

Il Consorzio si costituisce con atto pubblico notarile.

L'articolo 2, comma 186, lettera e) della legge n. 191/2009 (legge finanziaria 2010), aveva disposto la soppressione dei consorzi di funzioni tra gli enti locali ma non dei consorzi di servizi.

Sulla differenza tra "*consorzi di servizi e consorzi di funzioni*" si è sviluppato negli anni un annoso dibattito e ci sono state diverse pronunce della magistratura contabile anche contrastanti.

La Corte dei Conti della Campania con parere n. 10/2016, riportante il suo precedente parere n.118/2010, esclude la possibilità per gli enti locali di costituire consorzi per i servizi sociali ai sensi dell'articolo 31 del TUEL in quanto, a suo giudizio, i servizi sociali sono da considerare funzioni

fondamentali dei Comuni e non servizi (articolo 117, secondo comma, lettera p) Cost. : … g) progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali e erogazione delle relative prestazioni ai cittadini, secondo quanto previsto dall'articolo 118, quarto comma, della Costituzione; …").

La Corte dei Conti del Lazio, con deliberazione n. 15/2011, che richiama anche il parere della Corte dei Conti della Campania del 2010, viceversa, in netto contrasto con l'orientamento della Corte dei Conti Campania, operò una netta distinzione tra consorzi di funzioni e consorzi di servizi, considerando i consorzi di servizi sociali ascrivibili ai consorzi di servizi e non di funzioni e quindi pienamente attivabili.

Nella sua deliberazione precisa, infatti, che la duplicità dello schema consortile è espressamente prevista dall'articolo 31 del TUEL quale forma organizzativa egualmente percorribile dall'ente locale secondo le norme riferibili all'azienda speciale in quanto compatibili. Tale orientamento è stato successivamente condiviso anche dalla Corte dei Conti della Lombardia, che con parere n. 166/2014 che richiama un suo precedente n. 322/2011, ribadendo la delibera della Corte dei Conti del Lazio, ha chiaramente affermato che "*qualora l'azione della pubblica amministrazione si traduca nella pura erogazione di un servizio alla collettività, in attuazione di precetti costituzionali afferenti a diritti soggettivi assoluti, quali il diritto alla salute o all'assistenza domiciliare per gli anziani o per i disabili, si è al cospetto di un consorzio di servizi*" estraneo a quanto previsto dalla lettera e) del comma 186 dell'art. 2 della legge 191/2009.

Comunque a fugare ogni dubbio interpretativo è intervenuto infine il Parlamento che con l'articolo 1, comma 456 della legge 232/2016, ha ripristinato la possibilità di costituire consorzi di servizi sociali in deroga a quanto prescritto dall'articolo 2, comma 186, della legge n. 191/2009. Pertanto, a decorrere da tale data, i Consorzi di servizi sociali possono essere di nuovo costituiti a prescindere se trattasi di consorzi di funzioni o di servizi.

Resta ferma comunque la possibilità, ai sensi dell'articolo 31, comma 1, del TUEL, di costituire consorzi secondo le norme previste per le aziende speciali di cui all'articolo 114 del TUEL.

Le aziende consortili di servizi alla persona, costituite ai sensi dell'articolo 31 comma 1 del TUEL nelle forme di cui all'articolo 114 del TUEL, a differenza dei Consorzi non sono soggette se non parzialmente ai vincoli di finanza pubblica in materia di patto di stabilità interno e di assunzioni di personale.

La legge di stabilità del 2014 n. 147/2013 (art. 1, commi 550-562), ha stabilito infatti che le aziende consortili non sono più assoggettate al patto di stabilità e sviluppo interno (comma 560). Dall'esercizio 2014, gli organismi partecipati dagli enti locali concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, attraverso la sana gestione dei servizi secondo criteri di economicità ed efficienza (comma 553).

Restano invece in vigore i vincoli di spesa per il personale, ma sono escluse da tali vincoli, previo deliberazione motivata, le aziende speciali *che gestiscono servizi socio-assistenziali ed educativi, scolastici e per l'infanzia, culturali ealla persona e le farmacie*.

E in ogni caso è fatta salva, per le restanti tipologie di attività, l'operatività delle disposizioni recate dall'articolo 76, comma 7, del D.L. 112/08 in materia di consolidamento delle spese di personale tra enti territoriali e organismi partecipati (art.1, comma 557, legge 147/2013).

Infatti, l'articolo 18, comma 2 bis della legge n. 133/08, così come aggiunto e modificato dall'articolo 19, comma 1 della legge n. 102/09, poi sostituito dall'articolo 1, comma 557 della legge n. 147/2013, poi dall'articolo 4, comma 12 bis della legge n. 89/2014 poi modificato dall'articolo 3, comma 5-quinquies della legge 114/2014, esclude dal vincolo di riduzione dei costi del personale attraverso il contenimento degli oneri contrattuali e delle assunzioni, le aziende speciali e le istituzioni che gestiscono servizi socio-assistenziali ed educativi , scolastici e per l'infanzia, culturali e alla persona e le farmacie, fermo restando l'obbligo di mantenere un livello dei costi del personale coerente rispetto alla quantità di servizi erogati.

E' utile precisare, altresì, che la legge regionale n. 11/07, così come modificata dalla legge regionale n. 15/07, all'articolo 44, comma 2, precisa che "*…I Comuni associati erogano i servizi di cui alla*

presente legge, privi di rilevanza economica, anche avvalendosi dell'apporto a mezzo convenzione, delle aziende pubbliche di servizi alla persona…".

Nel caso di specie i servizi socio-assistenziali gestiti dalle aziende pubbliche consortili per i servizi sociali in questione sono da considerare privi di rilevanza economica senza alcun dubbio.

Infatti, secondo le interpretazioni rilevabili dai pareri della Corte dei Conti, dai pareri della Corte di giustizia europea e dalla letteratura giuridica reperibile in materia, sono classificabili come servizi a rilevanza economica tutti quei servizi pubblici locali assunti dall'ente laddove la tariffa richiedibile all'utente sia potenzialmente in grado di coprire integralmente i costi di gestione e di creare un'utile di impresa che non deve essere di modesta entità.

Per cui non hanno rilevanza economica quei servizi che, per obbligo di legge o per disposizione statutaria/regolamentare del Comune o dei Comuni, prevedono o consentono l'accesso anche a fasce deboli non in grado di contribuire, laddove naturalmente questa fascia di sotto-contribuzione sia tale da compromettere una gestione remunerativa del servizio e non sia possibile prevedere eventuali compensazioni economiche agli esercenti i servizi, nei limiti delle disponibilità di bilancio).

L'Unione di Comuni è disciplinata dall'articolo 32 del TUEL. Con essa è possibile l'esercizio sia di funzioni delegate che di servizi.

Dalla lettura del primo comma dell'articolo 32, si evince chiaramente la impossibilità di costituire una Unione di Comuni per esercitare una singola funzione. La norma parla infatti espressamente di "pluralità di funzioni". Ed effettivamente non avrebbe senso costituire una Unione di Comuni per esercitare una sola funzione tenuto conto che trattasi di un *supercomune* a tutti gli effetti, costituito dai medesimi organi dell'ente locale (Presidente, Consiglio, Giunta dell'Unione).

L'atto costitutivo e lo statuto dell'Unione sono approvati dagli organi consiliari dei Comuni associati con le procedure e la maggioranza richiesta per le modifiche statutarie. La statuto definisce gli organi dell'Unione, le modalità di funzionamento, le funzioni, le dotazioni strumentali e finanziarie i reciproci obblighi e responsabilità Il Presidente dell'Unione è scelto tra i Sindaci dei Comuni associati e tutti i componenti degli organi sono scelti tra i componenti di Giunte e Consigli garantendo i diritti delle minoranze.

Insomma l'Unione di Comuni è la forma associata ideale per l'esercizio di una molteplicità di funzioni utili ad assicurare economie di scala e maggiore efficienza-efficacia gestionale per aree sovra comunali con forti caratteristiche di omogeneità geomorfologiche e socio-economiche. Ma non avrebbe senso né legittimità la costituzione di un Unione di Comuni per la sola gestione dei servizi sociali.

Ai sensi dell'articolo 13 del TUEL, i Comuni hanno tre funzioni prioritarie: i servizi alla persona e alla comunità, la promozione dello sviluppo locale e l'assetto e utilizzazione del territorio. Si tratta di funzioni che presentano un elevato grado di complessità e richiedono assetti organizzativi e gestionali di difficile realizzazione a livello di singolo comune, in special modo nei comuni di dimensioni piccole. Si tratta altresì di funzioni che richiedono un elevato grado di integrazione strategica e di coordinamento operativo di area vasta.

A queste funzioni vanno ricondotte le politiche per l'occupazione e la crescita economica ivi incluso il governo unitario delle aree di sviluppo industriale, dei mercati ortofrutticoli e della grande distribuzione, il sostegno alla commercializzazione dei prodotti e alle strategie di internazionalizzazione dell'economia locale, il sostegno alla ricerca applicata per l'innovazione di processo e di prodotto, il governo della mobilità urbana e interurbana e della comunicazione digitale, la pianificazione territoriale e ambientale inclusa la gestione del ciclo dei rifiuti, l'organizzazione e gestione della filiera dei servizi sociali, sociosanitari, sanitari, culturali, della formazione e dell'istruzione, le politiche di sicurezza e di tutela delle comunità locali.

Di tutte queste funzioni, salvo che per i Comuni con popolazione fino a 5000 abitanti, per i quali esiste l'obbligo della gestione associata delle funzioni fondamentali, solo i servizi sociali sono stati affidati per legge alla gestione associata ma è fuor di dubbio che anche tutte le altre funzioni elencate

necessitano di un governo unitario e integrato di area vasta per sviluppare il massimo di efficienza, efficacia ed economicità, al fine di collocare il territorio nella migliore posizione per competere nel contesto regionale e globale.

Proprio in questa ottica di **integrazione territoriale delle politiche**, sarebbe certamente auspicabile la forma associativa dell'Unione di Comuni. Una forma associativa capace di assicurare la regia e il coordinamento di una pluralità di funzioni anche attraverso più forme di gestione scelte in funzione delle esigenze del territorio e delle caratteristiche delle attività e dei servizi da effettuare. Sicuramente dentro una tale ottica di coordinamento e integrazione delle politiche, crescerebbe in maniera esponenziale anche l'efficacia delle politiche sociali e sociosanitarie.

L'Unione possiede personalità giuridica, autonomia di bilancio e dotazione organica.

L'Unione di Comuni esclude la partecipazione di altri soggetti pubblici diversi dai Comuni e quindi sia della Provincia che dell'ASL. Con essi però è possibile realizzare forme di coordinamento mediante la sottoscrizione di apposite convenzioni.

L'Unione di comuni è sicuramente la forma più completa di governo di un territorio omogeneo costituito da un area vasta che include più comuni. Consente la gestione sia di funzioni che di servizi e disponendo di una propria dotazione organica, anche la eventuale stabilizzazione del personale. Ovviamente richiede maggiori costi di gestione e una procedura di costituzione e di funzionamento sicuramente più articolata e complessa.

Il necessario superamento della Convenzione ex articolo 30 del TUEL

La quasi totalità degli Ambiti territoriali della Campania ha adottato la forma associativa della Convenzione ex art. 30 del TUEL. Una soluzione utile nella fase iniziale del processo di riforma per superare la generale ritrosia dei comuni a cedere proprie attribuzione a una forma associativa esponenziale della dimensione locale, ma sempre meno adeguata a garantire assetti organizzativi e gestionali coerenti con le funzioni programmatorie, progettuali e operative attribuite agli ambiti territoriali nel corso degli anni.

La Convenzione è palesemente uno strumento utile per gestire in forma coordinata attività o progetti da realizzare in un preciso e determinato arco temporale e con personale appositamente distaccato o reclutato per una durata temporale definita e determinata. Ma i servizi sociali non sono attività o progetti a termine, essi rientrano tra le funzioni fondamentali degli enti locali definiti dall'articolo 117 della Costituzione. Con il Dlgs. n. 147/2017, articolo 2, comma 13, articolo 5, comma 10 e articolo 6, comma 13, sono stati inequivocabilmente definiti livelli essenziali delle prestazioni ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione. Cioè sono diritti esigibili e non progetti di servizi erogabili una tantum in forma occasionale e/o temporanea.

Pertanto devono essere erogati con continuità e senza interruzioni e pertanto necessitano di assetti organizzativi stabili e a tempo indeterminato. Cioè per erogare servizi continuativi ed esigibili per legge servono forme associative stabili, dotate di personalità giuridica, autonomia organizzativa e di bilancio e operatori con rapporti di lavoro continuativi e non a termine. Il fondo unico di ambito, nel quale confluiscono una molteplicità di fonti di finanziamento, allo stesso modo con il quale da anni assicura il finanziamento degli operatori sociali reclutati quasi esclusivamente con rapporti di lavoro precari e a termine, può assicurare il finanziamento di rapporti di lavoro stabili e a tempo indeterminato.

Le stesse linee guida per l'impiego della "Quota servizi del Fondo povertà, di cui al D.Lgs. n. 147/2017" del 22 novembre 2018, emanate dal Ministero del Welfare, DG Inclusione Div. 2, hanno ribadito che le risorse di detto fondo vanno prioritariamente utilizzate a sostegno delle strutture organizzative degli Ambiti Territoriali deputate alla erogazione dei servizi di sostegno al REI. Nelle medesime linee guida è stato evidenziato, altresì, che l'esigenza di rafforzamento di detti servizi *" permane valida anche nella prospettiva di superamento del REI in favore della introduzione della più ampia misura del Reddito di cittadinanza".*

L'articolo 36 del D.Lgs. n. 165/01, dispone che "*per le esigenze connesse con il proprio fabbisogno ordinario le pubbliche amministrazioni assumono esclusivamente con contratti di lavoro subordinato*

a tempo indeterminato". Esse possono stipulare contratti di lavoro a tempo determinato "*soltanto per comprovate esigenze di carattere esclusivamente temporaneo o eccezionale*". E' del tutto evidente che un livello essenziale di assistenza non può in alcun modo essere considerato "una esigenza di carattere esclusivamente temporanea o eccezionale". E' utile, infine evidenziare che il comma 5-quater del predetto articolo 36, prevede che "*i contratti di lavoro a tempo determinato posti in essere in violazione del presente articolo sono nulli e determinano responsabilità erariale*" a carico dei dirigenti che li hanno posti in essere.

La Regione ha ripetutamente invitato gli Ambiti Territoriali, nei precedenti Piani Sociali Regionali, a dotarsi di forme associative più adeguate ad assicurare l'esigibilità, la continuità e la qualità dei servizi e delle prestazioni. In larghe aree della nostra regione, purtroppo persistono ancora forme associative assolutamente inadeguate ai compiti ai quali gli Ambiti Territoriali sono chiamati, con conseguenze pesanti in termini di mancata erogazione dei servizi e di mancata effettuazione della spesa. Una situazione obiettivamente inaccettabile a fronte di un bisogno di servizi e prestazioni in costante crescita a causa della crisi economica globale che può determinare anche la restituzione di parte delle risorse già assegnate vanificando gli ottimi risultati raggiunti dall'Assessorato nel riparto delle risorse nazionali a vantaggio della nostra regione.

Al fine di evitare il consolidarsi di tale situazione di inadempienza ed inefficienza è intervenuto anche il Governo nazionale inserendo nel decreto istitutivo del REI precisi indirizzi normativi. Infatti l'articolo 23 del D.Lgs. n. 147/2017, al comma 5, invita le regioni a definire "*specifiche forme strumentali per la gestione associata dei servizi sociali a livello di ambito territoriale sulla base della legislazione vigente, inclusa la forma del consorzio ai sensi dell'articolo 1, comma 456, della legge 232/2016, finalizzate ad assicurare autonomia gestionale, amministrativa e finanziaria e continuità nella gestione associata* …" e al comma 6, ad individuare "*strumenti di rafforzamento della gestione associata nella programmazione e nella gestione degli interventi a livello di ambito territoriale, anche mediante la previsione di meccanismi premiali nella distribuzione delle risorse* …".

La Regione Campania, in esecuzione di detti indirizzi ha già previsto premialità economiche a favore degli Ambiti che costituiscono forme associative e/o di gestione diverse dalla Convenzione ex art. 30 ed altre ancora ne prevederà già a partire dai prossimi riparti finanziari per gli Ambiti.

IV.1.2 Il Coordinamento Istituzionale

L'organo di governo associato delle politiche sociali che sovraintende alla gestione del Piano di zona è il Coordinamento Istituzionale. Esso è regolato dall'articolo 11 della legge n.11/07, ed esercita le funzioni di indirizzo programmatico, di coordinamento e controllo della realizzazione della rete territoriale dei servizi sociali e sociosanitari.

Esso è costituito dai Sindaci dei Comuni dell'Ambito territoriale e, in materia di integrazione sociosanitaria anche dal Direttore Generale dell'ASL di riferimento e dal presidente della provincia o loro delegati.

Per esercitare le sue funzioni, in particolare:

- adotta il piano di zona;
- adotta i regolamenti obbligatori di Ambito di cui all'articolo 10, comma 2, lettera e), incluso il regolamento che disciplina il suo funzionamento, a maggioranza assoluta dei suoi componenti;
- propone ai Comuni associati la forma associativa delle funzioni e le forme di gestione del sistema integrato dei servizi dell'Ambito territoriale ai sensi del TUEL;
- nomina, sino alla adozione di forme associative e modalità di gestione permanenti, il comune capofila d'ambito, al quale attribuire le funzioni di coordinamento e responsabilità di gestione amministrativa e contabile del piano di zona;
- nomina il coordinatore, istituisce l'Ufficio di piano dell'Ambito territoriale, regola il funzionamento e i rapporti con il comune capofila e i comuni associati, nel rispetto delle direttive regionali e della

forma associativa prescelta;

- istituisce l'ufficio di piano dell'ambito territoriale, ne regola il funzionamento ed i rapporti con il comune capofila e i comuni associati, nel rispetto delle direttive regionali e delle forme associative e modalità di gestione scelte;
- verifica la corrispondenza dell'attività gestionale con le finalità e la programmazione del piano di zona;
- istituisce il fondo unico di ambito (FUA);
- assicura l'adozione degli atti istitutivi degli strumenti di regolarità amministrativa e contabile, di gestione e valutazione del controllo strategico di cui al D.Lgs. n. 286/99;
- garantisce il raggiungimento degli obiettivi di qualità del sistema territoriale dei servizi sociali e sociosanitari mediante l'adozione degli strumenti normativi e i servizi di cui all'articolo 10, comma 3, della legge n. 11/07.

Il comma 4 dell'articolo 11 precisa che il Coordinamento Istituzionale conserva le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo se la natura e l'ordinamento istituzionale della forma associativa lo consentono. E' del tutto evidente, infatti, che con l'adozione di forme associative diverse dalla Convenzione, le funzioni del Coordinamento istituzionale vengono assorbite dagli organi delle nuove forme associative. Ad esempio nel caso di Consorzi di cui all'articolo 31 anche nelle forme di cui all'articolo 114 (aziende consortili) le funzioni del C.I. saranno assorbite dall'Assemblea Consortile e dal Consiglio di amministrazione, e lo stesso dicasi nel caso di Unioni di Comuni, dove le medesime funzioni saranno assorbite dal Consiglio e dalla Giunta dell'Unione.

IV.1.3 L'Ufficio di Piano

Il comma 4 dell'articolo 23 della legge regionale n. 11/07 evidenzia che l'Ufficio di Piano, "struttura tecnica di supporto alla realizzazione del piano di zona", si avvale di personale incardinato con altre funzioni presso il Comune capofila o altro Comune dell'Ambito, delle ASL e di ulteriori rapporti di collaborazione esterna. Il suo funzionamento è regolato da apposito regolamento ed è diretto di norma da un Responsabile in possesso dei titoli di studio e dei requisiti professionali richiesti alle figure professionali sociali, in coerenza alle disposizioni per la dirigenza pubblica e privata.

La Regione Campania, come già stabilito nel Piano regionale per la lotta alla povertà, al fine di garantire una più efficace ed efficiente gestione dei servizi sociali territoriali istituisce un Elenco dei Direttori e dei Coordinatori degli Ambiti Sociali, cui attingeranno i Cda dei Consorzi /Aziende Consortili e i Coordinamenti Istituzionali per l'individuazione del responsabile (Direttore/ Coordinatore) dell' Ufficio di Piano."

Quindi rappresenta il soggetto attuatore degli indirizzi del Coordinamento Istituzionale e di tutto quanto programmato nel Piano di Zona e negli ulteriori strumenti di programmazione che gli indirizzi nazionali e regionali richiedono.

Perciò in esso si sommano una molteplicità di funzioni di gestione tra di loro fortemente integrate e complementari:

- gestione delle diverse forme di concertazione propedeutiche alla programmazione sociale territoriale (governante sociale);
- gestione delle diverse fasi della programmazione e della progettazione di prestazioni e servizi;
- gestione delle attività di monitoraggio, verifica e valutazione dei programmi, dei progetti e dei singoli servizi e prestazioni;
- gestione delle fasi di realizzazione dei servizi e delle attività programmate;
- gestione delle relazioni con gli utenti e con gli stakeholder territoriali;

- gestione dell'Ufficio tutela degli utenti;
- gestione delle procedure di autorizzazione e accreditamento;
- gestione delle attività economico-finanziarie;
- gestione delle relazioni con la rete locale dei servizi pubblici, con gli organismi regionali e nazionali e con le amministrazioni comunali dell'Ambito;
- gestione di tutte le attività di informazione, comunicazione e trasparenza;
- gestione dell'accesso e della presa in carico;
- gestione delle emergenze sociali.

Tutte queste funzioni richiedono rispetto di tempi, procedure definite e trasparenti, competenze tecniche molteplici, autonomia gestionale e contabile che possono essere garantite solo con assetti istituzionali e organizzativi stabili, figure professionali coerenti con le attività da svolgere e personale dedicato.

In particolare, l'Ufficio di Piano dovrà obbligatoriamente prevedere le seguenti aree di attività, con dotazioni organiche rapportate agli effettivi carichi di lavoro:

Area servizi strumentali e di supporto (Back Office)
1.a Programmazione, progettazione, attuazione, monitoraggio e valutazione
1.b Gestione Amministrativa
1.c Gestione Contabile
1.d Gestione servizi digitali, informazione, comunicazione e trasparenza

Area servizi di front-line
2.a Servizi per l'accesso
2.b Servizi per la presa in carico
2.c Servizi per minori e famiglie

Si evidenzia che, ove fra il personale in organico nei Comuni dell'Ambito o nella ASL, non risultino presenti e/o disponibili le figure professionali necessarie ad assicurare il regolare svolgimento delle funzioni su elencate, si dovrà procedere a reclutarle all'esterno secondo le disposizioni vigenti in materia di reclutamento del personale.

A tal proposito si rammenta che il nuovo piano regionale della Campania per la lotta alla povertà fissa il rapporto assistenti sociali – popolazione a 1 a 5000. La Circolare della Ministero del Welfare, DG Inclusione Div 2, prot. n. 11812 del 22 novembre 2018, prevede espressamente che la "Quota servizi del fondo povertà" dovrà essere prioritariamente assicurata per assicurare il rispetto di detto standard. In essa possono essere incluse anche le figure professionali necessarie ad assicurare i servizi di sostegno previsti nei progetti personalizzati.

Il comma 4 dell'articolo 23 della legge regionale n. 11/07, evidenzia che la direzione dell'Ufficio di Piano è ascrivibile alla dirigenza pubblica o privata. Pertanto non risulta possibile prevedere Responsabili/Dirigenti di Uffici di Piano privi di funzioni dirigenziali o, peggio ancora, subordinati a Dirigenti/Funzionari esterni alla struttura, incardinati con altre funzioni presso il Comune capofila o altro Comune dell'Ambito.

Il Responsabile/Dirigente dell'Ufficio di Piano, per l'importanza del ruolo che ricopre, e per la natura fiduciaria del rapporto con gli organi di indirizzo, deve essere una figura totalmente ed esclusivamente dedicata, con rapporto di lavoro dipendente, anche a termine, ed in possesso di titolo di laurea magistrale o vecchio ordinamento, preferibilmente in una delle classi di laurea richieste per le figure professionali sociali.

Si precisa, infine che il 40% del FNPS è vincolato allo svolgimento di servizi per minori e famiglie mentre il residuo 60% è privo di vincoli di destinazione, e pertanto, ove necessario, può essere utilizzato anche per reclutamento di personale.

Si conferma anche per il triennio 2019-2021 il limite complessivo del 20% del FUA per l'utilizzo di

personale esclusivamente presso l'Ufficio di Piano, il Servizio Sociale Professionale e il Segretariato Sociale. Tale limite costituisce la somma complessiva del FUA (calcolato in base alle disponibilità finanziarie) che potrà essere utilizzata per l'impiego di figure esterne. Si ribadisce, infine, la necessità di dotare l'ufficio di piano di una dotazione di personale stabile, con almeno per le figure cardine prevalenza di rapporti di lavoro a tempo indeterminato.

Gli operatori degli uffici di piano

Con il compito di elaborare e attuare la programmazione secondo quanto stabilito dall'organo politico di riferimento, nonché di gestire, amministrare, monitorare e valutare il Piano Sociale di Zona Territoriale, gli operatori dell'Ufficio di Piano hanno un ruolo strategico per il buon funzionamento dell'Ambito.

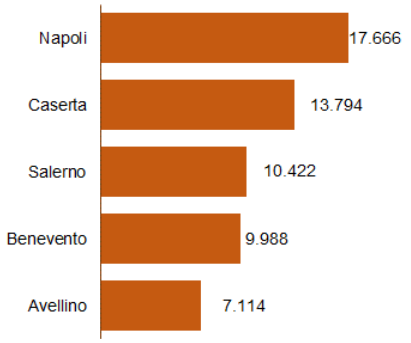


Grafico 79: abitanti per operatore UdP

Nella II annualità sono stati previsti per i 58 Ambiti monitorati 417 operatori, con grandi differenze su base provinciale: il primato è della provincia napoletana con 1 operatore dell'Ufficio di Piano per 17.666 cittadini, mentre all'opposto nella provincia di Avellino ve n'è 1 ogni 7.114 [grafico 79].

Il primato negativo nel numero di operatori per abitante della provincia di Napoli è bilanciato da quello positivo per la forma contrattuale utilizzata, che vede la prevalenza del tempo indeterminato, molto al di sopra della percentuale presente su base regionale [grafico 80].

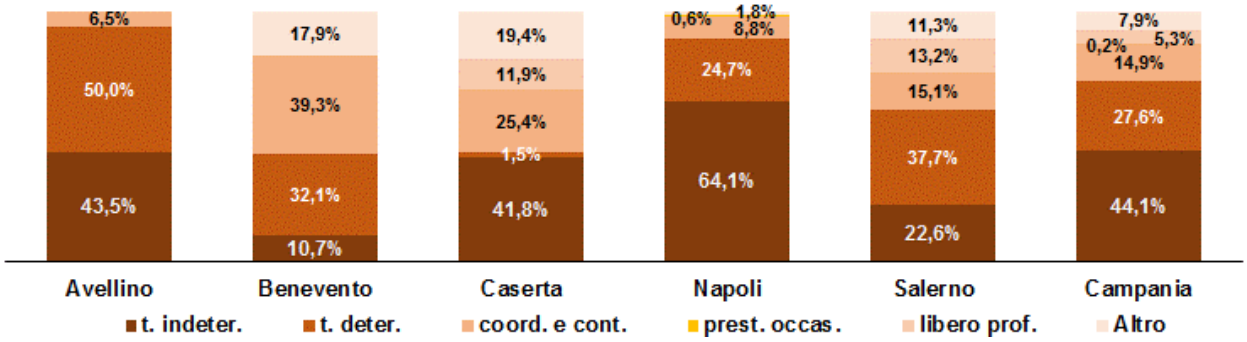


Grafico 80: distribuzione % su base provinciale delle tipologie contrattuali degli operatori UdP

Probabilmente perché si ricorre maggiormente all'utilizzo di dipendenti comunali, in quanto tali con contratto a tempo indeterminato, nella provincia di Napoli è minore che altrove la percentuale di operatori in possesso di diploma di laurea, presenti nel 61,8% dei casi a fronte di una percentuale che nella altre province va dall'83,6% di Caserta all'85,7% di Benevento, con una percentuale su base regionale pari al 75,1% [grafico 81].

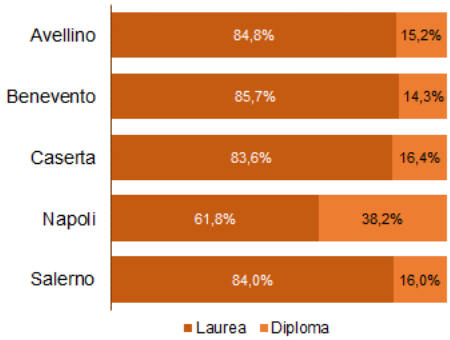


Grafico 81: % laureati e diplomati negli UdP

Come rappresentato nel seguente grafico [grafico 82], di gran parte dei 313 operatori degli UdP laureati (il 54,95%) non è possibile conoscere il titolo di studio specifico in quanto non è stato registrato, mentre relativamente prevalenti sono i sociologi (12,14%), gli assistenti sociali, gli economisti, i laureati in giurisprudenza e quindi gli psicologi, mentre varie sono le lauree dell'ulteriore 9,6%.

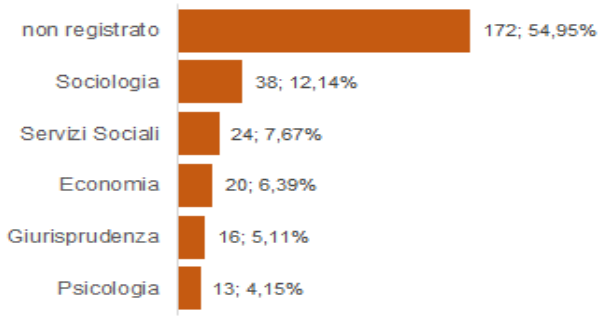


Grafico 82: titolo di studio dei laureati degli UdP

La media e la deviazione standard su base provinciale della percentuale di operatori degli Uffici di Piano laureati degli Ambiti è rappresentato nel grafico in basso [grafico 83]. La media degli Ambiti napoletani (la cui numerosità dà luogo ad una bolla più grande) è inferiore a quella regionale ma, poiché la variabilità è superiore, la deviazione standard è maggiore e quindi si collocano nel quadrante in alto a sinistra, mentre tutti gli altri hanno con media e deviazione standard inferiore, e quindi sono nel quadrante in basso a destra.

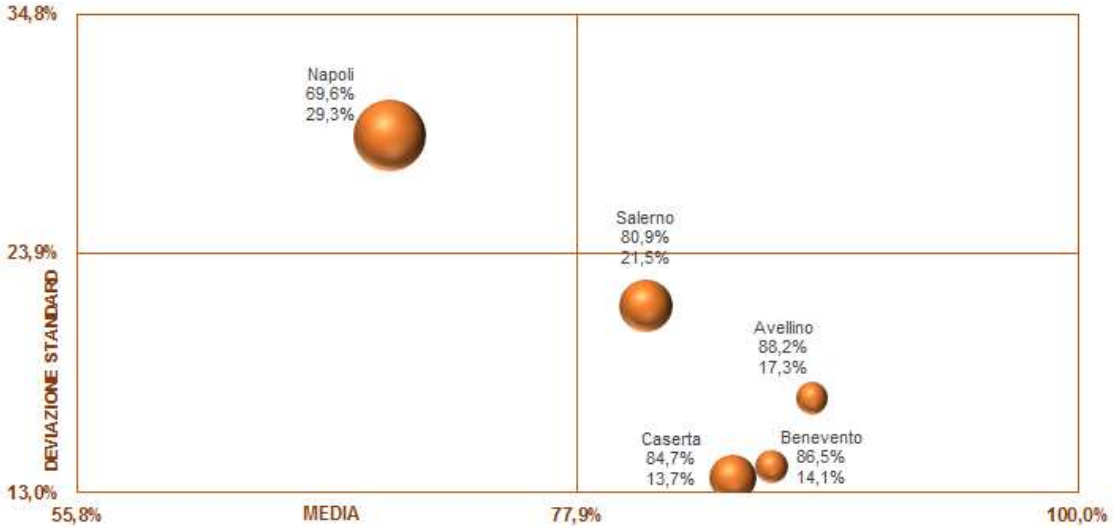


Grafico 83: media e deviazione standard su base provinciale degli operatori laureati degli operatori UdP

IV.1.4 Il Servizio Sociale Professionale e il servizio di segretariato sociale

Il servizio di segretariato sociale e il servizio sociale professionale rappresentano due livelli essenziali di assistenza ripetutamente richiamati dalla normativa vigente (articolo 22, comma 4, della legge 328/00, articolo 5, comma 1. Lettera a) della legge regionale n. 11/07, articoli 5, comma 10, e articolo 7 del D.Lgs. n. 147/2017).

Pertanto sono prestazioni da considerare attività ordinarie dei comuni associati da assicurare in via permanente. Ciò comporta che nella definizione dei piani triennali dei fabbisogni di personale di cui all'articolo 6 del D.Lgs. n. 165/01 e ss. ii. mm., le figure professionali necessarie ad assicurare dette prestazioni vanno previste con vincolo di obbligatorietà. E' utile precisare, a tal proposito che l'articolo 36 comma 1, del D.Lgs. N. 165/01, recita testualmente che *"per le esigenze connesse con il proprio fabbisogno ordinario le pubbliche amministrazioni assumono esclusivamente con contratti di lavoro subordinato a tempo indeterminato … '.*

Il Piano regionale della Campania per la lotta alla povertà 2018-2020, approvato con DGR n. 504 del 2 agosto 2018, riprendendo gli indirizzi del piano nazionale, ha fissato il rapporto assistenti sociali – popolazione a 1 a 5.000.

Al fine di superare gli eventuali vincoli di spesa del personale, nell'intento di garantire i servizi di accesso e presa in carico dei nuclei beneficiari del REI, la legge di bilancio 2018, n. 205/2017, comma 200, consente il reclutamento di assistenti sociali con contratti di lavoro flessibile in deroga al tetto di spesa fissato dall'articolo 9. Comma 28, del D.L. n. 79/2010.

Il segretariato sociale effettua l'accoglienza, il primo ascolto e l'orientamento del cittadino portatore di domande di aiuto, prestazioni o servizi. Lo spazio fisico da destinare a tale servizio va considerato in maniera totalmente diversa da un ordinario sportello. Esso deve infatti prevedere le necessarie condizioni di privacy e garantire un contesto facilitatore della relazione tra operatore e utente.

Nella fase di accoglienza, gli operatori del segretariato sociale effettuano la decodifica del bisogno e filtrano la domanda in modo da trasferire alla fase di presa in carico, effettuata dal servizio sociale professionale, solo gli utenti portatori di domande complesse. Al pari della fase di presa in carico, anche la fase di prima accoglienza richiede la presenza di personale esperto e qualificato, individuato in via prioritaria tra gli assistenti sociali.

Al servizio sociale professionale spetta la presa in carico dell'utente e la responsabilità del progetto individualizzato sul singolo caso. Per la definizione del progetto personalizzato l'assistente sociale può avvalersi, della presenza di altre figure professionali per la valutazione multidimensionale del caso.

Nel caso di bisogno sociosanitario, partecipa con poteri di spesa alla Unità di valutazione integrata. Di norma è l'assistente sociale a svolgere la funzione di case manager, assumendo la responsabilità del progetto, e coinvolgendo nella sua realizzazione l'utente e i suoi familiari, oltre alle altre figure professionali coinvolte (medico di medicina generale, psicologo, educatore, oss, osa, ecc.).

L'accesso al sistema dei servizi sociali e la presa in carico dell'utente è assicurato da questi due fondamentali servizi. In particolare il servizio sociale professionale svolge funzioni di rilevanza istituzionale anche per conto di altre amministrazioni pubbliche, in particolare, l'amministrazione della giustizia. Il molti Ambiti territoriali si riscontrano ancora situazioni di totale esternalizzazione di tali servizi con notevoli difficoltà derivanti dalla discontinuità degli operatori e dal mancato riconoscimento del ruolo istituzionale degli stessi.

Pertanto, come già ribadito nel precedente PSR, "si ribadisce la necessità di dotarsi di figure professionali istituzionali che abbiano la responsabilità sia della qualità del processo sia della sostenibilità dei costi nella presa in carico degli utenti, nelle Unità di Valutazione Integrata (UVI), nell'elaborazione del progetto individualizzato, nella valutazione del percorso e nelle scelte di dismissione", precisando che il nuovo quadro normativo non consente più una definizione del fabbisogno del personale che non tenga conto di un livello essenziale di assistenza di rango costituzionale.

Gli operatori del Servizio Sociale Professionale

Sebbene l'articolo 5 della Legge Regionale n. 11/2007 e s.m.i., prescrive che debba essere garantito almeno un assistente sociale ogni 10.000 abitanti, consultando i dati relativi alla II annualità riferiti ai 586 assistenti sociali, non sempre tale disposizione sembra rispettata, giacché su base provinciale sia a Caserta che a Salerno il rapporto risulta essere superiore [grafico 84].

Anche per ciò che riguarda il SSP sul territorio regionale vi sono molte differenze per ciò che concerne le forme contrattuali utilizzate, con l'indiscusso primato nella provincia napoletana dei contratti a tempo indeterminato [grafico 85].

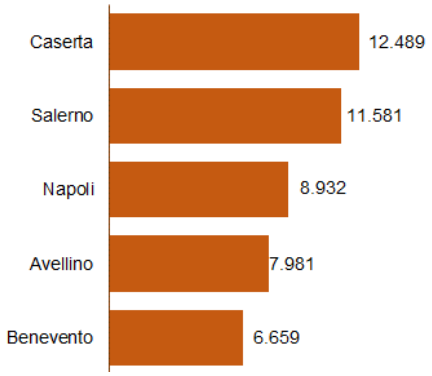


Grafico 84: abitanti per operatore SSP

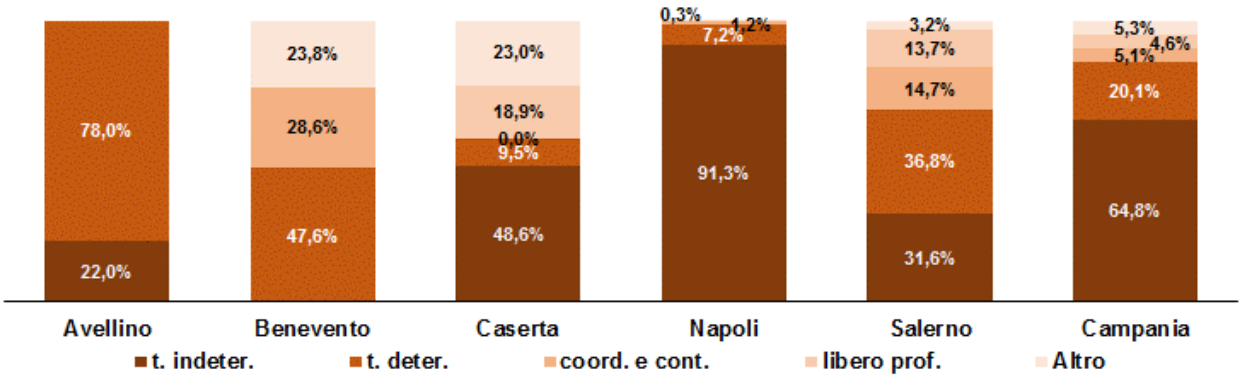


Grafico 85: distribuzione % su base provinciale delle tipologie contrattuali degli operatori SSP

fonte: http://burc.regione.campania.it

Poiché il "Piano Regionale della Campania per la Lotta alla Povertà 2018-2020", tra i risultati attesi indicati a livello nazionale prevede la presenza di almeno un assistente sociale a tempo pieno ogni 5.000 abitanti, il fabbisogno regionale di assistenti sociali è pari a 1.123 unità, e poiché i 586 presenti corrispondono a 358 operatori a tempo pieno, è necessario provvedere al reclutamento di altre 765 unità.

Come di evince dal grafico seguente [grafico 86], attualmente la copertura su base regionale è del 31,9%: su 58 Ambiti 16 sono al di sopra di essa e solo 2 hanno un numero di assistenti sociali superiore al 50% di quelli necessari.

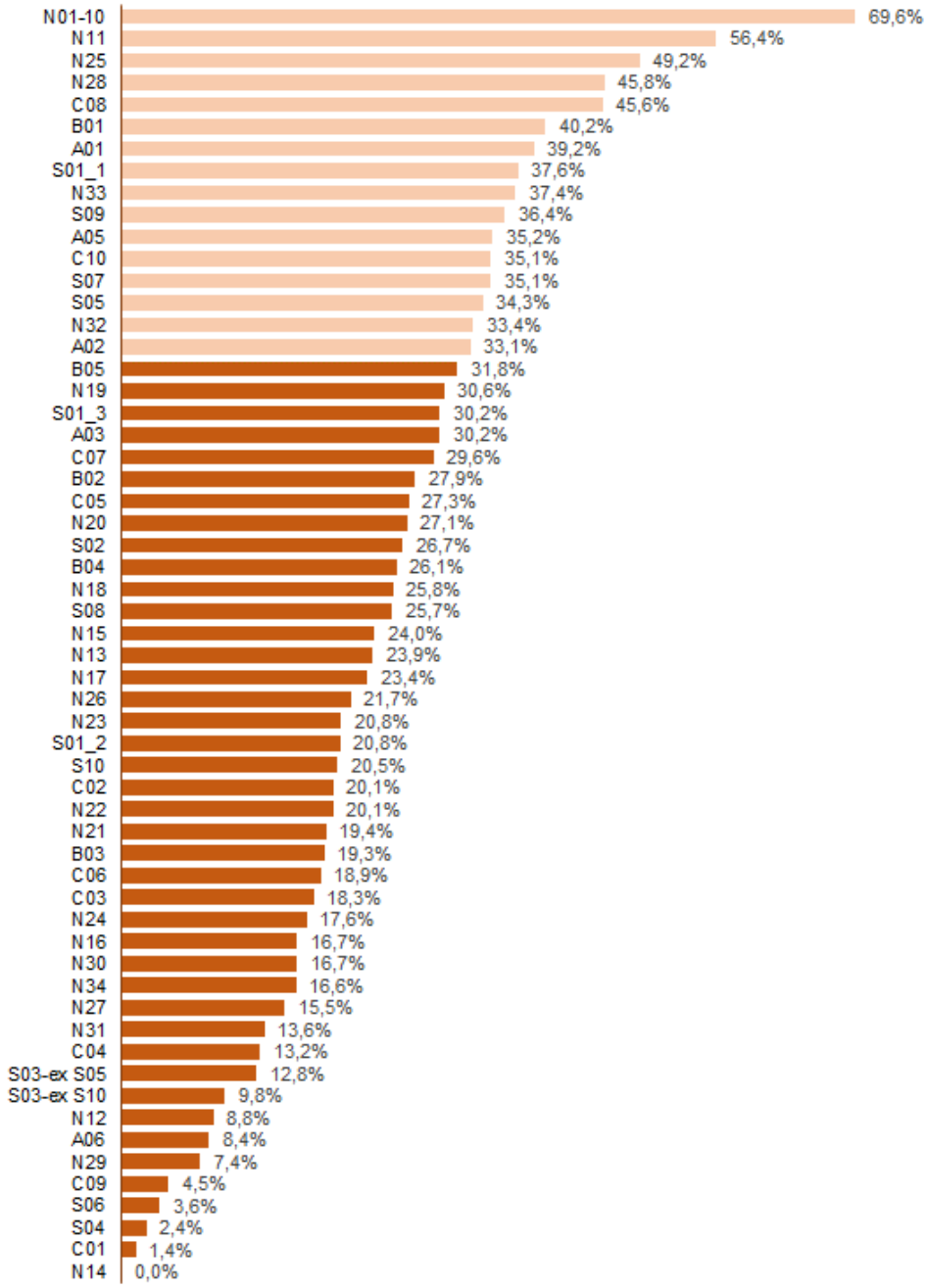


Grafico 86: presenza % negli Ambiti del numero minimo previsto di operatori SSP

Considerando la media e la variabilità della copertura rispetto al fabbisogno [grafico 87], come si evince dal grafico seguente sono gli Ambiti avellinesi a presentare la media migliore, leggermente superiore a quelli beneventani che però sono tra loro molto più omogenei, e perciò presenti anch'essi nel quadrante in basso a destra ma molto al di sotto. Superiori alla media sono gli Ambiti napoletani, grazie come si è visto nel precedente grafico a barre all'ottima copertura di Napoli (N01-10), ma poiché la situazione tra di loro è molto differenziata, si collocano nel quadrante in alto a destra.

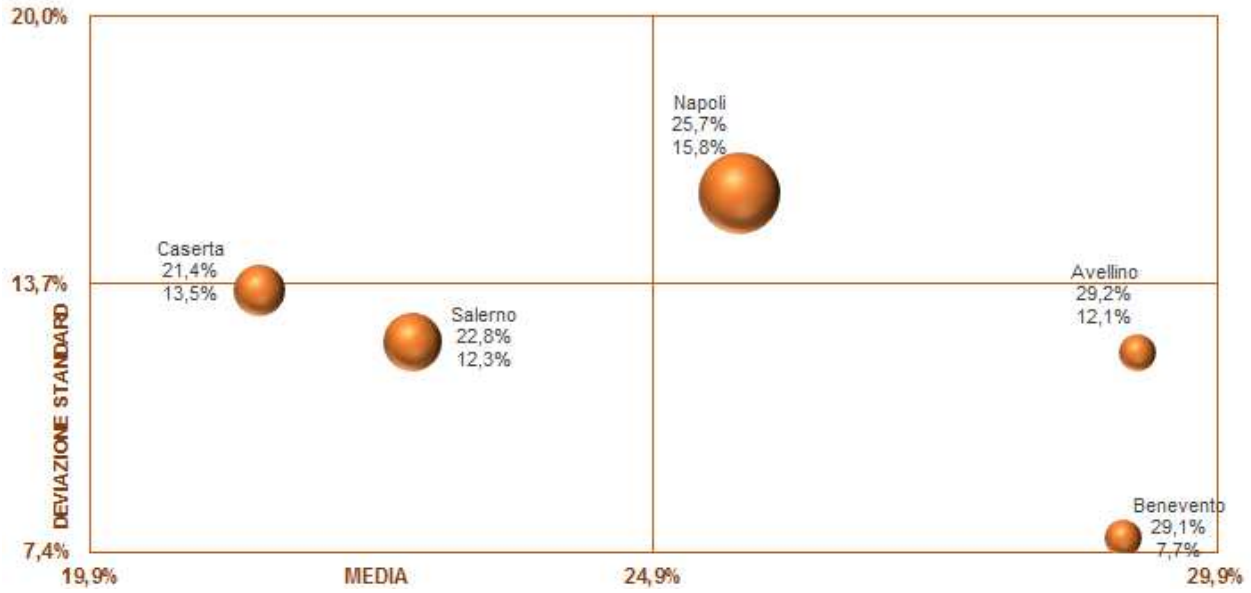


Grafico 87: media e deviazione standard su base provinciale del numero minimo previsto di operatori SSP

Gli operatori del Segretariato Sociale

Nella II annualità sono 49 gli Ambiti che hanno programmato l'impiego di operatori SS, ovvero l'84,5% degli Ambiti campani [grafico 88], nei quali le 451 unità su base provinciale ad eccezione di Avellino hanno realizzato un rapporto superiore ad 1 per 10.000 abitanti, con il primato della provincia di Caserta, dove il rapporto è di 1 a 22.541 [grafico89].

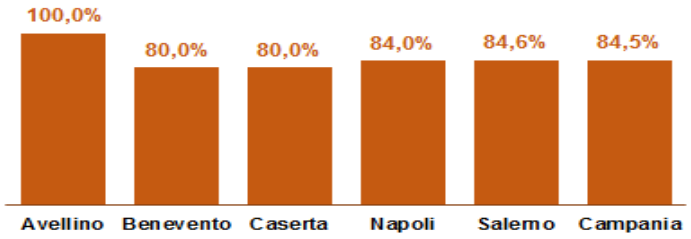


Grafico 88: % Ambiti che hanno previsto operatori SS

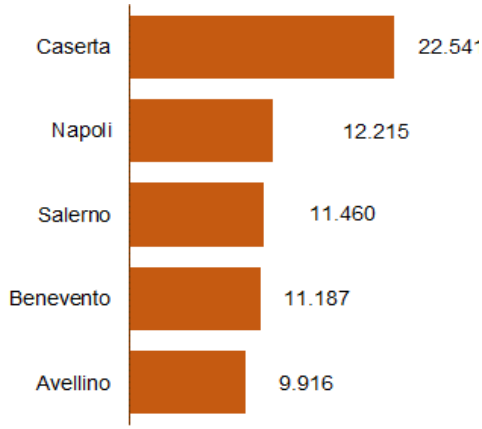


Grafico 89: abitanti per operatore SS

Come per gli altri settori ed in analogia ad essi, molto differenziato è lo status contrattuale degli operatori del segretariato, con una prevalenza del tempo indeterminato nella provincia di Napoli, del tempo determinato in quella di Avellino, ed una prevalenza di altre forme contrattuali nella provincia di Caserta.

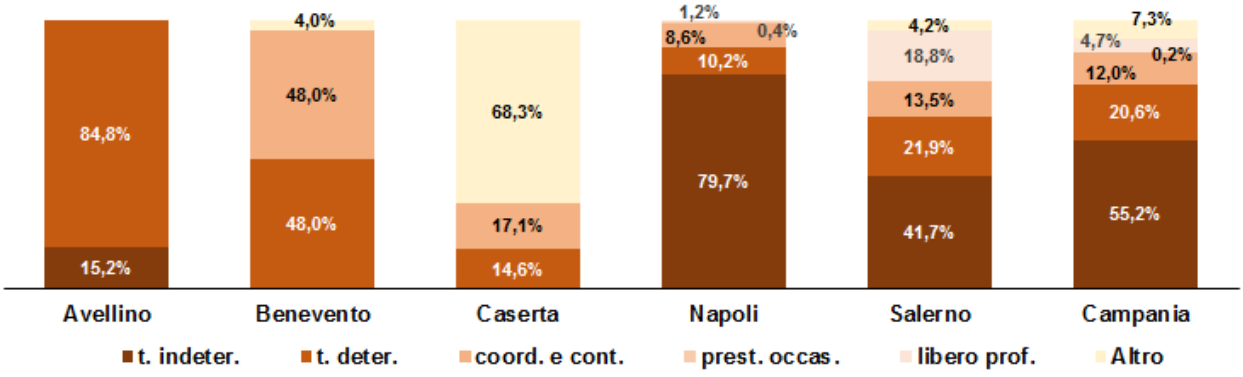


Grafico 90: distribuzione % su base provinciale delle tipologie contrattuali degli operatori SS

IV.1.5 L'ufficio di tutela degli utenti

L'Ufficio Tutela degli utenti previsto dell'art. 48 della L.R. 11/2007 è costituito dai singoli Ambiti Territoriali. Ad esso deve rivolgersi il cittadino – utente per rappresentare reclami circa il disfunzionamento di un servizio sia pubblico sia privato con particolare riferimento al mancato rispetto dei requisiti di autorizzazione/acccreditamento, del patto di servizio o di impegni contrattuali o della carta dei servizi.

L'Ambito deve dotare detto ufficio di figure professionali con competenze giuridico-legali, in grado di orientare e accompagnare l'utente nella sua azione di reclamo e di intervenire per denunciare e/o rimuovere le inadempienze riscontrate.

L'ufficio, dotato di una propria modulistica, deve essere collocato in uno spazio facilmente raggiungibile e riconoscibile, assicurare recapiti telefonici e digitali costantemente attivi e orari certi anche pomeridiani.

IV.1.6 Tavolo per la Valutazione e la Promozione delle Politiche Sociali in Campania

La grande partecipazione all'iniziativa "Primavera del Welfare", realizzata nel marzo del 2017, ha evidenziato l'utilità del coinvolgimento degli attori del welfare campano, necessario per acquisire la pluralità dei punti di vista indispensabili per la promozione di politiche efficaci oltre che efficienti.

Con propria deliberazione n. 61/2018 la Giunta ha ritenuto pertanto di dover attivare un organismo che, attraverso il pieno e sistematico coinvolgimento dei soggetti più rappresentativi delle comunità campane, potesse realizzare un'attività di monitoraggio e valutazione in grado di concorrere compiutamente al superamento di logiche burocratiche e gerarchiche, come del resto già auspicato nel Piano Sociale Regionale 2016-2018, e che coinvolgendo gli organismi già operanti, utilizzasse proficuamente il Sistema Informativo Sociale in via di realizzazione.

Il Tavolo per la Valutazione e la Promozione delle Politiche Sociali in Campania ha la finalità di migliorare il livello qualitativo dei servizi offerti sul territorio regionale attraverso una sistematica attività di analisi e valutazione delle *performances* del welfare campano, l'individuazione e la promozione delle loro buone pratiche, nonché di supportare i processi decisionali della Giunta.

Senz'altro utile è il suo contributo all'esercizio di un sistematico controllo della funzionalità del welfare campano, da realizzare attraverso un diffuso processo di valutazione partecipata di qualità, che con indicatori quali-quantitativi si sviluppi tenendo conto delle seguenti dimensioni:

- livelli di programmazione partecipata;
- procedure di trasparenza amministrativa;
- grado di soddisfazione degli utenti;
- garanzie delle prestazioni essenziali di assistenza;
- monitoraggio dei flussi finanziari.

Per un lavoro sociale stabile e dignitoso

La Regione ritiene prioritario il riconoscimento a tutti i lavoratori del welfare campano della dignità di un lavoro che, oltre ad essere fonte di reddito delle persone impiegate, assume forte significato nella tenuta dei livelli di coesione e giustizia sociale delle nostre comunità.

Questa interesse può essere legittimamente esercitato se si riconosce *in primis* ai cittadini il fatto che gli interventi sociali siano un diritto inalienabile, che in particolare per i livelli essenziali di prestazioni, non può essere subordinato a logiche di bilancio. Pertanto si ribadisce che l'esigibilità dei diritti, sia dei lavoratori impiegati nei servizi, che degli utenti stessi, non è una mera dichiarazione di principio ma un sostanziale elemento di sostenibilità economica e sociale.

Pertanto, per evitare fenomeni di precarietà lavorativa e garantire la continuità dei livelli retributivi, vanno evitate procedure di esternalizzazione dei servizi, caratterizzate da gare d'appalto, di breve durata (tre/sei mesi, a volte un anno).

Per evitare tali situazioni, la Regione sta progressivamente accelerando i trasferimenti monetari agli Ambiti Territoriali e raccomanda che lo stesso facciano i Comuni.

Particolare attenzione nelle procedure di affidamento esterno dei servizi va posta sul rispetto dei contratti collettivi di lavoro e delle retribuzioni contrattuali per i dipendenti, avendo cura di prevedere controlli rigorosi e costanti. Medesima attenzione va posta al rispetto rigoroso dei tempi di pagamento che, purtroppo ancora oggi, in molti casi superano abbondantemente un esercizio di competenza, con conseguente crescita dei livelli di indebitamento delle imprese sociali.

Su tali questioni la Regione attiverà livelli di attenzione crescenti.

In particolare, al fine di meglio definire il sistema regionale dei servizi sociali, la Regione provvederà, nel corso della nuova triennalità di piano regionale sociale a:

- definire tempestivamente un albo regionale dei soggetti accreditati avendo cura di verificare le procedure di accreditamento adottate dagli Ambiti Territoriali e il permanere dei requisiti di iscrizione;
- completare il sistema tariffario dei servizi, anche per i servizi territoriali indicati nel catalogo di cui al regolamento 4/2014;
- definire un regolamento regionale della co-progettazione;
- completare il modello regionale di accreditamento;
- attivare percorsi formativi per gli operatori degli Ambiti territoriali, in particolare sulle procedure di esternalizzazione dei servizi sociali;
- attivare un osservatorio per il monitoraggio dei processi, la denuncia delle criticità e l'effettiva applicazione delle disposizioni in materi;
- potenziare le reti territoriali sociali anche attraverso forme di co-progettazione finalizzate ad una migliore qualità della spesa sociale e a un migliore utilizzo delle risorse europee.

IV.2 Disposizioni per il fondo unico di ambito

IV.2.1 Il Fondo Sociale Regionale

Lo strumento individuato dalla L.R. n. 11/07 e smi per il finanziamento del sistema integrato di interventi e servizi sociali è il Fondo sociale regionale che rappresenta il principale strumento finanziario per l'attuazione e lo sviluppo omogeneo su tutto il territorio regionale del sistema.

In esso confluiscono diverse fonti di finanziamento:

- risorse statali
- risorse regionali
- risorse europee

Al finanziamento del sistema integrato contribuiscono, inoltre, i Comuni e le Province con risorse proprie.

Le risorse del Fondo sociale regionale sono vincolate alla programmazione dei Piani di Zona degli Ambiti territoriali, ad eccezione di quelle destinate dalla programmazione regionale all'attuazione delle azioni a titolarità regionale.

fonte: http://burc.regione.campania.it

IV.2.2 L'entità e le modalità di partecipazione finanziaria dei comuni

I comuni, associati in ambiti territoriali, istituiscono, ai sensi dell'art. 52 bis della L.R. 11/2007 e s.m.i., il Fondo Unico di Ambito (FUA) per la realizzazione del piano di zona. In essi confluiscono le risorse destinate al finanziamento del sistema integrato locale. Il Fondo Unico di Ambito è lo strumento finanziario unico per la realizzazione del piano di zona e nello stesso confluiscono, tra le altre, le risorse dedicate provenienti dai bilanci dei Comuni associati in Ambito. Operativamente, esso consiste di uno o più capitoli di bilancio dedicati nel bilancio del comune capofila, per i comuni la cui forma associativa è la convenzione, o della entità cui dà luogo la forma associativa prescelta se diversa dalla convenzione.

Il Fondo Unico di ambito è costituito da:

- risorse provenienti dal Fondo sociale regionale;
- risorse del sistema delle autonomie locali;
- fondi europei a disposizione dell'ambito per la realizzazione di interventi che rientrano nel piano di zona;
- risorse provenienti da altri soggetti del settore pubblico o privato.

I comuni associati assicurano la tenuta di una contabilità separata analitica per centri di costo e responsabilità tale da consentire analisi comparative dei costi e dei risultati.

Le risorse del FUA non possono essere utilizzate per altri fini se non quelli previsti dal piano di zona.

Il Coordinamento istituzionale delibera la misura della contribuzione dei singoli comuni al Fondo Unico di Ambito, tenendo conto delle spese complessive per la realizzazione del sistema integrato dei servizi sociali di Ambito, della spesa storica consolidata in riferimento ai servizi sociali e delle tendenze evolutive della stessa.

Accanto al contributo in termini finanziari, potrà essere contabilizzata anche la messa a disposizione di risorse umane per le esigenze di funzionamento dell'Ambito. Ciò avviene attraverso la valorizzazione del costo contrattuale tabellare del personale dipendente dei singoli comuni distaccato presso l'Ufficio di Piano (in coerenza con la composizione indicata nel paragrafo specifico e secondo quanto lì specificato), fermo restando la quota minima di compartecipazione da assicurare con il contributo finanziario.

Indice tabelle

Tabella 1: territorio e popolazione province campane 4
Tabella 2: popolazione giovanile maschile e femminile per fasce d'età su base provinciale (fonte ISTAT) 7
Tabella 3: beneficiari SIA e REI (fonte MLPS) 25
Tabella 4: macro livelli, obiettivi di servizio, linee ed aree di intervento 37
Tabella 5: indicatori interventi strategici del macro livello 1 – obiettivo di servizio 1 38
Tabella 6: indicatori interventi strategici del macro livello 1 – obiettivo di servizio 2 38
Tabella 7: indicatori interventi strategici del macro livello 1 – obiettivo di servizio 3 39
Tabella 8: indicatori interventi strategici del macro livello 2 – obiettivo di servizio 1 41
Tabella 9: indicatori interventi strategici del macro livello 4 – obiettivo di servizio 1 – linea 1 43
Tabella 10: indicatori interventi strategici del macro livello 4 – obiettivo di servizio 1 – linea 2 43
Tabella 11: interventi del nomenclatore regionale afferenti al macro livello 5 53
Tabella 12: indicatori interventi strategici del macro livello 5 – obiettivo di servizio 1 54
Tabella 13: indicatori interventi strategici del macro livello 5 – obiettivo di servizio 2 55

Indice grafici

Grafico 1: Popolazione regioni al 1/01/2018 2
Grafico 2: Residenti in Campania in milioni al 1 gennaio 2
Grafico 3: % dei residenti in Campania rispetto ai residenti in Italia (elaborazione su dati Istat) 2
Grafico 4: Tasso di variazione popolazione residente in Campania ed in Italia al 1 gennaio (elaborazione dati Istat) 3
Grafico 5: Bilancio demografico della popolazione residente in Campania (elaborazione su dati Istat) 3
Grafico 6: Densità di popolazione delle regioni italiane (elaborazione su dati Istat) 4
Grafico 7: densità popolazione province 4
Grafico 8: Piramide dell'età della popolazione campana (elaborazione su dati Istat) 5
Grafico 10: Rapporto mascolinità (elab. dati Istat) 5
Grafico 9: Rapporto di mascolinità delle province campane (elab. dati Istat) 5
Grafico 11: Età media regioni al 01/01/2018 (elab. dati Istat) 6
Grafico 12: Età media province al 01/01/2018 (elab. dati Istat) 6
Grafico 13: Età media della popolazione delle province campane al 01/01/2018 (elaborazione su dati Istat) 6
Grafico 14: % giovani femmine per fasce d'età al 01/01/2018 7
Grafico 15: % giovani maschi per fasce d'età al 01/01/2018 7
Grafico 16: Indice di vecchiaia delle regioni al 01/01/2018 (elab. dati Istat) 8
Grafico 17: Indice vecchiaia province al 01/01/2018 (elab. dati Istat) 8
Grafico 19: Indici di dipendenza della popolazione campana su base provinciale 9
Grafico 18: Indici dipendenza senile, giovanile e totale delle regioni al 01/01/2018 9
Grafico 20: n. stranieri residenti in Campania al 1/01/2018 (fonte Istat) 11
Grafico 21: % stranieri residenti nelle regioni al 1/01/2018 (fonte Istat) 11
Grafico 22: % stranieri residenti in Campania rispetto agli stranieri residenti in Italia (elab. su dati Istat) 11
Grafico 23: Tasso di variazione degli stranieri residenti in Campania ed in Italia al 1 gennaio (elab. dati Istat) 11
Grafico 24: n. stranieri residenti nelle province al 1/01/2018 (fonte Istat) 11
Grafico 25: % provinciale di stranieri residenti nelle province (elab. dati Istat) 11
Grafico 26: Forze di lavoro della Campania (elab. dati Istat) 12
Grafico 27: Forze di lavoro delle regioni italiane nel 2017 (elab. dati Istat) 12
Grafico 28: Andamento del tasso di crescita delle forze di lavoro della Campania (elaborazione su dati Istat) 12
Grafico 29: % delle forze di lavoro campane rispetto a quelle italiane (elaborazione su dati Istat) 13
Grafico 30: Tasso di attività totale della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat) 13
Grafico 31: Tasso di attività totale delle province campane (elaborazione su dati Istat) 13
Grafico 32: Tasso di attività maschile della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat) 13
Grafico 33: Tasso di attività maschile delle province campane (elaborazione su dati Istat) 14
Grafico 34: Tasso di attività femminile della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat) 14
Grafico 35: Tasso di attività femminile delle province campane (elaborazione su dati Istat) 14
Grafico 36: Occupati in Campania (elaborazione su dati Istat) 15
Grafico 37: Andamento del tasso di crescita degli occupati della Campania (elaborazione su dati Istat) 15
Grafico 38: % degli occupati campani rispetto a quelli italiani (elaborazione su dati Istat) 15
Grafico 39: Tasso di occupazione totale della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat) 16
Grafico 40: Tasso di occupazione totale delle province campane (elaborazione su dati Istat) 16
Grafico 41: Tasso di occupazione maschile della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat) 16
Grafico 42: Tasso di occupazione maschile delle province campane (elaborazione su dati Istat) 16
Grafico 43: Tasso di occupazione femminile della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat) 17
Grafico 44: Tasso di occupazione femminile delle province campane (elaborazione su dati Istat) 17
Grafico 45: Disoccupati in Campania (elaborazione su dati Istat) 17
Grafico 46: Andamento del tasso di crescita dei disoccupati della Campania (elaborazione su dati Istat) 17
Grafico 47: Tasso di disoccupazione totale della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat) 18

Grafico 48: Tasso di disoccupazione totale delle province campane (elaborazione su dati Istat).....18
Grafico 49: Tasso di disoccupazione maschile della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat).....18
Grafico 50: Tasso di disoccupazione maschile delle province campane (elaborazione su dati Istat).....18
Grafico 51: Tasso di disoccupazione femminile della Campania e dell'Italia (elaborazione su dati Istat).....19
Grafico 52: Tasso di disoccupazione femminile delle province campane (elaborazione su dati Istat).....19
Grafico 53: PIL in MLN ai prezzi di mercato delle regioni italiane nel 2016 (ISTAT - Conti economici regionali).....19
Grafico 54: Valore aggiunto in MLN ai prezzi di mercato delle regioni italiane nel 2016 (dati ISTAT).....19
Grafico 55: Valore aggiunto in MLN ai prezzi di mercato delle province campane nel 2015 (dati ISTAT).....20
Grafico 56: Composizione del valore aggiunto campano a prezzi di mercato nel 2015 (elaborazione su dati ISTAT).....20
Grafico 57: PIL pro capite ai prezzi di mercato delle regioni italiane nel 2016 (elaborazione su dati ISTAT).....20
Grafico 58: V.A. pro capite ai prezzi di mercato delle regioni italiane nel 2015 (elaborazione su dati ISTAT).....20
Grafico 59: Valore aggiunto pro capite ai prezzi di mercato delle province nel 2015 (elaborazione su dati ISTAT).....20
Grafico 60: V.A. pro capite a prezzi concatenati al 2010 di Campania e Italia (dati ISTAT).....21
Grafico 61: Reddito medio netto familiare delle regioni italiane nel 2015 (elab. dati ISTAT).....21
Grafico 62: Reddito medio netto familiare della Campania, del Sud e dell'Italia (elaborazione su dati ISTAT).....21
Grafico 63: Reddito mediano netto familiare delle regioni italiane nel 2015 (elab. dati ISTAT).....21
Grafico 64: Reddito mediano netto familiare della Campania, del Sud e dell'Italia (elaborazione su dati ISTAT).....22
Grafico 65: Indice di Gini del reddito familiare regioni italiane nel 2015 (elab. dati ISTAT).....22
Grafico 66: Andamento indice di Gini della Campania, del Sud e dell'Italia (elaborazione su dati ISTAT).....22
Grafico 67: N. (migliaia) famiglie in povertà assoluta del Nord, Centro e Mezzogiorno (elaborazione su dati ISTAT).....23
Grafico 68: % di famiglie in povertà assoluta del Nord, Centro e Mezzogiorno (elaborazione su dati ISTAT).....23
Grafico 69: N. (migliaia) di individui in povertà assoluta del Nord, Centro e Mezzogiorno (elab. su dati ISTAT).....23
Grafico 70: % di individui in povertà assoluta del Nord, Centro e Mezzogiorno (elaborazione su dati ISTAT).....24
Grafico 71: N. (migliaia) di famiglie in povertà relativa del Nord, Centro e Mezzogiorno (elaborazione su dati ISTAT).....24
Grafico 72: Incidenza di povertà relativa nelle regioni italiane nel 2016 per 100 famiglie (elab. dati ISTAT).....24
Grafico 73: % di famiglie in povertà relativa del Nord, Centro e Mezzogiorno (elaborazione su dati ISTAT).....25
Grafico 74: N. (migliaia) di persone relativamente povere del Nord, Centro e Mezzogiorno (elaborazione su dati ISTAT)25
Grafico 75: % di persone in povertà relativa del Nord, Centro e Mezzogiorno (elaborazione su dati ISTAT).....25
Grafico 76: distr. beneficiari SIA/REI (fonte MLPS).....26
Grafico 77: % famiglie benef. SIA/REI (elab. dati MLPS).....26
Grafico 78: media e dev. st. su base provinciale della % famiglie beneficiarie SIA /REI (elab. su dati MLPS).....26
Grafico 79: abitanti per operatore UdP.....64
Grafico 80: distribuzione % su base provinciale delle tipologie contrattuali degli operatori UdP.....64
Grafico 81: % laureati e diplomati negli UdP.....64
Grafico 82: titolo di studio dei laureati degli UdP.....65
Grafico 83: media e deviazione standard su base provinciale degli operatori laureati degli operatori UdP.....65
Grafico 84: abitanti per operatore SSP.....66
Grafico 85: distribuzione % su base provinciale delle tipologie contrattuali degli operatori SSP.....66
Grafico 86: presenza % negli Ambiti del numero minimo previsto di operatori SSP.....67
Grafico 87: media e deviazione standard su base provinciale del numero minimo previsto di operatori SSP.....68
Grafico 88: % Ambiti che hanno previsto operatori SS.....68
Grafico 89: abitanti per operatore SS.....68
Grafico 90: distribuzione % su base provinciale delle tipologie contrattuali degli operatori SS.....68

Indice figure

Figura 1: Densità di popolazione degli Ambiti campani (elaborazione su dati Istat).....4
Figura 2: Rapporto di mascolinità degli Ambiti campani al 01/01/2017 (elaborazione su dati Istat).....6
Figura 3: Età media della popolazione degli Ambiti campani al 01/01/2017 (elaborazione su dati Istat).....7
Figura 4: Indice di vecchiaia della popolazione degli Ambiti campani al 01/01/2017 (elaborazione su dati Istat).....8
Figura 5: Indice dipendenza totale popolazione degli Ambiti campani al 01/01/2018 (elaborazione su dati Istat).....9
Figura 6: Indice dipendenza giovanile popolazione degli Ambiti campani al 01/01/2018 (elaborazione su dati Istat).....10
Figura 7: Indice dipendenza senile popolazione degli Ambiti campani al 01/01/2018 (elaborazione su dati Istat).....10
Figura 8: % di beneficiari SIA/REI per 100 famiglie (elaborazione su dati MLPS e ISTAT).....26

Regione Lazio

Atti del Consiglio Regionale

Deliberazione del Consiglio Regionale 24 gennaio 2019, n. 1

PIANO SOCIALE REGIONALE DENOMINATO "PRENDERSI CURA, UN BENE COMUNE".

XI LEGISLATURA

R E G I O N E L A Z I O

CONSIGLIO REGIONALE

Si attesta che il Consiglio regionale il 24 gennaio 2019 ha approvato la

DELIBERAZIONE N. 1

concernente:

PIANO SOCIALE REGIONALE DENOMINATO "PRENDERSI CURA, UN BENE COMUNE"

Testo coordinato formalmente ai sensi dell'articolo 71 del regolamento dei lavori del Consiglio regionale.

IL CONSIGLIO REGIONALE

VISTO lo Statuto;

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

VISTO il regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 (Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale) e successive modifiche;

VISTA la legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e successive modifiche;

VISTA la legge regionale 10 agosto 2016, n. 11 (Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio) e successive modifiche e, in particolare, l'articolo 46 comma 1, ai sensi del quale la Regione si dota di un piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, denominato "Piano sociale regionale" integrato con la programmazione in ambito sanitario ed in materia educativa e formativa, del lavoro, culturale, sportiva ed abitativa;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 14 febbraio 2017, n. 57 (Legge regionale 10 agosto 2016 n. 11, art. 47 comma 1. Predisposizione dello schema del Piano sociale regionale denominato "Prendersi cura, un bene comune");

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 26 aprile 2017, n. 214 (Legge regionale 10 agosto 2016 n. 11, art. 47, comma 2. Approvazione della proposta del Piano sociale regionale denominato "Prendersi cura, un bene comune") e il relativo allegato, facenti parte integrante del presente atto;

CONSIDERATO che, ai sensi dell'articolo 47, comma 3, della l.r. 11/2016, all'approvazione del piano sociale regionale provvede il Consiglio regionale, a seguito della deliberazione adottata dalla Giunta regionale;

DELIBERA

di approvare il Piano sociale regionale denominato "Prendersi cura, un bene comune", facente parte integrante della presente deliberazione.

La presente deliberazione è pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione.

IL CONSIGLIERE SEGRETARIO
(Gianluca Quadrana)
F.to digitalmente Gianluca Quadrana

IL PRESIDENTE
(Daniele Leodori)
F.to digitalmente Daniele Leodori

Si attesta che la presente deliberazione, costituita da n. 3 pagine, e il relativo allegato sono conformi al testo deliberato dal Consiglio regionale.

Per il Direttore
del Servizio Aula e commissioni
il Segretario generale
(Dott.ssa Cinzia Felci)
F.to digitalmente Cinzia Felci

/AT

Allegato alla deliberazione consiliare
24 gennaio 2019, n. 1

REGIONE LAZIO Piano Sociale

PRENDERSI CURA, UN BENE COMUNE

Le parole chiave del Piano sociale

Il Piano sociale triennale della Regione Lazio ha come principio guida quello della **centralità della persona nella comunità** e la sua partecipazione attiva; 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 soluzione abitative che riproducano le condizioni di vita familiari;
- l'**innovazione** nei processi partecipativi, nello sviluppo di comunità responsabili e mutualistiche, nel coinvolgimento nella co-progettazione delle organizzazioni di terzo settore e nella valutazione di impatto delle attività, dei progetti e delle politiche;
- un approccio basato sulla **conoscenza** approfondita dei cambiamenti sociali specifici di ogni territorio, dell'offerta di strutture e servizi, delle vulnerabilità e delle prese in carico per la programmazione di interventi personalizzati.

Sulla base di una consapevole scelta metodologica, l'indice del Piano segue in modo organico la previsione dei contenuti di cui all'articolo 46 della legge regionale 10 agosto 2016, n. 11 (Sistema integrato degli interventi e dei Servizi sociali della Regione Lazio). Inoltre è orientato alla **costruzione di processi di programmazione** più efficaci e qualitativi nelle politiche sociali regionali nel loro complesso, piuttosto che essere organizzato per voci di "bisogno" o di "target", al fine di evitare il rischio di politiche programmatorie cosiddette a "canne d'organo".

Sommario

Le parole chiave del Piano sociale 2
Schema del Piano sociale 6
Introduzione 6
A. Obiettivi 10
Obiettivo 1: superare la soglia della povertà 10
Obiettivo 2: lavorare insieme 11
Obiettivo 3: non lasciare nessuno solo 11
Obiettivo 4: assicurare servizi di qualità in tutti i territori 11
Obiettivo 5: accedere più facilmente ai servizi sociali e sociosanitari 11
Obiettivo 6: generare autonomia 12
Obiettivo 7: offrire servizi adeguati ai bisogni delle persone 12
Obiettivo 8: conoscere di più per fare meglio 12
Obiettivo 9: garanzia nei percorsi di assistenza 12
Obiettivo 10: studio dei fenomeni sociali 12
Obiettivo 11: promuovere la partecipazione dei cittadini 12
B. Stati di bisogno, miglioramento dei servizi e azioni prioritarie 14
Stati di bisogno 14
Miglioramento dei servizi e degli interventi 15
Aree prioritarie di intervento 15
C. Livelli essenziali delle prestazioni 33
Uno sguardo generale 33
Segretariato sociale e Punto Unico di Accesso 36
Servizio sociale professionale 38
Emergenza e pronto intervento sociale 40
Domiciliarità 43
Residenzialità 47
Semiresidenzialità 53
D. Parametri per la valutazione delle condizioni di accesso prioritario 56
E. Modalità di verifica dei risultati 57
Il sistema di monitoraggio regionale: indicatori analitici locali 58
Organizzazione territoriale per gli adempimenti valutativi 58
F. Modalità di erogazione delle prestazioni e condizioni di esigibilità 59

G. Modalità di raccordo fra programmazione regionale e locale 62
Il ciclo programmatorio 62
Il Piano di Zona 64
La programmazione di area vasta 66
Strumenti di raccordo programmatico 67
H. Entità e modalità di finanziamento del sistema integrato 67
Fondo Sociale Regionale 80
Risorse 81
Parametri per la determinazione del sistema tariffario e della compartecipazione degli utenti ai costi delle prestazioni 86
I. Innovazione 88
Co-progettazione 88
Cittadinanza attiva 90
Co-housing 91
Valutazione di impatto sociale di processi, servizi e attività 95
Mutualità territoriale per la resilienza sociale 97
L. Fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali 99
M. Coordinamento e integrazione dei servizi 100
Definizione del modello di governance delle politiche sociali regionali 101
Linee guida per l'integrazione sociosanitaria 102
Programmazione regionale congiunta tra sociale e sanitario 104
Definizione degli ambiti territoriali, quali ambiti ottimali per la programmazione ed erogazione degli interventi sociali e sanitari 105
Linee guida ai territori per la programmazione integrata e la ricomposizione delle fonti di finanziamento nel budget di distretto 107
Sistema informativo e Cartella sociosanitaria 119
Raccordo con le politiche attive del lavoro, dell'immigrazione, abitative, ambientali, della sicurezza dei cittadini e delle cittadine, culturali, educative, ricreative, sportive e del tempo libero 122
N. Formazione e aggiornamento degli operatori sociali 123
O. Osservatorio sociale regionale e Sistema informativo 124
La fruizione delle informazioni e dei processi conoscitivi nelle comunità territoriali 125
Verso la multiutility 126
P. Programmazione partecipata e coinvolgimento dei fruitori dei servizi 132
Attuazione del Piano 133

Misure e azioni per l'attuazione del nuovo Piano sociale 133
Cronogramma delle azioni per l'attuazione del Piano sociale regionale 134
Allegato – Profilo sociale del Lazio 136
La popolazione residente 136
La crescita demografica e le dinamiche naturali5 143
Natalità e mortalità 147
I saldi naturali e migratori 148
Struttura per età della popolazione e indicatori demografici 151
Stato civile 156
La popolazione straniera residente 157
La crescita demografica e le dinamiche naturali 160
Natalità e mortalità 163
I saldi naturali e migratori 164
Struttura per età della popolazione straniera e indicatori demografici 166
Permessi di soggiorno 167
Le famiglie 169
Condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze 170
La spesa media mensile familiare 180
Povertà relativa15 182
Il giudizio e la percezione delle famiglie 187
Condizioni abitative 188
Persone con limitazioni funzionali (ex-Disabilità) 189
Vulnerabilità sociale e materiale 191
Livello di istruzione e abbandoni scolastici 201
Cause di morte 204
Persone senza dimora 207

Schema del Piano sociale

Una Regione che si prende cura e protegge

Introduzione

Contesto normativo

La programmazione del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali e 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 Developement Goals, definiti nel quadro della 2030 Agenda for Sustainable Developement 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 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del Sistema integrato di interventi e Servizi sociali) e delle successive leggi sul welfare, alcune delle quali approvate recentemente e ancora in fase di regolamentazione e implementazione (es. legge 141/2015 sull'agricoltura sociale; legge delega 106/2016 di riforma del terzo settore e del servizio civile universale, legge 112/2016 sul cosiddetto "Dopo di noi").

Il Piano regionale è stato redatto in coerenza con gli obiettivi del Programma Operativo Nazionale Inclusione e dei Piani nazionali di intervento per specifici gruppi target (es. Piano di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva, Piano disabilità). Nella predisposizione del Piano si è tenuto conto anche di quanto previsto nel decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147 (Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà.), che nell'istituire la misura nazionale di contrasto della povertà e dell'esclusione sociale, denominata "Reddito di inclusione" (REI), ha dedicato una quota del Fondo povertà al rafforzamento degli interventi e dei servizi dei Comuni per la funzione di accompagnamento dei nuclei familiari beneficiari attraverso la valutazione multidimensionale dei

bisogni, la progettazione personalizzata e l'attivazione di sostegni, che costituiscono livelli essenziali nei limiti delle risorse disponibili. Ha, altresì, previsto 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.

Si è, inoltre, tenuto conto di quanto previsto e approvato in Parlamento nella legge del 30 dicembre 2018, n. 145 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021) con l'introduzione dello strumento "Reddito di Cittadinanza", e quanto anticipato nel decreto legge attuativo della misura, che in riferimento ai nuclei familiari per i quali è prevista la convocazione da parte dei servizi competenti in materia di contrasto alla povertà dei comuni, stabilisce siano fatti salvi gli interventi e i servizi già identificati come livelli essenziali in riferimento al REI.

Principi e valori di riferimento

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

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

Il Piano si sviluppa a partire da una visione che assume come centrale il benessere della persona, sia come singolo individuo sia nelle formazioni in cui si aggrega, in particolare la famiglia e le comunità locali. Questa ottica impone un forte impegno da parte di tutti gli attori sociali per superare la separatezza che in molti casi caratterizza ancora il sistema dei servizi, con linee di intervento "a canne d'organo", che generano inefficienze e ostacolano i percorsi di accesso alle prestazioni. Il Piano si caratterizza perciò per una chiara e decisa volontà di integrazione sociosanitaria, 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 socioassistenziali 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.

Il Piano inoltre, nella complessità della sua visione e degli interventi previsti, si colloca in una dimensione di rafforzamento delle tutele dello Stato e di contrasto alla criminalità organizzata.

Caratterizzazione del Piano

Il Piano si articola secondo lo schema proposto dal comma 2 dell'articolo 46 della legge regionale 11/2016. Si propone come uno strumento "asciutto", concreto e operativo. Gli obiettivi da raggiungere e le azioni da realizzare sono quelli realisticamente ipotizzabili con le risorse disponibili, entro un triennio. Non un "libro dei sogni", quindi, né un semplice e generico elenco di buone intenzioni.

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

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

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

1. definizione di criteri e modalità per l'erogazione di contributi di assistenza economica e di assegni di cura per persone con disagio economico (art. 25);
2. determinazione dei requisiti e delle modalità per il funzionamento del servizio di assistenza domiciliare e dei programmi di aiuto alla persona (art. 26);
3. individuazione di tipologie di strutture residenziali multiutenza e/o polifunzionali, anche a carattere sperimentale (art. 31);
4. definizione di criteri e modalità per l'accreditamento delle strutture e dei servizi socioassistenziali (art. 32);
5. individuazione dei Distretti sociosanitari, in coerenza con l'articolazione dei Distretti sanitari (art. 43);
6. elaborazione di linee guida per l'organizzazione e il funzionamento dell'Ufficio di Piano mirate, tra l'altro, a garantirne la massima efficienza e funzionalità, l'autonomia economico-finanziaria e gestionale, l'attribuzione di un adeguato budget in cui confluiscano i finanziamenti assicurati dagli enti locali singoli o associati, secondo quanto stabilito in

ogni Piano sociale di zona; individuazione dei requisiti per la nomina del coordinatore dell'Ufficio di Piano che ne garantiscano l'alto livello professionale e l'esperienza nel settore; definizione delle modalità di partecipazione della ASL all'Ufficio di Piano (art.45);

7. regolamentazione del sistema informativo: tipologia dei dati da acquisire, modalità per la raccolta e l'elaborazione dei dati, risorse da impegnare per la realizzazione delle attività, modalità per la fornitura delle informazioni sui servizi agli utenti (art. 49);

8. elaborazione di linee guida in merito all'organizzazione, alla dotazione organica e alle modalità di finanziamento del Punto Unico di Accesso - PUA (art. 52);

9. approvazione di linee guida per la definizione della metodologia di integrazione sociosanitaria basata su progetti personalizzati sostenuti da budget di salute (art. 53);

10. deliberazione in merito alla costituzione e al funzionamento della Conferenza per la programmazione sociosanitaria regionale; determinazione della costituzione e del funzionamento del gruppo di lavoro per il supporto tecnico alla Conferenza (art. 55);

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

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

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

14. individuazione ed elaborazione delle misure necessarie alla prevenzione e al contrasto dell'aggressività contro gli operatori sociali.

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

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

Completa il presente Schema di Piano l'allegato:

- Profilo sociale del Lazio

A. Obiettivi

Obiettivi generali

Il Piano assume gli obiettivi di benessere elencati nell'articolo 4 della legge regionale 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 e le disuguaglianze di genere e sociali;
- ampliare le protezioni fornite dal sistema dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari per renderlo più adeguato ed efficace rispetto ai bisogni emergenti e più equo e omogeneo nell'accesso alle prestazioni;
- attivare nuovi strumenti per leggere, analizzare ed interpretare i nuovi bisogni inespressi di salute, in modo da permettere un intervento di tipo predittivo e preventivo basato sui primi segnali di disagio ed esclusione, intercettandoli prima che degenerino in povertà, fragilità e discriminazione;
- coinvolgere attivamente e proattivamente il cittadino in modo da metterlo al centro dei servizi stessi, personalizzati e costruiti intorno ai suoi bisogni assistenziali;
- verificare la qualità delle prestazioni e dei servizi in modo da garantire una presa in carico completa, continuativa e integrata.

Obiettivi specifici

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

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

Obiettivo 1: superare la soglia della povertà

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

Obiettivo 2: lavorare insieme

Aumentare la coesione delle comunità locali, migliorando il clima di fiducia, la collaborazione e il lavoro in rete tra i soggetti che hanno responsabilità socio-assistenziali, compresi i destinatari degli interventi e le loro famiglie, anche attraverso le reti di solidarietà del privato sociale compresi i gruppi di pazienti con la stessa patologia/fragilità e reti sociali mutualistiche. 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

Garantire il diritto alle prestazioni sociali e sociosanitarie, attraverso uno sviluppo bilanciato e sostenibile di tutto il territorio regionale e una regolamentazione di un sistema di welfare locale caratterizzato da una solida infrastrutturazione sociale e da una distribuzione razionale ed equa dei servizi e degli interventi essenziali, anche attraverso i sette livelli essenziali delle prestazioni social (LEPS), in modo omogeneo in tutto il territorio laziale, nel rispetto delle peculiarità locali, con personale adeguato e qualificato.

Obiettivo 5: accedere più facilmente ai servizi sociali e sociosanitari

Agevolare i percorsi di accesso ai servizi sociali e sociosanitari per tutta la popolazione, soprattutto per le persone più esposte al rischio di emarginazione sociale, eliminando o riducendo gli ostacoli e le barriere di tipo informativo, culturale e fisico, anche attraverso l'integrazione dei diversi sistemi di welfare, la condivisione dei dati relativi alle prestazioni erogate ed ai *followup* delle stesse, e percorsi unici di ingresso e passaggio tra i diversi servizi assistenziali e di cura. Per quanto concerne gli interventi relativi alla disabilità, è necessario rivolgere l'attenzione alle problematiche, soprattutto di natura burocratica e procedurale, che impediscono o rallentano la fruizione dei servizi, al fine di agevolare e snellire il procedimento di acceso ai servizi medesimi da parte dei cittadini e alle prestazioni da parte delle famiglie coinvolte, nonchè di scoprire carenze nel sistema di tutela dei diritti.

Obiettivo 6: generare autonomia

Aumentare l'appropriatezza, la qualità e l'efficacia degli interventi domiciliari, in una logica di welfare generativo e distributivo 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 lettura dei bisogni espressi ed inespressi di salute e di successiva programmazione, valutazione e monitoraggio, con una gestione dei servizi coerente con i bisogni locali odierni e soprattutto con le tendenze future 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, anche attraverso un'analisi di natura predittiva, una buona programmazione e gestione del sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari, fondate su una migliore conoscenza degli indici di benessere della popolazione e delle caratteristiche quantitative e qualitative della domanda, delle risorse e dell'offerta di servizi nei differenti territori.

Obiettivo 9: garanzia nei percorsi di assistenza

Garantire percorsi che assicurino continuità nelle cure e nei bisogni di assistenza.

Obiettivo 10: studio dei fenomeni sociali

Approfondire le cause che conducono i soggetti all'assistenza socio-sanitaria e predisporre le relative contromisure, al fine di limitare i rischi di eventuali patologie connesse, quali ogni forma di dipendenza, disturbi del comportamento alimentare (DCA), fenomeni di depressione, ansia e stress, anche collegati ad attività e luoghi lavorativi.

Elaborare anche attraverso associazioni di riferimento, soluzioni ai fenomeni sempre più ampi:

- dei genitori separati sottoposti a condizioni di vita molto difficili;
- dell'evidente crescita in "solitaria" di figli con entrambi i genitori lavoratori.

Obiettivo 11: promuovere la partecipazione dei cittadini

Al fine di rendere efficace la comunicazione Istituzionale immediatamente fruibile dal cittadino in merito all'offerta dei servizi assistenziali, è previsto il potenziamento del sito web istituzionale regionale in modo completo.

Tale obiettivo specifico sarà perseguito attraverso la realizzazione di strumenti "sociali" in particolare:

- un sito web dedicato al piano sociale 2019-2021;
- una app sincronizzata con il sito fruibile in modalità da tutti i cittadini;
- faq ed ulteriori servizi interattivi.

Il sito web e l'app associata permetteranno, come prescritto dalle "linee guida dei servizi web della PA":

- la possibilità di individuare i bisogni degli utenti;
- la trasparenza e la collaborazione;
- la semplificazione;
- la misurazione dei risultati;
- il miglioramento continuo della programmazione e pianificazione Istituzionale.

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

Stati di bisogno

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

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

Gli interventi per l'autonomia personale e la vita indipendente

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

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

In questo senso Il Piano prevede:

- il rafforzamento dell'assistenza domiciliare;
- l'attivazione dei servizi previsti nella legge sul dopo di noi;
- il sostegno ai caregiver;
- l'opportunità di riconoscere il contributo di cura al caregiver familiare non solo per le persone in condizioni di disabilità gravissima, ma anche per le persone con disabilità media, grave e non autosufficienti, secondo la nuova classificazione di disabilità prevista dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 5 dicembre 2013, n. 159 (Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente-ISEE);
- la facilitazione dell'accesso, in particolare per le persone disabili, ai servizi residenziali e semiresidenziali riabilitativi;
- l'attivazione di servizi per la fruizione delle prestazioni sanitarie da parte di persone con disabilità complessa e non collaboranti;
- la possibilità di creare momenti di sollievo per le famiglie creando attività di tempo libero sperimentando una vita autonoma (week end di autonomia abitativa e sociale);
- la partecipazione alla vita di comunità.

Miglioramento dei servizi e degli interventi

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

- ✓ rivedere le modalità per l'erogazione delle prestazioni di assistenza economica e degli assegni di cura, assicurando la loro integrazione con le misure e gli interventi di accompagnamento e di inclusione sociale e socio-lavorativa (art. 25);
- ✓ fornire linee di indirizzo per l'organizzazione dei servizi ludico-ricreativi e per la vacanza per persone in età evolutiva, anziane e con disabilità (art. 26), anche attraverso la previsione di apposite aree dedicate all'interno delle spiagge libere e/o attrezzate con l'eventuale ausilio delle associazioni preposte, e di interventi comunitari, finalizzati alla crescita del senso di appartenenza territoriale e della coesione sociale, alla mediazione dei conflitti, al consolidamento della cultura della legalità e del dialogo sociale (art. 22, comma 3);
- ✓ attivare percorsi per il miglioramento continuo del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari, a partire dalle proposte emerse durante il percorso di ascolto che ha preceduto la redazione dello Schema di Piano;
- ✓ favorire le iniziative dirette a sostenere i familiari di persone scomparse anche attraverso il coinvolgimento dei soggetti del terzo settore presenti sul territorio;
- ✓ elevare i servizi socio-sanitari per l'infanzia e per gli anziani.

Aree prioritarie di intervento

Transizioni tra i servizi

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

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

- ✓ assuma a riferimento il progetto personale di ciascuna persona interessata, redatto su preliminare valutazione multidimensionale;
- ✓ valorizzi la consapevolezza e l'autodeterminazione delle persone verso il vivere da adulti o da anziani;

- ✓ favorisca l'adozione di sostegni e servizi che consentano la maggiore autonomia e libertà di scelta possibili;
- ✓ favorisca le iniziative dirette a sostenere le adozioni internazionali, anche attraverso l'istituzione di un servizio per facilitare le procedure previste dalla legge 4 maggio 1983, n. 184 (Diritto del minore ad una famiglia) e successive modifiche, attivato direttamente dalla Regione o mediante convenzione con altri enti;
- ✓ incentivi, per bambini ed adolescenti facenti parte di nuclei familiari rientranti nelle c.d. fasce economiche deboli (come da attestante dichiarazione ISEE), l'istituzione di centri ricreativi estivi che consentano ai genitori di lasciare i propri figli in strutture adeguate volte alla formazione culturale, sportiva e sociale del minore per una parte del periodo estivo al termine dell'anno scolastico. Tali centri potranno essere istituti ed organizzati da ogni singolo comune interessato, affidandone, tramite bando ad evidenza pubblica, la gestione a soggetti di carattere privato individuati sulla base di requisiti che saranno definiti dall'autorità appaltante;
- ✓ destini risorse, che trovino copertura finanziaria anche nel POR FSE 2014-2020, per consentire ai bambini appartenenti a nuclei familiari svantaggiati, in base alla dichiarazione Isee, di frequentare gratuitamente i servizi della prima infanzia (asili nido/micronidi);
- ✓ consenta, anche in presenza di necessità di supporto intensivo, soluzioni abitative e servizi che ripropongano le dinamiche e le dimensioni familiari, contrastando situazioni sanitarie o segreganti;
- ✓ estenda, nel rispetto del principio della continuità delle relazioni e degli affetti, anche in modalità transitoria, la fattispecie delle comunità familiari ad accoglienza mista ai casi in cui le persone adulte con disabilità siano già state ospiti in età minorile;
- ✓ preveda la possibilità di passaggio graduale e accompagnato fra tipologie di strutture, onde rendere meno traumatica possibile tale transizione, con fasi di monitoraggio di eventuali difficoltà o comportamenti problematici, e la conseguente ridefinizione del progetto personale;
- ✓ colga l'occasione del passaggio dei minorenni alla maggiore età per rivalutare, assieme all'interessato o a chi lo rappresenta, opzioni di vita autonoma, anche in forma di co-housing (cfr. legge 112/2016).

Il potenziamento dei servizi per gli anziani

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

In questo senso, grazie all'utilizzo del Fondo Sociale Europeo, saranno potenziati i servizi dedicati alle persone anziane, con particolare attenzione a quelli di semiresidenzialità, quali centri diurni anziani fragili e centri Alzheimer, alle persone portatrici di patologie croniche degenerative, con l'applicazione delle indicazioni del Piano nazionale della Cronicità (PNC), 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. Verranno quindi attivate politiche preventive e di invecchiamento attivo, in cooperazione con i servizi di volontariato sociale.

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, tra cui le case della salute che svolgeranno sempre più in futuro un ruolo attivo nella gestione e nell'assistenza alla cronicità, in grado anche di fornire interventi di supporto all'assistenza domiciliare.

Cittadini e cittadine in crescita

Il Piano prevede un forte investimento sui servizi e gli interventi finalizzati ad assicurare le migliori opportunità e i diritti delle persone di minore età. Recuperando lo spirito e le indicazioni operative della legge 285/1997, in coerenza con quanto previsto nel IV Piano Nazionale d'azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva, sarà predisposto un *Piano regionale per l'infanzia e l'adolescenza*, da definire in stretta collaborazione con le istituzioni scolastiche, la magistratura e la giustizia minorile, il Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza, i servizi sociali e sociosanitari territoriali, le associazioni, i soggetti di advocacy e altre realtà attive in questo settore.

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

spazi di confronto periodico tra le realtà attive nel settore, sviluppando politiche organiche, con il coinvolgimento dei servizi territoriali, delle autorità giudiziarie minorili, delle associazioni del settore e dei genitori adottivi e affidatari.

In questo ambito:

- ✓ saranno realizzati specifici percorsi formativi per gli operatori pubblici e del terzo settore, coinvolgendo famiglie e singole persone interessate e disponibili a questo servizio;
- ✓ saranno incentivati su tutto il territorio regionale gli interventi di sostegno ai genitori adottivi, in particolare a quelli che hanno adottato minorenni disabili o di età superiore ai 12 anni;
- ✓ sarà sostenuta e diffusa la pratica degli "affidamenti ponte" dei bambini piccolissimi;
- ✓ saranno fornite direttive in merito ai sostegni economici da garantire agli affidatari, con importi stabiliti in relazione alle condizioni dell'affidato, nonché alle risorse per le coperture assicurative di cui quest'ultimo è destinatario;
- ✓ saranno promosse e incentivate azioni tese alla prevenzione, gestione e risoluzione del fenomeno della conflittualità genitoriale, al fine di tutelare lo sviluppo sociale, relazionale, psico-fisico, educativo del minore e prevenire il rischio di danni psicologici;
- ✓ saranno attivati servizi e strumenti per la promozione del benessere psichico in età evolutiva, anche con lo scopo di intercettare segnali predittivi di disagio psicologico.

Tenuto conto della differenza tra conflittualità genitoriale e violenza intrafamiliare, si precisa che tutte le misure legislative o di altro tipo adottate garantiscono nei casi di violenza domestica o di altre forme di violenza oggetto delle misure di cui alla Convenzione di Istanbul, che l'esercizio dei diritti di visita o di custodia dei figli minorenni non comprometta i diritti e la sicurezza della donna o dei bambini, con divieto di mediazione nei casi di violenza domestica ai sensi degli articoli 31 e 48 della detta Convenzione.

Sostenere la genitorialità

Il presente Piano intende rafforzare il concetto di genitorialità attraverso il supporto e l'accompagnamento per gli adulti che, per motivi diversi, vivono delle difficoltà nel loro ruolo genitoriale.
È necessario un ambiente di vita che consenta ai genitori di entrare in una relazione di sostegno e di accudimento. L'impegno della Regione Lazio è, in particolare, quello di garantire l'appropriatezza degli allontanamenti familiari, e a tal fine si intende sostenere la famiglia in una logica multidimensionale in cui il focus rimane il mondo dei bambini, dei loro affetti, e le reti sociali in cui vivono.

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

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

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

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

L'assistenza e l'erogazione di servizi per i minori stranieri non accompagnati sarà seguita dalla presenza di mediatori culturali.

La Regione Lazio è stata tra le prime istituzioni a recepire le indicazioni della legge 7 aprile 2017, n. 47 e successive modifiche, in materia di minori stranieri non accompagnati (MISNA), avviando, in particolare, percorsi formativi per i tutori, alcuni dei quali sono stati poi nominati tutori dal Tribunale dei Minori. In quest'ottica è necessario predisporre un sistema integrato, omogeneo e sostenibile di servizi e interventi appropriati, con nuovi standard strutturali e organizzativi.

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

Giovani risorse

Il Piano sociale intende investire sulle giovani generazioni. In questo contesto, il sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali affianca ed integra le azioni realizzate nel quadro delle politiche giovanili. La Regione sosterrà la realizzazione di Piani Locali Giovani[1], 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.

Un aspetto importante, a tal fine, può essere rappresentato dallo sviluppo delle politiche culturali. La cultura, infatti, può ancora oggi rappresentare uno degli ambiti in cui si perpetua l'esclusione e la segregazione di determinati gruppi; per contro, lo sviluppo di politiche culturali inclusive può dare un contributo significativo alla creazione di coesione sociale. Del resto è ormai ampiamente riconosciuto che l'esclusione culturale può alimentare le altre dimensioni dell'esclusione, a cominciare da quella socioeconomica: molti dei cosiddetti "fattori di rischio sociale" hanno origini culturali, oltre che politiche ed economiche.

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

- ✓ promozione dell'autonomia, mediante programmi e interventi finalizzati sia a favorire soluzioni a basso costo per l'abitare (anche per gli studenti universitari fuori sede), comprese modalità innovative di co-housing (v. più avanti), sia l'orientamento e l'inclusione lavorativa,

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

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 quali, in particolare, quelli riguardanti la tutela e la valorizzazione dei beni comuni, e all'assunzione di responsabilità solidaristiche civiche, compreso lo sviluppo e la valorizzazione delle esperienze del Servizio civile nazionale;
- ✓ implementazione e valorizzazione, all'interno della rete di servizi residenziali, di attività e percorsi di semi-autonomia volti a preparare e formare l'adolescente all'uscita graduale e protetta dalle strutture;
- ✓ sviluppo di percorsi per l'accompagnamento all'autonomia dei neomaggiorenni in uscita da servizi e strutture di tutela e protezione sociale;
- ✓ attivazione e messa in rete dei programmi e degli interventi finalizzati alla prevenzione e al contrasto della dispersione scolastica e della devianza (dipendenze patologiche, illegalità, comportamenti dannosi alla salute, bullismo e cyberbullismo);
- ✓ predisposizione di un programma di pronto intervento, accoglienza, protezione, assistenza e supporto ai minori italiani e stranieri che si trovino in stato di abbandono o privi di assistenza familiare, o ai minori stranieri che risultano non accompagnati ai sensi dell'articolo 33 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 (Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero) e successive modifiche;
- ✓ la promozione, la valorizzazione e l'individuazione dei requisiti, dei centri interculturali volti alla costruzione di percorsi integrati da culture diverse, con il coinvolgimento delle famiglie migranti, dedicati a bambini e giovani stranieri ed italiani;
- ✓ avvio di percorsi di miglioramento e mantenimento della qualità delle prestazioni e dell'uso delle risorse, nonchè di omogeneizzazione di standard qualitativi per quanto riguarda gli interventi di prevenzione e contrasto al maltrattamento e all'abuso all'infanzia e all'adolescenza. Obiettivo fondamentale è la promozione di una rete, anche attraverso la costituzione di un Tavolo di coordinamento regionale, di centri regionali di eccellenza per il contrasto degli abusi e dei maltrattamenti che, in un'ottica di scambio sinergico con i servizi sociosanitari territoriali e gli organi giudiziari (tribunale per i minorenni/tribunale ordinario), possano garantire un alto contenuto specialistico ed elevate standard qualitativi;
- ✓ supportare la piena partecipazione giovanile attraverso la promozione di sistemi di *comanagement*, anche sulla base delle esperienze effettuate dall'Advisory Council on Youth del Consiglio d'Europa, mediante i quali creare spazi d'incontro tra i giovani e i decisori politici in modo da elaborare assieme le priorità nel settore giovanile ed elaborare raccomandazioni per i budget e i programmi da attuare;

- ✓ istituzione e implementazione, a livello locale e regionale, di organi consultivi per la gioventù come I consigli comunali giovanili, i parlamenti dei giovani o forum, consentendo a tutti i giovani, indipendendentemente dal fatto che appartengano ad organizzazioni o associazioni, di esprimere proprie proposte sulla formulazione e attuazione delle politiche che li riguardano, nonchè sui principi di co-gestione in essere nel settore giovanile della Regione;
- ✓ utilizzo del sito istituzionale e dei socialmedia istituzionali allo scopo di informare e consultare i giovani sui processi di pianificazione che li riguardano;
- ✓ sostegno attivo delle iniziative volte a migliorare la vita dei giovani nei quartieri svantaggiati e delle loro organizzazioni che mirano alla coesione della comunità, alla comprensione reciproca tra i residenti della comunità, alla lotta contro gli atteggiamenti negativi nei confronti di persone di diversa estrazione sociale e culturale, alla riduzione dello stigma e dei pregiudizi e alla promozione dell'accesso ai diritti sociali, ai diritti umani, all'inclusione, attraverso misure che comprendano la fornitura di finanziamenti, lo sviluppo di progetti e il supporto alla gestione, le strutture e/o lo sviluppo di capacità;
- ✓ sostegno a percorsi che garantiscano a tutti i giovani di esercitare il loro ruolo di cittadini attivi senza discriminazioni;
- ✓ promozione, ai sensi dell'articolo 2, comma 3, lettera g), della legge regionale 24 marzo 2016, n. 2 (Disciplina degli interventi regionali per la prevenzione e il contrasto del fenomeno del bullismo), della diffusione e condivisione delle esperienze positive per il consolidamento dell'azione di prevenzione al bullismo e al cyberbullismo;
- ✓ incentivazione alla realizzazione di servizi residenziali e formative che accolgono, in un contesto protetto ed organizzato, adolescenti prossimi alla maggiore età che non possono rimanere o tornare in famiglia, e giovani già ospiti di strutture residenziali o presso famiglie affidatarie, per il periodo necessario all'avvio e al completamento del loro percorso di autonomia;
- ✓ promozione di interventi necessari per favorire il superamento delle limitazioni derivanti da condizioni di disagio economico, familiare e sociale per assicurare l'esercizio effettivo del diritto allo studio e contrastare il fenomeno della dispersione scolastica;
- ✓ promozione di sistemi di comanagement al fine di creare spazi di incontro tra i giovani e i decisori politici per l'elaborazione congiunta di priorità e programmi da inserire nei budget degli anni successivi.

Il Servizio civile

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

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

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

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

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

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

Accoglienza e integrazione dei nuovi cittadini e delle nuove cittadine

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

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

L'integrazione di Rom, Sinti e Caminanti

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

E' necessaria la costruzione di un nuovo percorso di collaborazione tra privato sociale, istituzioni regionali e le organizzazioni Rom e Sinti, in merito alle strategie di intervento da attuare per l'inclusione delle popolazioni Rom, Sinti e Caminanti, atte a superare gli ostacoli attraverso azioni di sistema e di indirizzo. Gli incontri saranno realizzati al fine di esaminare la situazione esistente, le criticità e le buone pratiche, per elaborare proposte di indirizzo relative alle quattro aree di intervento: casa, istruzione, salute e lavoro.

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

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

Il Tavolo regionale e le sessioni di incontro potranno contribuire all'elaborazione di contributi utili per rafforzare una strategia regionale e che periodicamente potranno fornire indicazioni utili per la programmazione regionale finalizzata alla realizzazione di politiche adeguate per lo sviluppo e l'integrazione sociale delle popolazioni Rom Sinti e Camminanti nonché al superamento delle discriminazioni.

Inoltre, al fine di rendere le suddette azioni concretamente efficaci, implementando così la strategia nazionale di inclusione, è necessaria la partecipazione degli enti locali alle attività costituite per la programmazione dei relativi interventi.

In questo ambito, il Piano sociale prevede:

- ✓ l'istituzione di una Conferenza regionale annuale per l'accoglienza e l'integrazione come occasione di condivisione e confronto sulle politiche regionali in tema di richiedenti protezione internazionale e rifugiati;
- ✓ 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 SIPROIMI, anche con la stipula di accordi di partenariato con gli enti locali, i quali possono avvalersi, a loro volta, dei soggetti del terzo settore che prestano servizi esterni ai centri, per gli interventi volti all'autonomia e all'integrazione sociale dei titolari di protezione;
- ✓ 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;
- ✓ l'introduzione della figura professionale del mediatore culturale, che sarà utilizzata dalla rete dei servizi sociosanitari territoriali in supporto alle politiche di accoglienza ed integrazione.

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

Le politiche per i rifugiati

La legge regionale del 14 luglio 2008 n. 10 "Disposizioni per la promozione e la tutela dell'esercizio dei diritti civili e sociali e la piena uguaglianza dei cittadini stranieri immigrati" ha definito il sistema di governo territoriale per l'accoglienza e l'integrazione sociale dei migranti e determinato le finalità generali verso le quali orientare le politiche della Regione Lazio.
Il Piano sociale prevede un monitoraggio continuo sui flussi migratori finalizzato ad una programmazione omogenea degli interventi, il sostegno ad incrementare l'accoglienza diffusa e misure di potenziamento dei servizi ai Comuni che la garantiscono.
Il Piano promuove l'attivazione di responsabilità condivise, incentivando la collaborazione intra-istituzionale e lo sviluppo di "patti" locali mirati a rispondere in modo globale ai bisogni, il sostegno alla formazione degli operatori pubblici e del privato sociale, l'apprendimento linguistico ed un confronto permanente attraverso la piena funzionalità del tavolo tematico avviato, nonché la promozione di una cultura aperta alla solidarietà e all'accoglienza, anche mediante azioni di contrasto allo stigma, alle discriminazioni e allo sfruttamento.
Di particolare rilevanza sono le misure rivolte alle vittime di tratta, anche minorenni, a scopo di sfruttamento sessuale e lavorativo o di coinvolgimento in attività illegali.

Violenza di genere

Le Nazioni Unite definiscono la "violenza di genere" come "ogni atto legato alla differenza di sesso che provochi o possa provocare un danno fisico, sessuale, psicologico o una sofferenza della donna, compresa la minaccia di tali atti, la coercizione o l'arbitraria privazione della libertà sia nella vita pubblica che nella vita privata"[2]. Circa il 20-25% delle donne in Europa ha subito atti di violenza fisica almeno una volta nel corso vita adulta e oltre il 10% ha subito violenza sessuale. Il 45% delle donne ha subito qualche forma di violenza; il 12-15% delle donne in Europa è vittima della violenza domestica che, nell'UE, causa ogni giorno la morte di sette donne[3].

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 19 marzo 2014, n. 4 (Riordino delle disposizioni per contrastare la violenza contro le donne in quanto basata sul genere e per la promozione di una cultura del rispetto dei diritti umani fondamentali e delle differenze tra uomo e donna).

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

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

---

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

[3] Fonte: Commissione europea, 31 gennaio 2014.

Il contrasto e la prevenzione della violenza di genere

La Regione Lazio, in attuazione di quanto previsto dalla legge regionale 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), ha istituito una "Cabina di regia" con compiti di coordinamento degli interventi e formulazione di proposte e l'Osservatorio regionale sulle pari opportunità e la violenza alle donne. La legge prevede inoltre l'elaborazione del Piano triennale contro la violenza, che, integrandosi vicendevolmente con il Piano sociale, strutturerà a 360 gradi le politiche di contrasto e prevenzione.

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

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

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

Infrastrutturazione e governance del sistema

- aumento e diffusione omogenea di centri, servizi e strutture specializzate su tutto il territorio regionale, tenendo conto dei differenti fabbisogni;
- incentivazione del lavoro in rete con tutti gli attori che intervengono in questo campo, favorendo il pieno inserimento dei servizi di contrasto della violenza di genere nella programmazione sociosanitaria locale in coerenza con la programmazione regionale, così come previsto dalla legge regionale 4/2014;
- 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;
- inserire tra i componenti dell'Osservatorio di cui all'articolo 8 della legge regionale 4/2014 due tra le organizzazioni maggiormente rappresentative delle persone con disabilità a livello regionale.

Qualità e appropriatezza degli interventi

- monitoraggio dei processi di attuazione delle linee di indirizzo emanate con deliberazione della Giunta regionale del 18 ottobre 2016, n. 614, 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;
- promuovere, attraverso una collaborazione strutturata con le organizzazioni maggiormente rappresentative delle persone con disabilità, azioni di ricerca tematiche, raccolta dati, informazione e sensibilizzazione sulle condizioni di vita delle bambine, delle ragazze e delle donne con disabilità.

Prevenzione

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

Il reinserimento dei detenuti
e delle persone sottoposte a misure di sicurezza detentiva
presso le residenze per l'esecuzione di misure di sicurezza (REMS)

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

1. sostenere un sistema attivo di opportunità trattamentali che consentano di garantire alla persona privata della libertà migliori prospettive per il futuro anche predisponendo progetti di mediazione linguistica e culturale a sostegno degli stranieri presenti negli istituti penitenziari, nelle REMS, nel Centro di permanenza per il rimpatrio (CPR) e negli altri luoghi di privazione della libertà;
2. avviare politiche di giustizia riparativa, con il necessario supporto dei servizi e delle progettualità attive all'interno delle strutture;
3. favorire il ricorso a misure alternative alla detenzione, con particolare attenzione per le detenute madri con figli minori, potenziando il sistema integrato di rete sociale regionale, nonchè promuovendo l'individuazione e l'istituzione delle case famiglia protette di cui all'articolo 4 della legge 21 aprile 2011, n. 62 concernente disposizioni a tutela del rapporto tra detenute madri e figli minori, predisponendo inoltre, anche attraverso i beni confiscati alla mafia, una rete di soluzioni abitative accessibili a ex detenuti liberi da non oltre ventiquattro mesi, condannati in esecuzione penale esterna, detenuti in permesso premio, familiari di detenuti residenti fuori regione in visita ai parenti ristretti negli istituti penali e penitenziari del Lazio, nonchè

predisponendo una rete di strutture di accoglienza accessibili a persone sottoposte a misure cautelari personali, condannate in esecuzione penale o sottoposte a misura di sicurezza che, in ragione delle loro condizioni psicofisiche, abbiano bisogno di programmi di recupero e di riabilitazione esterni al circuito penitenziario o all'internamento nelle REMS, anche mediante l'implementazione della rete dell'accoglienza alloggiativa per gli adulti, per minori e giovani adulti e per le detenute madri;

4. promuovere progetti di giustizia riparativa che abbiano come obiettivo la ricomposizione del conflitto tra il reo, la vittima e la comunità di riferimento;
5. migliorare la qualità del trattamento dei pazienti in REMS;
6. migliorare la qualità del trattamento intramurario, cofinanziando attività in coordinamento con l'amministrazione penitenziaria.

L'articolo 15 dell'Ordinamento penitenziario, adottato con la legge 26 luglio 1975, n. 354 (Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà), attribuisce al lavoro un ruolo centrale nel processo rieducativo e di risocializzazione del condannato, rappresentando uno strumento indispensabile ai fini rieducativi e del reinserimento socio-lavorativo. Infatti, a partire dalla legge 193/2000 (Norme per favorire l'attività lavorativa dei detenuti), sono introdotti nell'Ordinamento strumenti e azioni per favorire la creazione e la gestione del lavoro di persone in esecuzione penale, dentro e fuori dal carcere. Si evidenzia la comune volontà di collaborazione della Regione Lazio (Direzioni Salute e Politiche Sociali, Lavoro, Formazione) e del Ministero della Giustizia (Prap, UEPE, Giustizia Minorile), sancita da ultimo, nel maggio 2014, da un protocollo d'intesa tra le due amministrazioni, finalizzato ad attuare azioni a sostegno di programmi di reinserimento di persone in esecuzione di pena. In sintesi, sono previste le seguenti azioni:

- informazione, orientamento, counseling e bilancio di competenze ed abilità, accompagnamento in forma individuale e/o di gruppo per favorire l'accesso alle varie opportunità e costruire percorsi adeguati alle specifiche esigenze;
- incentivazione della presenza di patronati e di Centri per l'assistenza fiscale (CAF) all'interno degli istituti penitenziari e degli altri luoghi di privazione della libertà;
- formazione per l'acquisizione di competenze di base, trasversali e/o tecnico-professionali, anche per il conseguimento di qualifiche professionali;
- tirocini formativi ai sensi della deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2013, n. 511 (Attuazione dell'Accordo adottato dalla Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 24 gennaio 2013 sui tirocini di inserimento o reinserimento finalizzati alla riabilitazione e all'inclusione sociale) con indennità di partecipazione mensile;
- attività laboratoriali all'interno degli istituti penitenziari con indennità di frequenza;
- attività di sensibilizzazione del contesto economico sociale per il potenziamento delle opportunità occupazionali e dell'incontro domanda-offerta di Lavoro;
- attività di sostegno della rete familiare ed amicale;
- contribuire alla costituzione delle Commissioni regionali per il lavoro penitenziario ai sensi dell'articolo 25bis della legge 354/1975 e successive modifiche;
- attività di implementazione delle azioni di integrazione e programmazione sociosanitaria, anche con l'ausilio dell'Osservatorio regionale permanente sulla sanità penitenziaria e dell'Osservatorio regionale delle politiche sociali;
- attività di implementazione dell'istituzione della mediazione penale minorile, anche attraverso la stipula di protocolli d'intesa con gli enti interessati o l'utilizzazione di quelli già in essere;
- istituzione delle Commissioni regionali per il lavoro penitenziario ai sensi dell'articolo 25 bis della legge 26 luglio 1975 n. 354 (Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà) e successive modifiche.
  La Regione promuove la predisposizione di una rete di strutture di accoglienza accessibili a persone sottoposte a misure cautelari personali, condannate in esecuzione penale o sottoposte a misura di sicurezza, che, in ragione delle loro condizioni psicofisiche, abbiano bisogno di programmi di recupero e di riabilitazione esterni al circuito penitenziario o all'internamento nelle REMS.

Nell'attuale contesto detentivo, caratterizzato dal crescente fenomeno del multiculturalismo, è prevista la predisposizione e l'attuazione di progetti di mediazione linguistica e culturale a sostegno degli stranieri presenti negli istituti penitenziari, nelle REMS, nel CPR e negli altri luoghi di privazione della libertà esistenti sul territorio regionale, al fine di supportare la quotidianità detentiva e fornire uno spazio di ascolto ai vissuti emotivi dei detenuti extracomunitari, consentendo inoltre agli operatori penitenziari di accedere alla lettura non solo del disagio psicologico del detenuto, ma anche delle risorse personali sulle quali lavorare per la predisposizione di un trattamento individualizzato.

Terzo settore e impresa sociale

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

Non a caso la nuova legge 6 giugno 2016, n. 106 (Delega al Governo per la riforma del terzo settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del servizio civile universal) ribadisce il ruolo centrale e specifico del terzo settore anche in relazione al sistema integrato di interventi e servizi socio assistenziali. L'articolo 4 comma 1, lettera o) recita testualmente:
"o) valorizzare il ruolo degli enti nella fase di programmazione, a livello territoriale, relativa anche al sistema integrato di interventi e servizi socio-assistenziali nonché di tutela e valorizzazione del patrimonio culturale, paesaggistico e ambientale e individuare criteri e modalità per l'affidamento agli enti dei servizi d'interesse generale, improntati al rispetto di standard di qualità e impatto sociale del servizio, obiettività, trasparenza e semplificazione e nel rispetto della disciplina europea e nazionale in materia di affidamento dei servizi di interesse generale, nonché criteri e modalità per la verifica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni;"

Si tratta dell'esplicitazione del compito di valorizzazione del ruolo del terzo settore che spetta agli enti pubblici, anche alla luce della ventennale esperienza maturata a seguito dell'approvazione della legge 328/2000, che dedica al rapporto tra sistema di servizi e enti del terzo settore la massima attenzione. L'articolo 1, comma 4, recita testualmente:
"4. Gli enti locali, le regioni e lo Stato, nell'ambito delle rispettive competenze, riconoscono e agevolano il ruolo degli organismi non lucrativi di utilità sociale, degli organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, degli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese operanti nel settore nella programmazione, nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali."

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

La nuova legge regionale 11/2016 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'articolo 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 sfida del Welfare generativo

Il modello del welfare generativo mira a valorizzare le attitudini delle persone che ricevono contributi e assistenza dai servizi sociali e dalle reti del terzo settore. La sfida, che debbono raccogliere classi dirigenti, professionisti, volontari nonchè operatori di servizi pubblici e privati è quella di superare la logica assistenzialistica dotando i soggetti bisognosi non soltanto di aiuti economici, ma anche di strumenti e opportunità tesi a migliorare le condizioni di vita, riconquistando dignità e autostima. L'ipotesi di accompagnare l'erogazione di una prestazione da parte degli enti pubblici, con la previsione di una prestazione da parte dei soggetti beneficiari finalizzata a porre in essere azioni a vantaggio di altri, costituisce il cardine della reciprocità, nel quale le varie dimensioni della solidarietà si combinano e producono un "valore aggiunto" per l'intera comunità.

Salute mentale

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

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

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

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

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

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

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

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

C. Livelli essenziali delle prestazioni
Uno sguardo generale

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

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

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

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

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

La riforma del Titolo V della Costituzione, a meno di un anno di distanza dall'approvazione della legge 328/2000, sancisce la competenza legislativa esclusiva delle Regioni nel settore dei servizi sociali, affidando però allo Stato in via esclusiva la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" (art. 117, comma 2, lettera m).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

[4] Cfr. art. 2, comma 2, della legge 328/2000: "I soggetti di cui all'articolo 1, comma 3 [Enti locali, Regioni e Stato], sono tenuti a realizzare il sistema di cui alla presente legge che garantisce i livelli essenziali di prestazioni, ai sensi dell'articolo 22".

Segretariato sociale e Punto Unico di Accesso

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

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

Per il perseguimento di tale obiettivo è essenziale:

1. La definizione di un sistema unificato di accesso ai servizi e agli interventi, che preveda criteri e modalità comuni. Ciò richiede in particolare:
   - la connessione logistico-operativa tra il Segretariato sociale comunale e il Punto Unico di Accesso distrettuale, al fine di assicurare alle persone un'adeguata informazione, orientamento e accompagnamento ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari del territorio, anche attraverso lo svolgimento competente di funzioni di pre-valutazione e l'eventuale attivazione dell'unità di valutazione multidisciplinare;
   - la predisposizione di percorsi integrati e unificati per usufruire dei vari servizi di rete, anche tramite la definizione condivisa di procedure specifiche;
   - la costituzione di unità professionali integrate tra Comuni e ASL, per la definizione dei progetti personali a partire dalla valutazione multidimensionale della situazione personale e ambientale di chi accede al sistema integrato. Tali strutture operano su base distrettuale e assumono i caratteri di una equipe multiprofessionale, la cui composizione può variare in ragione delle competenze professionali richieste dalle specifiche condizioni della persona e/o della famiglia. Le funzioni di valutazione e di progettazione svolte dall'equipe vengono esercitate avvalendosi di strumenti di valutazione multimodale periodicamente rivisti e corretti in rapporto all'evoluzione scientifica delle metodologie valutative e dell'esperienza maturata a seguito della loro applicazione.
2. La strutturazione del processo che, garantendo modalità di scambio di informazioni tra servizi anche attraverso lo strumento della Cartella sociosanitaria, renda più facilmente realizzabile l'integrazione, assicuri la continuità assistenziale e permetta di adeguare nel tempo il progetto personale.

3. La ri-programmazione periodica (annuale e pluriennale) sociale, sanitaria e sociosanitaria. Ciò comporta la predisposizione di un Sistema informativo che offra a tutti gli attori della rete, che concorrono alle decisioni, un quadro conoscitivo organico e sistematico. Il funzionamento e la manutenzione della rete richiede una precisa responsabilità tecnica di gestione, identificabile in una struttura integrata (l'Ufficio sociosanitario, come descritto nel successivo capitolo M), unitariamente individuata da comuni e ASL, capace di monitorare e stimolare tutti i processi operativi implementando la diffusione della sanità digitale.

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

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

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

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

1. La partecipazione delle figure professionali alla definizione delle linee programmatiche e organizzative dei servizi, in relazione alle specifiche competenze e in funzione della realizzazione di processi di intervento congiunti, coerenti e qualificati, che consentano la gestione condivisa delle responsabilità.
2. La predisposizione di un Sistema informativo per la raccolta dei dati, indispensabile a livello micro per la predisposizione e il monitoraggio del progetto personale, e a livello macro per la programmazione e valutazione del sistema integrato territoriale.
3. La previsione di percorsi formativi comuni, cui partecipino operatori sociali e sanitari, appartenenti sia ai servizi degli enti locali che a quelli della ASL, ma aperti anche ad altri soggetti, sia pubblici che privati, profit e non profit. L'obiettivo è di garantire il coinvolgimento di tutte le componenti della governance locale, allo scopo di potenziare le funzioni di programmazione, gestione e valutazione del sistema delle prestazioni, e di favorire lo sviluppo dell'integrazione a livello locale. Il confronto fra esperienze, culture, riferimenti teorici e operativi è, infatti, condizione indispensabile per la definizione di linguaggi, metodi e strumenti condivisi.

Indicatori e standard del servizio

Servizio	LR 11/16	Standard quantitativi	Indicatori qualitativi
Sistema unificato di accesso: Segretariato sociale e PUA	Artt. 23, 52 e 53	Garantire in ogni Distretto sociosanitario: • 1 Ufficio sociosanitario quale strumento di integrazione tra l'Ufficio di Piano e l'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD); • 1 Casa della Salute che integri le funzioni del Segretariato sociale e del PUA; • 1 Unità di Valutazione Multidimensionale, composta da personale sanitario della ASL e personale sociale dei Comuni singoli o associati.	• 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); • presenza laddove si ritiene necessario, di mediatori culturali nei PUA.

Servizio sociale professionale

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

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

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

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

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

Occorre, altresì, considerare la diffusione crescente del fenomeno delle aggressioni a danno degli operatori sociali. A tal fine, appare necessario prevenire il moltiplicarsi di questi episodi mettendo in atto tutte le azioni possibili a tutela del professionista e della sua sicurezza, nonchè guardare con maggiore attenzione e consapevolezza alle condizioni del sistema dei servizi sociali.Il fenomeno della violenza a danno degli operatori sociali da parte dei loro utenti rappresenta oggi un chiaro "campanello d'allarme" di come l'attuale sistema delle prestazioni sociali non risponda sufficientemente ai bisogni dei cittadini beneficiari dei servizi.

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

In particolare:

- Le condizioni di vita delle persone sono diverse, come diversi sono i bisogni e gli obiettivi personali e familiari, gli operatori sociali devono quindi considerare la persona e la sua famiglia come co-protagonisti a pieno titolo dell'azione sociale, riconoscendo loro il diritto ad una progettazione personale che ne preveda il diretto coinvolgimento.
- Le prestazioni sociali devono ispirarsi al principio della prossimità alla persona. Devono favorire la permanenza nel proprio contesto di vita e promuovere l'inclusione nella comunità di appartenenza.

- Gli operatori sociali devono fornire ai cittadini ed alle cittadine tutte le informazioni e tutti gli elementi utili all'esercizio della libertà di scelta o della scelta fra soluzioni alternative.
- Tutte le risorse, non solo pubbliche, che solitamente vengono mobilitate per far fronte ad una situazione di bisogno devono essere messe a sistema nell'ambito del progetto personale, favorendo la corresponsabilità della sua attuazione.

Indicatori e standard del servizio

Servizio	LR 11/2016	Standard quantitativi	Indicatori qualitativi
Servizio sociale professionale	Art. 24	• Riduzione del 50% dell'esternalizzazione della funzione; • 1 assistente sociale a tempo pieno in tutti i comuni di piccolo, medie e grandi dimensioni; • 1 assistente sociale del Distretto sociosanitario, a tempo pieno, ogni 5.000 residenti.	• Adeguatezza della dotazione organica; • stabilità contrattuale delle risorse umane; • esperienza, specializzazione e formazione continua del personale; • prevenzione del turnover e del rischio di burn-out; • uso degli strumenti: progetto personale e budget di salute.

Emergenza e pronto intervento sociale

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

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

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

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

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

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

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

La Regione si impegna a verificare la possibilità di attivare un dormitorio in ciascun sovrambito di riferimento e a valutare la creazione di un apposito fondo per gestire le emergenze a livello distrettuale.

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

Gli ambiti territoriali, ai fini della predisposizione e attuazione dei progetti di emergenza e pronto intervento sociale, possono promuovere accordi di collaborazione in rete con le amministrazioni competenti sul territorio in materia di servizi per l'impiego, tutela della salute e istruzione (centro per l'impiego, servizio materno infantile, centro di salute mentale, Sert, centri di formazione professionale, scuola) nonchè con soggetti privati attivi nell'ambito degli interventi di contrasto alla povertà.

Indicatori e standard del servizio

Servizio	LR 11/2016	Standard quantitativi	Indicatori qualitativi
Servizio di emergenza e pronto intervento assistenziale	Art. 30	• 1 servizio operante nel territorio del comune di Roma capitale in collaborazione con le ASL di riferimento territoriale; • 1 servizio in ogni ASL negli altri territori, negli orari non coperti dal funzionamento ordinario del servizio sociale.	• Accessibilità (anche telefonica); • tempestività; • integrazione con gli altri servizi di emergenza; • integrazione con i servizi sociali ordinari.

Domiciliarità

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

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

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

Azioni:

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

- Potenziare l'offerta domiciliare socioassistenziale e sociosanitaria, attraverso l'estensione progressiva degli orari in funzione dell'intensità dei supporti necessari alla persona, e garantire la flessibilità oraria e giornaliera con particolare attenzione ai soggetti affetti da disabilità gravissima.
- 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, sia per le persone con disabilità gravissima che per quelle con disabilità media, grave e non autosufficienti, secondo la classificazione di disabilità di cui al d.p.c.m. 159/2013, riconoscendo il loro ruolo e sostenendo la loro qualità di vita, essendo il loro impegno parte integrante della rete e del processo di cura e di assistenza della persona disabile, al fine di permettere di affrontare al meglio le difficoltà o le urgenze e di svolgere le normali attività di assistenza e di cura in maniera efficace attraverso un'integrazione con le prestazioni, gli ausili, i contributi necessari e i supporti che i servizi sociosanitari e sanitari si impegnano a fornire. Il caregiver deve essere coinvolto in modo attivo nel percorso di valutazione, definizione e realizzazione del piano assistenziale della persona disabile.
- 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, anche attraverso informazioni di valutazione, di efficienza e di efficacia tali da garantire una scelta consapevole e responsabile.
- Individuare, attraverso percorsi e collaborazioni strutturate e sistematiche con le organizzazioni maggiormente rappresentative del terzo settore, un sistema di indicatori che consentano di riconoscere le situazioni di isolamento e segregazione (anche in ambito domiciliare) presenti o potenziali, compresi indicatori per rilevare condizioni di disagio e sofferenza dell'operatore domiciliare, e diffondere tali strumenti ai servizi sociali e sociosanitari.
- Adottare politiche e programmare percorsi di formazione e aggiornamento rivolti a tutto il personale coinvolto nei servizi domiciliari; prevedere momenti di supervisione e confronto tra operatori per superare eventuali criticità e/o condizioni di disagio e sofferenza;

favorire occasioni di scambio di saperi ed esperienze tra operatori domiciliari e *caregiver* familiari.

- Promuovere agenzie o centri per la vita indipendente costituiti prevalentemente da persone con disabilità, che favoriscano i processi di capacitazione delle stesse, attraverso la consulenza alla pari, l'orientamento alla scelta delle opportunità assistenziali, l'informazione sul funzionamento e supporto/accompagnamento burocratico, il sostegno nella ricerca dell'assistente.
- Dare continuità e sistematicità al servizio "Curare con cura", progetto di assistenza sociosanitaria per le persone disabili non collaboranti, per la facilitazione all'accesso ai servizi sanitari e di accompagnamento lungo tutto il percorso assistenziale, per aiutare il paziente e chi lo assiste nella prenotazione delle prestazioni sanitarie, costituendo *equipe* di operatori, con funzioni di "*patient manager*", che accolgano la persona disabile e la famiglia e li accompagnino per tutta la loro permanenza nella struttura sanitaria.
- Promuovere agenzie e/o centri per la vita indipendente, costituiti in prevalenza da persone con disabilità, al fine di favorire i processi di capacitazione delle stesse attraverso una pluralità di azioni concrete.
- Promuovere, in collaborazione con le associazioni operanti in materia, protocolli d'intesa con ambasciate di riferimento, al fine di contrastare l'istituzionalizzazione impropria dei soggetti privi di cittadinanza italiana, senza fissa dimora e la cui condizione risulti essere stata notevolmente aggravata in seguito al verificarsi di un evento causativo di disabilità permanente.

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

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

Concentrandosi in particolare sulle persone con disabilità gravi, più della metà della popolazione giovane e adulta (da 0 a 64 anni) con gravi disabilità non riceve assistenza dai servizi pubblici, non ricorre al mercato dei servizi di cura privati e non può contare sull'aiuto di familiari non conviventi. Il carico assistenziale insiste quindi completamente sui familiari conviventi.

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

Tra coloro che invece vivono da soli, il 54% ricorre unicamente all'aiuto dei familiari non conviventi e ben il 20% non riceve alcun tipo di aiuto (né familiare, né dei servizi pubblici o privati). Ciò appare tanto più preoccupante se si pensa

che ben oltre la metà (58,2%) delle persone con disabilità gravi che vivono da sole dichiara di poter contare su risorse economiche scarse o insufficienti.

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

Indicatori e standard del servizio

Servizio	LR 11/2016	Standard quantitativi	Indicatori qualitativi
Servizio di assistenza domiciliare	Art. 26	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. • l'attivazione di agenzie o centri per la vita indipendente.	• Libertà di scelta; • capacitazione ed empowerment; • integrazione sociosanitaria; • integrazione con le altre prestazioni di carattere sociale e sociosanitario, pubbliche e private, presenti sul territorio; • flessibilità oraria e giornaliera; • continuità assistenziale e prevenzione dell'istituzionalizzazione; • competenza e formazione continua di chi è coinvolto nei servizi domiciliari; • prevenzione del rischio di burn-out.

Residenzialità

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

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

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

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

Azioni:

- Procedere nell'arco del triennio, sulla base di indicatori condivisi, a una rilevazione sistematica e completa delle strutture segreganti presenti sul territorio regionale e garantire percorsi di dimissione delle persone segregate attraverso l'elaborazione di progetti personali.
- Definire, sulla base dei dati forniti dal Sistema informativo, il fabbisogno di servizi per l'abitare sul territorio regionale e pianificarne nel triennio la realizzazione, garantendo alla popolazione un ventaglio di soluzioni.
- Elaborare, attraverso percorsi e collaborazioni strutturate e sistematiche con le organizzazioni maggiormente rappresentative del tezo settore, linee guida regionali per la definizione di un procedimento unico di accreditamento sociosanitario che superi le attuali modalità e procedure, prendendo a riferimento i criteri introdotti dalla Norma UNI 11010/2016 "Servizi socio sanitari e sociali - Servizi per l'abitare e servizi per l'inclusione sociale delle persone con disabilità (PcD) - Requisiti del servizio", e negando l'accreditamento e qualsiasi finanziamento diretto o indiretto a strutture potenzialmente segreganti;
- Determinare obiettivi di servizio connessi ai servizi per l'abitare che assumano come riferimento la Norma UNI 11010/2016 "Servizi socio sanitari e sociali - Servizi per l'abitare e servizi per l'inclusione sociale delle persone con disabilità (PcD) - Requisiti del servizio" e monitorarne il raggiungimento.
- Consentire alle persone che fruiscono dei servizi per l'abitare di arricchire le proprie competenze e abilità e ritardare per quanto più possibile la perdita dell'autonomia garantendo l'erogazione continua di sostegni professionali, educativi, assistenziali e informali congruenti con la valutazione multidimensionale e inseriti nell'ambito di un progetto personale redatto con la partecipazione attiva della persona o di chi la rappresenta.

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

Accesso e dimissioni

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

Regole di coabitazione

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

Relazioni con il contesto sociale di riferimento

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

relazioni e le attività nel territorio, anche di tipo ricreativo);

- facilitare la continuità di rapporto tra l'utente e la famiglia prevedendo l'integrazione della residenzialità con gli interventi dei centri territoriali al fine di fornire un supporto durante il tempo trascorso in famiglia;
- favorire e garantire il mantenimento di relazioni con il contesto sociale di riferimento (comunità, reti informali, persone), sia con iniziative esterne che incentivando l'ingresso nel servizio;
- garantire l'informazione, accessibile e comprensibile, di tutte le opportunità offerte dal contesto territoriale, anche di tipo ludico, e favorire la creazione di nuove relazioni sociali;
- prevedere la correlazione dei servizi per l'abitare con gli altri servizi del territorio, compresi quelli di trasporto e di supporto personale extra domiciliare.

Protezione da abusi e maltrattamenti

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

Inoltre:

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

e consulenza (anche in forma di consulenza alla pari) alla persona per affrontare in modo appropriato le conseguenze fisiche e psicologiche dell'evento; devono essere garantite adeguate informazioni affinché possa adire eventualmente alle vie legali e devono essere previste delle procedure di supporto nel caso la persona non si possa rappresentare da sola;

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

Indicatori e standard del servizio

Servizio	LR 11/2016	Standard quantitativi	Indicatori qualitativi
Residenzialità	Art. 31	Garantire in ogni Distretto sociosanitario: • il monitoraggio delle condizioni di chi vive attualmente in struttura; • la riduzione dei tempi medi di permanenza nelle strutture residenziali; • la definizione di un procedimento unico di accreditamento sociosanitario; • l'elaborazione di linee guida regionali che prendano a riferimento i criteri introdotti dalla Norma UNI 11010/2016 "Servizi socio sanitari e sociali - Servizi per l'abitare e servizi per l'inclusione sociale delle persone con disabilità (PcD) - Requisiti del servizio"; • la riqualificazione e l'adeguamento delle strutture residenziali esistenti in funzione delle linee guida elaborate dalla Regione; • la manutenzione straordinaria e la messa in sicurezza dei beni pubblici destinati al sociale; • la ristrutturazione di edifici pubblici inutilizzati per la creazione di soluzioni abitative innovative e per il co-housing; • la creazione di servizi per l'abitare che riproducano le condizioni di vita familiari.	• Libertà di scelta; • accessibilità; • rispetto della privacy; • capacitazione ed empowerment; • integrazione sociosanitaria; • integrazione con le altre prestazioni di carattere sociale e sociosanitario, pubbliche e private, presenti sul territorio; • mantenimento di relazioni con il contesto sociale di riferimento (comunità, reti informali, persone) e partecipazione alle attività realizzate all'esterno (anche di tipo ricreativo); • competenza e formazione continua di chi è coinvolto nei servizi residenziali; • prevenzione del rischio di burn-out; • protezione da ogni forma di abuso, maltrattamento, trattamento degradante o negligenza.

Semiresidenzialità

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

Rientrano nella semiresidenzialità i centri diurni: strutture di tipo aperto che forniscono prestazioni socioeducative, di socializzazione, di aggregazione e di recupero, destinate a bambini e ragazzi di minore età, alle persone con disabilità o disagio psichico, agli anziani con Alzheimer. Il centro diurno deve essere collegato con i servizi e le strutture presenti sul territorio e può fornire anche interventi di supporto all'assistenza domiciliare, interventi di supporto di integrazione all'inclusione scolastica, favorendo percorsi di progetti ponte tra la scuola e le strutture diurne, decisi nell'ambito di quell'insieme di prestazioni definito nel progetto personale. Nella semiresidenzialità rientrano, inoltre, centri socio educativi occupazionali integrati per giovani adulti con disabilità grave e complessa al termine del ciclo scolastico, almeno 1 per ogni distretto sanitario/municipio alternative ai centri ex articolo 26, in coerenza con la programmazione regionale e le relative risorse.

Particolare rilevanza deve essere attribuita all'attivazione di servizi per i giovani adulti con disabilità complessa che necessitano di un livello assistenziale più alto che contrasti l'isolamento sociale. I centri socio-educativi per persone con disabilità grave e/o complessa sono finalizzati all'integrazione nei contesti sociali di appartenenza, con particolare riguardo, per coloro che hanno terminato il percorso scolastico, al mantenimento delle competenze acquisite e alla abilitazione di competenze di semi-autonomia. I centri socio-educativi devono essere parte integrante della rete dei servizi, e presenti nei distretti socio sanitari, compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili al fine di favorire una presa in carico globale della persona con disabilità e l'integrazione con i servizi sanitari, con le realtà formative e con i contesti occupazionali.

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

Possiamo far rientrare in quest'ambito anche la mensa sociale e il centro di accoglienza notturna: servizi gratuiti tesi a soddisfare i bisogni primari di vita delle persone che versano in gravi condizioni di disagio sociale, economico e familiare.

Tali servizi offrono vitto e alloggio notturno a persone che temporaneamente non possono provvedervi e rappresentano la prima modalità di accesso al sistema integrato, ai fini della successiva definizione di un percorso di presa in carico che preveda l'individuazione dei bisogni inespressi e l'attivazione di ulteriori servizi.

Interventi a sostegno dei malati di Alzheimer

La demenza da Alzheimer è una patologia progressiva, tutt'ora incurabile, per la quale non esistono ad oggi trattamenti capaci di arrestarne la progressione e di curare la degenerazione cerebrale. Tanto che il trattamento assistenziale risulta finalizzato, da una parte, a rallentare il decorso ingravescente e a curare, almeno temporaneamente, i sintomi cognitivi e comportamentali, dall'altra, a garantire al paziente una qualità buona della vita o quanto meno dignitosa.

La malattia coglie in modo conclamato circa il 5% delle persone dai 60 anni in su e che in Italia si stimano 500.000 ammalati, con una previsione di aumento in pochi anni pari al 40%.

Tale patologia impone alla collettività rilevanti costi sociali, anche in termini di qualità della vita del malato e di salute psicofisica di chi è chiamato a prestargli assistenza, generalmente un familiare (c.d. caregiver).

La Regione considera che uno degli obiettivi principali della politica in favore dei malati di Alzheimer è agevolare la permanenza nell'ambiente familiare il più a lungo possibile, cercando di evitare, o comunque dilazionare il ricovero, **incentivando** la creazione su tutto il territorio regionale di progetti che consentano la diffusione capillare di centri diurni in cui i malati possano sviluppare e mantenere le proprie attività sociali, culturali e di relazione, assicurando un sostegno nell'autonomia e nell'esecuzione degli atti quotidiani della vita riducendo la dipendenza dagli altri.

Per questo la Regione si impegna, con il coinvolgimento attivo dei territori, dei comuni, delle ASL e delle associazioni che operano nel terzo settore a promuovere la progettazione e la realizzazione di specifici interventi innovativi creando strumenti di supporto concreto ai malati di Alzheimer e alle loro famiglie che li assistono in casa.

Azioni:

- promuovere la **realizzazione** di centri diurni da inserire in una rete di servizi finalizzati a dare risposta ai bisogni degli anziani affetti da Alzheimer, in cui grazie al supporto di personale specilizzato siano offerti interventi di natura socio-assistenziale, assistenza diretta nelle attività quotidiane, sostegno psicologico, di animazione, di socializzazione e riabilitativi;
- favorire e promuovere la creazione di centri d'incontro quali spazi pensati per le persone con disturbi cognitivi di grado lieve-moderato, i loro familiari e caregiver. Le attività offerte favoriscono la partecipazione e l'inclusione anche attraveso incontri plenari dove i partecipanti, personale e volontari, condividono l'esperienza e nei quali siano previste attività come la terapia psicomotoria, laboratori occupazionali e creativi, stimolazione cognitiva e si propongano anche interventi specifici di informazione e sostegno per I caregiver che sono incoraggiati a partecipare e a condividere alcuni momenti di lavoro con gli anziani;
- sostenere l'integrazione delle politiche sanitarie e sociosanitarie per i malati di Alzheimer, potenziando e promuovendo una cultura del rispetto dei diritti delle persone con decadimento cognitivo.

Indicatori e standard del servizio

Servizio	LR 11/2016	Standard quantitativi	Indicatori qualitativi
Semiresidenzialità	Artt. 27, 28 e 31	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 socioeducativi per persone con disabilita' grave; • centri di aggregazione giovanile; • centri anziani fragili; • mense sociali e centri di accoglienza notturna.	• Accessibilità; • fruibilità; • capacitazione ed empowerment; • integrazione sociosanitaria; • integrazione con le altre prestazioni di carattere sociale e sociosanitario, pubbliche e private, presenti sul territorio; • creazione di relazioni con il contesto sociale di riferimento (comunità, reti informali) e partecipazione alle attività realizzate sul territorio (anche di tipo ricreativo); • competenza e formazione continua di chi è coinvolto nei servizi semiresidenziali; • prevenzione del rischio di burn-out; • protezione da ogni forma di abuso, maltrattamento, trattamento degradante o negligenza.

D. Parametri per la valutazione delle condizioni di accesso prioritario

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

A. povertà o situazione economica disagiata;

B. incapacità fisica, psichica o sensoriale, totale o parziale, a provvedere autonomamente alle proprie esigenze con particolare riguardo a chi è privo di tutela familiare;

C. non autosufficienza dovuta all'età o alla malattia;

D. difficoltà all'inserimento nella vita sociale attiva, nel mercato del lavoro e nella frequenza scolastica obbligatoria;

E. persone sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali.

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

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

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

Azioni:

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

E. Modalità di verifica dei risultati

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

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

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

Il sistema di monitoraggio regionale: indicatori analitici locali

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

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

Organizzazione territoriale per gli adempimenti valutativi

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

Per garantire continuità all'Ufficio di Piano, è indispensabile che il coordinatore che sarà individuato disponga delle competenze adatte alle funzioni che dovrà esercitare, che il suo incarico sia almeno triennale, e che possa garantire un impegno per un numero adeguato di ore settimanali.

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

- Il miglioramento della qualità dei processi di governance sociale.
- L'attivazione e/o l'implementazione della gestione associata.
- La costituzione dei Consorzi tra Comuni per la gestione integrata dei servizi.
- L'innovazione del sistema di progettazione e attivazione dei servizi di ambito.
- Il miglioramento della qualità dei servizi di accesso e presa in carico tramite il Punto unico di accesso (PUA) integrato.
- L'adeguatezza e tempestività della spesa annuale.
- La qualità e l'efficacia dei servizi attivati.
- La capacità di cofinanziamento da parte dei Comuni e/o il reperimento di ulteriori risorse finanziarie provenienti dal contesto economico locale.
- L'innovatività dei processi attivati in ambito sperimentale.
- Il grado di implementazione e il rispetto della tempistica del Sistema informativo regionale.
- Il coordinatore dell'Ufficio di Piano potrà rapportarsi con il personale preposto al controllo di gestione dei comuni coinvolti al fine di uniformare gli indicatori di monitoraggio rendendo il processo di valutazione coerente ed efficace.

F. Modalità di erogazione delle prestazioni e condizioni di esigibilità

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

- modalità di accesso al sistema integrato anche attraverso azioni concrete volte ad agevolare la fruibilità dello stesso da parte dei soggetti svantaggiati senza dimora abituale;
- diritto alla presa in carico, con la garanzia di tempi certi;
- progettazione personale, con la definizione del mix più appropriato di servizi, interventi e trasferimenti, e relative modalità di gestione (diretta, indiretta o mista) e finanziamento;

- partecipazione attiva della persona, o della sua famiglia, nella definizione del proprio progetto personale;
- esercizio consapevole della libertà di scelta o della scelta fra soluzioni alternative con il supporto di tutte le informazioni necessarie per poter effettuare la valutazione.

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

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

- ***il fabbisogno:*** si tratta di individuare il parametro più appropriato per soddisfare la domanda potenziale, nella convinzione che su tutto il territorio di riferimento debbano essere garantite determinate prestazioni (o volumi di prestazioni o risorse finanziarie) in rapporto a entità predefinite (come ad esempio il numero di abitanti). Il vantaggio di tali indicatori consiste nel fatto che permettono di effettuare calcoli numerici in modo abbastanza agevole, non essendo strettamente ancorati a bisogni manifesti, possono essere applicati anche a prestazioni di carattere promozionale o preventivo. Lo svantaggio consiste, invece, nel fatto che essi risultano statici e poco flessibili rispetto alle peculiarità locali e alle esigenze specifiche legate a determinate aree di intervento. Per poter raggiungere l'obiettivo di un servizio standardizzato ed uniforme su tutto il territorio regionale va individuato innazitutto il fabbisogno reale, in base ai dati risultanti dal servizio informativo e dalla attiva partecipazione di tutte le realtà territoriali in possesso di dati, quali associazioni operanti nel terzo settore, le associazioni di volontariato sociale, le associazioni di protezione civile.

  In base a questi risultati occorre effettuare una previsione dell'andamento nel tempo della potenziale domanda di prestazioni ed infine selezionare alcuni indicatori per la definizione degli standard di qualità, da assicurare su tutto il territorio regionale;
- ***la dinamica temporale:*** si tratta di prevedere l'andamento nel tempo della domanda potenziale e quindi di stimare l'entità della crescita delle prestazioni (o dei volumi di prestazioni o delle risorse finanziarie) da garantire. La dinamica nel tempo deve essere necessariamente calcolata in modo più empirico rispetto a quanto avviene per i fabbisogni, e deriva dalle analisi compiute sui dati raccolti dal Sistema informativo e dai risultati di indagini specifiche condotte dall'Osservatorio regionale;
- ***gli standard di qualità:*** si tratta di selezionare alcuni criteri qualitativi per il sistema integrato e/o per le prestazioni sociali e sociosanitarie, e di fissare gli standard da assicurare su tutto il territorio regionale. Anche in questo caso le finalità sono quelle di omogeneizzazione territoriale e di sviluppo dei servizi, sul piano però della qualità.

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

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

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

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

G. Modalità di raccordo fra programmazione regionale e locale

Il ciclo programmatorio

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

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

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

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

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

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

A tal fine sarà opportuno coinvolgere, nelle attività dell'Ufficio di Piano, personale amministrativo con competenze nelle materie economico-finanziarie

che faciliterà il processo di armonizzazione e controllo di gestione delle risorse economiche.

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

La Regione, laddove sia necessario, garantirà la messa a disposizione di servizi di assistenza tecnica per le amministrazioni che manifestano difficoltà nella programmazione dei servizi e nell'utilizzo coerente e tempestivo delle risorse disponibili. Al riguardo la Regione adotterà strumenti utili a sostenere normativamente il processo di stabilizzazione e reinternalizzazione compatibilmente con la normativa vigente del personale tecnico impegnato nei servizi. Il Piano prevede lo studio sociale della comunità: territorio, popolazione, domande, risorse.

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

Per assicurare una vera integrazione socio-sanitaria e giungere ad un "Insieme" di soggetti che partecipano alla ricerca delle fonti sul fabbisogno dei territori, è necessaria la fattiva collaborazione delle associazioni operanti nel terzo settore, delle associazioni di volontariato sociale, delle associazioni di protezione civile per la predisposizione dei Piani di Zona.

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

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

vari soggetti protagonisti dell'intero processo programmatorio.

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

Qualora presso i Comuni associati non siano presenti figure professionali idonee, ovvero i Comuni stessi non siano in grado, per motivi organizzativo-funzionali, di mettere a disposizione le suddette unità di personale, ivi compreso il Coordinatore, i Comuni associati acquisiscono le risorse umane necessarie ricorrendo agli strumenti contrattuali previsti dalla normativa vigente.

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

Il Piano di Zona

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

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

Il Piano sociale di Zona è predisposto dall'Ufficio di Piano e approvato dagli organismi di indirizzo e programmazione di cui all'articolo 44 della legge regionale 11/2016, d'intesa con l'Azienda sanitaria Locale competente (limitatamente alle attività sociosanitarie), con il coinvolgimento sostanziale delle organizzazioni sindacali e delle reti associative di secondo livello del terzo settore – volontariato, Aps, cooperazione sociale - delle Consulte sulla disabilità, della Consulta regionale per l'immigrazione, delle associazioni di utenti e familiari e

a seguito di percorsi di redazione partecipata inclusiva, in appositi tavoli tematici, delle organizzazioni di primo livello e di associazioni di cittadini e utenti. Nella definizione dei Piani di Zona può essere previsto, laddove necessario, il coinvolgimento del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale, delle direzioni degli Istituti penali e penitenziari, delle direzioni sanitarie delle REMS, degli uffici dell'esecuzione penale esterna, del Garante dell'infanzia per i minori sottoposti a cura ed assistenza, come soggetti di consultazione che insistono per competenza specifica e territoriale sui relativi distretti sociosanitari, nonchè delle università per favorire collaborazioni tra le funzioni di assistenza e quelle di ricerca.

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

Tali meccanismi di partecipazione presuppongono la predisposizione, in capo all'Ufficio di Piano, di un sistema di monitoraggio e valutazione che da un lato presieda a scelte di programmazione e di affidamento dei servizi quanto più possibile rispondenti ai bisogni rilevati e, dall'altro, consenta una valutazione ex-post del Piano sociale di Zona in termini di impatto, da condividersi con le realtà operanti sul territorio di riferimento.

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

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

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

Il Piano di Zona non ha solo la funzione di una corretta programmazione tecnico-amministrativa delle risorse finalizzate alla realizzazione del sistema integrato dei

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

La programmazione di area vasta

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

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

Per quanto riguarda la Città metropolitana di Roma Capitale e le province, l'articolo 34 della legge regionale 11/2016 prevede che, nelle more della riforma costituzionale e delle relative norme di attuazione, questi enti territoriali di area vasta esercitino alcune funzioni concernenti l'assistenza alle persone con disabilità sensoriali e concorrano alla programmazione e realizzazione degli interventi per la protezione, l'accoglienza e l'inclusione delle donne vittime di violenza (anche con figli) e dei cittadini e delle cittadine immigrati, richiedenti asilo, rifugiati e titolari di protezione. Lo statuto della Città metropolitana di Roma, all'articolo 14, comma 7 in materia di immigrazione e integrazione prevede che la stessa collabori con gli enti locali, la Regione e lo Stato, nonché con le realtà, anche private, operanti nel settore sociale, per il consolidamento di una cultura istituzionale dell'accoglienza e dell'inclusione e per il contrasto alle discriminazioni e alla xenofobia.

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

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

Strumenti di raccordo programmatico

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

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

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

H. Entità e modalità di finanziamento del sistema integrato

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

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

sociosanitari;

- mancanza di strumenti (comunali e regionali) per la lettura puntuale della domanda attuale e previsionale, per la valutazione della qualità dei servizi erogati in ambito pubblico o privato, per l'identificazione dell'appropriatezza e dell'efficacia dell'intero processo di presa in carico assistenziale.

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

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

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

	Spesa dei Comuni singoli o associati *	Spesa pro-capite**	PIL pro-capite
Piemonte	570.559.389	131	27.763
Valle d'Aosta	35.251.923	277	37.028
Liguria	194.458.735	124	29.026
Lombardia	1.191.204.826	122	35.044
Bolzano	134.061.445	264	39.894
Trento	134.234.247	254	33.943
Veneto	540.019.419	111	30.034
Fr. Venezia Giulia	294.340.028	241	27.856
Emilia Romagna	728.663.415	167	32.487
Toscana	491.761.585	134	28.926
Umbria	78.587.048	89	23.916
Marche	167.172.094	108	25.247
Lazio	943.960.660	171	31.673
Abruzzo	80.014.005	61	23.122
Molise	13.110.393	42	20.326
Campania	268.931.332	47	16.822

Puglia	268.130.230	66	16.919
Basilicata	38.331.446	66	18.740
Calabria	48.270.637	25	16.177
Sicilia	384.521.522	77	17.031
Sardegna	376.807.482	230	19.791
Nord-ovest	1.991.474.873	126	32.468
Nord-est	1.831.318.554	159	31.358
Centro	1.681.481.387	144	29.419
Sud	716.788.043	51	17.509
Isole	761.329.004	115	17.711
ITALIA	6.982.391.861	117	26.548

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(c) Esclusa la quota nazionale del fondo indistinto.

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

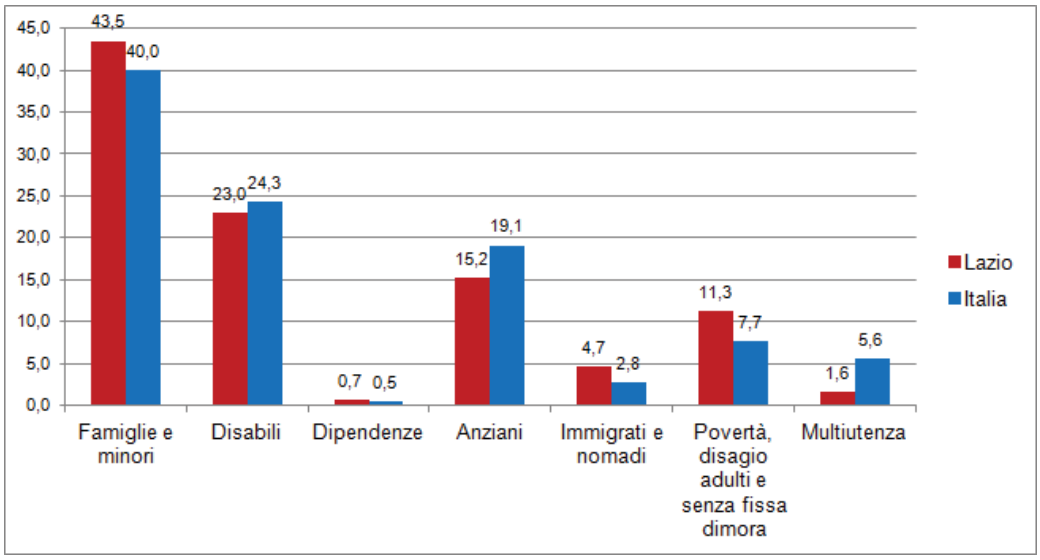
Una distribuzione della spesa diversa da quella registrata a livello Italia si rileva invece per le aree Immigrati e nomadi (4,7% *vs* 2,8% nazionale) e Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora (11,3% *vs* 7,7%).

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tipologia di pensione	Importo lordo totale annual pensioni (migliaia euro)	Importo lordo medio annuale pensioni (euro)
Vecchiaia e anzianità	18.833.285	19.841,03
Invalidità	1.807.172	12.800,3
Superstiti	4.119.547	10.050,25
Indennitarie	262.272	5.568,29
Invalidità civile	1.620.543	4.908,49
Pensioni sociali	568.772	5.667,03
Guerra	196.480	5.676,32
Pensioni integrate al minimo	1.773.707	6.542,22
Maggiorazioni di cui all'articolo 38 della legge 28 dicembre 2001, n. 448 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2002))	782.032	7.879,73

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

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

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

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

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

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

La legge regionale 11/2016 ribadisce che questo intervento finanziario della Regione ha carattere contributivo, rispetto all'intervento primario comunale, ed è finalizzato a sostenere il consolidamento su tutto il territorio regionale della rete dei servizi sociali definiti nei vari Distretti sociosanitari, in modo che essi siano qualitativamente omogenei e rispondenti alle effettive esigenze delle comunità locali. Le risorse del Fondo Sociale Regionale sono prioritariamente destinate alla contribuzione finanziaria dei Piani di Zona conformi alle indicazioni e agli obiettivi fissati dalla Regione attraverso il Piano sociale. Il Fondo Regionale per la gestione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali è ripartito annualmente tra gli enti gestori delle attività socioassistenziali e sociosanitarie, secondo i criteri individuati dalla Giunta regionale.

Fondo Sociale Regionale

Il Fondo viene pertanto ripartito in quattro parti:

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

Risorse

La programmazione sociale è finanziata, in modo sistematico, dalle risorse stanziate dai Comuni, dalla Regione e dallo Stato.
Rappresentano altresì, un importante integrazione, seppur non ancora sistematica, le risorse europee, destinate in modo esplicito all'inclusione sociale per la prima volta nella programmazione 2014 – 2020, e tali da contribuire al raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano sociale.
A livello statale, negli ultimi anni si è assistito ad un recupero della consistenza dei fondi di origine sociale destinati alle Regioni, fondi che si erano progressivamente ridotti dal 2007 al 2012, e hanno ricominciato a crescere negli anni successivi.
Nel merito per lo sviluppo della rete integrata di interventi e servizi sociali ci si avvale, oltre che delle risorse proprie regionali, di tre fondi nazionali ormai strutturali, e di consistente valore:

- Il Fondo Nazionale delle politiche sociali, che da quest'anno è vincolato per il 40% minimo alle politiche di tutela per i minori e sostegno alla genitorialità, e per la restante parte finanzia la rete ordinaria di interventi e servizi sociali;
- Il Fondo per la non autosufficienza, per il sostegno a persone con gravissima disabilità e ad anziani non autosufficienti;
- Il Fondo Povertà (prossimamente riassorbito nel Fondo Reddito di Cittadinanza), riservato alle misure del contrasto alla povertà, servizi di accompagnamento al Reddito di inclusione (REI), povertà estrema, ecc.

A questi si sono aggiunti ulteriori fondi nazionali, con finalità più specifiche:

- Fondo Dopo di Noi, per interventi strutturali per l'assistenza alle persone con disabilità grave, prive del sostegno familiare;
- Fondo Famiglia, a favore di servizi socioeducativi per la prima infanzia e di altri interventi a favore della famiglia;
- Fondo Terzo settore, relativo a contributi per progetti ad organizzazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale e fondazioni del terzo settore.

Nella tabella riassuntiva seguente, sono riportati gli stanziamenti complessivi (regionali e statali) attribuiti nel bilancio pluriennale regionale 2019-2021, articolati per programma, all'interno della missione 12 (Diritti sociali, politiche sociali e famiglia) e che realizzano gli obiettivi del piano sociale, al netto delle quote con copertura fondo pluriennale vincolato.

totale risorse	**annualità 2019**		
Missione 12	*TOTALE*	*REGIONE*	*STATO*
Programma			
01 - Interventi per l'infanzia e i minori e per asili nido	11.300.000,00	11.300.000,00	-
02 - Interventi per la disabilità	97.770.480,00	57.120.000,00	40.650.480,00
03 - Interventi per gli anziani	2.000.000,00	2.000.000,00	-
04 - Interventi per soggetti a rischio di esclusione sociale	4.300.079,20	3.775.000,00	525.079,20
05 - Interventi per le famiglie	1.240.000,00	1.230.000,00	10.000,00
06 - Interventi per il diritto alla casa	-	-	-
07 - Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali	59.802.634,29	36.463.607,83	23.339.026,46
08 - Cooperazione e associazionismo	2.600.000,00	2.600.000,00	-
totale	**179.013.193,49**	**114.488.607,83**	**64.524.585,66**

totale risorse	**annualità 2020**		
Missione 12	*TOTALE*	*REGIONE*	*STATO*
Programma			
01 - Interventi per l'infanzia e i minori e per asili nido	12.200.000,00	12.200.000,00	-
02 - Interventi per la disabilità	94.120.480,00	53.470.000,00	40.650.480,00
03 - Interventi per gli anziani	2.000.000,00	2.000.000,00	-
04 - Interventi per soggetti a rischio di esclusione sociale	4.240.200,00	3.775.000,00	465.200,00
05 - Interventi per le famiglie	1.230.000,00	1.230.000,00	-
06 - Interventi per il diritto alla casa	-	-	-
07 - Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali	59.539.026,46	36.200.000,00	23.339.026,46
08 - Cooperazione e associazionismo	1.057.697,71	675.000,00	382.697,71
totale	***174.387.404,17***	***109.550.000,00***	***64.837.404,17***

totale risorse	annualità 2021		
Missione 12	*TOTALE*	*REGIONE*	*STATO*
Programma			
01 - Interventi per l'infanzia e i minori e per asili nido	13.200.000,00	13.200.000,00	-
02 - Interventi per la disabilità	94.120.480,00	53.470.000,00	40.650.480,00
03 - Interventi per gli anziani	2.000.000,00	2.000.000,00	-
04 - Interventi per soggetti a rischio di esclusione sociale	2.707.600,00	2.475.000,00	232.600,00
05 - Interventi per le famiglie	1.240.000,00	1.240.000,00	-
06 - Interventi per il diritto alla casa	-	-	-
07 - Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali	56.789.026,46	33.450.000,00	23.339.026,46
08 - Cooperazione e associazionismo	675.000,00	675.000,00	-
totale	***170.732.106,46***	***106.510.000,00***	***64.222.106,46***

Inoltre, per la piena realizzazione degli obiettivi individuati, oltre alle risorse di cui sopra, 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, che rappresenta ad oggi la migliore rimodulazione relativamente a quanto già impegnato, al tempo rimanente per terminare la programmazione del settennio, alla rideterminazione dei trasferimenti statali.

RISORSE FINANZIARIE DEL POR FSE 2014-2010. OBIETTIVO TEMATICO 9 - INCLUSIONE SOCIALE E LOTTA ALLA POVERTA'					
Azioni	**GIA' IMPEGNATI**	**2019**	**2020**	**2021**	**Totale 2014-2020**
Interventi per contrastare il rischio di povertà	24.544.000,00	4.800.000,00	9.600.000,00	9.600.000,00	**48.544.000,00**
					0,00
Progetti sportivi per l'inclusione sociale	1.350.000,00	1.400.000,00	1.400.000,00	1.400.000,00	**5.550.000,00**
					0,00
Azioni di formazione a sostegno del lavoro per lo sviluppo dei Servizi all'infanzia	28.395.110,76		2.000.000,00		**30.395.110,76**
					0,00
Azioni di formazione e sostegno lavoro Servizi cronicità e terza età	21.302.110,76	6.000.000,00	6.000.000,00	14.208.778,48	**47.510.889,24**
TOTALI	75.591.221,52	12.200.000,00	19.000.000,00	25.208.778,48	**132.000.000,00**

Nella fase di pianificazione finanziaria dei servizi e dei livelli essenziali previsti dal Piano, una quota di risorse è stata destinata a cofinanziare le attività sociali a rilevanza sanitaria e all'attivazione dei PUA (art. 46, comma 2, lettera h)). Tale quota è prevista all'interno della quota generale dell'80% dei trasferimenti finanziari ai Distretti sociosanitari.
L'adozione del Piano sociale richiede inoltre una disciplina della fase di transizione. Gli strumenti di programmazione zonale dovranno transitare dai tempi e dalle annualità di programmazione regionale precedenti, attuati con linee guida ex legge 328/2000, ai tempi e alle disposizioni contenute nel presente Piano, nonché nelle disposizioni di attuazione operativa che verranno successivamente emanate.
Nella prima annualità di attuazione del presente Piano, è pertanto necessario avviare, strutturando un sistema di assistenza governato dalla direzione regionale, una omogeneizzazione economica e strutturale tra i diversi Piani di Zona, in maniera che la loro attuazione successiva coincida con il periodo di vigenza del Piano sociale regionale. Questa esigenza, oltre ad essere necessaria formalmente, è ancora più necessaria operativamente in quanto consentirà di applicare uniformemente il modello di valutazione e monitoraggio e la messa in atto delle azioni previste dal Piano alle stesse scadenze per tutti. Una tale sincronizzazione

dei tempi di attuazione e dell'utilizzo dei fondi garantirà, inoltre, la possibilità di prevedere un coordinamento delle misure di interesse generale e della rendicontazione dei costi, che permetterà una seria valutazione funzionale alla successiva programmazione triennale.
Stanti tali premesse, si indicano i principi guida da seguire nel percorso di sincronizzazione dei Piani di Zona:

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

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

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

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

La quota di compartecipazione dell'utente al costo del servizio è strettamente correlata alla sua situazione reddituale e patrimoniale. Per il calcolo dell'indicatore di situazione economica equivalente ISEE dovrà essere acquisitala Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) concernente la situazione reddituale e patrimoniale del richiedente la prestazione agevolata, nonché quella di tutti i componenti il nucleo familiare che andrà redatta conformemente al d.p.c.m. 159/2013. Il dichiarante potrà presentare una nuova dichiarazione sostitutiva prima della scadenza in caso di variazione della propria situazione familiare e/o patrimoniale. A tali indicatori reddituali saranno affiancati altri indicatori previsti dalla predetta deliberazione.

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

Si può prevedere inoltre, a tutela delle fasce più deboli della nostra società, la possibilità di innalzare la cosiddetta quota di salvaguardia al fine di garantire il più ampio accesso degli utenti alle strutture residenziali e semiresidenziali.

Il monitoraggio delle suddette tariffe garantisce inoltre che l'erogazione del servizio avvenga nel rispetto dei livelli minimi individuati da questo Piano sociale regionale. Esse si applicano ai servizi residenziali e semiresidenziali accreditati il

cui costo si pone anche solo in parte a carico dell'ente pubblico. Sono esclusi pertanto i servizi privati non accreditati/convenzionati la cui fruizione è totalmente a carico dei cittadini/utenti.

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

Compartecipazione alla quota sociale della Regione Lazio per il sostegno al reddito di soggetti assistiti in RSA o in regime residenziale e semiresidenziale per attività riabilitative

La compartecipazione alla spesa sociale per le residenze sanitarie assistenziali (RSA) e per le attività riabilitative erogate in modalità di mantenimento in regime residenziale e semiresidenziale presente molte complessità.

La quota sociale a carico della persona degente presso le RSA o per le attività riabilitative in regime residenziale o semiresidenziale è corrisposta dal comune proporzionalmente fino al raggiuntimento della fascia di reddito ai fini ISEE di euro 20.000,00. Al di sopra di questa fascia di reddito, la quota sociale di compartecipazione alla spesa resta interamente a carico della persona assistita ovvero ai familiari.

La Regione concorre agli oneri a carico dei comuni in misura pari al 50% della quota sociale complessiva di compartecipazione comunale.

Le previsioni della soglia di reddito ai fini ISEE di euro 20.000,00 e del concorso della regione agli oneri della compartecipazione comunale alla misura del 50% si applicano anche in riferimento alla quota sociale delle prestazioni socioriabilitative psichiatriche.

Le persone affette da malattie e patologie tali da richiedere cicli continuativi di assistenza e le loro famiglie, che già vivono situazioni gravi e disagiate e che troppo spesso hanno difficoltà a sostenere impegni economici tanto onerosi, hanno diritto ad avere il supporto di cui necessitano e soprattutto il minor aggravio economico possibile.

Pertanto, al fine di sostenere gli oneri economici a carico degli utenti e delle loro famiglie, le modalità di compartecipazione della Regione Lazio alla quota sociale saranno annualmente ridefinite in relazione ai seguenti parametri:

1) numero pazienti assistiti;
2) risorse disponibili;
3) numero residenti assistiti nei piccoli comuni.

I. Innovazione

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

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

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

Co-progettazione

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

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

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

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

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

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

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

La metodologia considera sempre i quattro elementi che definiscono strutturalmente una comunità: il territorio, la popolazione/cittadinanza, le risorse, le richieste e le loro mutue interrelazioni, così come si articola nei seguenti momenti o fasi metodologiche usate continuamente nel corso del processo comunitario: l'informazione (piano informativo), la relazione e il coordinamento tecnico con e delle risorse professionali, lo studio e la conoscenza partecipativa della realtà comunitaria.

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

Il DPCM 2001 all'articolo 1 prevede che le regioni:

- adottino specifici indirizzi per promuovere il miglioramento della qualità dei servizi e degli interventi, anche attraverso la definizione di specifici requisiti di qualità;

- favoriscano la pluralità di offerta dei servizi e delle prestazioni, nel rispetto dei principi di trasparenza e semplificazione amministrativa;

- favoriscano l'utilizzo di forme di aggiudicazione o negoziali che consentano la piena espressione della capacità progettuale ed organizzativa dei soggetti del terzo settore;

- favoriscano forme di co-progettazione promosse dalle amministrazioni pubbliche interessate, che coinvolgano attivamente i soggetti del terzo settore per l'individuazione di progetti sperimentali ed innovativi, al fine di affrontare specifiche problematiche sociali;

- definiscano adeguati processi di consultazione con i soggetti del terzo settore e con i loro organismi rappresentativi riconosciuti come parte sociale.

Nella co-progettazione devono essere soddisfatte le seguenti condizioni:

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

b. I soggetti della co-progettazione devono essere scelti con una procedura aperta a tutti i soggetti del terzo settore. La collocazione all'interno del Piano di Zona assume caratteristiche strategiche rispetto al modello di sussidiarietà.

c. La titolarità delle scelte dovrà rimanere in capo all'Amministrazione, la co-progettazione dovrà riguardare interventi innovativi e sperimentali di attività complesse e dovranno essere messe in comune le risorse per l'attuazione di obiettivi e progetti condivisi.

d. I soggetti che intendono manifestare il proprio interesse a partecipare all'attività di co-progettazione dovranno essere in possesso di tutti i requisiti giuridici di affidabilità giuridico-economico-finanziaria di tutti i soggetti del partenariato.

e. La partecipazione dei soggetti del terzo settore nelle fasi 1, 2 e 3 dovrà essere svolta a titolo gratuito e dovrà essere specificato in fase di selezione che non potranno essere riconosciuti corrispettivi.

f. Dovranno essere definiti in maniera chiara i limiti dell'attività di co-progettazione.

g. gli elaborati progettuali dei soggetti che intendono partecipare dovranno contenere: analisi dei problemi, obiettivi, metodi e modalità d'interventi, proposta organizzativa e gestionale, analisi dei costi, specifiche sulla modalità di co-partecipazione. A tal fine i soggetti che vorranno prendere parte al processo, nel definire il progetto dovranno individuare interessi/modalità d'azione comuni e definire la struttura di governance, le rispettive quote di budget e le modalità d'integrazione.

Cittadinanza attiva

Il principio di sussidiarietà orizzontale trova la sua compiuta formulazione nell'articolo 118, quarto comma, della Costituzione, dove si afferma che "*Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà.*".

Al fine di sostenere l'autonoma iniziativa dei cittadini che concorrono, anche in forma associata, a perseguire il bene comune, ad ellevare i livelli di cittadinanza attiva, di coesione e protezione sociale è intervenuta la legge 106/2016 e il decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 relativo al Codice del terzo settore e successive modifiche attraverso il quale si è provveduto a colmare un vuoto normativo.

La cittadinanza attiva, quale finalità democratica, si colloca accanto al modello tradizionale di amministrazione originando così un nuovo modello fondato sulla collaborazione civica attraverso la valorizzazione del ruolo delle comunità degli utenti/cittadini e in generale di tutti i soggetti del terzo settore che svolgono attività di interesse generale.

Per questo l'affermazione piena della sussidiarietà orizzontale sul territorio regionale non va intesa quale strumento di soluzioni delle carenze dell'aministrazione, bensì come metodo per realizzare un nuovo modo di amministrare, secondo il quale i cittadini si trasformano da utenti ad alleati nell'amministrazione nella gestione di una società sempre più complessa.

Occorre quindi incentivare, anche mediante avvisi pubblici, l'avvio, da parte dei comuni, di esperimenti e progetti con i cittadini, diretti a valorizzare la tutela dei beni urbani tra i quali possono ad esempio rientrare il verde pubblico, i nuovi giardini, la cura e la manutenzione di spazi pubblici e arredi urbani, la cura e la gestione degli orti sociali, dei cimiteri per i piccoli animali, la lotta al vandalismo e al degrado urbano, l'allestimento, cura e gestione, delle biblioteche di quartiere.

I comuni, anche alla luce delle esperienze maturate in altri territori, nel rispetto della loro autonomia organizzativa, individuano le modalità per l'espletamento di tali attività che potranno essere regolate attraverso accordi o patti di collaborazione il cui contenuto varia a seconda del grado di complessità degli interventi concordati e la durata della collaborazione.

Co-housing

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

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

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

- ✓ in un contesto di progressiva riduzione della numerosità dei nuclei familiari e di aumento delle famiglie monopersonali contribuiscono a contrastare e ridurre la solitudine, soprattutto delle persone anziane;

- ✓ promuovono rapporti basati sul rispetto e la comunicazione consapevole, relazioni di buon vicinato, condivisione, mutuo aiuto e responsabilità sociale;
- ✓ favoriscono le relazioni tra pari e intergenerazionali, la conciliazione del lavoro con le responsabilità familiari, l'inclusione sociale e la protezione comunitaria dei soggetti più deboli (bambini, anziani, persone con disabilità);
- ✓ favoriscono la ripresa dei percorsi di autonomia abitativa delle donne vittime di violenza le quali, a seguito di dimissioni dalle case rifugio, non sempre possono fare rientro nella propria abitazione;
- ✓ migliorano la sostenibilità ambientale ed economica, mediante la generazione di economie di scala, la riduzione degli sprechi, il risparmio energetico, il recupero e riuso di beni pubblici e privati, l'autoproduzione di beni e servizi;
- ✓ promuovono l'auto-organizzazione, la mutua collaborazione, la cittadinanza attiva e la partecipazione alla vita civica;
- ✓ favoriscono l'adozione di misure al miglioramento dell'abitabilità, della salute, della sicurezza e dell'accessibilità dell'abitare, anche mediante la riduzione delle barriere architettoniche e culturali;
- ✓ promuovono l'etica dei beni comuni e generano un diffuso benessere personale e collettivo;
- ✓ contribuiscono a rivitalizzare il territorio, generando una migliore qualità della vita e lo sviluppo di relazioni positive tra gli abitanti.

In questo contesto, tenendo conto delle migliori esperienze realizzate nel Lazio e in altre regioni, il Piano sociale prevede, anche attraverso la predisposizione di specifici bandi, la sperimentazione di diverse forme di co-housing, non necessariamente alternative tra loro, tra cui il co-housing intergenerazionale, il co-housing di paese e il co-housing agricolo-montano.
Forme sperimentali di co-housing possono essere individuate anche attraverso la collaborazione tra le associazioni di volontariato e gli enti locali sulla base delle singole realtà e dei bisogni che emergono dai rispettivi territori.

Co-housing intergenerazionale

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

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

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

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

Co-housing di paese

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

Il co-housing di paese prevede di inserire una componente di nuovi residenti in questi piccoli centri abitati, che comunque hanno mantenuto ancora un proprio tessuto vitale. Si potrebbe ad esempio individuare un'area centrale del paese, dove attrezzare alcune case da destinare ad abitazione di persone anziane e di persone con problemi alloggiativi di qualsiasi età, prevedendo forme di gestione con la possibilità di affidarle anche ad associazioni del terzo settore e alle società di mutuo soccorso, riconosciute ai sensi della legge regionale 13 luglio 2016, n. 9 (Riconoscimento del ruolo sociale delle società di mutuo soccorso della Regione ed interventi a tutela del loro patrimonio storico e culturale) e iscritte al Registro regionale, soluzioni operative organizzate secondo modelli di servizio pensati su misura per le reali esigenze dei residenti (sia autoctoni che acquisiti).

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

Il tessuto urbano del paese sarebbe così rivitalizzato, conservato, riqualificato e valorizzato: si può interrompere il processo di abbandono e favorire il ripopolamento. Si genera un impulso all'economia locale creando un volano di nuovi bisogni commerciali e professionali; non solo quindi opportunità di lavoro per le figure assistenziali necessarie agli assistiti, ma anche opportunità per rispondere alle nuove esigenze create dall'indotto che ne consegue inevitabilmente. La realizzazione di progetti di questa natura risponderebbe

anche al bisogno di inclusione sociale e di incontro tra generazioni, valorizzando il dialogo e lo scambio culturale tra narrazione e tradizione da una parte e senso di responsabilità e progettualità dall'altra.

Co-housing agricolo-montano

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

La situazione è particolarmente delicata nelle aree montane della Regione. Alle quote più elevate e meno accessibili i terreni vengono spesso abbandonati, e prima o poi riconquistati dal bosco.

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

All'agricoltura delle aree interne e montane deve essere garantita non solo la sopravvivenza, ma anche il necessario sostegno.

In questo contesto, in una logica di sviluppo globale, in cui le strategie di tipo economico e sociale si intersecano e collaborano, la Regione intende sperimentare azioni di co-housing e di co-working (agricolo e non) in aree rurali e montane, incentivando la programmazione di un nuovo modello di insediamento residenziale che coniughi aspettative e possibilità delle persone interessate alla riqualificazione dei territorio e al recupero del patrimonio edilizio esistente, secondo le finalità della legge 18 agosto 2015, n. 141 sull'agricoltura sociale, anche attraverso la creazione di sinergie con il Piano di sviluppo rurale 2014-2020. In questo contesto si prevede l'inserimento lavorativo di soggetti con disabilità o altre forme di vulnerabilità sociale compresi anziani esclusi dal ciclo produttivo e non ancora in pensione e titolari di protezione internazionale, ossia persone che hanno cominciato un'esperienza di inserimento lavorativo dopo aver completato un percorso di accoglienza nei centri (CAS o SIPROIMI) e che hanno avviato percorsi di integrazione. Ciò favorirà la creazione di opportunità occupazionali sia per giovani (italiani e stranieri) sia per chi ha perso il lavoro, oltre a contrastare lo spopolamento delle aree interne, riattivando le economie locali. Tutto ciò permetterà la costruzione di un tessuto sociale più vitale, caratterizzato da scambi intergenerazionali e interetnici, con una crescita culturale in un contesto attivo, propositivo e solidale.

Valutazione di impatto sociale di processi, servizi e attività

La valutazione d'impatto sociale è finalizzata alla ricostruzione, alla misurazione e alla stima degli effetti positivi o meno, attesi o inattesi, di un programma o di un progetto, rispetto ai beneficiari diretti e, in generale, alla platea dei portatori di interesse – in primo luogo rinvenibili sul territorio. L'impatto sociale è una ricaduta generata da pressoché tutte le organizzazioni, siano esse pubbliche o private, profit o non profit e così via. Ciò significa che le attività realizzate da un'organizzazione non sono mai circoscrivibili e limitabili ma riverberano i loro effetti ad ampio spettro, come accade per la goccia che colpisce lo specchio dell'acqua e irraggia la propria azione su un'ampia superficie, non solo sul punto colpito. Le organizzazioni mirano dunque a perseguire il loro scopo (mandato), ma ciò ha conseguenze ben più ampie di quelle programmate in modo puntuale. Così, l'impatto diventa "sociale" perché investe più sfere del vivere, più portatori di interesse, più soggetti (persone o altre organizzazioni).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mutualità territoriale per la resilienza sociale

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

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

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

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

A. la pari dignità fra coloro che appartengono al gruppo che si ispira alla mutualità, indipendentemente dalla diversa condizione sociale ed economica, temporanea o permanente, di ciascun membro del gruppo;

B. la condivisione delle risorse non solo di tipo finanziario, ma anche e soprattutto sociali e relazionali;

C. un patto di reciprocità di gruppo aperto anche all'esterno;

D. la libertà di scelta nell'appartenenza alla mutualità che consente il recupero dell'individualità nelle scelte per il benessere;

E. la possibilità di avere multi-appartenenze per dare l'opportunità alle persone di sperimentare altre forme di supporto e di impegno sociale senza subire giudizi morali o coercizioni sociali del gruppo;

F. una soglia di accesso finanziaria molto bassa (o addirittura inesistente) per coinvolgere nella mutualità anche coloro che temporaneamente o strutturalmente hanno difficoltà finanziarie;

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

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

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

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

- economia di supporto: tutti i servizi di supporto all'economia dei soci nell'ambito socio-educativo;
- distretti di economia solidale, dei quali fanno parte anche le botteghe di commercio equo e solidale, i gruppi di acquisto solidali, le realtà territoriali del circuito della finanza etica;
- sviluppo e messa in rete di gruppi di interesse, come nel caso della mutualità classica, ma basata su interessi comuni a difesa dei beni comuni (ambiente, cultura, educazione, sociale, green economy, sport e tempo libero, turismo sostenibile e valorizzazione beni culturali);
- sviluppo di partenariati strategici con altri soggetti del non profit, delle imprese (ambito della *corporate social responsibility*) e delle imprese sociali, delle imprese operanti nella finanza etica, in ambito della responsabilità sociale di impresa e nell'area sociale del settore pubblico finalizzati ad integrazioni aperte per lo sviluppo di policyterritoriali;
- sperimentazione di nuovi modelli di intervento per e con i territori, anche attraverso:
  - l'attivazione di poli civici integrati di mutualismo sociale di cui all'articolo 33, comma 2, lettera w), della legge regionale 11/2016;
  - interventi di promozione della convivenza e della coesione sociale, della prevenzione e gestione dei conflitti individuali e sociali, realizzati anche attraverso attività di mediazione sociale, culturale e comunitaria di cui all'articolo 8 della legge regionale 11/2016;
- emersione sul territorio di reti informali, basate su ICT e nuove tecnologie, finalizzate a ridurre i costi dei servizi e prodotti;
- coerenza degli interventi con gli obiettivi delle programmazioni dei POR locali;

- messa a sistema dello scambio e della sperimentazione di buone pratiche;
- efficienza dell'uso delle risorse economiche secondo la logica di rete;
- campagne di comunicazione e informazione per sensibilizzare la popolazione su tematiche strategiche;
- partenariati con soggetti della ricerca pubblici e privati finalizzati al crossing knowledge;
- incremento dei processi e delle attività di prevenzione per accrescere la capacità di resilienza in occasione di disastri naturali e di crisi sociali acute.

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

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

L. Fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali

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

Pertanto, nel periodo di vigenza del Piano sociale:

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

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

Gli obiettivi da raggiungere devono quindi essere sviluppati tenendo conto di vari aspetti di natura tecnica e politica. Nella determinazione dei valori di riferimento occorre tener conto dei risultati di una programmazione regionale orientata a privilegiare soluzioni che garantiscano alla persona la permanenza nella propria abitazione e nel proprio contesto di vita. Ed evitare, quindi, un'offerta di servizi territoriali, con i conseguenti investimenti economici, sovradimensionata o non congruente con le politiche regionali.

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

A tal fine, la direzione regionale competente, nel triennio dall'approvazione del presente Piano, predispone una mappatura di tutte le strutture residenziali e semiresidenziali autorizzate presenti sul territorio, indicandone i relativi servizi.

M. Coordinamento e integrazione dei servizi

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

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

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

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

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

Gli strumenti individuati per realizzare l'integrazione sono:

- Definizione del modello di governance delle politiche sociali regionali.
- Linee guida per l'integrazione sociosanitaria.
- Unificazione delle Direzioni regionali in materia sociale e sanitaria.
- Programmazione regionale congiunta tra sociale e sanitario.
- Definizione degli ambiti territoriali, quali ambiti ottimali per la programmazione ed erogazione degli interventi sociali e sanitari.
- Linee guida ai territori per la programmazione integrata e la ricomposizione delle fonti di finanziamento nel budget di distretto.
- Creazione di luoghi unici di accoglienza e presa in carico (Segretariato sociale, PUA e Casa della Salute).
- Progettazione personale e budget di salute.
- Sistema informativo e Cartella sociosanitaria.
- Raccordo con le politiche attive del lavoro, dell'immigrazione, abitative, ambientali, urbanistiche, della sicurezza dei cittadini e delle cittadine, culturali, educative, ricreative, sportive e del tempo libero.

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

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

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

Definizione del modello di governance delle politiche sociali regionali

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

Ciò permette di realizzare un equilibrio tra le ragioni dell'autonomia e quelle dell'unitarietà, di contemperare le esigenze di differenziazione e quelle di uniformità, al fine di contrastare le disomogeneità territoriali che attualmente caratterizzano il sistema degli interventi e dei servizi sociali e sociosanitari nel Lazio, consentendo al tempo stesso di disegnare il sistema integrato sulla base

dei connotati territoriali. Al centro la volontà di favorire lo sviluppo complessivo del sistema, accrescere la qualità della vita delle comunità locali e fornire risposte appropriate e prossimali alla popolazione.

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

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

Linee guida per l'integrazione sociosanitaria

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

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

Diventa quindi cogente, a tutti i livelli territoriali, definire percorsi di analisi e lettura congiunta del territorio, programmare in maniera condivisa, unificare i

modelli operativi e gestionali, e i percorsi di monitoraggio e valutazione. Tutto ciò in maniera strutturata e permanente.

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

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

- le informazioni e le conoscenze che alimentano le decisioni;
- le risposte offerte sul territorio;
- le risorse impiegate;
- le modalità operative e gestionali;
- gli strumenti di monitoraggio e valutazione;
- i dati previsionali strategici basati su studi epidemiologici e su analisi predittive di salute della popolazione, basate sull'elaborazione delle informazioni sociosanitarie.

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

Azioni:

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

- Integrazione e interoperabilità dei sistemi di raccolta dei dati sociali e sanitari.

Programmazione regionale congiunta tra sociale e sanitario

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

In quest'ottica è indispensabile che I centri di assistenza domiciliare e i centri diurni gestiti dalle Aziende sanitarie locali, si integrino ai Piani di Zona dei comuni attivando servizi socio-sanitari integrati per la popolazione anziana, i minori e i disabili.

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

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

Il Piano regionale si propone di:

- Superare la programmazione settoriale in favore di una programmazione congiunta tra l'area sociale e sanitaria, ma anche con l'area educativa, della formazione, del lavoro, culturale, sportiva e dell'abitare (art. 46 legge regionale 11/2016). Soltanto un approccio integrato, nell'analisi dei bisogni, nelle scelte degli obiettivi e delle priorità d'intervento e nell'adozione degli strumenti attuativi, può permettere di fornire risposte appropriate alla complessità dei bisogni sociali.
- Costruire un sistema fondato su criteri e modalità comuni, che contrasti l'attuale frammentazione delle risposte e la loro differenziazione a livello territoriale. Un sistema che garantisca l'accesso unificato ai servizi e agli interventi e operi attraverso progetti personali redatti con la partecipazione attiva della persona e/o della sua famiglia.
- Attivare un unico strumento di raccolta di tutti i dati sanitari e sociosanitari, da mettere a disposizione della Regione per garantire l'integrazione sociosanitaria e per pianificare e gestire i percorsi personalizzati assistenziali e di cura.
- Realizzare l'integrazione istituzionale, organizzativa e professionale tra i servizi, per garantire apporti multidimensionali e multidisciplinari nel

processo di definizione e di implementazione delle risposte alle persone, alle famiglie e alle comunità locali.

- Favorire lo sviluppo di comunità, attraverso il coinvolgimento di tutti i soggetti che, a vario titolo, sono chiamati a svolgere un ruolo nel riconoscimento e nell'affermazione dei diritti sociali. L'accesso ai servizi deve essere assicurato non solo tramite la capacità di accogliere e orientare, ma anche svolgendo funzioni di accompagnamento e mediazione verso l'utilizzo delle opportunità presenti nei territori. Occorre entrare a contatto diretto con i luoghi di vita delle persone, privilegiando soluzioni prossimali che permettano la permanenza nel proprio contesto ambientale e relazionale. In tal senso andrebbero anche colte le opportunità che si verranno a creare, sul medio-lungo periodo, con la prevista riorganizzazione obbligatoria della Medicina convenzionata.

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 anche allo scopo di un necessario riequilibrio della qualità dell'efficacia e dell'efficienza dell'offerta sociosanitaria sui territori del Lazio.

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

I Distretti sociali e sanitari rappresentano gli ambiti territoriali e organizzativi ottimali per la programmazione ed erogazione delle prestazioni sociali e sanitarie e di quelle sociosanitarie integrate. Tali ambiti dovranno essere individuati in maniera puntuale al fine di garantire interventi a livello distrettuale o di distretti associati o di sovrambito.

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

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

Secondo l'articolo 43 della legge regionale 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 decreto del Commissario *ad acta* del 24 dicembre 2012, n. U00431).

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

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

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

Azioni:

- Realizzazione effettiva del Distretto sociosanitario integrato attraverso la fattiva collaborazione tra i servizi sociali e sanitari.
- Costituzione di una Casa della Salute in ogni Distretto, con eventuali sedi decentrate in relazione alle dimensioni e caratteristiche dei singoli territori.
- Qualificazione del personale al lavoro di equipe, all'utilizzo di strumenti di valutazione e progettazione condivisi, alla collaborazione intersettoriale e multidisciplinare, attraverso interventi di formazione e aggiornamento congiunti.
- Intensificazione del collegamento e della collaborazione tra il distretto e le organizzazioni del non profit e del volontariato e delle società di Mutuo Soccorso, riconosciute ai sensi della l.r. 9/2016 e iscritte al registro regionale.
- Intensificazione della collaborazione con le scuole e il mondo della formazione professionale e del lavoro, con i Tribunali, le forze dell'ordine, nonché con gli enti competenti in materia abitativa, culturale e sportiva.

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

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

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

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

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

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

Azioni:

- Costituzione di un ufficio sociosanitario per la programmazione territoriale delle politiche sociali e sanitarie integrate.
- Identificazione della figura del Direttore sociosanitario, quale responsabile dell'Ufficio sociosanitario per la programmazione territoriale delle politiche sociali e sanitarie integrate.
- Realizzazione di una diagnosi congiunta di comunità, attraverso l'analisi concomitante di indicatori di natura sociale e sanitaria.
- Programmazione territoriale triennale (aggiornata annualmente) integrata, attraverso il collegamento tra il Piano di Zona e il Programma delle Attività Territoriali (PAT) che dovranno contenere un identico capitolo, elaborato congiuntamente, sui LEA sociosanitari.
- Costruzione di un sistema di indicatori e di strumenti di raccolta delle informazioni univoci per la verifica del conseguimento degli obiettivi

di integrazione individuati, sulla base dei quali valutare l'operato del direttore del Distretto sanitario e del responsabile dell'Ufficio di Piano (art. 51, comma 5, legge regionale 11/2016).

- Creazione di un budget unico di distretto, con il supporto, laddove sia necessario, anche degli strumenti di contabilità analitica e controllo di gestione, che ricomponga le risorse economiche destinate dalla ASL e dai Comuni associati del Distretto sociosanitario alla gestione ed erogazione coordinata e integrata delle prestazioni sociosanitarie, in coerenza con gli obiettivi di programmazione definiti in maniera congiunta (art. 51, comma 6, legge regionale 11/2016).
- Individuazione di indicatori standard di efficacia e di efficienza per misurare le prestazioni e la spesa che devono essere assegnati a responsabili identificabili (art. 51, comma 6, legge regionale 11/2016).

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

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

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

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

Azioni da realizzarsi entro il triennio successivo all'approvazione del presente Piano:

- Creazione, in ogni Distretto sociosanitario, di una Casa della Salute.
- Connessione in termini logistici e operativi tra il Segretariato sociale comunale e il Punto unico di accesso (PUA) distrettuale.
- Costituzione di unità professionali integrate tra Comuni e ASL.
- Attivazione di un PUA di prossimità in ciascun istituto penitenziario, attraverso l'acquisizione delle necessarie professionalità di servizio sociale e l'integrazione dell'offerta sociosanitaria.

Casa della Salute

Per meglio rispondere ai bisogni della popolazione in un quadro sostenibile la Regione Lazio, attraverso l'innovazione costituita dalla realizzazione delle Case della Salute (ai sensi del decreto del Commissario *ad acta* del 4 ottobre 2013, n. U00428 *"Linee guida regionali per la realizzazione delle Case della salute"*; decreto del Commissario *ad acta* del 14 febbraio 2014, n. U00040 *"Documento sul percorso attuativo della Casa della Salute, schema di intesa e requisiti minimi"*; decreto del Commissario *ad acta* del 26 novembre 2014, n. U00414 *"Casa della Salute. Modifiche"*), intende attuare un processo di riorganizzazione della rete dei servizi e degli interventi sociali, sanitari e sociosanitari in un'ottica di integrazione.

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

- approccio proattivo e di iniziativa;
- progetti personali tarati sulla valutazione delle diverse intensità di supporto necessario;
- continuità tra ospedale e territorio con il coinvolgimento attivo degli enti locali;
- prevenzione e promozione della salute con la piena partecipazione delle comunità locali;
- piena rispondenza tra le reali esigenze dei singoli territori/distretti con le azioni definite dalla Regione.

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

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

Azioni:

- Garanzia del diritto di accesso ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari territoriali attraverso il consolidamento del PUA sociosanitario integrato, che raccordi operativamente le funzioni del PUA attuale con quelle del Segretariato sociale, anche mediante il rafforzamento delle professionalità in esso operanti.
- Potenziamento della funzione distrettuale di valutazione multidimensionale e multiprofessionale attraverso l'adozione di strumenti condivisi, appropriati, uniformi, periodicamente rivisti e corretti in rapporto all'evoluzione scientifica e all'esperienza maturata a seguito della loro

applicazione.

- Qualificazione della funzione di progettazione personale, con annessa definizione del relativo budget di salute.

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

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

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

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

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

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

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

- accoglienza integrata sociosanitaria, assicurata attraverso i PUA;
- valutazione multidimensionale e progettazione personale, realizzate

dalle UVM integrate;

- prevenzione e promozione della salute, con il coinvolgimento attivo delle comunità locali.

Per essere percepita dalla popolazione come una vera e propria "casa della salute" questo nuovo luogo pubblico deve poter rappresentare anche uno spazio/laboratorio innovativo, aperto al contributo di aggregazioni di operatori, professionisti, organizzazioni pubbliche o private, espressioni del terzo settore e del volontariato attive localmente, favorendo in tal senso anche la stipula di accordi di programma. L'obiettivo è di creare e alimentare un "forum sociale e sanitario di pensiero e azione", finalizzato sia alla condivisione di strategie e progettualità locali, sia al superamento delle rigide logiche settoriali di appartenenza, che fino ad oggi hanno di frequente bloccato risorse, integrazioni, sinergie, conoscenze e competenze fondamentali per la promozione della salute e del benessere e per la costruzione di un welfare di comunità.

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

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

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

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

- accrescere la consapevolezza e l'empowerment dei cittadini e delle cittadine per una partecipazione competente al processo decisionale;

- creare tavoli di lavoro tematici stabili con i diversi portatori di interesse (Comuni, ASL, terzo settore, altri attori attivi localmente, come le scuole, i centri per l'impiego ecc.) per effettuare in maniera condivisa una diagnosi di comunità, valutare il sistema dei servizi esistente ed elaborare specifiche progettualità per il benessere della comunità di appartenenza. Progettualità che possono trovare naturale sbocco nell'ambito della programmazione territoriale, confluendo nel Piano di Zona e nel Piano delle Attività Territoriali (PAT) elaborati all'interno del Distretto sociosanitario in cui insiste la Casa della Salute;
- monitorare e valutare, con il coinvolgimento attivo dei diversi attori della rete, i progetti di nuova introduzione, talvolta anche innovativi e sperimentali, al fine di una loro eventuale sistematizzazione ed estensione.

Punto Unico di Accesso

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

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

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

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

- Il PUA principale

E' il punto di accesso principale in cui sono presenti e operano in modo integrato

professionisti dei comuni, della ASL e del terzo settore che assicurano le seguenti funzioni specifiche, sia di front-office che di back-office: accesso, accoglienza (ascolto, informazione), orientamento, pre-valutazione integrata con l'attivazione diretta di prestazioni in risposta a bisogni semplici oppure con l'avvio di percorsi di presa in carico attraverso l'attivazione dell'UVM nel caso di bisogni complessi.

- I PUA di prossimità

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

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

Valutazione multidimensionale integrata

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

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

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

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

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

- infermiere;
- assistente sociale.

Inoltre, in relazione alla specifica situazione, l'UVM può essere integrata dal diretto interessato, da altre figure professionali afferenti sia ai servizi della ASL che ai servizi sociali dei Comuni e/o ad altri enti/istituzioni e/o organizzazioni del territorio nonchè, quando utile e necessario, anche da soggetti che si occupano a qualsiasi titolo della persona da valutare (caregiver familiare, amministratore di sostegno, assistente familiare, l'insegnante, la cooperativa sociale che eroga il servizio di assistenza domiciliare, ecc.) al fine di contribuire a trovare la soluzione migliore alle criticità rilevate a costruire un piano di assistenza individualizzato (PAI) meglio dimensionato.

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

Attualmente l'UVM, attraverso équipe di professionisti formati ed esperti appartenenti sia ai servizi sociali che ai servizi sanitari, assicura la valutazione multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane, e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale (DCA 431/2n. 1812). Tuttavia, nel modello organizzativo sociosanitario regionale, l'UVM diventerà lo strumento metodologico e operativo corrente, da attivare in tutti i casi che richiedono il ricorso a servizi integrati. Non solo, quindi, per le persone con disabilità o per gli anziani non autosufficienti, ma anche nell'ambito della salute mentale e delle dipendenze, e per tutte quelle condizioni per cui è necessario attivare supporti intensivi e percorsi integrati, come nel caso di famiglie monogenitoriali, persone vittime di violenza ecc.. In caso di particolari decisioni l'UVM può essere integrata anche con membri della famiglia della persona che necessita di bisogni complessi.

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

Progettazione personale e budget di salute

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

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

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

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

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

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

Il progetto personale

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

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

L'articolo 9 richiama anche, al comma 2, i *piani individuali per le persone con disabilità* di cui all'articolo 14 della legge quadro 328/2000. Questi ultimi, tuttavia, sempre secondo la legge 328 sono preceduti da una "valutazione diagnostico-funzionale" e non da quella "valutazione multidimensionale", recepita nella

successiva normazione, che viene attivata per la predisposizione dei *piani personalizzati di assistenza*, in presenza di bisogni complessi che richiedono l'intervento di diversi servizi e operatori. Inoltre, la legge 328 non esplicita espressamente il coinvolgimento della persona con disabilità e della sua famiglia nella redazione di tale progetto, criterio invece imprescindibile dopo l'approvazione della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, ratificata dal nostro Paese con legge del 3 marzo 2009, n. 18. Quanto alla tipologia delle prestazioni/servizi, la legge quadro prevede che il progetto individuale comprenda le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del SSN, i servizi alla persona erogati dal Comune "in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale".

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

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

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

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

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

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

Il *Piano educativo individualizzato (PEI)* è un documento di natura progettuale nel quale vengono descritti gli interventi, integrati ed equilibrati tra di loro, predisposti per l'alunno con disabilità in un determinato periodo di tempo, sulla base della diagnosi funzionale e del profilo dinamico funzionale, ai fini della realizzazione del diritto all'educazione e all'istruzione. Il PEI deve essere redatto congiuntamente dagli operatori sanitari individuati dalla ASL e dal personale

docente curricolare e di sostegno della scuola e, ove presente, con la partecipazione dell'insegnante operatore psicopedagogico, personale educativo scolastico, e con il coinvolgimento dei genitori dell'alunno.

Nell'ambito del lavoro si può fare riferimento al *progetto di inclusione lavorativa della persona con disabilità* che è espressione del principio del collocamento mirato, introdotto dalla legge 12 marzo 1999, n. 68 (Norme per il diritto al lavoro dei disabili) e successive modifiche, ossia della "persona giusta al posto giusto". Tale progetto deve essere redatto dai servizi competenti sulla base di una valutazione bio-psico-sociale della disabilità, con la partecipazione e l'adesione della persona stessa o di chi la rappresenta, e in raccordo con i servizi sociali, sanitari, educativi e formativi del territorio. L'obiettivo è di realizzare un intervento a misura della persona con disabilità, cogliendone le aspettative, le capacità, le inclinazioni, oltre che la preparazione professionale o i presupposti di formazione.

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

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

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

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

Il budget di salute

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

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

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

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

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

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

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

Azioni:

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

1. elaborazione da parte dell'UVM, con la diretta partecipazione del cittadino o di chi lo rappresenta, di un progetto personale che definisca,

previa valutazione della sua specifica situazione (personale e ambientale), il mix più appropriato di prestazioni (servizi e/o trasferimenti) finalizzate a supportare il suo progetto di vita, la sua inclusione sociale e la permanenza nel contesto di vita;

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

3. definizione di un sistema di indicatori per il monitoraggio del progetto personale e la valutazione dei risultati raggiunti, al fine di apportare eventuali modifiche legate all'evoluzione della situazione e all'effettivo conseguimento degli obiettivi di inclusione sociale;

4. predisposizione e uso di una versione informatizzata del sistema di documentazione degli accessi e dei progetti (Cartella sociosanitaria).

Sistema informativo e Cartella sociosanitaria

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Una criticità comunemente riscontrata dalle indagini sui Sistemi informativi regionali è quella relativa ad uno sbilanciamento di attenzione verso l'offerta di servizi. Tuttavia, altrettanto diffusa è la consapevolezza della necessità di rafforzare l'osservazione dei bisogni e delle condizioni sociali generali della popolazione. Solo sviluppando un sistema permanente di analisi della domanda

sociale, nella sua accezione più ampia (di cui la domanda espressa è solo una parte), è possibile infatti costruire un profilo di comunità in grado di orientare nelle scelte. In quest'ottica, il Sistema informativo di un territorio servirebbe sì a monitorare i servizi esistenti e le risorse impiegate, ma sarebbe fondamentale anche per analizzare l'evoluzione della domanda sociale e valutare l'offerta.

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

La Cartella sociosanitaria permette infatti di:

- snellire le procedure, acquisire una sola volta le informazioni sulla persona, evitando ripetizione di richieste e compilazioni di moduli identici;
- monitorare il progetto personale e l'insieme dei servizi erogati, evitando il rischio di duplicazioni e sovrapposizioni permettendo al cittadino stesso di accedere in modo sicuro ai suoi dati sociosanitari personali;
- favorire l'integrazione tra i servizi (sociali, sanitari, educativi, del lavoro) in modo da personalizzare i servizi assistenziali per il signolo cittadino;
- acquisire informazioni, in maniera aggregata, sulle domande dei cittadini e sulle capacità di risposta del sistema.

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

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

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

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

Azioni:

Al fine di realizzare tale raccordo la Regione garantisce di:

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

N. Formazione e aggiornamento degli operatori sociali

La formazione è uno strumento prezioso per "dare gambe" alla riforma del sistema integrato degli interventi e servizi sociali disegnato dalla legge regionale 11/2016. La qualificazione del personale e lo sviluppo di competenze manageriali coerenti con la complessità tecnico-amministrativa del sistema sono, infatti, fattori decisivi per lo sviluppo dell'innovazione organizzativa e gestionale e il miglioramento generalizzato e duraturo dei servizi.

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.

Il programma formativo (multilivello e multiprofessionale), per il cui finanziamento potranno essere utilizzate anche risorse nazionali e comunitarie, sarà elaborato sulla base di un'attenta analisi dei fabbisogni formativi. Sarà organizzato in collaborazione con gli ordini professionali, le associazioni di categoria e le parti sociali, in raccordo con l'Osservatorio sociale regionale (cfr. legge regionale 11/2016 artt. 60- 61), con l'apporto scientifico di università e agenzie formative specializzate.

Si articolerà in tre macro-aree:

- governance del sistema;
- lavoro di comunità;
- lavoro sociale con le persone, le famiglie e i gruppi.

La prima area sarà dedicata soprattutto all'acquisizione sistematica delle competenze necessarie per l'innovazione della governance del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali, secondo le linee tracciate dal presente Piano. Essa si rivolge soprattutto ai decisori dei Distretti sociosanitari, ai funzionari degli Uffici di Piano, ai responsabili dei servizi sociosanitari e ai dirigenti delle organizzazioni del terzo settore. Le azioni formative avranno come obiettivi il miglioramento della comprensione della normativa che regola il welfare, l'aumento delle competenze manageriali, programmatorie e valutative, il sostegno all'esercizio dei ruoli apicali, il miglioramento delle capacità di elaborazione strategica e di gestione tecnico-amministrativa.

La seconda e la terza area si concretizzano in un variegato e sistematico programma di aggiornamento rivolto a tutti coloro che sono impegnati nel lavoro di comunità e nelle relazioni di aiuto, compresi i caregiver, i volontari e le persone attive in azioni di advocacy e di tutela delle persone a rischio di esclusione sociale. Saranno favoriti, in particolare, percorsi integrati per la formazione congiunta del personale del servizio sociale e sanitario, sia pubblico che privato, al fine di generare una base conoscitiva comune, un linguaggio condiviso e modelli operativi unificati.

Le azioni formative potranno riguardare tematiche come quelle indicate di seguito (elenco meramente esemplificativo e non esaustivo):

- Metodi e tecniche per la gestione della relazione d'aiuto.
- Prevenzione del burn-out.
- Processi motivazionali.
- Informazione sui servizi territoriali.
- Lavoro in equipe.
- Funzionamento delle Unità Valutative Multidimensionali.
- Rapporti con la Magistratura.
- Gestione della Cartella sociosanitaria.
- Progettazione personalizzata.
- Medicina delle 4P: preventiva, partecipativa, predittiva e personalizzata.
- Chronic care model.
- Metodi e percorsi per la prevenzione e l'empowerment comunitario.
- Strumenti per la gestione degli interventi di contrasto della povertà e di sviluppo dell'autonomia personale.
- Sostegno ai percorsi per l'adozione, l'affido e la tutela delle persone vulnerabili.
- Strategie per il lavoro sociale con gli adolescenti.
- Metodi e tecniche per la prevenzione dell'istituzionalizzazione.
- Strumenti per l'approccio e dialogo interculturale.

0. Osservatorio sociale regionale e Sistema informativo

La necessità di supportare con analisi di tipo conoscitivo sia generali sia specifiche tutti i livelli programmatori, a partire dal livello distrettuale fino ad arrivare al livello zonale e regionale, è diventata indispensabile alla luce delle trasformazioni sociali (della domanda), della programmazione dei servizi (dell'offerta) e delle normative specifiche (delle regole). In questo contesto l'Osservatorio regionale delle politiche sociali assume un ruolo centrale nell'ambito del processo di sviluppo e di ridefinizione del welfare locale e regionale.

Lo sviluppo di processi conoscitivi è la base per costruire sia gli scenari descrittivi e interpretativi più generali, dove poter collocare adeguatamente progettualità e servizi, sia gli scenari micro-territoriali specifici e di dettaglio, utili a ridefinire competenze e modalità di erogazione dei servizi, nonché le attività di monitoraggio e valutazione delle prestazioni e delle politiche sociali. L'Osservatorio sociale regionale ha, quindi, un ruolo importante a supporto della programmazione sociale e sanitaria e delle nuove politiche sociali. Infatti, se la programmazione prevede la concertazione fra tutti gli attori pubblici e del terzo settore per delineare le nuove domande, *se la programmazione prevede di tenere conto diacronicamente dell'organizzazione, delle prestazioni e dei servizi sociosanitari, se la programmazione prevede l'attivazione di un processo*

di valutazione delle politiche e dei servizi sociosanitari, allora il ruolo dell'Osservatorio sociale assume una nuova centralità e, soprattutto, ha una funzione multiutility per la programmazione territoriale tout court.

L'Osservatorio sociale regionale, per il ruolo centrale che ricopre nell'ambito del processo di sviluppo e di ridefinizione del welfare locale e regionale ed in qualità di strumento indispensabile delle politiche sociali, si occuperà, inoltre, di monitorare – con l'utilizzo di indicatori uniformi e condivisi – le azioni della rete territoriale dei servizi e degli interventi integrati e la spesa sociale della Regione e dei comuni al fine di avere un quadro preciso delle risorse investite a fronte degli obiettivi fissati dal Piano sociale regionale.

A tale proposito e preliminarmente sono individuabili due livelli territoriali dell'Osservatorio sociale regionale: 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, della verifica sulla qualità del lavoro sociale e del rispetto dei CCNL più rappresentativi. Tutti i livelli dell'Osservatorio sociale regionale poggiano su diversi e articolati basamenti informativi, fra i quali sono fondamentali i Sistemi informativi sanitario e sociale. Al fine di conoscere la capacità di utilizzo delle risorse finanziarie messe a disposizione dalla Regione, risulta necessario provvedere al monitoraggio dell'effettiva spesa sociale sostenuta dai comuni in attuazione delle misure stabilite nel Piano.

La fruizione delle informazioni e dei processi conoscitivi nelle comunità territoriali

Un compito prioritario dell'Osservatorio è quello di far sì che le informazioni, le analisi e le valutazioni che raccoglie e che produce giochino un ruolo di stimolo e di riflessione all'interno dei processi decisionali. Non solo, la produzione dovrebbe essere condivisa con tutti gli attori rilevanti per le politiche sociali, ma anche con le singole categorie di professioni sociali e sanitarie, con gli operatori del terzo settore e del volontariato, ma anche con i cittadini e le cittadine. Se il coinvolgimento e la condivisione delle attività di un Osservatorio sociale da parte di tutti gli attori della comunità (locale o regionale) è assolutamente irrinunciabile per poter mantenere ruolo e funzioni all'interno del processo di costruzione e realizzazione delle politiche di welfare, allora è necessario porsi il problema di quale tipo di processo comunicativo possa essere messo in atto.

Verso la multiutility

Un Osservatorio sociale deve avere come funzione primaria il supporto alle decisioni programmatorie nell'ambito delle politiche sociali. Se questa è la funzione primaria riconosciuta parzialmente dalla legislazione nazionale, è anche vero che è possibile immaginare funzioni multiutility. Infatti l'attivazione di processi conoscitivi che pongano al centro la persona come fulcro delle azioni e degli spazi socialmente rilevanti può rispondere ad esigenze ben più ampie anche delle politiche sociali integrate o «allargate».

Di seguito sono proposte le future funzioni dell'Osservatorio sociale regionale da costruire nell'arco del triennio di validità del Piano.

Caratteristiche dell'Osservatorio sociale multiutility

Funzioni	Aree tematiche	Metodi	Destinatari
Di conoscenza (*learning*)	Area base dati informative (Sistema informativo sociale)	Valorizzazione e integrazione archivi significativi Attivazione flussi informativi specifici (con individuazione di indicatori sociali *ad hoc*)	Attori rilevanti per le politiche sociali locali
	Area servizi sociali	Valorizzazione e integrazione archivi significativi Attivazione flussi informativi specifici (con individuazione di indicatori sociali *ad hoc*)	Professioni sociali Professioni sanitarie Operatori del terzo settore
	Area trasformazioni sociali	Indagini etnografiche (storie di vita, interviste non strutturate) Analisi casuale standard (indagini campionarie *ad hoc* di tipo longitudinale)	Cittadini e cittadine Società civile Enti locali Imprese
Di supporto alla programmazione e di valutazione (*policy and program design)*	Area progettazione e programmazione		Attori rilevanti per le politiche sociali locali Professioni sociali Professioni sanitarie Terzo settore
	Area valutazione	Ricerche valutative	Attori rilevanti per le politiche sociali locali

127

Di diffusione e di costruzione della sfera pubblica locale	Area promozione e comunicazione	Narrazioni mediali	Cittadini e cittadine, amministratori locali, operatori sociali, operatori del terzo settore, imprenditori, sindacalisti, ricercatori

O.1 Disegno e realizzazione del Sistema informativo dei servizi sociali, a partire dai risultati e dalle criticità delle esperienze pregresse (legge regionale 11/2016, art. 49).

Sistema informativo integrato. Supporto decisionale, Cartella sociosanitaria e open data.

L'attuazione del presente Piano impone la mappatura ed il ridisegno dei flussi informativi al fine di una loro completa digitalizzazione. 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 e dovrà essere, oltre che conforme agli standard tecnici di sicurezza e di tutela dei dati personali e sensibili, improntato a criteri di accessibilità, usabilità e multimodalità. L'interfaccia dovrà essere responsiva e garantire l'accesso a tutte le funzioni anche tramite *tablet* e *smartphone*. Il Sistema dovrà essere conforme alle specifiche per l'utilizzo del *Sistema Pubblico di Identità Digitale* SPID, come modalità di autenticazione e riconoscimento.

La realizzazione del Sistema dovrà essere completata durante il triennio di attuazione del presente Piano. Dovranno essere rilasciati moduli formativi, in modalità e-learning, specifici per ciascuna funzione; a tali moduli avranno accesso tutti gli utilizzatori in base alle funzioni autorizzate per il loro profilo, ed il servizio di tutorato per i moduli formativi sarà assicurato dall'unità organizzativa della Regione Lazio competente per funzione.

Il Sistema utilizzerà come metafora per il disegno dell'interfaccia due concetti-guida: il cruscotto informativo e la Cartella sociosanitaria.

Per l'accesso al Sistema informativo saranno predisposte apposite convenzioni con gli enti, pubblici e privati, a qualsiasi titolo beneficiari, gestori o utilizzatori dei fondi che andranno a costituire il budget di salute. La sottoscrizione di tali convenzioni è vincolante per l'utilizzo dei fondi attribuiti per l'applicazione del presente Piano. Saranno altresì predisposte dichiarazioni, da far sottoscrivere ad ogni singolo operatore per la presa visione e accettazione dei vincoli relativi al trattamento dei dati riservati, personali e sensibili. Per l'accesso al Sistema da

parte delle organizzazioni private i requisiti non possono riguardare i collegamenti e gli apparati di rete, l'accesso al Sistema deve essere garantito, testato e validato per un sistema operativo con licenza libera, gratuitamente prelevabile ed installabile; eventuali applicazioni necessarie per l'utilizzo del Sistema dovranno essere rilasciate e manutenute a spese della Regione Lazio.

Il Sistema dovrà consentire alle pubbliche amministrazioni la trasmissione degli atti amministrativi, previsti per lo svolgimento delle funzioni gestite dal Sistema, con verifica automatica della firma digitale e la possibilità di inserimento dell'atto, a seguito della convalida di accettazione, nel protocollo informatico della Regione Lazio. Tutti gli atti scambiati tramite il Sistema dovranno essere ricercabili e disponibili tramite il Sistema stesso ed accessibili agli utilizzatori che ne abbiano titolo, in base al loro profilo di autorizzazione.

I dati del Sistema per cui sia prevista la pubblicazione sul Portale Open Data Lazio dovranno essere automaticamente pubblicati come dataset e presentati in forma grafica navigabile e/o ipertestuale, aggregati e geolocalizzati, in modo da poter essere pubblicati sui siti web della Regione Lazio.

In caso di catastrofe, calamità o emergenza il Sistema deve pubblicare, in uno spazio riservato, gli elenchi delle persone, prese in carico dai diversi servizi, che risultassero presenti, per residenza o altro domicilio temporaneo, nelle zone colpite. Tali informazioni, comprensive dell'indirizzo di residenza o il domicilio temporaneo e l'elenco delle prestazioni in corso, dovranno essere rese disponibili, su richiesta, al Servizio Nazionale di Protezione Civile. Le modalità di accesso a tali informazioni saranno regolate con un apposito protocollo, da concordare con le Autorità e le Istituzioni competenti.

O.2 Azioni e risorse da attivare nel triennio per l'attivazione e il funzionamento dell'Osservatorio regionale e del Sistema informativo

Le azioni da realizzarsi entro e non oltre il triennio di vigenza del Piano sociale sono le seguenti:

1. Costituzione dell'Osservatorio sociale multiutility con le funzioni integrate di gestione del Sistema informativo dei servizi sociali (SISS), di supporto ai processi decisionali e di valutazione delle azioni del Piano, in raccordo con il Sistema informativo sanitario e con l'Ufficio statistico regionale;
2. Mappatura dell'offerta secondo il seguente percorso temporale:
    a. avvio del censimento degli interventi e servizi sociali (maggio 2017); Il SISS dovrà basarsi su un'anagrafica dei servizi e delle strutture possibilmente snella, integrata con le altre anagrafiche con cui è correlata (ad esempio del terzo settore). Si prevede di informatizzare il sistema di autorizzazione all'apertura e al funzionamento delle strutture da parte degli enti associati

(legge regionale 11/2016, art. 35). Il nuovo modulo dedicato ai Piani di Zona, integrato nel SISS, dovrà prevedere l'inserimento e l'aggiornamento dei dati sui servizi e sugli interventi sociali all'interno dell'anagrafica. Il nomenclatore regionale (tassonomia), associato all'anagrafica, dovrà essere in sintonia con quello nazionale redatto dal CISIS, in modo univoco, così che ad ogni codifica regionale corrisponda una sola codifica nazionale. Ciò al fine di garantire le informazioni più specifiche necessarie alla programmazione locale e regionale, e di soddisfare, nel contempo, il debito informativo con i Sistemi informativi nazionali;

b. avvio del coinvolgimento degli operatori delle strutture regionali e del sistema sociosanitario rispetto al SISS (maggio 2017); per i Distretti sociosanitari che saranno disponibili alla sperimentazione e attivazione del Sistema informativo sarà prevista una premialità specifica;

c. accompagnamento e formazione degli operatori del sistema sociale alla digitalizzazione della documentazione sociale (novembre 2017 - maggio 2018);

d. aggiornamento di anagrafica e utenza (maggio 2018) vincolata alle risorse trasferite dalla Regione per i Piani di Zona;

e. costruzione del cruscotto informativo e della Cartella sociosanitaria (maggio 2017 - maggio 2019). Il Sistema informativo utilizzerà come metafora per il disegno dell'interfaccia due concetti-guida: il cruscotto informativo e la Cartella sociosanitaria.

Il cruscotto informativo dovrà consentire di:

- monitorare il progetto personale e il budget di salute a livello di singola persona, prestazione, struttura/servizio (ad esempio PUA, UVM, responsabile del progetto personale ecc.), Distretto, territorio;
- monitorare la spesa corrente;
- monitorare le possibili aree di cofinanziamento al fine di pianificare le attività di co-progettazione;
- monitorare l'andamento degli indicatori statistici sulla domanda, sull'offerta e sull'indice di vulnerabilità;
- confrontare l'impiego del budget di salute e la spesa corrente con gli indicatori statistici;
- impostare notifiche automatiche al superamento di determinati valori fra quelli monitorati.

La Cartella sociosanitaria dovrà consentire di:

- snellire le procedure, acquisire una sola volta le informazioni sulla persona, evitando ripetizione di richieste e compilazioni di moduli identici;
- monitorare il progetto personale e l'insieme dei servizi erogati, evitando il rischio di duplicazioni e sovrapposizioni;
- favorire l'integrazione tra i servizi (ad esempio: sociali, sanitari, educativi, del lavoro);

130

- acquisire informazioni, in maniera aggregata, sulle domande delle persone e sulle capacità di risposta del sistema;
- accedere al budget di salute della singola persona ed impostare notifiche automatiche al raggiungimento di una determinata soglia;
- impostare notifiche relative a date cardine o scadenze previste nel progetto personale e classificabili tramite il nomenclatore delle prestazioni;
- registrare periodi di ricovero, detenzione o permanenza temporanea presso diverso domicilio;
- reperire i contatti delle strutture o funzioni che hanno in carico la persona;
- indicare la data di decesso;
- permettere l'accesso futuro a servizi di sanità digitale personalizzati per il cittadino.

È auspicabile che la Cartella sociosanitaria sia sviluppata all'interno del SIAT, dovrebbe essere collegata con l'anagrafica dei servizi e delle strutture e con l'Anagrafica Sanitaria Regionale (ASUR). Inoltre dovrebbe essere integrata con gli altri sistemi nazionali, come ad esempio il casellario dell'assistenza dell'INPS (legge regionale 11/2016, art. 49). L'utilizzo della Cartella sociosanitaria dovrebbe essere accessibile a tutti gli operatori dei servizi sociali e sanitari integrati. Una utility del SISS dovrebbe essere la possibilità da parte degli operatori di avere degli output sia per soddisfare i vari debiti informativi nazionali, sia ai fini della programmazione locale, prevedendo delle query aperte, al fine di ottenere reportistiche non standardizzate. Poiché nella Cartella sociosanitaria verranno trattati dati sensibili, si dovranno adottare tutte le precauzioni, prevedendo in particolare vari livelli di accesso ai fini del rispetto della privacy.

Per garantire l'effettiva integrazione del Sistema informativo sociale con quello sanitario dovranno essere considerati come cogenti i seguenti requisiti:

- le anagrafiche delle strutture e dei servizi dovranno essere integrate con il sistema dei Piani di Zona;
- la Cartella sociosanitaria dovrà consentire la piena gestione dei servizi descritti al suo interno;
- il cruscotto informativo sociale dovrà essere integrato con quello sanitario.

Per i dettagli operativi relativi alla costituzione dell'Osservatorio sociale e alla realizzazione del SISS saranno predisposte specifiche delibere di Giunta regionale.

P. Programmazione partecipata e coinvolgimento dei fruitori dei servizi

Per influenzare i problemi sociali è necessario influenzare gli ambienti sociali in modo duraturo. L'esperienza mostra come i cambiamenti sono 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 e della soluzione più condivisa che scontenti il minor numero di persone.

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.

Il Piano sociale si propone di sostenere i servizi che favoriscono la ricerca di un diverso equilibrio fra individuo e società, reinventando nuove strade per coniugare in modo creativo libertà e coesione sociale. In particolare, si cercherà di contrastare il "localismo difensivo" di comunità che presentano forti rischi di chiusura nei confronti di gruppi estranei alla cultura autoctona, lavorando per una cultura aperta alla partecipazione e all'accoglienza.

La progettazione partecipata intreccia la dimensione strategica con la prospettiva operativa, dando vita a processi di empowerment e di messa in rete nei contesti locali.

La Regione, di concerto con tutti i principali stakeholder sociali, in coerenza con quanto indicato sopra, definirà linee guida e strumenti per rendere operativi e non burocratici questi percorsi e per coinvolgere tutti gli attori sociali (compresi gli utenti e le loro famiglie) nella programmazione e nella valutazione dei servizi e degli interventi del sistema integrato. Al riguardo, saranno monitorati attentamente gli impegni dei soggetti responsabili dell'implementazione degli strumenti previsti dagli articoli 56 e 57 della legge regionale 11/2016 (Carta sociale del cittadino e Carta dei Servizi sociali).

A livello regionale sarà rafforzato e razionalizzato il ruolo e il funzionamento delle Consulte, dei coordinamenti e delle altre forme di rappresentanza delle diverse organizzazioni di advocacy e dei soggetti del terzo settore che operano nell'ambito.

Attuazione del Piano

Il Piano è uno strumento dinamico e la pianificazione un'attività continua, con un ciclo di vita articolato in fasi tra loro interdipendenti. La definizione e la costruzione del Piano sono da ritenersi come un processo che passa dalla programmazione, alla realizzazione, alla verifica dei risultati, all'acquisizione di nuove informazioni, alla ri-pianificazione. Una visione semplicisticamente lineare di questo processo può ridurre lo slancio programmatorio ad un "momento" vissuto come aggiuntivo (e quindi eccezionale) rispetto all'agire funzionale "normale". Ecco allora che i documenti di pianificazione sociale, anche se elaborati con interesse e competenza, vengono facilmente "dimenticati". La loro portata innovativa viene pian piano assorbita dalle continue "emergenze" che caratterizzano il settore degli interventi sociali o, più semplicemente, dalla forza d'inerzia della consuetudine.

Per superare questi rischi sono previste misure e azioni concrete per accompagnare, sostenere, monitorare e governare la fase di attuazione del Piano, in una logica circolare. La griglia seguente le descrive in modo sintetico.

Misure e azioni per l'attuazione del nuovo Piano sociale

Misure	Azioni previste
A. Comunicazione	A.1 Diffusione (anche online) del testo del nuovo Piano, in un formato standard facilmente visionabile e scaricabile.
	A.2 Redazione, stampa e diffusione di una versione sintetica degli elementi più significativi del Piano.
	A.3 Organizzazione di eventi territoriali e settoriali per presentare e illustrare il Piano, con la partecipazione dei principali attori del welfare locale.
	A.4 Ampia diffusione dei Report di monitoraggio sullo stato di attuazione del Piano e dei Documenti di aggiornamento.
B. Monitoraggio dell'attuazione del Piano	B.1 Attivazione della "Cabina di regia regionale per l'attuazione del Piano sociale" (cfr. capitolo G. Modalità di raccordo fra programmazione regionale e locale) con compiti di monitoraggio e assistenza tecnica.

	B.2 Analisi dei Piani sociali di Zona e delle altre programmazioni del settore per verificare la loro coerenza con i principi e le indicazioni operative del Piano sociale regionale.
	B.3 Monitoraggio permanente dello stato di avanzamento delle attività previste nel Piano.
	B.4 Implementazione di interventi di assistenza tecnica per la soluzione di eventuali problematiche che ostacolano il regolare processo di attuazione del Piano.
C. Valutazione del Piano	C.1 Promozione o recepimento di analisi valutative in itinere da parte dei diversi stakeholder sui punti di forza e di debolezza riscontrati nel processo di attuazione del Piano.
	C.2 Elaborazione - da parte di un soggetto indipendente - di un Rapporto valutativo finale sull'attuazione del Piano, contenente anche indicazioni e suggerimenti utili per l'elaborazione del nuovo Piano.
D. Aggiornamento e riprogrammazione delle attività	D.1 Predisposizione di Documenti annuali di aggiornamento e riprogram•mazione delle attività del Piano, sulla base delle risultanze delle attività di monitoraggio e delle risorse effettivamente disponibili.
	D.2 Predisposizione dello Schema del nuovo Piano sociale, tenendo conto degli elementi emersi dalle valutazioni in itinere e dalla valutazione finale.

Cronogramma delle azioni per l'attuazione del Piano sociale regionale

Azione	Trimestri 1° anno				Trimestri 2° anno				Trimestri 3° anno			
A.1 Diffusione (anche online) del testo del nuovo Piano	X											
A.2 Redazione, stampa e diffusione di una versione sintetica del Piano	X											

A.3 Organizzazione di eventi territoriali e settoriali per presentare e illustrare il Piano	X											
A.4 Diffusione dei Report di monitoraggio e dei Documenti di aggiornamento del Piano					X				X			
B.1 Attivazione della "Cabina di regia regionale per l'attuazione del Piano sociale"	X											
B.2 Analisi dei Piani sociali di Zona e delle altre programmazioni del settore		X				X				X		
B.3 Monitoraggio permanente dello stato di avanzamento delle attività previste nel Piano			X	X	X	X	X	X	X	X	X	
B.4 Interventi di assistenza tecnica per la soluzione di eventuali problematiche			X	X	X	X	X	X	X	X	X	
C.1 Promozione o recepimento di analisi valutative in itinere					X				X			
C.2 Elaborazione di un Rapporto valutativo finale sull'attuazione del Piano											X	
D.1 Predisposizione di Documenti annuali di aggiornamento e riprogrammazione del Piano				X				X				
D.2 Predisposizione partecipata dello Schema del nuovo Piano sociale											X	X

Allegato – Profilo sociale del Lazio

Il contesto socio-demografico[4]

La popolazione residente

La popolazione del Lazio rappresenta il 9,7% del totale della popolazione italiana mentre il numero dei comuni della regione è pari al 4,7% del totale dei comuni italiani. La popolazione residente al 1° gennaio 2015 nella regione Lazio ammonta a 5.892.425 unità di cui 4.342.046 residenti nella provincia di Roma: il 73,7% della popolazione della regione vive nel territorio della città metropolitana di Roma. Dopo la capitale, il territorio provinciale che ha più comuni è quello di Frosinone, cui segue la provincia di Rieti che accentra il 19,3% dei comuni della regione. Dal punto di vista della popolazione residente al 1° gennaio del 2015 è Latina la provincia col maggior numero di residenti (572.472 unità) dopo Roma Capitale, seguita dalla provincia di Frosinone che accentra l'8,4% della popolazione residente nel Lazio (pari a 496.971 unità).

[4] I dati disponibili relativi alla popolazione residente per età, sesso e stato civile al 1° gennaio provengono dalla Rilevazione sulla "Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile", indagine che l'ISTAT conduce dal 1992 presso le Anagrafi dei comuni italiani. I dati si riferiscono a tutti i comuni italiani, e sono in linea con quelli del XV Censimento Generale della Popolazione e delle Abitazioni (9 ottobre 2011). I Comuni, a conclusione delle risultanze censuarie, procedono alla revisione delle anagrafi così come prevede il regolamento anagrafico della Popolazione residente (D.P.R. 223/1989 art.46): "A seguito di ogni censimento generale della popolazione i Comuni devono provvedere alla revisione dell'anagrafe al fine di accertarne la corrispondenza quantitativa e qualitativa con le risultanze del censimento". L'ISTAT, d'intesa con il Ministero dell'Interno, stabilisce attraverso Circolari le modalità di aggiornamento e revisione delle anagrafi della popolazione residente sulla base delle risultanze censuarie.
La revisione anagrafica pertanto ha una duplice finalità: correggere eventuali errori della banca dati anagrafica e riallineare il dato di popolazione residente fornito ufficialmente da ISTAT con il numero di iscritti in anagrafe.
Al fine di permettere una corretta lettura dei dati statistici è opportuno considerare i seguenti tre aspetti:

- la popolazione totale e per sesso è in linea con le risultanze del Censimento 2011 e con il conseguente bilancio demografico, periodo 10 ottobre 2011-31 dicembre 2014;
- dati per età, a livello comunale, sono oggetto di una procedura di validazione statistica qualitativa e quantitativa, atta a superare le incongruenze che a volte si manifestano in talune anagrafi comunali, a causa del non perfetto allineamento delle stesse con le risultanze derivanti dall'ultimo censimento;
- per quanto riguarda la distribuzione della popolazione secondo lo stato civile, non è presente la condizione di "separato/a" in quanto, ai fini anagrafici, la separazione non comporta l'uscita dalla condizione di "coniugato/a".

Tab. 1 - Numero dei comuni del Lazio e popolazione in essi residente per provincia - 2015

Provincia	N. Comuni		Popolazione residente	
	V. a.	V. %	V. a.	V. %
Viterbo	60	15,9	321.955	5,5
Rieti	73	19,3	158.981	2,7
Roma	121	32,0	4.342.046	73,7
Latina	33	8,7	572.472	9,7
Frosinone	91	24,1	496.971	8,4
Lazio	378	100,0	5.892.425	100,0
Italia	8.047		60.795.612	

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Il 41,5% dei comuni laziali ha una popolazione inferiore ai 2.000 cittadini e un quarto di essi appartiene alla classe demografica che vede da 2.000 a 4.999 abitanti. Nei comuni con meno di 5.000 residenti vive complessivamente il 7,6% della popolazione del Lazio, mentre nelle classi demografiche maggiori, comprese tra i 20.000 e i 249.999 abitanti, la popolazione residente raggiunge il 29,1% del totale regionale. Quasi la metà (48,7%) della popolazione laziale si concentra nel comune di Roma Capitale, l'unico della regione a contare più di 250.000 abitanti.

Tab. 2 - Numero dei comuni del Lazio e la popolazione in essi residente per classe di ampiezza demografica - 2015

Classe di ampiezza demografica	N. Comuni		Popolazione residente	
	V. a.	V. %	V. a.	V. %
0-1.999	157	41,5	148.671	2,5
2.000-4.999	94	24,9	299.600	5,1
5.000-9.999	50	13,2	363.544	6,2
10.000-19.999	35	9,3	496.915	8,4
20.000-59.999	35	9,3	1.219.045	20,7
60.000-249.999	6	1,6	492.629	8,4
>250.000	1	0,3	2.872.021	48,7
Lazio	378	100,0	5.892.425	100,0
Italia	8.047		60.795.612	

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

La Regione Lazio si caratterizza per la presenza di comuni di medie e grandi dimensioni: i comuni tra i 10mila e i 249mila abitanti rappresentano il 20,1% di tutti i comuni a fronte del dato nazionale pari al 15,1%. Scendendo al livello provinciale sono i territori di Roma e Latina che si distinguono per la presenza di comuni di grandi dimensioni mentre le province di Frosinone e Viterbo si caratterizzano per una forte presenza di comuni piccoli e medio piccoli: i comuni con meno di 5mila abitanti rappresentano il 74,7% nella provincia di Frosinone e il 68,3% in quella di Viterbo. La provincia di Rieti si contraddistingue per la forte incidenza di comuni di piccole dimensioni, al di sotto dei 2mila abitanti, che rappresentano il 74% di tutti i comuni della provincia.

Tab. 3 - Comuni del Lazio per provincia e classe di ampiezza demografica – 2015 – Valori assoluti e percentuali

	Classe di ampiezza demografica							
Provincia	Valori assoluti							
	0-1.999	2.000-4.999	5.000-9.999	10.000-19.999	20.000-59.999	60.000-249.999	>250.000	Totale
Viterbo	17	24	14	4	0	1	0	60
Rieti	54	15	2	1	1	0	0	73
Roma	44	15	18	21	19	3	1	121
Latina	6	8	5	5	7	2	0	33
Frosinone	36	32	11	4	8	0	0	91
Lazio	157	94	50	35	35	6	1	378
Italia	3.532	2.106	1.186	712	416	93	12	8.118
	Valori percentuali							
	0-1.999	2.000-4.999	5.000-9.999	10.000-19.999	20.000-59.999	60.000-249.999	>250.000	Totale
Viterbo	28.3	40.0	23.3	6.7	0.0	1.7	0	100,0
Rieti	74.0	20.5	2.7	1.4	1.4	0.0	0	100,0
Roma	36.4	12.4	14.9	17.4	15.7	2.5	0,8	100,0
Latina	18.2	24.2	15.2	15.2	21.2	6.1	0	100,0
Frosinone	39.6	35.2	12.1	4.4	8.8	0.0	0	100,0
Lazio	41.5	24.9	13.2	9.3	9.3	1.6	0,3	100,0
Italia	43.5	25.9	14.6	8.8	5.1	1.1	0,1	100,0

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Prendendo in esame la popolazione residente, il Lazio si conferma una regione nella quale oltre il 57% della popolazione residente vive in realtà con oltre 60mila abitanti, distanziandosi in modo significativo dalla media nazionale (30,9%). La presenza della Capitale, il comune più grande d'Italia, ma anche di un numero importante di centri di ampie dimensioni (7 in totale tra cui, oltre Roma, due capoluoghi di provincia, Latina e Viterbo, e i comuni di Fiumicino, Guidonia Montecelio, Pomezia, Aprilia), condizionano fortemente la vita sociale ed economica del territorio, con tutti gli aspetti negativi e positivi associabili alle realtà metropolitane. Più di un quarto della popolazione della regione risiede in comuni di medie dimensioni, tra i 20mila ed i 59.999 abitanti, percentuale ancora più rilevante nelle province di Frosinone, Latina e Rieti rispettivamente col 45,2%, 39,6% e 30% di popolazione residente in questa tipologia di comuni. Sul fronte opposto, se si analizza la popolazione residente nei piccoli comuni, si osserva che, sebbene sia consistente la presenza di piccoli comuni nel territorio regionale, sono 301 i comuni con meno di 9.999 abitanti e il peso della popolazione che vi risiede è inferiore al dato nazionale: nel Lazio il 13,8% della popolazione risiede nei comuni con meno di 10mila abitanti a fronte del 30,4%. Osservando i territori provinciali, un andamento vicino al dato nazionale è presente nella provincia di Latina dove il 13,5% della popolazione risiede nei comuni con meno di 10mila abitanti. Nelle province di Frosinone, Viterbo, Rieti, invece, la presenza della popolazione nei comuni di ridotta ampiezza demografica è molto rilevante (rispettivamente il 45%, il 60,3% e il 61,3% della popolazione risiede nei comuni con meno di 10mila abitanti). L'unica eccezione è rappresentata dal territorio della provincia di Roma che, come già evidenziato in precedenza, vede la popolazione residente concentrata nei comuni di medie e grandi dimensioni.

Tab. 4 – Popolazione residente del Lazio per provincia e classe di ampiezza demografica – 2015 – Valori assoluti e percentuali

Provincia	Classe di ampiezza demografica							
	Valori assoluti							
	0-1.999	2.000-4.999	5.000-9.999	10.000-19.999	20.000-59.999	60.000-249.999	>250.000	Totale
Viterbo	19.945	72.399	101.685	60.619	0	67.307	0	321.955
Rieti	39.293	45.068	13.142	13.749	47.729	0	0	158.981
Roma	40.833	48.553	130.154	303.012	720.143	227.330	2.872.021	4.342.046
Latina	6.495	30.023	40.509	70.975	226.478	197.992	0	572.472
Frosinone	42.105	103.557	78.054	48.560	224.695	0	0	496.971
Lazio	148.671	299.600	363.544	496.915	1.219.045	492.629	2.872.021	5.892.425
Italia	3.335.483	6.765.525	8.365.850	9.837.731	13.678.625	9.522.167	9.290.231	60.795.612
	Valori percentuali							
	0-1.999	2.000-4.999	5.000-9.999	10.000-19.999	20.000-59.999	60.000-249.999	>250.000	Totale
Viterbo	6,2	22,5	31,6	18,8	0	20,9	0	100,0
Rieti	24,7	28,3	8,3	8,6	30,0	0	0	100,0
Roma	0,9	1,1	3,0	7,0	16,6	5,2	66,1	100,0
Latina	1,1	5,2	7,1	12,4	39,6	34,6	0	100,0
Frosinone	8,5	20,8	15,7	9,8	45,2	0	0	100,0
Lazio	2,5	5,1	6,2	8,4	20,7	8,4	48,7	100,0
Italia	5,5	11,1	13,8	16,2	22,5	15,7	15,3	100,0

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Il comune più piccolo della regione, con 75 abitanti, è Marcetelli, in provincia di Rieti. Questa provincia è caratterizzata da un territorio che vede la forte presenza di piccoli comuni, tutti al di sotto dei 5.000 abitanti tranne due comuni tra i 5mila e i 9.999 abitanti (Cittaducale e Poggio Mirteto), il comune di Fara in Sabina (con 13.749 abitanti residenti) ed il comune di Rieti.

Continuando con l'analisi del livello comunale, si osserva che la provincia di Roma mostra una forte eterogeneità: se da un lato è un territorio che raccoglie la maggior parte dei grandi comuni del Lazio, dall'altro si caratterizza anche per realtà di piccole dimensioni come Vivaro Romano (177), Saracinesco (182) e Rocca Canterano (196).

La provincia di Latina mostra la stessa poliedricità della provincia di Roma. Anche in questo territorio è rinvenibile la presenza di comuni di ampie dimensioni (in questa provincia si trovano il secondo e il quinto comune più grandi della regione, Latina e Aprilia) e contestualmente si riduce il numero dei piccoli comuni (soltanto due comuni presentano meno di 1.000 abitanti, Campodimele e Ventotene).

Il comune più grande della provincia di Frosinone, oltre al capoluogo, è Cassino con 35.913 abitanti mentre il più piccolo è Acquafondata con 263. Nel territorio viterbese i due comuni più grandi presentano comunque dimensioni ridotte rispetto ai comuni più grandi presenti nelle altre province: si tratta di Civita Castellana con 16.526 abitanti e Tarquinia con 16.516.

Tab. 5 - Graduatoria dei tre comuni più grandi e dei tre più piccoli per provincia - 2015

	I tre Comuni più grandi		I tre Comuni più piccoli	
	Comune	Abitanti	Comune	Abitanti
Viterbo	Civita Castellana	16.526	Latera	855
	Tarquinia	16.516	Proceno	562
	Vetralla	14.021	Tessennano	326
Rieti	Fara in Sabina	13.749	Paganico Sabino	178
	Cittaducale	6.870	Micigliano	124
	Poggio Mirteto	6.272	Marcetelli	75
Roma	Guidonia Montecelio	88.335	Rocca Canterano	196
	Fiumicino	76.573	Saracinesco	182
	Pomezia	62.422	Vivaro Romano	177
Latina	Aprilia	72.496	Rocca Massima	1.130
	Terracina	45.682	Ventotene	741
	Fondi	39.683	Campodimele	641
Frosinone	Cassino	35.913	San Biagio Saracinisco	365
	Alatri	29.124	Viticuso	353
	Sora	26.172	Acquafondata	263

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

I comuni del Lazio si estendono su una superficie di 17.232 kmq (dato riferito al 9 ottobre 2011). Secondo i dati aggiornati al 1° gennaio 2015 la densità abitativa media è pari a 342 cittadini per kmq, dato superiore a quello nazionale che si attesta a 201 abitanti per kmq. I comuni afferenti all'area della provincia di Roma presentano la maggiore densità abitativa, pari a 809 residenti per kmq, e sono dislocati su una superficie territoriale di 5.363 kmq. I comuni con la minore densità abitativa sono quelli delle province di Rieti (58 abitanti per kmq) e Viterbo (89 abitanti per kmq); questi ultimi però presentano la superficie più estesa (3.615 kmq) dopo quella dei comuni della provincia di Roma. I comuni delle Province di Latina e Frosinone presentano un valore di densità abitativa in linea con la media nazionale (rispettivamente 253 e 153 abitanti per kmq), leggermente inferiore nei comuni della provincia di Frosinone.

Tab. 6 - Densità abitativa dei comuni del Lazio per provincia – 2015

Provincia	Popolazione residente al 1° gennaio 2015	Superficie totale (Kmq) al 9 ottobre 2011	Densità abitativa (abitanti per Kmq)
Viterbo	321.955	3.615,24	89,1
Rieti	158.981	2.750,52	57,8
Roma	4.342.046	5.363,28	809,6
Latina	572.472	2.256,16	253,7
Frosinone	496.971	3.247,08	153,1
Lazio	5.892.425	17.232,29	341,9
Italia	60.795.612	302.072,84	201,3

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Osservando la densità abitativa in base all'ampiezza demografica comunale è rilevante il dato del comune di Roma capitale con oltre 2mila abitanti per kmq. La densità abitativa si mantiene elevata anche nei comuni appartenenti alla classe di ampiezza demografica compresa tra i 20.000 e 59.999 abitanti (477 abitanti per kmq) e nei comuni tra i 60.000 e i 249.999 residenti (393 abitanti per kmq). La densità è decisamente minore nei comuni con fino a 2mila abitanti che hanno una densità abitativa pari a 40 abitanti per kmq.

Tab. 7 - Densità abitativa dei comuni del Lazio per classe di ampiezza demografica – 2015

Classe di ampiezza demografica	Popolazione residente al 1° gennaio 2015	Superficie totale (Kmq) al 9 ottobre 2011	Densità abitativa (abitanti per Kmq)
0-1.999	148.671	3.715	40
2.000-4.999	299.600	3.719	82
5.000-9.999	363.544	2.608	137
10.000-19.999	496.915	2.120	233
20.000-59.999	1.219.045	2.541	477
60.000-249.999	492.629	1.242	393
>250.000	2.872.021	1.287	2.224
Lazio	5.892.425	17.232	341
Italia	60.795.612	302.072	201

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

La crescita demografica e le dinamiche naturali[5]

La popolazione residente nel Lazio è cresciuta negli ultimi 4 anni del 7,1%, un dato molto più elevato della media nazionale, che si attesta al 2,4%, e della ripartizione geografica di appartenenza, il Centro con il 4,3%. Osservando il dato per provincia emerge che nelle cinque aree laziali il trend di crescita è stato dissimile: l'incremento più rilevante si è registrato nel territorio di Roma capitale con l'8,7%, seguito dalla provincia di Latina e di Viterbo, rispettivamente con il 5,1% ed il 3%. Nella provincia di Rieti l'incremento della popolazione è coerente con il dato nazionale, +2,6%, mentre per quanto riguarda il territorio di Frosinone si riscontra l'incremento più contenuto, pari allo 0,9%.

[5] La popolazione residente è costituita dalle persone che hanno dimora abituale nel comune. Il suo incremento/decremento è dovuto a due componenti: il movimento naturale (nati vivi, morti e loro saldo) e il movimento migratorio (iscritti, cancellati per trasferimento di residenza e loro saldo).

Tab. 8 - Crescita della popolazione residente nei comuni del Lazio per provincia e ripartizioni - 2012 / 2015

Ripartizione e Provincia	Popolazione residente		
	2012	2015	Var. % 2012/2015
Italia	59.394.207	60.795.612	2,4
Nord-ovest	15.752.503	15.861.548	2,5
Nord-est	11.442.262	11.661.160	1,9
Centro	11.591.705	12.090.637	4,3
Lazio	5.500.022	5.892.425	7,1
Viterbo	312.674	321.955	3,0
Rieti	154.909	158.981	2,6
Roma	3.995.250	4.342.046	8,7
Latina	544.887	572.472	5,1
Frosinone	492.302	496.971	0,9
Sud	13.970.037	14.149.806	1,3
Isole	6.637.700	6.755.366	1,8

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Le differenze con la media nazionale rimangono sensibili anche osservando i dati relativi alle amministrazioni comunali laziali suddivise per classe demografica. Nei comuni del Lazio con meno di 1.999 abitanti la popolazione diminuisce negli ultimi quattro anni presi in considerazione (-0,3%) e risulta modesto l'incremento della popolazione residente nei comuni compresi nella classe fra 2.000 e 4.999 abitanti. I dati relativi alla popolazione nelle altre classi di ampiezza demografica sono nettamente superiori alla media italiana. La crescita percentuale più rilevante si è verificata nei comuni al di sopra dei 250mila abitanti e in quelli compresi tra 60.000 e 249.999 abitanti (rispettivamente 9,9% e 8,7%).

Tab. 9 - Crescita della popolazione residente nei comuni del Lazio per classe di ampiezza demografica dei comuni – 2012 / 2015

Classe di ampiezza demografica	Popolazione residente		
	2012	2015	Var. % 2012/2015
0-1.999	149.146	148.671	-0,3
2.000-4.999	297.582	299.600	0,7
5.000-9.999	351.484	363.544	3,4
10.000-19.999	470.541	496.915	5,6
20.000-59.999	1.163.638	1.219.045	4,8
60.000-249.999	453.368	492.629	8,7
>250.000	2.614.263	2.872.021	9,9
Lazio	5.500.022	5.892.425	7,1
Italia	59.394.207	60.795.612	2,4

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Dal 2012 al 2015 l'incremento ha riguardato maggiormente i comuni capoluoghi (+9,4%, oltre 270mila unità) rispetto a quelli della provincia (+7,1%), aspetto rinvenibile non in tutte le realtà laziali: per quanto riguarda il comune di Frosinone la popolazione diminuisce (-0,2%) a fronte dell'incremento rilevato nella provincia (pari a 0,9%). Lo scarto maggiore tra la crescita della popolazione nel comune capoluogo e nella provincia si rileva a Viterbo: nel capoluogo la popolazione cresce del +6,7% a fronte della crescita rilevata nel territorio della provincia pari al +3%.

Tab. 10 - Crescita della popolazione residente nei comuni capoluogo e nelle province del Lazio – 2012 / 2015

Provincia e comune capoluogo	Popolazione residente		
	2012	2015	Var. % 2012/2015
Provincia di Viterbo	312.674	321.955	3,0
Viterbo	63.090	67.307	6,7
Provincia di Rieti	154.909	158.981	2,6
Rieti	46.075	47.729	3,6
Provincia di Roma	3.995.250	4.342.046	8,7
Roma	2.614.263	2.872.021	9,9
Provincia di Latina	544.887	572.472	5,1
Latina	117.760	125.496	6,6
Provincia di Frosinone	492.302	496.971	0,9
Frosinone	46.604	46.507	-0,2
Lazio	5.500.022	5.892.425	7,1

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Nel periodo tra il 1° gennaio del 2014 ed il 1° gennaio del 2015 la popolazione residente nel Lazio ha continuato a crescere con un incremento di oltre 21 mila persone pari a +0,4%. Questa crescita non interessa tutte le province: mentre nelle province di Roma e Latina si evidenzia una crescita pari allo 0,5%, nelle province di Viterbo, Frosinone e Rieti la popolazione residente al 1° gennaio del 2015 diminuisce, in particolare nella provincia di Rieti che registra una riduzione della popolazione pari a -0,4%.

Tab. 11 - Crescita della popolazione residente nei comuni del Lazio per provincia e ripartizioni - 2014/2015

Ripartizione e provincia	Popolazione residente			
	2014	2015	Differenza assoluta	Var. % 2014/2015
Italia	60.782.668	60.795.612	12.944	0,0
Nord-ovest	16.130.725	15.861.548	7.918	0,0
Nord-est	11.654.486	11.661.160	6.674	0,1
Centro	12.070.842	12.090.637	19.795	0,2
Lazio	5870.451	5.892.425	21.974	0,4
Viterbo	322.195	321.955	-240	-0,1
Rieti	159.670	158.981	-689	-0,4
Roma	4.321.244	4.342.046	20.802	0,5
Latina	569.664	572.472	2.808	0,5
Frosinone	497.678	496.971	-707	-0,1
Sud	14.167.819	14.149.806	-18.013	-0,1
Isole	6.758.796	6.755.366	-3430	-0,1

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Natalità e mortalità

Il tasso di natalità in Italia nel 2014 è fra i più bassi d'Europa: supera appena il valore di 8 nati ogni 1.000 abitanti (8,3). La Regione Lazio mostra valori leggermente superiori al dato nazionale (8,6) mentre dal punto di vista provinciale nei comuni della provincia di Frosinone, Viterbo e Rieti il dato è inferiore alla media regionale (rispettivamente 7,9, 7,7 e 7). Le province di Latina e Roma mostrano i tassi più elevati nel 2014 rispettivamente pari a 9% e 8,7%.

Tab. 12 - Nascita della popolazione residente nei comuni del Lazio per provincia e ripartizioni – 2004 / 2014

Ripartizione e provincia	Nati vivi	Tasso di natalità 2004 (per mille abitanti)	Tasso di natalità 2014 (per mille abitanti)
Italia	502.596	9,8	8,3
Nord-ovest	132.744	9,5	8,2
Nord-est	96.853	9,8	8,3
Centro	98.856	9,5	8,2
Lazio	50.360	10	8,6
Viterbo	2.485	7,9	7,7
Rieti	1.123	8	7
Roma	37.677	10,5	8,7
Latina	5.150	10	9
Frosinone	3.925	8,5	7,9
Sud	117.794	10,3	8,3
Isole	56.349	9,8	8,3

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Il tasso di mortalità della Regione Lazio nel 2014 risulta inferiore alla media nazionale: 9,3 decessi ogni 1.000 abitanti nel Lazio a fronte di 9,8 ogni 1.000 abitanti in Italia. Le province di Rieti, Viterbo e Frosinone presentano tassi superiori alla media nazionale e regionale, rispettivamente 11,7, 11,4 e 10,6 decessi ogni 1.000 abitanti. Come è possibile osservare dai dati relativi alla struttura della popolazione, questo dato è strettamente legato all'elevato indice di invecchiamento della popolazione. Seguono le province di Roma (9,1) e Latina (8,6) che presentano al contrario i tassi più bassi.

Tab. 13 - Mortalità della popolazione residente nei comuni del Lazio per provincia e ripartizioni – 2004/2014

Ripartizione e provincia	Morti	Tasso di mortalità 2004	Tasso di mortalità 2014
Italia	598.364	9,5	9,8
Nord-ovest	161.817	9,9	10
Nord-est	116.321	10	10
Centro	123.177	10,2	10,2
Lazio	54.937	9,5	9,3
Viterbo	3.668	10,5	11,4
Rieti	1.866	11,4	11,7
Roma	39.228	9,5	9,1
Latina	4.885	8	8,6
Frosinone	5.290	9,5	10,6
Sud	131.939	8,3	9,3
Isole	65.110	8,8	9,6

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

I saldi naturali e migratori

Negli ultimi dieci anni (2004-2014) il tasso di crescita totale della popolazione della Regione è risultato sempre positivo (nel 2004 ammontava a 9,4). La crescita della popolazione è attribuibile in gran parte alla capacità di attrarre nuovi flussi di popolazione dalle altre regioni e dall'estero. Il saldo migratorio, infatti, registra sempre valori positivi nell'intervallo temporale 2004-2014 a fronte della dinamica naturale della popolazione che, dal 2012 al 2014 registra valori negativi. All'interno della Regione identifica un'eccezione solo la provincia di Latina che mostra, nel 2014, un saldo naturale positivo (265). È la Provincia di Roma che accentra la maggior parte della popolazione che si sposta verso la Regione

Lazio, oltre 29mila persone pari all'88,5% di tutti coloro che si sono stanziati nel Lazio nel 2014.

Tab. 14 – L'incremento naturale della popolazione residente nei comuni del Lazio per provincia e ripartizioni –2014

Ripartizione e provincia	Saldo naturale (nati-morti)	Saldo migratorio (immigrati-emigrati)	Saldo migratorio totale (per mille abitanti)	Tasso di crescita totale (per mille abitanti)
Italia	-95.768	142.827	1,8	0,2
Nord-ovest	-29.073	58.381	2,3	0,5
Nord-est	-19.468	39.069	2,2	0,6
Centro	-24.321	56.330	3,7	1,6
Lazio	-4.577	33.430	4,5	3,7
Viterbo	-1.183	932	2,9	-0,7
Rieti	-743	462	0,3	-4,3
Roma	-1.551	29.584	5,2	4,8
Latina	265	2.212	4,5	4,9
Frosinone	-1.365	240	1,3	-1,4
Sud	-14.145	-9.563	-0,3	-1,3
Isole	-8.761	-1.390	0,8	-0,5

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Scendendo nel dettaglio territoriale e analizzando i saldi nei territori dei capoluoghi di provincia si nota che nel 2014 i saldi naturali nelle province assumono sempre valori negativi in tutti i territori considerati, ad eccezione della provincia e del comune di Latina, territori nei quali la componente dei nati vivi supera quella dei decessi. Osservando le dinamiche del saldo migratorio, che risulta essere sempre positivo sia nei territori dei capoluoghi sia delle province (ad eccezione del comune di Frosinone), si riscontra che i valori più elevati sono quelli registrati per i territori della provincia che, dunque, attrae più popolazione immigrata rispetto ai comuni capoluoghi. Infine, analizzando il saldo totale di incremento o decremento della popolazione si osservano differenze territoriali interessanti. Nelle zone che interessano le province di Roma e Latina il saldo totale è sempre positivo, con incrementi maggiori nei territori provinciali rispetto a quelli dei comuni capoluogo. Al contrario, nei territori del reatino e nel frusinate la popolazione diminuisce nel 2014 a testimonianza di un processo di spopolamento di queste zone della regione. Infine, nel viterbese si osserva che la popolazione cresce all'interno del comune capoluogo e decresce nella provincia.

Tab. 15 – L'incremento della popolazione residente nei comuni capoluogo e della provincia del Lazio – 2012/2014

Provincia e comune capoluogo	**2014**			
	Saldo naturale (nati-morti)	Saldo migratorio (immigrati-emigrati)	Saldo per altri motivi	Saldo totale (incremento o decremento)
Provincia di Viterbo	-1183	932	11	-240
Viterbo	-200	464	485	749
Provincia di Rieti	-743	462	-408	-689
Rieti	-160	42	-65	-183
Provincia di Roma	-1551	29584	-7231	20802
Roma	-3045	21786	-10042	8699
Provincia di Latina	265	2212	331	2808
Latina	121	166	-166	121
Provinciadi Frosinone	-1365	240	418	-707
Frosinone	-122	-19	-29	-170
Lazio	-4577	33430	-6879	21974
	2012			
	Saldo naturale (nati-morti)	Saldo migratorio (immigrati-emigrati)	Saldo per altri motivi	Saldo totale (incremento o decremento)
ProvinciadiViterbo	-1101	2504	1546	2949
Viterbo	-106	679	44	617
Provinciadi Rieti	-667	1432	847	1612
Rieti	-121	624	575	1078
Provinciadi Roma	-387	53496	-8546	44563
Roma	-2945	37080	-9556	24579
Provinciadi Latina	451	5480	1272	7203
Latina	291	1372	3	1666
Provinciadi Frosinone	-1177	1000	1104	927
Frosinone	-72	-150	-103	-325
Lazio	-2881	63912	-3777	57254

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

I saldi che descrivono la dinamica della popolazione laziale nel 2012 mostrano valori differenti rispetto a quelli del 2014 sebbene l'andamento dei processi naturali e migratori rimangano sostanzialmente invariati. Il saldo totale, invece, nel 2012 assumeva valori positivi in tutti i territori considerati per invertire l'andamento nei due anni successivi, come evidenziato precedentemente.

Struttura per età della popolazione e indicatori demografici

Secondo i più recenti dati Istat sull'età dei residenti, aggiornati al 1° gennaio 2015, più di un quinto della popolazione italiana ha almeno 65 anni[6]. Nei comuni del Lazio questa componente della popolazione è di poco inferiore alla media nazionale: la percentuale dei cittadini con almeno 65 anni si ferma al 20,7%, a fronte del dato nazionale pari al 21,7%. Scendendo nel dettaglio territoriale, a livello provinciale questo indice appare più accentuato nei comuni del reatino (24,1%) e del viterbese (22,7%), meno nelle amministrazioni della città metropolitana di Roma Capitale (20,4%) e della provincia di Latina (19,7%). La percentuale di popolazione compresa fra i 15 e i 64 anni è superiore alla media nazionale di un punto percentuale (65,5% a fronte del 64,5%), mentre la popolazione minorenne presenta caratteristiche sostanzialmente simili a quelle registrate a livello nazionale, con percentuali leggermente superiori con riferimento ai bambini compresi fra 0 e 5 anni di età e tra 0 e 14 anni nelle province di Roma e Latina (entrambe con una percentuale pari al 5,6% per la popolazione tra 0 e 5 anni e rispettivamente col 14,1% e 14% per la popolazione tra 0 e 14 anni).

Tab. 16 – La struttura per età della popolazione residente nelle province del Lazio e ripartizioni – 2015

Ripartizione e provincia	% 0-5 anni	% 0-14 anni	% minorenni	% 15-64 anni	% 65 anni e più
Italia	5,3	13,8	16,6	64,5	21,7
Nord-ovest	5,3	13,6	16,2	63,4	23,0
Nord-est	5,4	13,8	16,5	63,7	22,5
Centro	5,2	13,4	16,0	64,0	22,6
Lazio	5,5	13,8	16,5	65,5	20,7
Viterbo	4,9	12,5	15,0	64,8	22,7
Rieti	4,6	11,9	14,5	64,0	24,1
Roma	5,6	14,1	16,7	65,5	20,4
Latina	5,6	14,0	16,8	66,3	19,7
Frosinone	5,0	12,8	15,5	65,7	21,5
Sud	5,3	14,4	17,6	66,1	19,5
Isole	5,2	13,8	16,9	65,9	20,3

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

[6] I dati relativi alla struttura per età sono tutti derivanti da calcoli effettuati sui microdati della popolazione residente per età e comune.

Per quanto riguarda i comuni suddivisi per classe di ampiezza demografica, si può notare che la percentuale dei cittadini con almeno 65 anni presenta valori più alti nei comuni più piccoli: più di un quarto della popolazione residente nei comuni con meno di 1.999 abitanti ha più di 65 anni. Anche nei territori comunali tra 2.000 e 4.999 residenti, è rilevante la presenza di questa componente della popolazione residente con un peso pari al 22,6% su tutta la popolazione residente. Le fasce di comuni con popolazione compresa fra 10.000 e 19.999 abitanti e 60.000 e 249.999 presentano, invece, una quota di popolazione anziana tra le più basse della regione: rispettivamente 18,6% e 17,9%. È nei comuni con una popolazione tra i 60.000 e 249.999 che si concentrano le quote più rilevanti di minori: il 6,2% della popolazione ha meno di 5 anni mentre la popolazione tra 0 e 14 anni ammonta al 15,4%, in entrambi i casi si tratta dei valori più elevati rispetto alle altre tipologie comunali.

Tab. 17 - La struttura per età della popolazione residente nei comuni del Lazio per classe di ampiezza demografica dei comuni – 2015

Classe di ampiezza demografica	% 0-5 anni	% 0-14 anni	% minorenni	% 15-64 anni	% 65 anni e più
0-1.999	4,2	11,0	13,4	63,5	25,5
2.000-4.999	4,8	12,4	15,0	65,1	22,6
5.000-9.999	5,3	13,6	16,3	65,8	20,5
10.000-19.999	5,8	14,6	17,5	66,7	18,6
20.000-59.999	5,6	14,2	17,0	66,4	19,4
60.000-249.999	6,2	15,4	18,3	66,7	17,9
>250.000	5,4	13,5	16,1	64,8	21,6
Lazio	5,5	13,8	16,5	65,5	20,7
Italia	5,3	13,8	16,6	64,5	21,7

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

I comuni della regione col più alto indice di vecchiaia sono Marcetelli, Pozzaglia Sabina e Paganico Sabino, tutti afferenti alla provincia di Rieti. I comuni, invece, che mostrano i valori più bassi di questo indice sono Labico e Fiano Romano, della provincia di Roma, che presentano un valore al di sotto dell'80% ed il comune di Vitorchiano con l'80,2%.

Tab. 18 - Graduatoria dei tre comuni con indice di vecchiaia più alto e dei tre con indice di vecchiaia più basso della popolazione residente - 2015

	I tre Comuni con indice di vecchiaia più basso		I tre Comuni con indice di vecchiaia più alto	
	Comune	Indice di vecchiaia	Comune	Indice di vecchiaia
Viterbo	Vitorchiano	80,2	Farnese	422,4
	Monterosi	96,8	Tessennano	487,0
	Castel Sant'Elia	119,6	Latera	512,3
Rieti	Fara in Sabina	126,9	Paganico Sabino	942,9
	Stimigliano	131,3	Pozzaglia Sabina	1338,5
	Forano	141,5	Marcetelli	3600,0
Roma	Labico	77,6	Vallepietra	530,0
	Fiano Romano	78,9	Vivaro Romano	633,3
	Fonte Nuova	86,1	Jenne	700,0
Latina	Sermoneta	93,7	Sperlonga	242,5
	Aprilia	107,3	Bassiano	244,8
	Fondi	114,3	Campodimele	324,5
Frosinone	Piedimonte San	98,0	Posta Fibreno	368,6
	Alatri	128,6	Terelle	381,4
	San Vittore del	137,5	Acquafondata	475,0

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

L'indice di dipendenza strutturale è stabilito dal rapporto tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100. L'indice di dipendenza demografica tende a stabilire, in termini teorici, il carico economico e sociale della popolazione più anziana o più giovane rispetto alla popolazione in età lavorativa. Generalmente valori superiori al 50% sono considerati indicatori di squilibrio generazionale. A livello nazionale, al 1° gennaio 2015, l'indice si attesta al 55,1%, mentre nei comuni laziali il fenomeno, pur rimanendo superiore al 50%, si riduce, attestandosi al 52,6%. Tale soglia è superata nei comuni della provincia di Viterbo e Rieti: in particolar modo, nei comuni del reatino si registra il più elevato indice di dipendenza demografica, che raggiunge il 56,3%, più di un punto percentuale sopra la media nazionale e oltre tre e mezzo sopra la media regionale.

Tab. 19 – L'indice di dipendenza strutturale della popolazione residente nelle province del Lazio e ripartizioni – 2015

Ripartizione e provincia	Popolazione residente		Indice di dipendenza strutturale (b/a)
	In età attiva (a)	In età non attiva (b)	
Italia	39.193.416	21.602.196	55,1
Nord-ovest	10.232.032	5.906.611	57,7
Nord-est	7.424.807	4.236.353	57,1
Centro	7.739.199	4.351.438	56,2
Lazio	3.860.791	2.031.634	52,6
Viterbo	208.573	113.382	54,4
Rieti	101.684	57.297	56,3
Roma	2.844.500	1.497.546	52,6
Latina	379.474	192.998	50,9
Frosinone	326.560	170.411	52,2
Sud	9.348.690	4.801.116	51,4
Isole	4.448.688	2.306.678	51,9

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

L'analisi dei comuni del Lazio per classe demografica è in linea con quanto già osservato analizzando la struttura per età della popolazione. L'indice di dipendenza strutturale, infatti, aumenta in modo sensibile nei comuni più piccoli, raggiungendo il 57,6% nei territori comunali con una popolazione inferiore a 1.999 abitanti, e nel comune di Roma Capitale, dove si attesta al 54,2%. L'indice di dipendenza strutturale è pari al 50% nei comuni appartenenti alla classe compresa tra 60 mila e 249.999 abitanti mentre supera di poco il 50% nei comuni della classe compresa fra i 20.000 e i 59.999 abitanti.

Tab. 20 – Indice di dipendenza strutturale della popolazione residente nei comuni del Lazio per classe di ampiezza demografica dei comuni – 2015

Classe di ampiezza demografica	Popolazione residente		Indice di dipendenza strutturale (b/a)
	In età attiva (a)	In età non attiva (b)	
0-1.999	94.356	54.315	57,6
2.000-4.999	194.971	104.629	53,7
5.000-9.999	239.366	124.178	51,9
10.000-19.999	331.579	165.336	49,9
20.000-59.999	809.813	409.232	50,5
60.000-249.999	328.392	164.237	50,0
>250.000	1.862.314	1.009.707	54,2
Lazio	3.860.791	2.031.634	52,6
Italia	39.193.416	21.602.196	55,1

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

L'età media della popolazione vede la Regione Lazio in linea col dato nazionale (poco più di 44 anni). In alcune province l'età media è più elevata, in particolare nella provincia di Rieti e di Viterbo, rispettivamente con 46,3 e 45,4. Relativamente più giovane è in media la popolazione delle altre province laziali. Questo dato è confermato anche dall'analisi dell'indice di dipendenza strutturale degli anziani, calcolato come il rapporto tra la popolazione di età 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni) moltiplicato per 100, che vede in testa sempre le province di Rieti e Viterbo, territori nei quali è decisamente più elevata la percentuale della popolazione residente di 85 anni ed oltre.

Tab. 21 – L'indice di dipendenza strutturale degli anziani, l'età media e il peso degli ultra ottantenni della popolazione residente nelle province del Lazio e ripartizioni – 2015

Ripartizione e provincia	Indice di dipendenza strutturale degli anziani	Età media della popolazione al 1° gennaio	% 85 anni e più
Italia	33,7	44,4	3,2
Nord-ovest	36,3	45,2	3,3
Nord-est	35,4	45	3,5
Centro	35,4	45,1	3,5
Lazio	31,6	44,1	2,9
Viterbo	35	45,4	3,3
Rieti	37,7	46,3	4,0
Roma	31,2	43,9	2,8
Latina	29,8	43,2	2,5
Frosinone	32,7	44,6	3,2
Sud	29,6	42,9	2,7
Isole	30,8	43,5	2,8

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Stato civile

Nei comuni laziali la struttura per stato civile della popolazione residente non si discosta molto dai dati medi nazionali: nella regione risulta superiore la percentuale dei celibi e dei nubili che raggiunge il 42,8% della popolazione residente nei territori comunali del Lazio, a fronte di un valore nazionale pari a 41,7% e leggermente superiore, rispetto al dato medio nazionale, è la percentuale dei divorziati, 2,7% a fronte del 2,3% a livello nazionale. Una maggiore percentuale di celibi e nubili caratterizza i comuni dell'area di Roma Capitale (43,9%), mentre percentuali inferiori alla media nazionale si registrano nei comuni del frusinate (39,6%), del reatino (39,9%) e del viterbese (40,1%). I comuni dell'area della città metropolitana spiccano per una presenza maggiore di divorziati rispetto al dato regionale e nazionale mentre i vedovi sono maggiormente presenti nei comuni del viterbese e del reatino, in linea con quanto osservato rispetto alla struttura per età della popolazione.

Tab. 22 – La struttura per stato civile della popolazione residente nelle province del Lazio e ripartizioni – 2004-2014

Ripartizione e provincia	Celibi/nubili	Coniugati/e	Divorziati/e	Vedovi/e
Italia	41,9	48,4	2,3	7,4
Nord-ovest	41,4	47,8	2,9	7,8
Nord-est	42,4	47,2	2,8	7,6
Centro	41,6	48,3	2,5	7,6
Lazio	43,0	47,4	2,7	7,0
Viterbo	40,1	49,5	2,3	8,1
Rieti	39,9	49,7	2,1	8,3
Roma	43,9	46,3	3,0	6,8
Latina	41,6	49,8	1,9	6,7
Frosinone	39,6	51,3	1,4	7,7
Sud	42,0	49,9	1,2	6,9
Isole	42,7	48,8	1,5	7,1

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

La popolazione straniera residente

Al 1° gennaio 2015, gli stranieri residenti registrati nei comuni del Lazio ammontano a 636.524 unità e rappresentano il 10,8% del totale della popolazione del territorio regionale. Si tratta di una presenza rilevante, infatti, il dato dell'incidenza della popolazione straniera nei comuni laziali è superiore al valore nazionale, 10,8 a fronte di 8,2%. Scendendo nel dettaglio provinciale si osserva che i comuni afferenti alla provincia di Roma presentano un'incidenza maggiore rispetto al dato medio regionale, pari al 12,1%. Nei comuni del territorio viterbese si registra una percentuale della popolazione straniera (9,3%) solo di poco inferiore al valore dell'incidenza registrato a livello regionale mentre tutti gli altri contesti presentano valori significativamente inferiori alla media regionale, con particolare riferimento ai comuni del frusinate (4,8%).

Tab. 23 – Popolazione residente italiana e straniera per provincia - 2015

Provincia	Popolazione residente		Incidenza della popolazione straniera (b/a)
	Totale (a)	Straniera (b)	
Viterbo	321.955	30.028	9,3
Rieti	158.981	13.036	8,2
Roma	4.342.046	523.957	12,1
Latina	572.472	45.749	8,0
Frosinone	496.971	23.754	4,8
Lazio	5.892.425	636.524	10,8
Italia	60.795.612	5.014.437	8,2

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

L'incidenza della popolazione straniera risulta più bassa nei territori comunali con una popolazione inferiore a 4.999 abitanti: 7% sul totale della popolazione residente nei territori comunali con una popolazione inferiore a 1.999 residenti e 7,4% nei territori comunali con una popolazione tra i 2.000 ed i 4.999 abitanti. In generale, l'incidenza di popolazione straniera tende a crescere all'aumentare della classe di ampiezza demografica, facendo registrare dei picchi nelle amministrazioni con una popolazione compresa tra 10.000 e 19.999 e tra 60.000 e 249.999 (rispettivamente il 10% e il 10,3%) e raggiungendo il valore massimo nel comune di Roma dove è pari al 12,7%

Tab. 24 - Popolazione residente italiana e straniera per classe di ampiezza demografica - 2015

Classe di ampiezza demografica	Popolazione residente		Incidenza della popolazione straniera (b/a)
	Totale (a)	Straniera (b)	
0-1.999	148.671	10.415	7,0
2.000-4.999	299.600	22.286	7,4
5.000-9.999	363.544	32.351	8,9
10.000-19.999	496.915	49.705	10,0
20.000-59.999	1.219.045	107.554	8,8
60.000-249.999	492.629	50.650	10,3
>250.000	2.872.021	363.563	12,7
Lazio	5.892.425	636.524	10,8
Italia	60.795.612	5.014.437	8,2

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Il comune, oltre quelli capoluogo, dove si concentrano gli stranieri residenti è Guidonia Montecelio, in provincia di Roma, seguito da Fiumicino ed Aprilia, il primo sempre afferente alla provincia capitolina ed il secondo a quella di Latina.

Tab. 25 - Graduatoria dei tre comuni con maggiore presenza di popolazione straniera per provincia - 2015

	I tre Comuni con maggiore presenza	
	Comune	Abitanti
Viterbo	Civita Castellana	2.172
	Orte	1.554
	Vetralla	1.411
Rieti	Forano	567
	Poggio Mirteto	670
	Fara in Sabina	1.938
Roma	Guidonia Montecelio	10.954
	Fiumicino	8.994
	Ladispoli	7.571
Latina	Aprilia	8.462
	Terracina	3.870
	Fondi	3.548
Frosinone	Alatri	2.156
	Cassino	1.582
	Ferentino	1.334

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Al 1° gennaio 2015 sul territorio laziale sono presenti 185 cittadinanze diverse. Le prime dieci cittadinanze maggiormente rappresentate nel territorio regionale sono quella rumena (224.537 unità pari al 35,3% della popolazione), filippina (44.743, 7%), bengalese (31.343, 4,9%), albanese (25.207, 4%), indiana (23.939, 3,8%), ucraina (22.300, 3,5%), polacca (22.119, 3,5%), cinese (20.601, 3,2%), peruviana (17.601, 2,8%) e moldava (15.494, 2,4%).

La crescita demografica e le dinamiche naturali

La popolazione straniera residente nel Lazio è cresciuta negli ultimi quattro anni, dal 2012 al 2015, del 48,7%: un dato molto più elevato della crescita registrata a livello nazionale, 23,7%, e nella ripartizione geografica di appartenenza, il Centro, con il 31,1%. Osservando il dato per provincia emerge che nelle cinque aree laziali il trend di crescita è stato dissimile: l'incremento più rilevante si è registrato nel territorio di Roma Capitale con il 52,2%, seguito dalle province di Latina e di Rieti, rispettivamente con il 46,4% ed il 34,5%. Nelle province di Viterbo e Frosinone l'incremento della popolazione straniera è coerente con il dato nazionale, in entrambe le province pari al 25,2%.

Tab. 26 - Crescita della popolazione straniera residente nei comuni del Lazio per provincia e ripartizioni - 2012 / 2015

Ripartizione e provincia	Popolazione straniera residente		
	2012	2015	Var. % 2012/2015
Italia	4.052.081	5.014.437	23,7
Nord-ovest	1.433.560	1.725.540	20,4
Nord-est	1.096.665	1.252.013	14,2
Centro	973.035	1.275.845	31,1
Lazio	428.154	636.524	48,7
Viterbo	23.991	30.028	25,2
Rieti	9.693	13.036	34,5
Roma	344.244	523.957	52,2
Latina	31.253	45.749	46,4
Frosinone	18.973	23.754	25,2
Sud	390.973	541.844	38,6
Isole	157.848	219.195	38,9

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Negli ultimi quattro anni considerati, i piccoli comuni hanno conosciuto una crescita della popolazione straniera residente più contenuta rispetto a quella dei comuni delle altre classi demografiche: le amministrazioni fino a 1.999 abitanti hanno registrato un incremento pari al 16,8%, un dato che se messo a confronto con l'incremento della popolazione straniera registrato nei grandi comuni (da 60.000 abitanti in su) mostra la tendenza della popolazione straniera a stabilizzarsi in misura maggiore nei comuni di grandi dimensioni (oltre al comune di Roma fanno parte di questa classe demografica i comuni di Latina, Viterbo, Fiumicino, Guidonia Montecelio, Pomezia e Aprilia).

Tab. 27 - Crescita della popolazione straniera residente nei comuni del Lazio per classe di ampiezza demografica dei comuni – 2012 / 2015

Classe di ampiezza demografica	Popolazione straniera residente		
	2012	2015	Var. % 2012/2015
0-1.999	8.917	10.415	16,8
2.000-4.999	18.822	22.286	18,4
5.000-9.999	24.763	32.351	30,6
10.000-19.999	37.161	49.705	33,8
20.000-59.999	79.646	107.554	35,0
60.000-249.999	33.722	50.650	50,2
>250.000	225.123	363.563	61,5
Lazio	428.154	636.524	48,7
Italia	4.052.081	5.014.437	23,7

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Dal 2012 al 2015 l'incremento della popolazione straniera residente ha riguardato maggiormente i comuni capoluogo (+60,5%, oltre 144mila unità) rispetto a quelli della provincia (+48,7%), aspetto rinvenibile non in tutte le realtà laziali: per quanto riguarda il comune di Frosinone la popolazione cresce del 12,2% a fronte dell'incremento rilevato nella provincia (pari a 25,2%). Lo scarto maggiore tra la crescita della popolazione nel comune capoluogo e nella provincia si rileva a Rieti: nel capoluogo la popolazione cresce del +56,6% a fronte della crescita rilevata nel territorio della provincia pari al +34,5%.

Tab. 28 - Crescita della popolazione straniera residente nei comuni capoluogo e nelle province del Lazio – 2012 / 2015

Provincia e comune capoluogo	Popolazione straniera residente		
	2012	2015	Var. % 2012/2015
Provincia di Viterbo	23.991	30.028	25,2
Viterbo	3.896	5.610	44,0
Provincia di Rieti	9.693	13.036	34,5
Rieti	1.723	2.699	56,6
Provincia di Roma	344.244	523.957	52,2
Roma	225.123	363.563	61,5
Provincia di Latina	31.253	45.749	46,4
Latina	5.854	9.262	58,2
Provincia di Frosinone	18.973	23.754	25,2
Frosinone	2.672	2.999	12,2
Lazio	428.154	636.524	48,7

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Nel periodo tra il 1° gennaio del 2014 e il 1° gennaio del 2015 la popolazione straniera residente nel Lazio ha continuato a crescere con un incremento di oltre 20 mila persone, pari a +3,3%. Questa crescita non interessa tutte le province: mentre nella provincia di Latina si registra una crescita del 6,8% ed è ancora consistente la crescita registrata nelle province di Roma e Frosinone (rispettivamente pari al 3,1% e 3,6%), nelle province di Viterbo e Rieti la popolazione straniera residente al 1° gennaio del 2015 evidenzia una crescita inferiore al dato medio regionale e nazionale.

Tab. 29 - Crescita della popolazione straniera residente nei comuni del Lazio per provincia e ripartizioni - 2014 / 2015

Provincia e ripartizione	Popolazione straniera residente			
	2014	2015	Differenza assoluta	Var. % 2014/2015
Italia	4.922.085	5.014.437	92.352	1,9
Nord-ovest	1.702.396	1.725.540	23.144	1,4
Nord-est	1.253.119	1.252.013	-1.106	-0,1
Centro	1.249.830	1.275.845	26.015	2,1
Lazio	616.406	636.524	20.118	3,3
Viterbo	29.590	30.028	438	1,5
Rieti	12.822	13.036	214	1,7
Roma	508.241	523.957	15.716	3,1
Latina	42.821	45.749	2.928	6,8
Frosinone	22.932	23.754	822	3,6
Sud	512.173	541.844	29.671	5,8
Isole	204.567	219.195	14.628	7,2

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Natalità e mortalità

Il tasso di natalità della popolazione straniera in Italia è pari a 15 nati ogni 1.000 abitanti nel 2014. La Regione Lazio mostra valori leggermente inferiori al dato nazionale (12,3) che viene superato solo dalla provincia di Latina con un tasso di natalità pari a 15,3. Le province di Rieti e Roma presentano i valori più contenuti del tasso di natalità, inferiori alla media regionale (rispettivamente 10,1 e 12).

Tab. 30 – Natalità della popolazione straniera residente nei comuni del Lazio per provincia e ripartizioni – 2011 / 2014

Ripartizione e provincia	Nati vivi (2014)	Tasso di natalità 2011	Tasso di natalità 2014
Italia	75.067	4,6	15,1
Nord-ovest	28.409	4,8	16,6
Nord-est	20.897	4,8	16,7
Centro	16.882	4,5	13,4
Lazio	7.702	4,6	12,3
Viterbo	362	4,7	12,1
Rieti	130	3,8	10,1
Roma	6.205	4,6	12,0
Latina	678	5,5	15,3
Frosinone	327	4,7	14,0
Sud	6.277	3,8	11,9
Isole	2.602	4,2	12,3

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

I saldi naturali e migratori

La crescita della popolazione straniera dal 1° gennaio del 2014 ai 31 dicembre sembra esser dovuta in gran parte alla capacità di attrarre nuovi flussi di popolazione dalle altre regioni e dall'estero più che dalla nascita di nuovi nati sebbene in ogni provincia il saldo naturale sia positivo. È la provincia di Roma che accentra la maggior parte della popolazione che si sposta verso la regione Lazio, oltre 26mila persone pari all'83% di tutti coloro che si sono stanziati nel Lazio nel 2014. La provincia nella quale la popolazione straniera residente è cresciuta maggiormente nel corso del 2014 è Latina con un tasso di crescita totale pari a 66,1, seguita dalle province di Roma (30,5) e Frosinone (35,2).

Tab. 31 – L'incremento naturale della popolazione straniera residente nei comuni del Lazio per provincia e ripartizioni – 2014

	Saldo naturale (nati-morti)	Saldo migratorio (immigrati-emigrati)	Saldo migratorio totale (per mille abitanti)	Tasso di crescita totale (per mille abitanti)
Italia	69.275	208.551	42,0	18,6
Nord-ovest	26.571	65.110	38,0	13,5
Nord-est	19.344	39.983	31,9	-0,9
Centro	15.395	51.467	40,8	20,6
Lazio	7.026	31.368	50,1	32,1
Viterbo	327	816	27,4	14,7
Rieti	119	609	47,1	16,6
Roma	5.649	26.044	50,5	30,5
Latina	633	2.812	63,5	66,1
Frosinone	298	1.087	46,6	35,2
Sud	5.643	36.341	69,0	56,3
Isole	2.322	15.650	73,9	69,0

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Scendendo nel dettaglio territoriale e analizzando i saldi nei territori dei capoluoghi di provincia si nota che nel 2014 sia il saldo naturale sia il saldo migratorio assumono nelle province valori maggiori rispetto a quelli registrati dai territori dei capoluoghi. La popolazione straniera, dunque, mantiene un livello di crescita più elevato nei comuni delle province laziali. Analizzando il saldo totale di incremento o decremento della popolazione emerge la provincia di Roma come territorio nel quale la differenza tra il numero degli iscritti e il numero dei cancellati dai registri anagrafici dei residenti è molto elevata.

Tab. 32 – L'incremento della popolazione straniera residente nei comuni capoluogo e della provincia del Lazio – 2011/2014

Provincia e comune capoluogo	**2014**			
	Saldo naturale (nati-morti)	Saldo migratorio (immigrati-emigrati)	Saldo per altri motivi	Saldo totale (incremento o decremento)
Provincia di Viterbo	327	816	-73	438
Viterbo	65	241	184	357
Provincia di Rieti	119	609	-340	214
Rieti	29	196	-135	47
Provincia di Roma	5.649	26.044	-8.742	15.716
Roma	3.716	20.578	-8.837	9.778
Provincia di Latina	633	2.812	-169	2.928
Latina	131	412	133	586
Provinciadi Frosinone	298	1.087	-175	822
Frosinone	32	166	-43	86
Lazio	7.026	31.368	-9.499	20.118
	2011			
	Saldo naturale (nati-morti)	Saldo migratorio (immigrati-emigrati)	Saldo per altri motivi	Saldo totale (incremento o decremento)
Provincia di Viterbo	99	542	-318	277
Viterbo	20	117	-120	4
Provincia di Rieti	31	188	-164	34
Rieti	6	41	-49	-6
Provincia di Roma	1.420	8.391	-7.613	1.558
Roma	905	6.080	-5.874	630
Provincia di Latina	151	760	-455	394
Latina	25	14	0	17
Provinciadi Frosinone	81	337	-204	184
Frosinone	15	47	-35	23
Lazio	1.782	10.218	-8.754	2.447

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Il saldo naturale nel 2011 mostra valori molto differenti rispetto al 2014. In particolare, è interessante notare come non si sia modificata la tendenza della crescita nel territorio provinciale che risulta avere saldi maggiori rispetto ai comuni capoluogo. È altresì rilevante osservare come le quote di popolazione in entrata e uscita dai territori laziali siano molto cresciute nell'arco dei 4 anni considerati, a testimonianza del ruolo di attrattore svolto dalla Regione Lazio nei confronti della popolazione straniera.

Struttura per età della popolazione straniera e indicatori demografici

Secondo i dati Istat sull'età dei residenti stranieri aggiornati al 1° gennaio 2015, la maggior parte della popolazione straniera residente è inclusa nella classe di età lavorativa che va dai 15 ai 64 anni: si tratta del 78,1% in Italia, quota che sale all'81% all'interno della Regione Lazio. Analizzando il dettaglio provinciale, le province di Latina e Roma sono in linea col dato regionale con una percentuale di popolazione attiva rispettivamente pari all'80,2% e 81,3%. Sono le province di Latina e Frosinone a caratterizzarsi per una presenza di popolazione straniera molto giovane: risultano rilevanti le percentuali della popolazione straniera minorenne (rispettivamente pari al 20,3% e al 21%) e di quella al di sotto dei 5 anni (rispettivamente l'8,5% e l'8,2%).

Tab. 33 – La struttura per età della popolazione straniera residente nelle province del Lazio e ripartizioni – 2015

Ripartizione e provincia	% 0-5 anni	% 0-14 anni	% minorenni	% 15-64 anni	% 65 anni e più
Italia	9,0	18,9	21,6	78,1	3,0
Nord-ovest	9,9	20,7	23,6	76,5	2,8
Nord-est	9,9	20,3	23,0	76,8	3,0
Centro	8,0	17,2	19,9	79,3	3,5
Lazio	7,3	16,0	18,4	81,0	3,0
Viterbo	7,8	17,3	20,0	79,6	3,2
Rieti	7,1	16,0	18,9	81,0	3,0
Roma	7,1	15,7	18,1	81,3	3,1
Latina	8,5	17,5	20,3	80,2	2,4
Frosinone	8,2	18,0	21,0	78,6	3,4
Sud	7,0	15,0	17,5	82,3	2,7
Isole	7,2	16,1	18,8	81,3	2,7

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Per quanto riguarda la struttura per età osservata attraverso la classe di ampiezza demografica, si nota che la percentuale dei cittadini con almeno 65 anni presenta valori più alti nei comuni più piccoli, al pari della popolazione italiana: nei comuni con meno di 1.999 abitanti è presente il 2% della popolazione straniera con più di 65 anni a fronte delle altre fasce di età presenti in percentuali ridotte. Allo stesso tempo, si evidenzia una grande componente di questa fascia di popolazione nel comune di Roma che accentra oltre il 65% della popolazione straniera anziana e il 57,8% della popolazione straniera attiva.

Tab. 34 - La struttura per età della popolazione straniera residente nei comuni del Lazio per classe di ampiezza demografica dei comuni – 2015

Classe di ampiezza demografica	% 0-5 anni	% 0-14 anni	% minorenni	% 15-64 anni	% 65 anni e più
0-1.999	1,5	1,7	1,7	1,6	2,0
2.000-4.999	3,5	3,8	3,9	3,4	3,5
5.000-9.999	5,5	5,6	5,6	5,0	4,4
10.000-19.999	9,1	9,0	9,0	7,6	6,5
20.000-59.999	19,6	19,2	19,2	16,6	13,0
60.000-249.999	9,0	8,7	8,7	7,9	5,2
>250.000	51,7	52,1	51,9	57,8	65,4
Lazio	7,3	16,0	18,4	81,0	3,0
Italia	9,0	18,9	21,6	78,1	3,0

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Permessi di soggiorno

Per mezzo dell'Archivio nazionale permessi di soggiorno: permessi e carte di soggiorno individuali, e minorenni registrati, l'Istat raccoglie, presso il Ministero dell'Interno, i dati relativi alla popolazione straniera regolare. In particolare, in Italia, al 1° gennaio 2015, vivono quasi 4 milioni di stranieri non comunitari in possesso di un permesso di soggiorno (3.929.916). I soggiornanti di lungo periodo rappresentano il 57,2% a livello nazionale ed, in generale, la quota di soggiornanti di lungo periodo sul totale è particolarmente elevata nel nord Italia (Nord est con 64,1% e Nord ovest con 59,3%). Nella Regione Lazio prevalgono, al contrario, i soggiornanti in possesso di un permesso con scadenza (55,1%).

Questa componente degli stranieri comunitari è molto numerosa nelle province di Latina, Roma e Rieti mentre emergono le province di Frosinone e Viterbo in quanto uniche nel Lazio ad avere una maggiore presenza di soggiornati di lungo periodo.

Tab. 35 – Tipo di permesso di soggiorno per provincia e ripartizioni – 2015

Ripartizione e provincia	Tipo di permesso					
	Valori assoluti			Valori percentuali		
	con scadenza	di lungo periodo	Totale	con scadenza	di lungo periodo	totale
Italia	1.681.169	2.248.747	3.929.916	42,8	57,2	100,0
Nord-ovest	583.953	849.863	1.433.816	40,7	59,3	100,0
Nord-est	384.850	687.715	1.072.565	35,9	64,1	100,0
Centro	436.605	493.360	929.965	46,9	53,1	100,0
Lazio	224.129	182.709	406.838	55,1	44,9	100,0
Viterbo	6.494	7.436	13.930	46,6	53,4	100,0
Rieti	3.508	3.274	6.782	51,7	48,3	100,0
Roma	192.666	155.172	347.838	55,4	44,6	100,0
Latina	15.766	10.625	26.391	59,7	40,3	100,0
Frosinone	5.695	6.202	11.897	47,9	52,1	100,0
Sud	196.838	162.804	359.642	54,7	45,3	100,0
Isole	78.923	55.005	133.928	58,9	41,1	100,0

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Per quanto riguarda le cittadinanze maggiormente rappresentate nella popolazione degli stranieri non comunitari regolarmente soggiornanti in Italia si osserva che nella regione prevalgono i permessi richiesti dai filippini (11,7%), bengalesi (9,7%), indiani (7,1%), albanesi (6,5%) ed ucraini (6,4%): insieme questi 5 paesi rappresentano il 41,5% del totale dei cittadini non comunitari presenti nel Lazio. Scendendo nel dettaglio provinciale si possono osservare delle peculiarità territoriali. Nella provincia di Frosinone quasi un terzo dei soggiornanti è di origine albanese e un altro 16,5% è marocchino. Nella provincia di Latina il 36,4% dei soggiornanti è indiano mentre gli albanesi ricoprono un decimo delle presenze dei soggiornanti nelle province di Rieti e Viterbo.

Tab. 36 – Permesso di soggiorno dei cittadini non comunitari per principale paese di cittadinanza e provincia – 2015

Principali Paesi di cittadinanza	Provincia					Lazio	
	Viterbo	Rieti	Roma	Latina	Frosinone	V.a.	V. %
Albania	11,8	13,4	5,1	8,7	31,7	26.266	6,5
Bangladesh	2,6	1,5	10,9	4,4	1,7	39.660	9,7
Russia	1,2	0,9	1,0	1,0	1,0	4.250	1,0
Egitto	1,0	1,3	5,6	1,3	1,9	20.374	5,0
Cina	3,4	1,2	6,8	2,9	4,4	25.626	6,3
India	3,9	2,8	5,2	36,4	3,0	28.908	7,1
Stati Uniti	1,3	0,6	1,3	3,8	0,5	5.772	1,4
Brasile	1,9	1,1	1,7	1,0	1,1	6.586	1,6
Filippine	2,8	7,9	13,1	3,7	1,1	47.560	11,7
Ghana	0,2	1,0	0,2	0,3	0,6	1.099	0,3
Marocco	9,0	6,0	3,0	5,8	16,5	15.635	3,8
Moldova	6,4	6,6	3,9	2,9	2,7	15.966	3,9
Nigeria	2,4	3,2	1,8	2,0	3,4	7.653	1,9
Pakistan	3,0	1,4	1,1	1,6	2,8	5.012	1,2
Perù	2,4	3,3	4,9	0,9	0,4	17.925	4,4
Senegal	1,2	0,5	0,7	0,5	0,6	2.960	0,7
Serbia/Kosovo/Montenegro*	1,0	2,2	1,2	0,6	1,0	4.697	1,2
Sri Lanka (ex Ceylon)	5,8	1,4	3,4	0,3	0,3	12.728	3,1
Tunisia	3,2	0,7	1,6	4,4	2,4	7.578	1,9
Ucraina	8,0	10,0	6,2	7,1	8,9	26.241	6,4
Altri paesi	27,5	33,1	21,2	10,4	14,1	84.342	20,7
Mondo	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	406.838	100,0

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

* L'informazione sulla cittadinanza riportata sul documento di soggiorno al momento dell'elaborazione non consente un'esatta distinzione tra i cittadini dei tre Stati.

Le famiglie

Le famiglie che risiedono nei territori dei comuni laziali nel 2014 sono 2.633.678. Rispetto al 2012 le famiglie sono diminuite numericamente su tutti i territori provinciali della regione eccezion fatta per la provincia di Latina, l'unica che registra un incremento dell'1,7%. Ancora più rilevante è la crescita del numero di famiglie nel territorio del capoluogo di Latina che registra un dato superiore a quello provinciale, +2,9%.

Nel Lazio si osserva una media regionale di 2,22 componenti per nucleo familiare, dato che non si discosta molto dal valore nazionale (2,34). Il numero medio di componenti per famiglia presenta significative variazioni nei comuni dei territori provinciali. In particolare, se nel reatino e nel viterbese non ci si discosta da una media di 2,27 e 2,25 componenti per nucleo familiare, si evidenzia un lieve incremento nei comuni delle province di Frosinone (2,45) e di Latina (2,4). I comuni ascrivibili al territorio della città metropolitana di Roma Capitale presentano, invece, un valore inferiore (2,17) rispetto alla media regionale e nazionale.

In generale, il numero dei componenti familiari risulta maggiore nei territori della provincia piuttosto che in quelli dei capoluoghi, ad eccezione di Rieti, comune nel quale il numero medio di componenti per famiglia è pari a 2,33 mentre il territorio provinciale si ferma a 2,25.

Tab. 37 – Famiglie residenti nei comuni capoluogo e nelle province del Lazio - 2014

Provincia e comune capoluogo	Numero medio di componenti per famiglia	Popolazione residente in famiglia	Numero famiglie	
			2014	Var. % 2012/2014
Provincia di Viterbo	2,27	320.279	141.311	-1,9
Viterbo	2,25	66.616	29.671	-1,5
Provincia di Rieti	2,25	158.432	70.452	-0,1
Rieti	2,33	47.544	20.417	0,7
Provincia di Roma	2,17	4.310.656	1.981.973	-0,7
Roma	2,09	2.847.046	1.362.599	-1,5
Provincia di Latina	2,4	571.553	237.965	1,7
Latina	2,19	125.404	57.380	2,9
Provincia di Frosinone	2,45	495.529	201.977	-0,7
Frosinone	2,35	46.498	19.756	0,2
Lazio	2,22	5.856.449	2.633.678	-0,6

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze

Le stime diffuse in questa parte del report si basano sui dati provenienti da due indagini: Indagine sulle spese delle famiglie e l'indagine sul reddito e le condizioni di vita delle famiglie, entrambe condotte dall'Istat. In particolare, la prima ha sostituito la precedente Indagine sui consumi ed è il risultato di una lunga fase di sperimentazione di tecniche e metodologie per il miglioramento della qualità dei dati. Le innovazioni introdotte sono state particolarmente importanti per la stima della povertà, poiché hanno permesso di rilevare con maggior precisione

il comportamento di spesa di ciascuna famiglia ed effettuare analisi più robuste a livello micro.

L'indagine sul reddito e le condizioni di vita delle famiglie, invece, nasce all'interno di un più ampio progetto denominato "Statistics on Income and Living conditions" (Eu-Silc) deliberato dal Parlamento europeo e coordinato da Eurostat. Tale progetto risponde alla sempre più ampia e dettagliata richiesta di informazione statistica su argomenti come redditi, povertà, esclusione sociale, deprivazione, qualità della vita. La necessità di un ampio bacino di indicatori su queste tematiche, nonché la profonda importanza di una loro armonizzazione a livello comunitario per permetterne i confronti, persegue gli obiettivi che l'Unione europea si è impegnata a raggiungere nel Consiglio di Lisbona (marzo 2000) e con la Dichiarazione di Laeken (dicembre 2001), ovvero un'economia basata sulla conoscenza più competitiva e più dinamica del mondo, con una crescita economica sostenibile, posti di lavoro più numerosi e migliori e una maggiore coesione sociale.

Nel 2013, le famiglie residenti in Italia hanno percepito un reddito disponibile[7] netto pari in media a 29.473 euro, circa 2.456 euro al mese. Tuttavia, poiché la distribuzione dei redditi è asimmetrica, la maggioranza delle famiglie ha conseguito un reddito inferiore all'importo medio. Se si calcola il valore mediano, ovvero il livello di reddito che separa il numero di famiglie in due metà uguali, è possibile affermare che il 50% delle famiglie residenti in Italia ha percepito un reddito non superiore a 24.310 euro (2.026 euro al mese)[8].

Tab. 38 – Reddito familiare netto (inclusi i fitti imputati[9]) per caratteristiche del principale percettore di reddito e ripartizione geografica – 2013, media e mediana in euro

---

[7] Il reddito familiare è pari alla somma dei redditi da lavoro dipendente e autonomo, di quelli da capitale reale e finanziario, delle pensioni e degli altri trasferimenti pubblici e privati al netto delle imposte personali, delle tasse e tributi sull'abitazione e dei contributi sociali a carico dei lavoratori dipendenti e autonomi. Da questa somma vengono sottratti i trasferimenti versati ad altre famiglie (per esempio, gli assegni di mantenimento per un ex-coniuge). I redditi da lavoro dipendente comprendono il valore figurativo dell'auto aziendale concessa per uso privato, i buoni-pasto e gli altri fringe benefits non-monetari. Sono infine compresi gli eventuali beni prodotti dalla famiglia per il proprio consumo (autoconsumo).

[8] Per un maggiore approfondimento si veda la statistica report "Reddito e condizioni di vita" dell'ISTAT dalla quale sono tratti i seguenti dati http://www.istat.it/it/files/2015/11/Condizioni-di-vita_2014_23_11_15.pdf?title=Reddito+e+condizioni+di+vita+-+23%2Fnov%2F2015+-+Testo+integrale.pdf).

[9] L'affitto figurativo o imputato è una componente non-monetaria del reddito delle famiglie che vivono in case di loro proprietà, in usufrutto, in uso gratuito o in affitto

	MEDIA				MEDIANA			
	Nord	Centro	Sud e Isole	ITALIA	Nord	Centro	Sud e Isole	ITALIA
Sesso								
Maschio	36.476	34.440	26.085	32.722	31.376	28.962	22.326	27.639
Femmina	25.734	25.223	20.460	23.992	20.193	19.930	15.986	18.686
Classi di età								
< di 35 anni	30.609	26.089	20.769	26.398	28.039	23.056	17.928	23.340
35 - 44 anni	34.704	31.674	24.268	30.976	31.320	27.570	21.327	27.379
45 - 54 anni	37.330	34.349	26.935	33.474	33.055	30.053	24.309	29.311
55 - 64 anni	38.951	38.332	28.658	35.414	32.675	32.724	23.966	29.526
65 anni o più	25.606	25.936	21.010	24.200	20.301	20.068	17.262	19.189
Titolo di studio								
Nessuno, elementare	20.983	20.759	17.245	19.485	17.692	17.019	15.258	16.683
Media inf.	29.692	26.890	20.901	26.044	26.303	23.950	19.043	23.208
Media sup.	35.210	31.599	26.877	32.143	30.784	27.924	23.787	27.963
Laurea	44.878	42.190	39.761	42.909	38.472	34.487	34.504	36.361
Condizione professionale								
Dipendenti	36.131	35.618	29.448	34.172	32.459	30.859	25.795	30.131
Autonomi	42.878	35.625	27.009	36.603	35.561	29.964	20.379	29.463
Disoccupati	21.318	15.995	13.062	16.058	13.524	10.583	9.792	11.150
Altri non occupati	18.952	17.201	15.796	17.089	13.861	13.861	13.586	13.709
Ritirati dal lavoro	27.366	28.486	24.029	26.646	22.580	22.832	19.932	21.741
TOTALE	32.536	30.750	24.049	29.473	27.089	25.623	20.188	24.310

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Una definizione completa di reddito disponibile include anche la posta dell'affitto imputato delle case di proprietà, in usufrutto o uso gratuito. L'inclusione di tale posta nel calcolo del reddito familiare consente di confrontare correttamente le condizioni economiche delle famiglie di inquilini e proprietari. Tale importo è piuttosto rilevante in un paese come l'Italia, dove la proprietà dell'abitazione principale è ampiamente diffusa e meno di un quinto delle famiglie vive in affitto.

agevolato (cioè inferiore ai prezzi di mercato) e rappresenta il costo (aggiuntivo nel caso degli affitti agevolati) che queste dovrebbero sostenere per prendere in affitto, ai prezzi vigenti sul mercato immobiliare, un'unità abitativa con caratteristiche identiche a quella in cui vivono (al netto delle spese di condominio, riscaldamento, accessorie e con riferimento a una casa non ammobiliata).

In generale, i redditi mediani più elevati si osservano per le famiglie residenti nelle regioni del Nord, cui seguono le regioni del Centro e del Mezzogiorno. Il reddito mediano, oltre che nel passaggio da Sud a Nord, cresce all'aumentare del titolo di studio del percettore e dipende dalla condizione professionale. Il reddito mediano ammonta a 30.131 euro tra le famiglie con fonte principale da lavoro dipendente, valore che scende a 29.463 euro per quelle con reddito da lavoro autonomo e a 21.741 euro per quelle che vivono prevalentemente di pensione o trasferimenti pubblici.

Per confrontare le condizioni economiche delle famiglie con diversa numerosità e composizione, il reddito familiare viene diviso secondo una scala di equivalenza, in modo da ottenere il cosiddetto "reddito equivalente"[10], la cui distribuzione è tipicamente meno diseguale. Se si considera il reddito equivalente, comprensivo o meno degli affitti imputati, è possibile ordinare le famiglie dal reddito più basso a quello più alto e classificarle in cinque gruppi (quinti). Il primo quinto comprende il 20% delle famiglie con i redditi equivalenti più bassi, il secondo quelle con redditi medio-bassi e così via fino all'ultimo quinto, che comprende il 20% di famiglie con i redditi più alti. La distribuzione del reddito totale nei quinti fornisce quindi una prima misura sintetica della diseguaglianza. In una situazione ipotetica di perfetta eguaglianza, ogni quinto avrebbe una quota di reddito pari al 20% del totale. Le famiglie del primo quinto, con i redditi equivalenti più bassi, percepiscono il 7,7% del reddito totale includendo il fitto imputato, quelle del quinto più ricco il 37,5%.

Tab. 39 – Reddito familiare equivalente netto per famiglie e individui ordinati in quinti - 2013, composizione percentuale

	QUINTI (esclusi i fitti imputati)					QUINTI (inclusi i fitti imputati)				
	I	II	II	IV	V	I	II	II	IV	V
Italia	6,7	13,0	17,6	23,2	39,5	7,7	13,7	18,1	23,0	37,5

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Differenze significative si registrano anche rispetto alla ripartizione geografica: il 36,9% delle famiglie residenti nel Sud e nelle Isole appartiene al quinto dei redditi più bassi, rispetto al 14,1% di quelle che vivono nel Centro e all'11,3% delle famiglie del Nord. Nel Nord e nel Centro una famiglia su quattro appartiene al quinto più ricco della distribuzione rispetto all'8,3% di quelle che vivono nel Sud e nelle Isole.

[10] Il reddito equivalente è calcolato dividendo il valore del reddito familiare per un opportuno coefficiente di correzione (scala di equivalenza) che permette di tener conto dell'effetto delle economie di scala e di rendere direttamente confrontabili i livelli di reddito di famiglie diversamente composte. La scala di equivalenza utilizzata (utilizzata anche a livello Europeo) è pari alla somma di più coefficienti individuali (1 per il primo adulto, 0,5 per ogni altro adulto e 0,3 per ogni minore di 14 anni).

Tab. 40 – Famiglie nei quinti di reddito equivalente netto per ripartizione geografica - 2013, per 100 famiglie con le stesse caratteristiche

Ripartizione	QUINTI (esclusi i fitti imputati)					QUINTI (inclusi i fitti imputati)				
	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
Italia	6,7	13,0	17,6	23,2	39,5	7,7	13,7	18,1	23,0	37,5
Nord	12,2	17,6	21,0	23,9	25,3	11,3	16,8	21,5	24,4	26,0
Centro	17,1	18,4	21,2	20,2	23,1	14,1	18,6	21,5	21,8	24,0
Sud/Isole	33,7	24,6	17,7	14,0	10,1	36,9	25,7	16,8	12,2	8,3

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Considerando le principali componenti di reddito che, nel 2013, concorrono alla formazione del reddito familiare, appare evidente la prevalenza dei redditi da pensione e da lavoro dipendente, in particolare nelle ripartizioni del Nord Italia, ed il ruolo secondario dei redditi da capitale reale e da attività finanziarie. Nella Regione Lazio si evidenzia un'importanza dei redditi da lavoro dipendente superiore al livello della media nazionale sebbene rimanga inferiore al peso raggiunto nelle regioni del Nord. I redditi da lavoro autonomo risultano altresì rilevanti, nella regione, come emerge dal confronto del peso che ricoprono nella formazione del reddito all'interno delle altre ripartizioni geografiche.

Tab. 41 – Famiglie residenti per fonte principale di reddito e ripartizione geografica* - 2013

Fonte di reddito	Lavoro dipendente	Lavoro autonomo	Trasferimenti pubblici	Capitale e altri redditi
Italia	44,2	13,2	40,3	2,3
Nord-ovest	46,1	12,7	38,9	2,3
Nord-est	46,9	13,7	37,9	1,5
Centro	43,6	14,5	39	2,9
Lazio	45	15,1	36,6	3,3
Sud	41,1	12,8	43,5	2,6
Isole	41,9	11,3	44,8	2,1**

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

*Per cento famiglie con le stesse caratteristiche

**Dato statisticamente non significativo. Il dato si definisce poco significativo nel caso in cui corrisponda ad una numerosità campionaria compresa tra 20 e 49 unità.

Nel 2014, si stima che il 19,4% delle persone residenti in Italia risulta a rischio di povertà: vive cioè in famiglie che nel 2013 avevano un reddito familiare equivalente inferiore al 60% del reddito mediano[11]; l'11,6% si trova in condizioni di

[11] Il rischio di povertà (indicatore Europa 2020) è rappresentato dalla percentuale di persone che vivono in famiglie con un reddito disponibile equivalente nell'anno

grave deprivazione materiale, mostra cioè almeno quattro segnali di deprivazione su un elenco di nove[12]; il 12,1% vive in famiglie caratterizzate da una bassa intensità di lavoro, ovvero in famiglie con componenti tra i 18 e i 59 anni che nel 2013 hanno lavorato meno di un quinto del tempo[13].

L'indicatore sintetico di rischio di povertà o esclusione sociale include tutti coloro che si trovano in almeno una delle suddette tre condizioni ed è pari al 28,3%, valore che, tenuto conto dell'errore campionario associato alla stima[14], risulta

precedente a quello di rilevazione inferiore a una soglia di rischio di povertà, fissata al 60% della mediana della distribuzione del reddito familiare disponibile equivalente; il reddito considerato per questo indicatore segue la definizione Eurostat e non include l'affitto imputato, i buoni-pasto, gli altri fringe benefits non-monetari e gli autoconsumi. Nel 2014 la soglia di povertà (calcolata sui redditi 2013) è pari a 9.455 euro annui (9.164 euro annui se espressa in PPA).

[12] La grave deprivazione materiale (indicatore Europa 2020) è definita come la percentuale di persone in famiglie che registrano almeno quattro segnali di deprivazione materiale sui seguenti nove:

1. essere in arretrato nel pagamento di bollette, affitto, mutuo o altro tipo di prestito;

2. non poter riscaldare adeguatamente l'abitazione;

3. non poter sostenere spese impreviste di 800 euro (l'importo di riferimento per le spese impreviste è pari a 1/12 del valore della soglia di povertà annuale riferita a due anni precedenti; nel 2012 la soglia – vedi rischio di povertà- era pari a 9.587 euro, di conseguenza il valore per le spese impreviste è stato arrotondato a 800 euro);

4. non potersi permettere un pasto adeguato almeno una volta ogni due giorni, cioè con proteine della carne, del pesce o equivalente vegetariano;

5. non potersi permettere una settimana di ferie all'anno lontano da casa;

6. non potersi permettere un televisore a colori;

7. non potersi permettere una lavatrice;

8. non potersi permettere un'automobile;

9. non potersi permettere un telefono.

[13] La bassa intensità di lavoro (indicatore Europa 2020) è definita come la percentuale di persone che vivono in famiglie per le quali il rapporto fra il numero totale di mesi lavorati dai componenti della famiglia durante l'anno di riferimento dei redditi (quello precedente all'anno di rilevazione) e il numero totale di mesi teoricamente disponibili per attività lavorative è inferiore a 0,20. Ai fini del calcolo di tale rapporto, si considerano i membri della famiglia di età compresa fra i 18 e i 59 anni, escludendo gli studenti nella fascia di età tra i 18 e i 24 anni. Le famiglie composte soltanto da minori, da studenti di età inferiore a 25 anni e da persone di 60 anni o più non vengono considerate nel calcolo dell'indicatore.

[14] Il rischio di povertà o di esclusione sociale (indicatore Europa 2020) è calcolato come la percentuale di persone che si trovano in almeno una delle seguenti tre condizioni:

stabile rispetto al 2013. La diminuzione della quota di persone in famiglie gravemente deprivate (dal 12,3% all'11,6%) viene, infatti, compensata dall'aumento della quota di chi vive in famiglie a bassa intensità lavorativa (dall'11,3% al 12,1%), mentre il rischio di povertà si mantiene stabile.

L'indicatore sintetico di rischio di povertà o esclusione sociale è stabile anche nella ripartizione del Centro Italia sebbene, dal 2013 al 2014, si evidenzia una crescita della percentuale delle persone residenti in condizioni di grave deprivazione materiale (dal 6,8% al 7.4%). Quasi la metà dei residenti nel Sud e nelle Isole (45,6%) è a rischio di povertà o esclusione sociale, a fronte del 22,1% del Centro e del 17,9% di chi vive al Nord. Le regioni del Centro Italia mantengono dunque una performance centrale tra i valori del Nord e quelli del Mezzogiorno con una vicinanza maggiore al primo gruppo di regioni piuttosto che al secondo.

1. vivono in famiglie a bassa intensità di lavoro (v. bassa intensità di lavoro)

2. vivono in famiglie a rischio di povertà (v. rischio di povertà)

3. vivono in famiglie in condizioni di grave deprivazione materiale (v. grave deprivazione materiale).

Tab. 42 – Indicatori di povertà o esclusione sociale per ripartizione territoriale (a) – Anni 2013-2014 per 100 individui con le stesse caratteristiche

Ripartizioni	2013				2014			
	Rischio di povertà o esclusione sociale	Rischio di povertà	Grave deprivazione	Bassa intensità lavorativa	Rischio di povertà o esclusione sociale	Rischio di povertà	Grave deprivazione	Bassa intensità lavorativa
Italia	28,5	19,3	12,3	11,3	28,3	19,4	11,6	12,1
Nord	17,3	10,1	7,1	6,4	17,9	10,8	7,1	6,5
Centro	22,8	15,2	6,8	8,7	22,1	15,4	7,4	9,0
Sud/Isole	46,4	33,8	22,4	18,9	45,6	33,2	19,9	20,9

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

(a) Il rischio di povertà è calcolato sui redditi 2013 e la bassa intensità di lavoro è calcolata sul numero totale di mesi lavorati dai componenti della famiglia durante il 2013.

Analizzando gli stessi indicatori di povertà ed esclusione sociale nel dettaglio regionale, si osserva che in tutte le regioni del Mezzogiorno i livelli sono superiori alla media nazionale, viceversa i valori più contenuti si riscontrano in Trentino-Alto Adige (11,7%, 9,7% nella provincia autonoma di Bolzano), Friuli-Venezia Giulia (16,3%) e Veneto (16,9%). La regione Lazio mostra un valore dell'indice sintetico superiore al dato della ripartizione di appartenenza (24,6% a fronte del 22,1%), sebbene rimanga inferiore al dato nazionale (24,6% a fronte del 28,3%).

Tab. 43 – Indicatori di povertà o esclusione sociale per regione (a) – Anni 2013-2014, per 100 individui con le stesse caratteristiche

Ripartizioni	2013				2014			
	Rischio di povertà o esclusione sociale	Rischio di povertà	Grave deprivazione	Bassa intensità lavorativa	Rischio di povertà o esclusione sociale	Rischio di povertà	Grave deprivazione	Bassa intensità lavorativa
Italia	28,5	19,3	12,3	11,3	28,3	19,4	11,6	12,1
Piemonte	16,5	11,1	5,0	6,9	18,8	13,8	5,3	7,2
V.D'Aosta	21,3	9,5	9,2	9,5 (a)	17,5	8,4	9,4	6,6 (b)
Lombardia	17,7	8,4	9,2	6,0	18,1	9,0	8,5	7,0
TrentinoA.A.	12,8	9,3	3,5	4,9 (a)	11,7	7,7	3,1(a)	4,6
Bolzano	12,4 (b)	9 (b)	- (c)	-(c)	9,7	5,4 (b)	-(c)	-(c)
Trento	13,2	9,5	4,8 (b)	3,4 (b)	13,6	10,0	2,8 (b)	6,8 (b)
Veneto	16,1	10,3	3,8	6,8	16,9	11,6	4,7	5,5
F.V.Giulia	16,1	9,8	6,6	5,8	16,3	9,2	7,2	6,0
Liguria	23,4	15,6	8,1	9,4	26,5	16,6	12,7	10,0
E.Romagna	17,8	10,9	8,9	5,6	16,4	10,1	7,3	4,9
Toscana	18,4	12,1	4,8	8,5	19,2	11,6	7,3	8,6
Umbria	22,7	14,8	8,6	8,4	21,9	16,5	5,2	10,6
Marche	21,8	12,7	9,4	8,2	19,6	12,2	9,5	8,4
Lazio	26,1	18,0	7,1	9,0	24,7	18,5	7,3	9,1
Abruzzo	26,1	18,7	8,6	9,8	29,5	22,0	9,5	11,6
Molise	44,7	30,8	18,9	18,0	40,7	32,1	8,9	15,6
Campania	49,8	37,6	21,9	19,5	49,0	38,1	18,7	22,8
Puglia	43,6	29,6	24,7	14,8	40,3	25,8	23,2	16,5
Basilicata	48,5	33,1	20,7	20,6	39,6	25,6	15,1	19,6
Calabria	45,6	33,6	19,7	17,9	43,5	32,4	15,6	22,0
Sicilia	55,0	40,9	28,9	25,1	54,4	40,1	26,0	24,9
Sardegna	32,2	21,3	13,6	15,2	37,7	25,9	14,7	19,4

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

(a) Il rischio di povertà è calcolato sui redditi 2013 e la bassa intensità di lavoro è calcolata sul numero totale di mesi lavorati dai componenti della famiglia durante il 2013

(b) Stima corrispondente a una numerosità campionaria compresa tra 20 e 49 unità.

(c) Dato non rilasciato, perché corrispondente ad una numerosità campionaria inferiore a 20 unità.

Considerando alcuni indicatori che esplicitano il concetto di grave deprivazione, si osserva una diminuzione della quota di individui in famiglie che dichiarano di trovarsi nelle seguenti condizioni: non possono permettersi un pasto adeguato (cioè con proteine della carne, del pesce o equivalente vegetariano) ogni due giorni, qualora lo volessero (dal 13,9% al 12,6%); non possono sostenere spese impreviste pari a 800 euro (dal 40,2% al 38,8%); non possono permettersi una settimana di ferie all'anno lontano da casa (dal 51,0% al 49,5%). Sostanzialmente stabile la quota di individui in famiglie che dichiarano di non poter riscaldare

adeguatamente l'abitazione (da 18,8% al 18,0%) e quella di quanti, per motivi economici, non hanno un televisore, una lavatrice o un telefono (tutte inferiori al 2%). Nella ripartizione del Centro la diminuzione delle famiglie in condizioni di grave deprivazione è più evidente soprattutto tra coloro che non riescono a sostenere spese impreviste di 800 euro (-3,4% dal 2013 al 2014) e che hanno arretrati per mutuo, affitto, bollette o altri debiti (-2,5%).

Tab. 44 – Alcuni indicatori di grave deprivazione per ripartizione geografica – Anni 2013-2014, per 100 individui con le stesse caratteristiche

Ripartizioni	2014				
	Non riesce a sostenere spese impreviste di 8 euro	Non può permettersi una settimana di ferie in un anno lontano da casa	Avere arretrati per mutuo, affitto, bollette o altri debiti	Non riesce a fare un pasto adeguato almeno ogni due giorni	Non riesce a riscaldare adeguatamente l'abitazione
Italia	38,8	49,5	14,3	12,6	18,0
Nord	30,4	37,1	10,9	10,5	10,9
Centro	34,1	43,8	12,3	10,0	11,1
Sud e Isole	52,5	69,2	20,0	17,0	31,4
Ripartizioni	2013				
	Non riesce a sostenere spese impreviste di 800 euro	Non può permettersi una settimana di ferie in un anno lontano da casa	Avere arretrati per mutuo, affitto, bollette o altri debiti	Non riesce a fare un pasto adeguato almeno ogni due giorni	Non riesce a riscaldare adeguatamente l'abitazione
Italia	40,2	51,0	14,2	13,9	18,8
Nord	29,8	37,3	9,6	10,4	10,5
Centro	37,5	45,1	14,8	8,5	11,0
Sud e Isole	55,5	72,4	19,9	21,7	34,3

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

La spesa media mensile familiare

Nel 2013 in Italia le famiglie hanno speso in media in un mese 460 euro per la spesa alimentare. Questo dato si articola diversamente se vengono prese in considerazione le ripartizioni geografiche che mostrano come la spesa per gli alimenti sia maggiore nelle regioni del Centro e del Sud. In particolare, si osserva che nella Regione Lazio questo tipo di spesa sostenuta dalle famiglie è molto elevato raggiungendo i 485,23 euro medi mensili, valore più cospicuo di quello riscontrato nelle ripartizioni geografiche. Per quanto riguarda la componente della spesa non alimentare, che comprende diverse voci al suo interno, si osserva che le famiglie residenti nella Regione Lazio hanno un livello di spesa in linea con quello della ripartizione di appartenenza e minore rispetto al gruppo delle regioni del Nord-Est e del Nord-Ovest.

Tab. 45- Spesa media mensile familiare per ripartizione geografica – 2013

	Gruppo di spesa												
	Alimentare	Non alimentare											totale
Gruppo di spesa	alimentari e bevande	abbigliamento ecalzature	abitazione (principale e secondaria)	combustibili ed energia	mobili, elettrod. e servizi per la casa	sanità	trasporti	Comunicazioni	istruzione	tempo libero, cultura e giochi	altri beni eservizi	Totale spesa non alimentare	
Italia	460,72	109,14	693,39	137,74	109,02	87,41	335,94	44,32	27,02	94,08	239,85	1898,33	2359,05
Nord-ovest	468,59	113,62	809,28	157,38	121,86	107,44	376,5	47,5	33,48	118,86	297,73	2203,95	2672,54
Nord-est	442,17	120,32	800,14	159,81	133,51	107,12	422,25	48,95	31,6	125,16	316,01	2283,22	2725,39
Centro	477,25	110,22	757,76	132,85	107,45	81,42	343,89	46,29	25,69	95,79	237,8	1958,87	2436,12
Lazio	485,23	107,84	762,71	120,12	106,57	74,29	320,99	45,27	25,07	84,23	237,18	1903,83	2389,05
Sud	468,59	102,68	481,11	115,27	92,03	65,27	251,25	39,14	21,83	57,56	161,46	1409,52	1878,11
Isole	426,67	87,05	479,76	97,85	65,64	52,45	218,68	33,62	14,05	38,73	101,9	1212,72	1639,4

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Povertà relativa[15]

Nel 2014, sono 2 milioni 654 mila le famiglie in condizione di povertà relativa (il 10,3% di quelle residenti), per un totale di 7 milioni 815 mila individui (il 12,9% dell'intera popolazione), di cui 3 milioni 879 mila sono donne (l'incidenza è del 12,5%), 1 milione e 986 sono minori (19%) e 1 milione 281 mila anziani (9,8%). La povertà relativa risulta sostanzialmente stabile rispetto al 2013 (l'incidenza della povertà familiare[16] era pari al 10,4%); se infatti si tiene conto dell'errore campionario (2,6%), è compresa tra il 9,8% e il 10,8%, con una probabilità del 95% (Tab. 53). La povertà relativa risulta stabile in tutte le ripartizioni geografiche: si attesta al 4,9% al Nord (4,6% nel 2013), al 6,3% al Centro (6,6% nel 2013) e al 21,1% nel Mezzogiorno (21,4%). Nella ripartizione del Centro Italia si concentra il 12,5% di tutte le famiglie povere, la quota più esigua rispetto alle ripartizioni del Nord (22,5%) e del Mezzogiorno (65%). Nel Mezzogiorno, alla più ampia diffusione della povertà si associa anche la maggiore gravità del fenomeno: l'intensità della povertà[17] è pari al 22,8% nel 2014, a fronte del 21,5% nel Nord Italia e del 19,8% nelle regioni del Centro.

Tab. 46 - Indicatori di povertà relativa per ripartizione geografica. Anni 2013-2014, migliaia di unità e valori percentuali

	Nord		Centro		Mezzogiorno		Italia	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Migliaia di unità								
famiglie povere	559	597	344	331	1742	1726	2645	2654
famiglie residenti	12209	12292	5176	5292	8132	8184	25518	25768
persone povere	1790	1882	1089	1006	4943	4928	7822	7815
persone residenti	27489	27595	11903	11997	20833	20855	60225	60448
Composizione								
famiglie povere	21,1	22,5	13,0	12,5	65,9	65,0	100,0	100,0
famiglie residenti	47,8	47,7	20,3	20,5	31,9	31,8	100,0	100,0
persone povere	22,9	24,1	13,9	12,9	63,2	63,1	100,0	100,0
persone residenti	45,6	45,7	19,8	19,9	34,6	34,5	100,0	100,0
Incidenza della								
famiglie	4,6	4,9	6,6	6,3	21,4	21,1	10,4	10,3
persone	6,5	6,8	9,2	8,4	23,7	23,6	13,0	12,9
Intensità della povertà (%)								
famiglie	18,3	21,5	20,2	19,8	24,1	22,8	22,4	22,1

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

[15] La soglia di povertà relativa per una famiglia di due componenti è pari alla spesa media per persona nel Paese (ovvero alla spesa pro capite e si ottiene dividendo la spesa totale per consumi delle famiglie per il numero totale dei componenti). Nel 2014 questa spesa è risultata pari a 1.041,91 euro mensili. La linea di povertà relativa, per come è definita, si sposta di anno in anno a causa della variazione sia dei prezzi al consumo, sia della spesa per consumi delle famiglie o, in altri termini, dei loro comportamenti di consumo.

[16] L'incidenza della povertà si ottiene dal rapporto tra il numero di famiglie con spesa media mensile per consumi pari o al di sotto della soglia di povertà e il totale delle famiglie residenti.

[17] L'intensità della povertà misura di quanto in percentuale la spesa media delle famiglie definite povere è al di sotto della soglia di povertà.

Osservando il dettaglio territoriale, il Trentino Alto Adige (3,8%), la Lombardia (4%) e l'Emilia-Romagna (4,2%) presentano i valori più bassi dell'incidenza di povertà. Ad eccezione dell'Abruzzo (12,7%), dove il valore dell'incidenza non è statisticamente diverso dalla media nazionale, in tutte le regioni del Mezzogiorno la povertà è più diffusa rispetto al resto del Paese. Le situazioni più gravi si osservano tra le famiglie residenti in Calabria (26,9%), Basilicata (25,5%) e Sicilia (25,2%), dove oltre un quarto delle famiglie è relativamente povero. Infine, tra le regioni del Centro sono le Marche e l'Umbria a presentare i valori più elevati di incidenza (rispettivamente 9,9% e 8%) mentre la Regione Lazio, con un'incidenza di povertà pari al 5,8%, mostra un valore inferiore sia alla media nazionale sia alla media della ripartizione geografica di appartenenza.

Tab. 47 – Incidenza di povertà relativa, errore di campionamento e intervallo di confidenza per regione e per ripartizione geografica. Anni 2013-2014, valori percentuali

	2013				2014			
			Intervallo di confidenza				Intervallo di confidenza	
	Incidenza (%)	Errore (%)	lim.inf.	lim.sup.	Incidenza (%)	Errore (%)	lim.inf.	lim.sup.
ITALIA	10,4	2,7	9,8	10,9	10,3	2,6	9,8	10,8
NORD	4,6	6,5	4,0	5,2	4,9	5,7	4,3	5,4
Piemonte	5,1	16,8	3,4	6,7	6,0	13,9	4,4	7,6
Valle d'Aosta	5,3	25,2	2,7	7,9	6,4	20,8	3,8	9,0
Lombardia	3,8	14,8	2,7	5,0	4,0	12,6	3,0	5,0
Trentino A.A.	3,7	19,5	2,3	5,1	3,8	26,5	1,8	5,8
Bolzano-Bozen	*	*	*	*	*	*	*	*
Trento	6,1	16,8	4,1	8,1	6,5	22,4	3,6	9,3
Veneto	4,4	13,2	3,3	5,5	4,5	12,8	3,4	5,6
F.V. Giulia	8,1	15,5	5,6	10,5	7,9	14,3	5,7	10,1
Liguria	7,8	12,9	5,8	9,8	7,8	12,8	5,8	9,7
Emilia Romagna	3,8	16,4	2,6	5,0	4,2	15,0	2,9	5,4
CENTRO	6,6	7,3	5,7	7,6	6,3	8,4	5,2	7,3
Toscana	6,5	12,8	4,9	8,2	5,1	17,9	3,3	6,9
Umbria	7,1	17,6	4,7	9,6	8,0	20,7	4,7	11,2
Marche	10,0	10,6	8,0	12,1	9,9	13,2	7,4	12,5
Lazio	5,8	13,9	4,2	7,3	5,8	14,2	4,2	7,5
MEZZOGIORNO	21,4	3,2	20,1	22,8	21,1	3,0	19,8	22,3
Abruzzo	15,5	13,5	11,4	19,6	12,7	10,2	10,2	15,2
Molise	17,6	11,1	13,8	21,4	19,3	11,8	14,8	23,7
Campania	21,4	8,0	18,0	24,8	19,4	5,8	17,2	21,5
Puglia	20,3	6,9	17,6	23,0	20,5	6,8	17,7	23,2
Basilicata	24,3	11,1	19,0	29,6	25,5	11,9	19,5	31,5
Calabria	26,6	8,3	22,3	30,9	26,9	7,3	23,1	30,8
Sicilia	24,1	5,2	21,6	26,5	25,2	6,5	21,9	28,4
Sardegna	15,1	13,7	11,0	19,1	15,1	13,8	11,0	19,2

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

La stima dell'incidenza della povertà relativa (la percentuale di famiglie e persone povere) viene calcolata sulla base di una soglia convenzionale (linea di povertà) che individua il valore di spesa per consumi al di sotto del quale una famiglia viene definita povera in termini relativi. La soglia di povertà per una famiglia di due componenti è pari alla spesa media mensile per persona nel Paese; nel 2014, è risultata di 1.041,91 euro (+1% rispetto al valore della soglia nel 2013, che era di 1.031,86 euro). Le famiglie composte da due persone che hanno una spesa mensile pari o inferiore a tale valore vengono classificate come povere. Per famiglie di ampiezza diversa il valore della linea si ottiene applicando un'opportuna scala di equivalenza che tiene conto delle economie di scala realizzabili all'aumentare del numero di componenti.

Analizzando l'incidenza di povertà relativa per tipologia familiare ed età della persona di riferimento, dal 2013 al 2014 migliora la condizione delle coppie con due figli (dall'11,6% al 7,8%) e delle famiglie di anziani al Centro (con persona di riferimento ultra sessantaquattrenne, dal 5,9% al 4,1%).

Lievi segnali di peggioramento si registrano per le famiglie con figli minori. In particolare, questo accade per le famiglie con due figli minori (dal 15,6% sale al 18,5%), soprattutto nel Centro (dall'8,1% al 13,6%) dove è evidente il peggioramento dell'incidenza di povertà anche per le famiglie con un figlio minore (dal 10,8% al 12,2%). Tali segnali si associano al peggioramento della condizione delle coppie con persona di riferimento con meno di 65 anni (dal 4,9% al 6,5%).

Il 28% delle famiglie con cinque o più componenti risulta in condizione di povertà relativa, l'incidenza raggiunge il 36,8% fra quelle che risiedono nel Mezzogiorno mentre, al contrario, l'incidenza diminuisce fra quelle che risiedono nelle regioni del Centro (dal 22,6% al 20,1%). Si tratta per lo più di coppie con tre o più figli e di famiglie con membri aggregati, tipologie familiari tra le quali l'incidenza di povertà a livello nazionale è pari, rispettivamente, al 27,7% e al 19,2% (35,5% e 31% nel Mezzogiorno).

Tab. 48 – Incidenza di povertà relativa per ampiezza, tipologia familiare, numero di figli minori e di anziani presenti in famiglia, età della persona di riferimento, per ripartizione geografica (a). Anni 2013-2014, valori percentuali

	Nord		Centro		Mezzogiorno		Italia	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Ampiezza della famiglia								
1 componente	1,3	1,8	2,6	3,1	16,7	15,8	5,8	5,9
2 componenti	4,0	3,9	5,1	4,0	20,8	20,3	9,0	8,8
3 componenti	5,2	5,4	8,7	10,1	20,4	21,6	11,0	11,6
4 componenti	9,0	9,6	11,7	9,4	24,6	23,3	15,8	14,9
5 o più componenti	18,0	19,8	22,6	20,1	35,5	36,8	26,5	28,0
Tipologia familiare								
persona sola con meno di 65 anni	*	1,8	*	*	14,8	10,8	4,7	4,4
persona sola con 65 anni e più	1,7	1,9	2,9	*	18,2	19,8	7,0	7,4
coppia con p.r. (a) con meno di 65 anni	1,9	3,3	*	*	11,9	15,0	4,9	6,5
coppia con p.r. (a) con 65 anni e più	3,0	2,7	6,4	*	22,0	21,5	9,4	9,1
coppia con 1 figlio	3,5	5,4	6,8	9,4	20,4	20,5	9,8	11,0
coppia con 2 figli	8,3	8,6	11,6	7,8	23,8	22,7	15,3	14,0
coppia con 3 o più figli	17,4	20,2	*	*	33,1	35,5	24,8	27,7
monogenitore	11,2	7,1	*	*	27,6	26,3	15,4	12,8
altre tipologie (con membri aggregati)	13,9	11,6	16,2	18,0	33,8	31,0	20,8	19,2
Famiglie con figli minori								
con 1 figlio minore	6,0	6,8	10,8	12,2	24,3	21,7	13,2	13,1
con 2 figli minori	11,3	11,7	8,1	13,6	24,3	29,0	15,6	18,5
con 3 o più figli minori	18,9	25,3	*	*	43,1	42,9	28,9	31,2
con almeno 1 figlio minore	9,2	10,1	10,7	12,8	25,9	26,7	15,4	16,7
Famiglie con anziani								
con 1 anziano	2,8	2,9	4,4	3,7	19,7	21,5	8,7	9,0
con 2 o più anziani	3,8	4,4	9,2	6,1	25,3	22,7	11,4	10,6
con almeno 1 anziano	3,2	3,5	6,0	4,4	21,5	21,9	9,6	9,6
Classe di età della persona di riferimento								
fino a 34 anni	6,9	8,4	*	14,7	22,3	24,8	11,7	14,3
da 35 a 44 anni	6,6	7,7	7,3	8,4	23,7	22,4	12,0	12,4
da 45 a 54 anni	5,2	4,7	8,5	6,0	22,4	20,7	11,1	10,2
da 55 a 64 anni	3,2	3,2	4,8	4,4	17,6	17,6	8,5	8,0
65 anni e oltre	3,2	3,3	5,9	4,1	21,5	21,5	9,6	9,3

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

* valore non significativo a motivo della scarsa numerosità campionaria.

(a) Per le variazioni statisticamente significative (ovvero diverse da zero) tra il 2013 e il 2014 si veda il prospetto G1 del Glossario.

(b) persona di riferimento.

Se il livello d'istruzione della persona di riferimento è basso (nessun titolo o licenza elementare) l'incidenza di povertà è più elevata (15,4%) ed è quasi tre volte superiore a quella osservata tra le famiglie con a capo una persona almeno diplomata (6,2%). Inoltre, la diffusione della povertà tra le famiglie con a capo un operaio o assimilato (15,5%) è decisamente superiore a quella osservata tra le famiglie di lavoratori autonomi (8,1%), in particolare di imprenditori e liberi professionisti (3,7%). I valori più elevati si osservano tuttavia tra le famiglie con a capo una persona in cerca di occupazione (23,9%) soprattutto nel Mezzogiorno (29,5%).

Tab. 49 – Incidenza di povertà relativa per titolo di studio, condizione professionale e posizione professionale della persona di riferimento, per ripartizione geografica (a) – Anni 2013-2014, valori percentuali

	Nord		Centro		Mezzogiorno		Italia	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
TITOLO DI STUDIO								
nessuno -elementare	6,4	5,9	11,1	7,5	31,0	30,0	16,7	15,4
media inferiore	6,7	7,3	9,7	9,3	25,8	24,8	13,9	13,2
media superiore e oltre	2,5	2,9	3,5	4,3	11,0	13,2	5,0	6,2
CONDIZIONE E POSIZIONE PROFESSIONALE (b)								
OCCUPATO	4,6	4,9	6,2	6,8	17,8	18,5	8,7	9,2
DIPENDENTE	4,9	5,2	6,5	*	18,7	19,1	9,1	9,6
Dirigente / impiegato	1,3	*	*	*	8,0	10,6	3,3	3,7
Operaio o assimilato	8,5	9,5	11,7	13,9	28,5	27,2	15,0	15,5
AUTONOMO	4,0	3,9	*	*	15,7	16,9	7,8	8,1
Imprenditore/libero professionista	*	*	*	*	*	*	3,0	3,7
Lavoratore in proprio	4,6	*	*	*	19,4	20,5	9,9	9,9
NON OCCUPATO	4,5	4,8	7,1	5,6	24,5	23,3	12,1	11,5
Ritirato dal lavoro	2,9	3,2	5,3	4,3	20,7	21,9	9,1	9,2
In cerca di occupazione	19,7	22,1	*	*	49,3	29,5	32,3	23,9
In altra condizione	7,5	7,5	10,4	*	26,0	24,6	16,5	15,2

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

*valore non significativo a motivo della scarsa numerosità campionaria.

(a) Per le variazioni statisticamente significative (ovvero diverse da zero) tra il 2013 e il 2014 si veda il prospetto G1 del Glossario.

(b) La definizione di occupato e di persona in cerca di occupazione segue la classificazione ILO.

Il giudizio e la percezione delle famiglie

Prendendo in esame le valutazioni delle famiglie residenti riguardo alla situazione economica rapportata a quella dell'anno precedente, nel 2015 il 10,4% delle famiglie italiane ha affermato che la propria situazione è "molto peggiorata". Questa percentuale risulta inferiore all'interno della Regione Lazio con l'8,9% di famiglie che definiscono la propria condizione molto peggiorata rispetto all'anno precedente.

Analizzando anche la valutazione delle risorse economiche in un anno il 6,3% delle famiglie italiane dichiara che queste sono "assolutamente insufficienti". Anche in questo caso le famiglie della Regione Lazio non sembrano particolarmente in difficoltà se rapportate alle altre in quanto definiscono le proprie risorse "ottime" in una quota superiore al dato nazionale (1,8% a fronte dell'1,1%) mentre considerano le risorse "assolutamente insufficienti" nel 6,4%, dato in linea con quello nazionale.

Tab. 50 – Famiglie residenti per valutazione delle risorse economiche* e ripartizione geografica - 2015

	Famiglie per valutazione della situazione economica rispetto all'anno precedente				Famiglie per valutazione delle risorse economiche negli ultimi 12 mesi			
	Molto o un po' migliorata	Invariata	Un po' peggiorata	Molto peggiorata	Ottime	Adeguate	Scarse	Assolutamente insufficienti
Italia	5	52,3	31,7	10,4	1,1	55,7	36,3	6,3
Nord-ovest	6	53,9	30	9,7	1,2	60,9	32	5,4
Nord-est	6,7	54	30,8	8,4	1,3	62,7	31,8	3,9
Centro	4,3	51,8	34,3	9	1,3	55	37,3	5,6
Lazio	4,5	50,8	34,8	8,9	1,8	53,3	37,6	6,4
Sud	3,8	52	31,3	12,3	0,5	48,5	41,5	8,8
Isole	3,2	47	33,9	15,2	0,9	45,2	43,4	9,4

Fonte: Elaborazione dati ISTAT
*Per cento famiglie con le stesse caratteristiche

In generale, dal 2004 al 2014, in Italia è cresciuto il numero di famiglie che hanno dichiarato l'impossibilità di risparmiare: dal 68,1% del 2004 il dato cresce al 71,6% del 2014. Nella Regione Lazio la percentuale di famiglie che non riescono a risparmiare è pari al 75,3% nel 2014, un dato superiore a quello dalla ripartizione geografica di appartenenza e che avvicina la regione alle altre del Sud e delle Isole. Inoltre, l'incremento che è stato registrato dal 2004 vede un aumento della quota di famiglie del +6% a fronte del 3,5% registrato a livello nazionale.

Tab. 51 – Famiglie residenti che non riescono a risparmiare per ripartizione geografica - 2004-2014

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Italia	68,1	68	66,3	66,3	65,7	65,2	65,4	65,2	70,6	70,3	71,6
Nord-ovest	63,1	62,3	60,3	61	61	58,7	60,3	58,9	66	66,2	64,6
Nord-est	60,5	60,4	56,6	57,9	56,7	57	56,4	55,7	62,7	63,4	65,3
Centro	66,7	66,1	65,7	64,3	65,2	65,9	64,7	67,1	68,1	68,8	74,9
Lazio	69,3	68,8	68,7	67	66,5	67,3	67,9	66,5	73,6	68,6	75,3
Sud	76,3	77,1	76	76,2	74,7	75,3	74,3	73,8	79,1	77,2	79,9
Isole	81,1	82,1	81,9	79,5	77,6	76,4	79,3	79,1	85,2	83,4	78,5

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Condizioni abitative

Un aspetto rilevante della qualità abitativa è il comfort spaziale, definito come rapporto tra dimensione (metri quadrati o numero di stanze) e numero di componenti e tipologia della famiglia. Situazioni di disagio si possono verificare se una famiglia si trova a vivere in uno spazio ristretto, in un alloggio non adeguato per dimensioni al numero dei suoi componenti, che rischiano così di vedere limitata la propria privacy e la propria libertà. In letteratura il disagio spaziale è molto studiato per vari motivi, perché compromette la qualità dell'abitare, con possibili effetti negativi sullo stato di salute, sul benessere fisico e mentale delle persone. In situazioni di sovraffollamento può essere più difficile mantenere buone condizioni igieniche e può aumentare il rischio di diffusione di malattie, specie respiratorie e infettive, e di incidenti domestici. Un affollamento eccessivo può essere anche causa di stress e amplificare le tensioni familiari.

Una prima misura dello stato di affollamento, utilizzata a livello europeo, è data dal rapporto tra la superficie dell'abitazione e il numero di componenti della famiglia. Questo approccio mette in evidenza la comodità, in termini di spazio, dell'abitazione in cui la famiglia vive. Nel 2014 in media in Italia 2,7 famiglie su 100 vivono in condizioni di affollamento. Nella Regione Lazio la situazione di sovraffollamento delle famiglie è in linea col dato nazionale (2,8) e, in generale, in linea anche con la diminuzione che si è verificata negli anni dal 2004 al 2014 di questo indice, a testimonianza di un miglioramento delle condizioni abitative delle famiglie.

Tab. 52 – Indice di affollamento medio (per famiglie con le stesse caratteristiche) - rispetto ai metri quadri per ripartizione geografica –2004-2014

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Italia	2,9	2,9	2,9	2,8	2,8	2,7	2,7	2,8	2,7	2,7	2,7
Nord-ovest	2,8	2,7	2,8	2,7	2,7	2,6	2,7	2,7	2,7	2,7	2,6
Nord-est	2,6	2,6	2,6	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Centro	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,7
Lazio	3	3	3	3	3	2,9	2,9	2,9	2,8	2,8	2,8
Sud	3,3	3,2	3,2	3,1	3,1	3	3,1	3,1	3	3	3
Isole	3,1	3	3	2,9	2,9	2,8	2,8	2,7	2,8	2,8	2,7

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Persone con limitazioni funzionali (ex-Disabilità)

Lo studio dell'inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi è stato realizzato grazie all'inserimento di un modulo ad hoc nell'Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, realizzato nell'ambito del progetto "Sistema di Informazione Statistica sulla Disabilità", promosso dalla convenzione, stipulata nel 2011, tra l'Istituto nazionale di statistica e il Ministero del lavoro e delle politiche sociali con la collaborazione dell'Osservatorio sulla condizione delle persone con disabilità. I dati sono aggiornati al 2013. L'approccio utilizzato è basato sulla nuova definizione di disabilità proposta con la classificazione ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità approvata il 22 maggio 2001[18]. Con questa nuova classificazione la disabilità non è più concepita come riduzione delle capacità funzionali determinata da una malattia o menomazione, ma come la risultante di un'interazione tra condizioni di salute e fattori contestuali (personali e ambientali) da qui lo studio relativo proprio all'inclusione sociale di questi soggetti e non solamente relativa ai problemi funzionali. La disabilità, quindi, non è più vista come una condizione della persona, ma come il risultato negativo dell'interazione tra un singolo individuo e ambiente. La disabilità è, infatti, definita come: "Il termine ombrello per menomazioni, limitazioni dell'attività e restrizioni alla partecipazione. Esso indica gli aspetti negativi dell'interazione tra un individuo (con una condizione di salute) e i fattori contestuali di quell'individuo".

[18] Resolution WHA 54.21. Si veda il sito http://www.who.int/classifications/icf/en/.

Le persone con limitazioni funzionali, e non più persone con disabilità, sono coloro che presentano difficoltà in una o più di queste dimensioni: dimensione fisica, riferibile alle funzioni del movimento e della locomozione, circa 1,5 milioni di persone, pari al 2,6% della popolazione di sei anni e più; sfera di autonomia nelle funzioni quotidiane, quasi 2 milioni di persone, il 3,4%, (ci si riferisce alle attività di cura della persona, come vestirsi o spogliarsi, lavarsi mani, viso, o il corpo, tagliare e mangiare il cibo, ecc.); ambito della comunicazione, che riguarda le funzioni della vista, dell'udito e della parola, circa 900 mila persone, l'1,5% della popolazione; confinamento: vi sono 1 milione e 400 mila persone (il 2,5% della popolazione di sei anni e più) che riferiscono di essere costrette a stare a letto, su una sedia o a rimanere nella propria abitazione per impedimenti di tipo fisico o psichico[19].

Analizzando i dati relativi alle persone di 15 anni e più con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi in base ai tipi di difficoltà vissute in alcune azioni della vita quotidiana, si osserva che le condizioni peggiori sono vissute dalla popolazione residente nelle regioni del Sud, cui seguono i residenti delle regioni del Centro. Nel 2013 nel Centro la percentuale delle persone che non riescono ad uscire di casa per motivi di salute o per barriere ambientali è pari al 27,2% (a fronte del 24,1% nel Nord e del 32,5% nel Sud), il 23,6% non accede agli edifici per motivi di salute o per barriere ambientali (a fronte del 20,9% nel Nord e del 29,4% nel Sud) e il 27,7% non riesce ad utilizzare i trasporti pubblici per motivi di salute o per barriere ambientali (a fronte del 22,2% nel Nord e del 30,7% nel Sud). Scendendo nel dettaglio regionale, nel Lazio la percentuale delle persone di 15 anni e più con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi che hanno difficoltà ad uscire di casa per motivi di salute o per barriere ambientali è pari al 28,9%, un dato più elevato di quello nazionale (27,9%) e di quello della ripartizione geografica di appartenenza. Anche riguardo alle altre due difficoltà di azione considerate il Lazio si posiziona vicino alle regioni del Sud Italia: sono pari al 24,5% le persone di 15 anni e più con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi che hanno difficoltà ad accedere agli edifici per motivi di salute o per barriere ambientali (dato di poco inferiore a quello nazionale, 24,7%) mentre sono pari al 31,7% le persone di 15 anni e più con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi che hanno difficoltà ad utilizzare i trasporti pubblici per motivi di salute o per barriere ambientali (a fronte del dato nazionale pari al 26,5%).

Dall'archivio dei beneficiari delle prestazioni pensionistiche Inps, è possibile identificare i percettori di indennità di accompagnamento, con i quali si ritiene di poter approssimare lo stato di disabilità grave[20]. Complessivamente, nel 2014,

[19] Dall'Audizione del Presidente dell'Istituto nazionale di statistica, 11° Commissione "Lavoro, previdenza sociale" del Senato della Repubblica – Roma, 5 aprile 2016.

[20] Si tratta di coloro che percepiscono l'indennità di accompagnamento in quanto riconosciuti in condizione di gravità, secondo la normativa vigente, da una commissione medico legale operante nelle Asl.

sono oltre 2 milioni le persone con disabilità grave che percepiscono indennità di accompagnamento, di cui 1 milione e 500 mila anziani. La quota risulta essere significativamente più alta nelle regioni del centro-sud e, in particolare, in Calabria, Umbria e Sardegna rispettivamente con 5,0 persone con grave disabilità su 100, 4,9 e 4,7. La Regione Lazio, con 3,8 persone con grave disabilità su 100, si posiziona al di sopra della media nazionale (3,5).

Vulnerabilità sociale e materiale

L'Istat ha costruito un indice di vulnerabilità sociale e materiale al fine di poter dare un valore a diversi aspetti di un fenomeno che per definizione è multidimensionale. L'indice è costruito combinando sette indicatori elementari che descrivono le principali dimensioni del fenomeno in oggetto considerando sia gli aspetti "materiali" sia quelli "sociali"[21]. I valori dell'indice misurano diversi gradi di esposizione della popolazione a condizioni di vulnerabilità che non necessariamente si traducono in un'effettiva situazione di disagio materiale e sociale. I dati, riferiti al 2011, mostrano una situazione molto poliedrica che caratterizza la Regione Lazio.

Prendendo in esame l'indice di vulnerabilità sociale e materiale i dati, riferiti al 2011, mostrano una situazione molto poliedrica che caratterizza la Regione Lazio. I comuni laziali con l'indice di vulnerabilità più elevato sono Viticuso (104,1)[22],

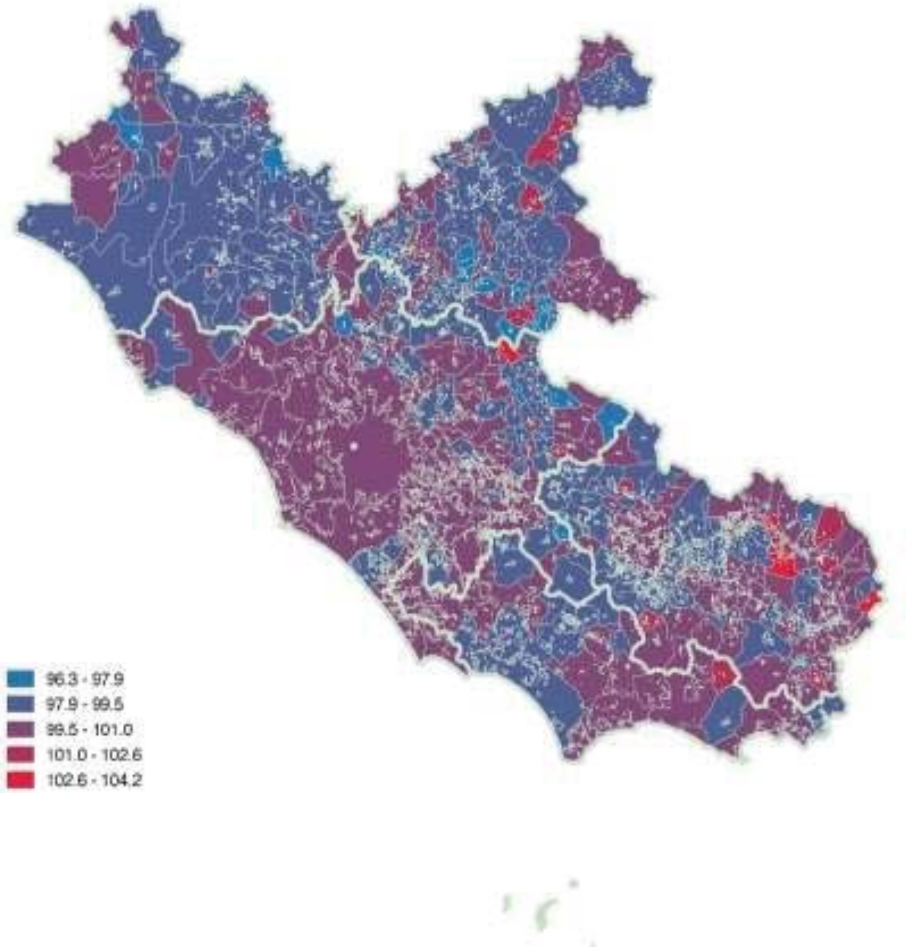
[21] Gli indicatori elementari utilizzati nella costruzione dell'indice sono: incidenza percentuale della popolazione di età compresa fra 25 e 64 anni analfabeta e alfabeta senza titolo di studio; incidenza percentuale delle famiglie con 6 e più componenti; incidenza percentuale delle famiglie monogenitoriali giovani (età del genitore inferiore ai 35 anni) o adulte (età del genitore compresa fra 35 e 64 anni) sul totale delle famiglie; incidenza percentuale delle famiglie con potenziale disagio assistenziale, ad indicare la quota di famiglie composte solo da anziani (65 anni e oltre) con almeno un componente ultraottantenne; incidenza percentuale della popolazione in condizione di affollamento grave, data dal rapporto percentuale tra la popolazione residente in abitazioni con superficie inferiore a 40 mq e più di 4 occupanti o in 40-59 mq e più di 5 occupanti o in 60-79 mq e più di 6 occupanti, e il totale della popolazione residente in abitazioni occupate; incidenza percentuale di giovani (15-29 anni) fuori dal mercato del lavoro e dalla formazione scolastica; incidenza percentuale delle famiglie con potenziale disagio economico, ad indicare la quota di famiglie giovani o adulte con figli nei quali nessuno è occupato o è ritirato da lavoro. Per ulteriori approfondimenti si veda: http://ottomilacensus.istat.it/download-dati/. I dati relativi alla struttura per età sono tutti derivanti da calcoli effettuati sui microdati della popolazione residente per età e comune.

[22] Per costruzione i valori sono tutti compresi nell'intervallo (70;130). L'indice di vulnerabilità è stato calcolato tramite una procedura informatica che permette di effettuare una valutazione dei diversi metodi di sintesi attraverso l'analisi di robustezza dei risultati (COMposite Index Creator COMIC, programma per il calcolo di indicatori compositi e relativa analisi di influenza sviluppato nell'ambito delle attività della commissione scientifica del progetto sul Benessere Equo Sostenibile).

Casalattico (103,5), Posta Fibreno (103), tutti afferenti alla provincia di Frosinone: questi tre comuni ricoprono le ultime posizioni nella graduatoria dei 378 comuni laziali stilata considerando l'indice di vulnerabilità. Nella provincia di Latina i tre comuni con il più alto valore dell'indice sono Ventotene (102,7), Ponza (101,6), Campodimele (101,2), rispettivamente al 5°, 11° e 13° posto nella graduatoria dei comuni laziali. Nella provincia di Rieti i tre comuni con il più alto valore dell'indice sono Posta (102), Pozzaglia Sabina (101,7), Castel Sant'Angelo (101,6), rispettivamente al 7°, 8° e 9° posto nella graduatoria dei comuni laziali. Nella provincia di Roma i tre comuni con il più alto valore dell'indice sono Percile (102,7), Roiate (101,5), Castel San Pietro Romano (100,9), rispettivamente al 4°, 12° e 21° posto nella graduatoria dei comuni laziali. Infine, nella provincia di Viterbo i tre comuni con il più alto valore dell'indice sono Farnese (100,2), Civitella D'Agliano (100,3), Cellere (100,4), rispettivamente al 51°, 58° e 68° posto nella graduatoria dei comuni laziali.

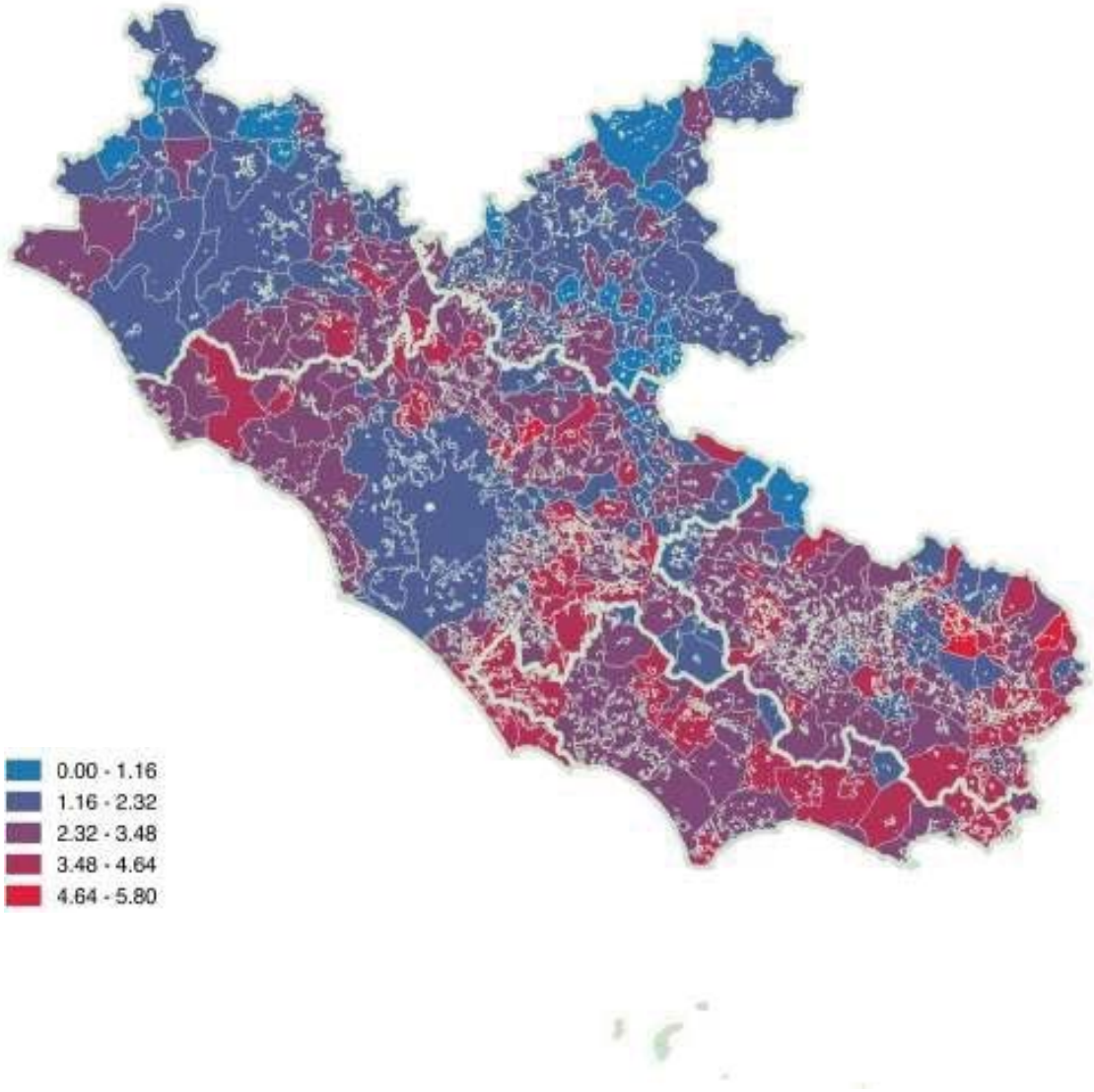
Sul versante opposto troviamo i comuni di Castel di Tora (96,4), Vallepietra (96,6), Collegiove (96,8), il primo ed il terzo nella provincia di Rieti mentre il secondo in quella di Roma, che ricoprono rispettivamente le prime tre posizioni con il valore dell'indice di vulnerabilità più basso tra tutti i comuni della regione. Ritornando all'analisi dei primi comuni per ogni provincia con valori elevati dell'indice di vulnerabilità troviamo, dopo i comuni della provincia di Frosinone, i comuni di Percile (Rm), Posta (Ri), Ventotene (Lt), Pozzaglia Sabina (Ri), Castel Sant'Angelo (Ri), Ponza (Lt), Roiate (Rm), Campodimele (Lt), Tolfa (Rm), Farnese, Civitella d'Agliano e Gradoli, gli ultimi tre appartenenti alla provincia di Viterbo. Considerando infine i capoluoghi di provincia, sebbene i valori dell'indice non siano molto diversi tra le cinque città capoluogo, si osserva che Frosinone e Roma sono i capoluoghi a raggiungere la posizione peggiore collocandosi rispettivamente al 303esimo e al 230esimo posto della graduatoria dei comuni laziali. Posizioni migliori si riscontrano per Latina (128esimo posto), Rieti (125esimo) e Viterbo (92esimo).

Fig. 1 – Cartogramma dell'indice di vulnerabilità sociale e materiale per comune



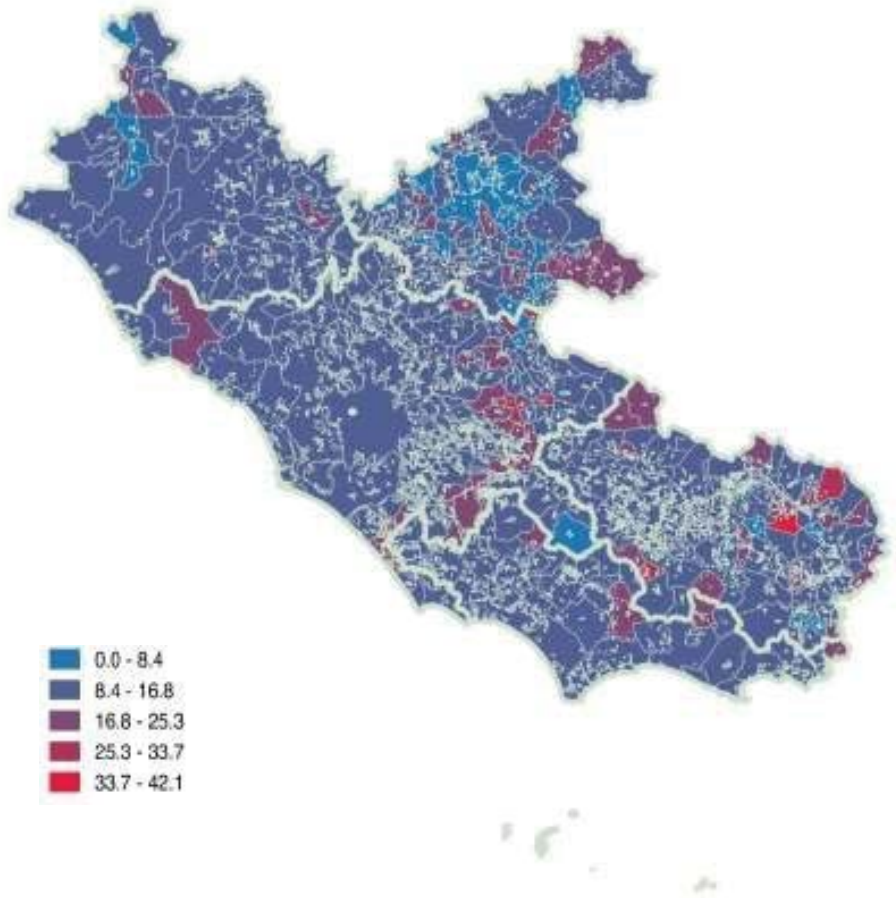
Nel 2011 i comuni laziali con l'incidenza più elevata di famiglie in potenziale disagio economico sono Ponza (in provincia di Latina col 5,8%), Casalattico (in provincia di Frosinone col 5,4%), Ventotene (Latina, 5,4%), Casalvieri (Frosinone, 5,1%), Sant'Angelo Romano (Roma, 4,9%) e San Biagio Saracinisco (Frosinone, 4,8%). Nella provincia di Rieti il comune con il più alto valore dell'indice è Poggio Catino (3,2%) che si posiziona al 102esimo posto nella graduatoria dei comuni laziali. Nella provincia di Viterbo i tre comuni con il più alto valore dell'indice sono Sutri (3,8%), Fabrica di Roma (3,8%), Faleria (3,5%) rispettivamente al 41°, 44° e 61° posto nella graduatoria dei comuni laziali.

Fig. 2 - Cartogramma dell'incidenza delle famiglie con potenziale disagio economico* per comune



Nel 2011 i comuni laziali con l'incidenza più elevata di giovani (15-29 anni) fuori dal mercato del lavoro e dalla formazione scolastica sono Casalattico (in provincia di Frosinone col 42,1%), Vivaro Romano (Roma, 30,4%), Settefrati (Frosinone, 27,2%), Capranica Prenestina (Roma, 27,1%), Ascrea (Rieti, 27%) e Villa Santo Stefano (Frosinone, 26%). Nella provincia di Latina i tre comuni con il più alto valore dell'indice sono Ponza (24,2%), Castelforte (19,7%), Roccasecca dei Volsci (19,7%) rispettivamente al 11°, 22° e 23° posto nella graduatoria dei comuni laziali. Nella provincia di Viterbo i tre comuni con il più alto valore dell'indice sono Villa San Giovanni in Tuscia (24,2%), Gradoli (19,7%), Onano (19,7%) rispettivamente al 16°, 37° e 38° posto nella graduatoria dei comuni laziali.

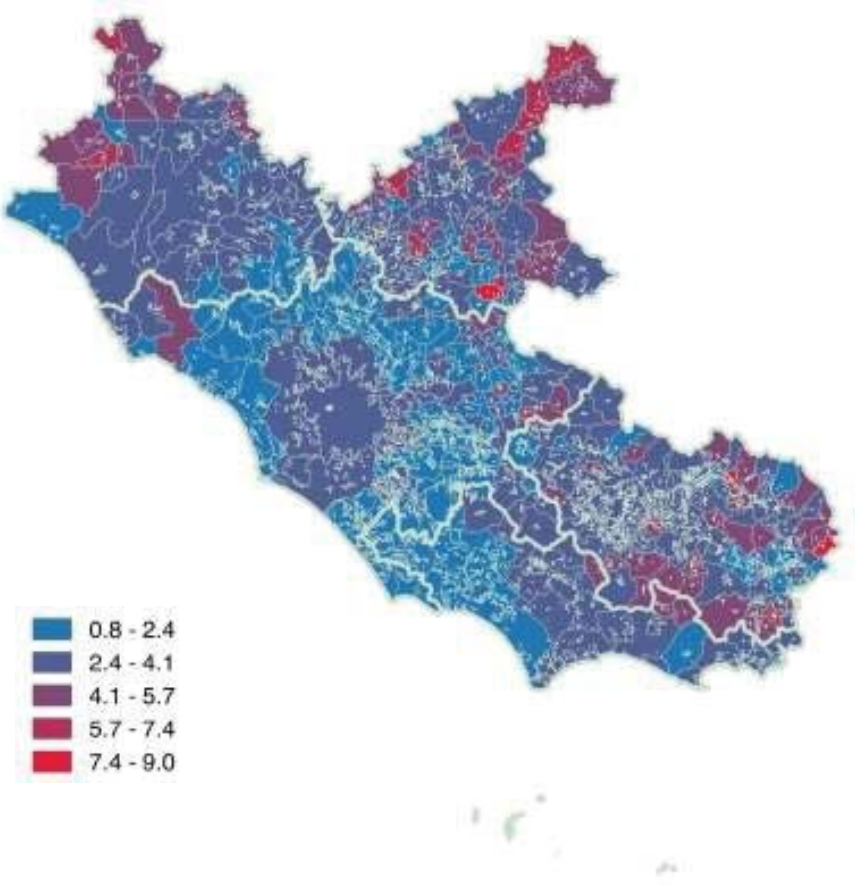
Fig. 3 - Cartogramma dell'incidenza di giovani fuori dal mercato del lavoro e dalla formazione* per comune



*Incidenza percentuale di giovani (15-29 anni) fuori dal mercato del lavoro e dalla formazione scolastica.

Nel 2011 i comuni laziali con l'incidenza più elevata di famiglie in potenziale disagio di assistenza sono Posta Fibrieno (in provincia di Frosinone col 9%), Pozzaglia Sabina (Rieti, 8,2%), Viticuso (Frosinone, 8%), Vallemaio (Frosinone, 6,9%), Paganico Sabino (Rieti, 6,7%) e Cellere (Viterbo, 6,6%). Nella provincia di Latina i tre comuni con il più alto valore dell'indice sono Campodimele (5,3%), Prossedi (4,6%), Lenola (4,2%) rispettivamente al 24°, 46° e 73° posto nella graduatoria dei comuni laziali. Nella provincia di Roma i tre comuni con il più alto valore dell'indice sono Sant'Angelo Romano (4,9%), Camerata Nuova (4,3%), Lariano (4,2%) rispettivamente al 5°, 14° e 15° posto nella graduatoria dei comuni laziali. Nella provincia di Viterbo, dopo Cellere, i tre comuni con il più alto valore dell'indice sono Proceno (5,8%), Grotte di Castro (5,7%), Farnese (5,5%) rispettivamente al 12°, 15° e 16° posto nella graduatoria dei comuni laziali.

Fig. 4 - Cartogramma dell'incidenza delle famiglie in potenziale disagio di assistenza* per comune



* Incidenza percentuale delle famiglie con potenziale disagio assistenziale, ad indicare la quota di famiglie composte solo da anziani (65 anni e oltre) con almeno un componente ultraottantenne.

Fig. 5 - Incidenza delle famiglie con potenziale disagio economico per distretti sociosanitari

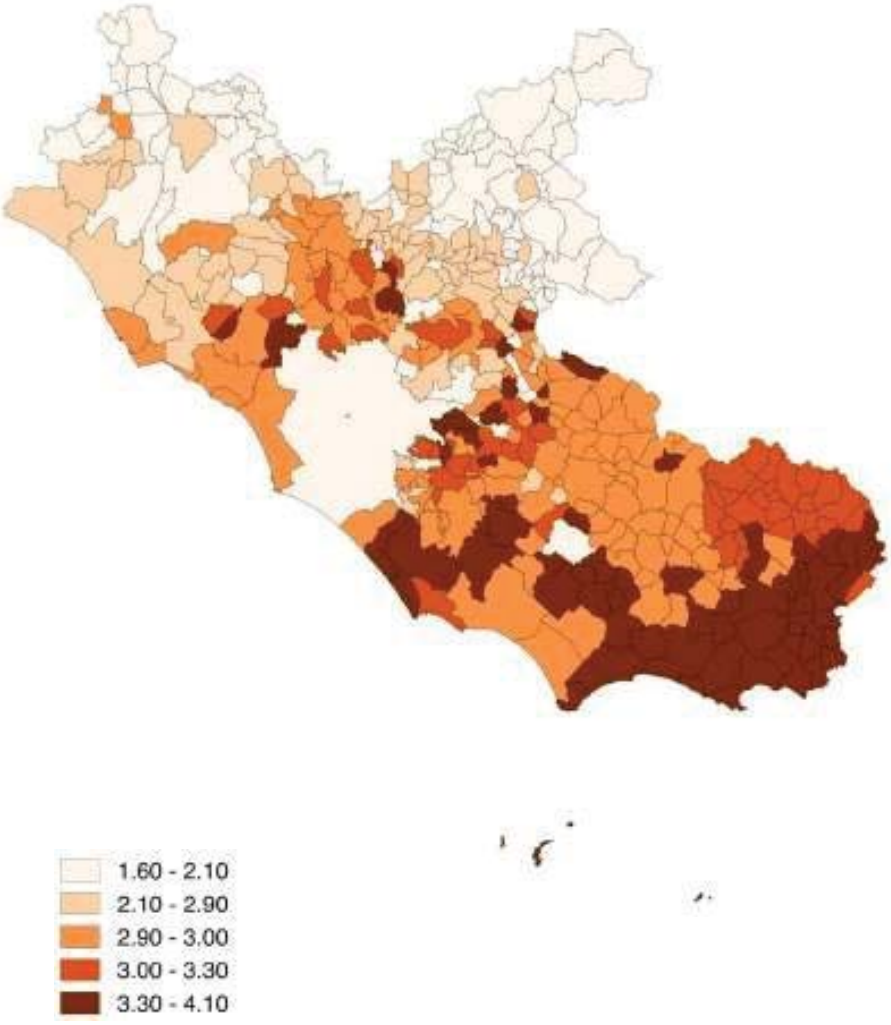


Fig. 6 - Incidenza delle famiglie in potenziale disagio di assistenza per distretti sociosanitari

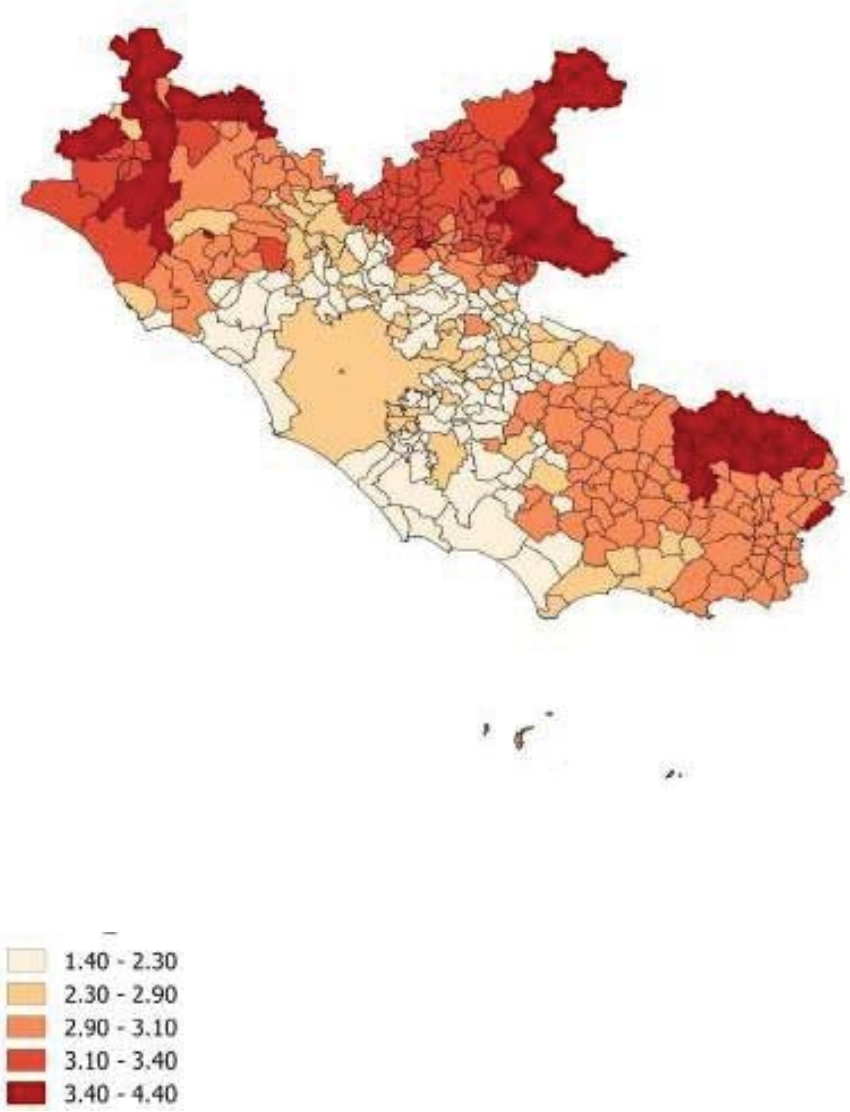


Fig. 7 - Incidenza di giovani fuori dal mercato del lavoro e dalla formazione per distretti sociosanitari

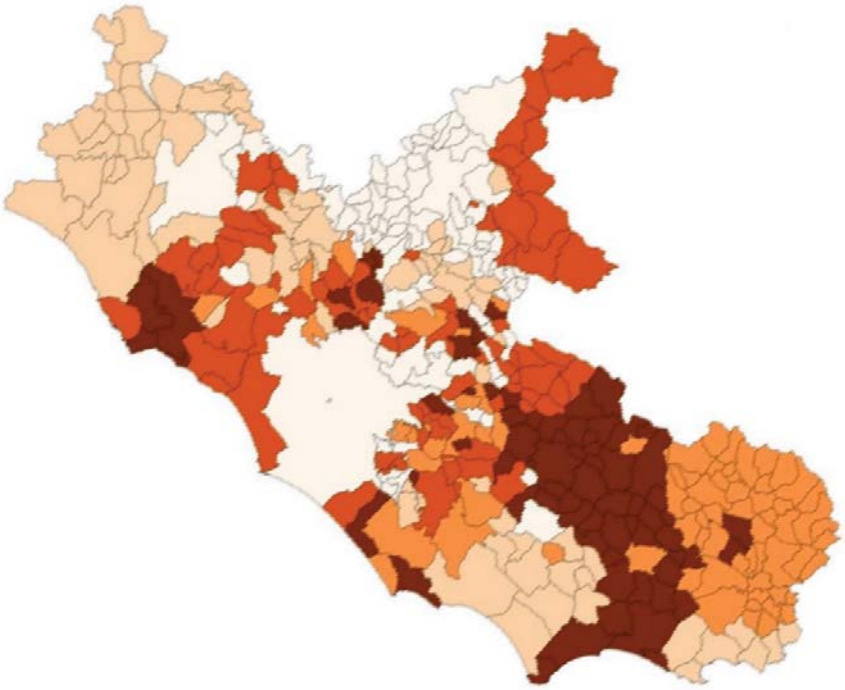
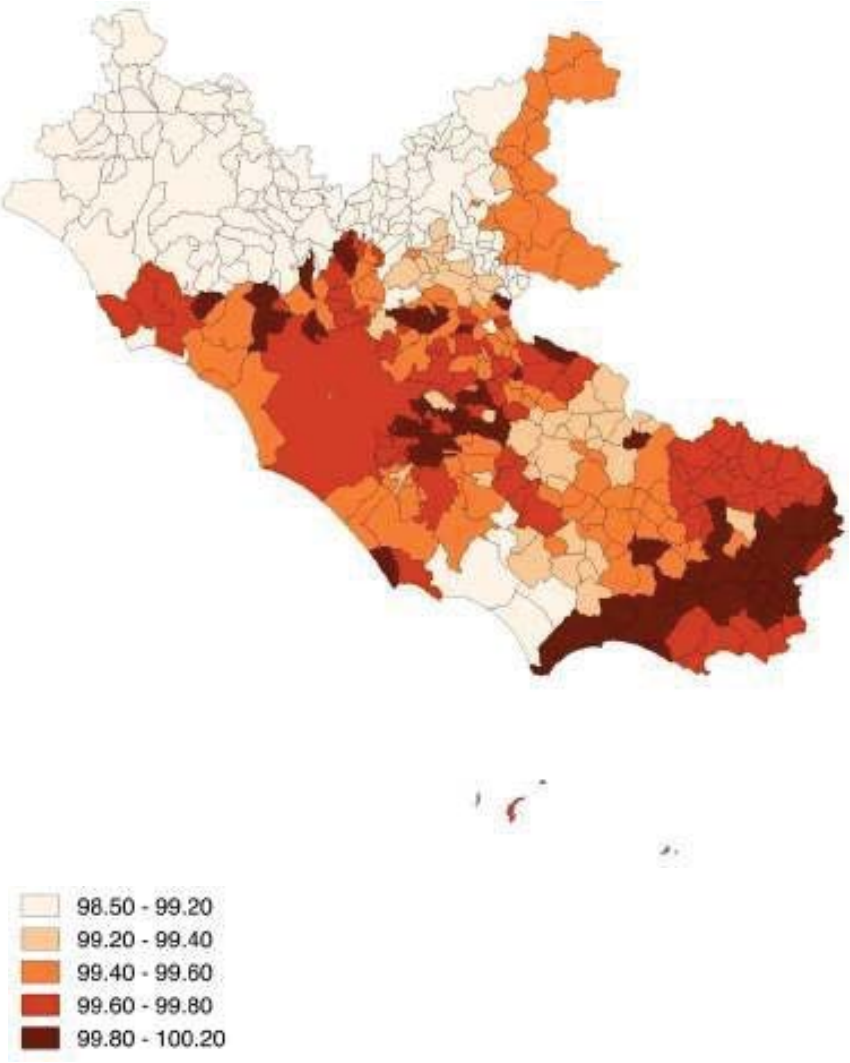


Fig. 8 - Indice di vulnerabilità sociale e materiale per distretti sociosanitari



Livello di istruzione e abbandoni scolastici

In Italia nel 2015 oltre il 43% della popolazione dai 15 anni in su è in possesso di un titolo di studio della scuola secondaria superiore (diploma di maturità della durata di almeno 4 anni) e di questo gruppo il 13,1% è in possesso anche della laurea o di un titolo post-laurea. Questo dato viene superato da alcune regioni del Nord Italia (la Liguria col 45,4% e l'Emilia Romagna col 45%) e da tre regioni del Mezzogiorno (Abruzzo 47,6%, Molise 44,3% e Basilicata 43,8%) ma le performance migliori in termini di possesso di titoli di studio superiore si registrano nella ripartizione del Centro col 49,5% della popolazione con almeno un diploma di maturità. In particolare, scendendo nel dettaglio regionale della ripartizione, è la Regione Lazio a detenere il primato col 54,2% della popolazione con un titolo di istruzione secondaria superiore: il 36,1% della popolazione laziale è in possesso del titolo del diploma di maturità mentre il 18,1% ha una laurea o un titolo post-laurea.

Osservando le quote relative alla popolazione residente con la licenza di scuola elementare o nessun titolo di studio in Italia nel 2015 ancora un quinto della popolazione si trova in questa condizione (19,2%). Nelle regioni del Mezzogiorno, inoltre, questa percentuale è ancora più elevata. Anche in questo caso fa eccezione la Regione Lazio con la più esigua percentuale di popolazione in possesso della licenza elementare o di nessun titolo di studio, pari al 13,8% sul totale della popolazione residente nella regione.

Tab. 60 – Popolazione di 15 anni ed oltre per regioni e titolo di studio. Anno 2015, valori percentuali di riga

	licenza di scuola elementare, nessun titolo di studio	licenza di scuola media	diploma 2-3 anni (qualifica professionale)	diploma 4-5 anni (maturità)	laurea e post-laurea
ITALIA	19,2	32,1	5,4	30,2	13,1
NORD-OVEST	17,3	32,3	7,7	29,0	13,7
Piemonte	18,2	33,1	7,6	28,8	12,2
Valle d'Aosta	18,3	36,4	5,4	28,6	11,3
Liguria	17,2	31,4	6,0	30,9	14,5
Lombardia	16,9	32,0	8,0	28,8	14,3
NORD-EST	18,1	30,8	9,0	28,7	13,4
Trentino Alto Adige	14,9	31,6	15,3	25,5	12,8
Bolzano-Bozen	15,8	33,1	16,1	23,1	11,8
Trento	14,0	30,2	14,5	27,7	13,7
Veneto	18,5	31,5	9,9	28,0	12,2
Friuli Venezia Giulia	16,8	31,8	8,7	30,0	12,8
Emilia Romagna	18,8	29,5	6,6	30,0	15,1
CENTRO	17,4	28,7	4,4	33,6	15,9
Toscana	21,0	30,0	4,4	30,6	14,0
Umbria	20,1	26,8	5,4	33,4	14,2
Marche	20,6	28,9	5,5	31,5	13,5
Lazio	13,8	28,2	3,8	36,1	18,1
MEZZOGIORNO	22,4	34,5	2,2	29,8	11,0
Abruzzo	20,6	29,0	2,8	34,7	12,9
Molise	22,9	29,8	3,1	31,3	13,0
Campania	20,9	35,2	2,3	30,2	11,4
Puglia	24,5	35,0	2,4	28,1	10,0
Basilicata	23,0	29,7	3,5	32,6	11,3
Calabria	24,2	30,8	2,2	31,1	11,7
Sicilia	22,7	35,8	1,8	29,5	10,2
Sardegna	20,6	38,6	2,2	27,2	11,3

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

In Italia nel 2014 il 15% dei giovani dai 18 ai 24 anni d'età ha abbandonato prematuramente il proprio percorso di studi scolastici. Si tratta di un fenomeno che riguarda in misura maggiore la popolazione maschile col 17,7% di abbandoni a fronte del 12,2% degli abbandoni nella popolazione femminile.

Scendendo nel dettaglio territoriale è il Mezzogiorno a presentare le percentuali di abbandoni scolastici più elevate, il 22,8% dei maschi e il 15,7% delle femmine. Nella ripartizione del Centro, viceversa, si riscontrano valori più contenuti, al di sotto della media nazionale, con il 14,4% degli abbandoni maschili e il 10,7% degli abbandoni femminili. Nella Regione Lazio si assiste ad uno scarto minore tra la percentuale di abbandoni maschili e quelli femminili: mentre la percentuale di abbandoni scolastici dei maschi è pari al 13,8%, in media col dato della ripartizione, gli abbandoni scolastici femminili raggiungono l'11,2%, un dato superiore a quello della ripartizione geografica di riferimento.

Tab. 61 – Giovani dai 18 ai 24 anni d'età che abbandonano prematuramente gli studi. Anno 2014, valori percentuali

	Maschi	Femmine	Totale
ITALIA	17,7	12,2	15
NORD-OVEST	15,7	10	12,9
Piemonte	16,2	9	12,7
Valle d'Aosta	18,9	13,4	16,2
Liguria	15,7	11,5	13,6
Lombardia	15,4	10,2	12,9
NORD-EST	12,4	8,8	10,6
Trentino Alto Adige	12,8	8,8	10,9
Bolzano-Bozen	15,8	10,3	13,1
Trento	9,7	7,3	8,5
Veneto	8,9	7,9	8,4
Friuli Venezia Giulia	16	6	11,1
Emilia Romagna	15,6	10,6	13,2
CENTRO	14,1	10,7	12,4
Toscana	16,7	10,8	13,8
Umbria	8,8	9,3	9,1
Marche	12,4	9,4	10,9
Lazio	13,8	11,2	12,5
MEZZOGIORNO	22,8	15,7	19,4
Abruzzo	14,1	4,8	9,6
Molise	18,1	5,8	12,1
Campania	22,3	16,9	19,7
Puglia	20,1	13,5	16,9
Basilicata	14	10,4	12,3
Calabria	21,8	11,7	16,8
Sicilia	27,4	20,5	24
Sardegna	29,6	17	23,5

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Cause di morte

Al fine di studiare ed analizzare la mortalità nella Regione Lazio sono state utilizzate quali fonti di dati da un lato il Registro Nominativo delle Cause di Morte del Lazio (ReNCaM), aggiornato al 31 dicembre 2014, attivo nel Lazio dal 1987. Per ogni decesso, oltre alle informazioni di carattere socio- demografico, è specificato luogo, data e causa di morte (codici ICD-9-CM); dall'altro la Rilevazione ISTAT sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile del 1 gennaio degli anni in studio. La suddivisione per ASL e distretto all'interno del comune di Roma è stata ricavata riproporzionando il dato ISTAT in base alla popolazione residente per circoscrizione ricavata dell'anagrafe di Roma.

L'aggiornamento dell'analisi di mortalità si riferisce al periodo 2013-2014. Per ogni livello di disaggregazione territoriale considerata sono stati calcolati i tassi di mortalità grezzi, i tassi standardizzati per età (metodo diretto) e i Rischi Relativi (riferimento: valore medio regionale)[23].

Tab. 62 – Mortalità nelle ASL del Lazio – Periodo 2013-2014

	Donne				Uomini			
Distretti	Decessi	T.Grezzo	T. Std	RR	Decessi	T.Grezzo	T. Std	RR
Lazio	54.949	950.6	800.3	1.00	52.013	975.1	1.190.4	1.00
Comune di Roma	28.355	1.014.9	779.7	0.97	25.165	1.013.2	1.138.0	0.96
ASL Roma 1	10.758	1.039.1	730.8	0.91	9.117	1.006.1	1.046.4	0.88
Ex RMA	5.314	1.080.9	707.7	0.88	4.344	987.3	1.002.2	0.84
Ex Municipio I	1.101	979.5	666.9	0.83	982	764.7	839.2	0.70
Ex Municipio II	1.470	1.172.1	684.1	0.85	1.038	1.069.8	954.4	0.80
Ex Municipio III	636	1.223.6	697.0	0.87	425	1.012.7	955.1	0.80
Ex Municipio IV	2.107	1.044.0	752.0	0.94	1.899	1.100.3	1.169.9	0.98

[23] Il tasso grezzo rappresenta il numero di decessi osservati nella popolazione in studio al 31 dicembre 2014. Il tasso standardizzato di mortalità è calcolato per favorire la confrontabilità nelle aree in studio disomogenee nella struttura per età. I tassi sono calcolati utilizzando la distribuzione per età della popolazione del Lazio (media del biennio 2013-2014) come riferimento. I tassi sono standardizzati con metodo diretto e si interpretano come il tasso che si osserverebbe nella popolazione in studio se questa avesse la distribuzione per età della popolazione scelta come riferimento. Infine il rischio relativo (RR), calcolato come rapporto tra due tassi standardizzati (tasso nell'area di interesse diviso il tasso di riferimento del Lazio) esprime l'eccesso di rischio rispetto al valore regionale.

Ex RME	5.444	1.001.3	755.1	0.94	4.773	1.023.9	1.091.4	0.92
Ex Municipio XVII	849	1.233.5	698.6	0.87	656	1.191.6	993.8	0.83
Ex Municipio XVII	1.396	1.046.0	752.5	0.94	1.227	1.052.9	1.092.0	0.92
Ex Municipio XIX	1.872	1.012.6	785.3	0.98	1.611	1.009.4	1.129.9	0.95
Ex Municipio XX	1.327	847.8	756.6	0.95	1.279	947.6	1.099.5	0.92
ASL Roma 2	12.411	994.1	801.2	1.00	11.178	992.4	1.174.2	0.99
Ex RMB	6.221	888.7	820.4	1.03	6.118	939.2	1.240.2	1.04
Ex Municipio V	1.775	1.044.8	918.5	1.15	1.686	1.094.4	1.322.4	1.11
Ex Municipio VII	1.242	1.042.4	819.7	1.02	1.151	1.066.9	1.271.3	1.07
Ex Municipio VIII	1.574	675.2	840.1	1.05	1.775	768.3	1.323.3	1.11
Ex Municipio X	1.630	916.4	720.3	0.90	1.506	950.4	1.076.7	0.90
Ex RMC	6.190	1.128.7	782.0	0.98	5.060	1.065.6	1.103.0	0.93
Ex Municipio VI	1.391	1.173.6	750.7	0.94	1.222	1.158.3	1.134.5	0.95
Ex Municipio IX	1.567	1.237.6	728.6	0.91	1.100	1.080.3	1.002.8	0.84
Ex Municipio XI	1.775	1.338.7	836.6	1.05	1.462	1.303.2	1.248.7	1.05
Ex Municipio XII	1.457	853.6	825.0	1.03	1.276	821.3	1.035.0	0.87
ASL Roma 3 (Ex RMD)	5.655	973.8	841.8	1.05	5.424	1.042.8	1.267.5	1.06
Fiumicino	469	665.1	841.0	1.05	554	804.5	1.375.1	1.16
Ex Municipio XIII	1.913	875.1	894.2	1.12	1.982	984.2	1.353.1	1.14
Ex Municipio XV	1.538	1.035.8	847.3	1.06	1.474	1.119.7	1.273.4	1.07
Ex Municipio XVI	1.735	1.212.4	786.3	0.98	1.414	1.195.8	1.141.1	0.96
Provincia di Roma	11.335	830.9	865.5	1.08	11.456	882.3	1.298.3	1.09
ASL Roma 4 (Ex RMF)	2.544	795.3	834.8	1.04	2.496	824.8	1.202.0	1.01
RM 4 - 1	823	1.004.8	849.4	1.06	746	986.3	1.248.3	1.05
RM 4 - 2	506	668.3	834.2	1.04	562	777.6	1.239.4	1.04
RM 4 - 3	430	762.8	773.6	0.97	430	810.8	1.137.9	0.96
RM 4 - 4	785	741.4	855.0	1.07	758	745.6	1.167.3	0.98
ASL Roma 5 (Ex RMG)	4.325	879.6	899.4	1.12	4.266	904.0	1.334.1	1.12

RM 5 - 1	711	755.6	928.2	1.16	663	739.8	1.291.8	1.09
RM 5 - 2	949	775.1	897.3	1.12	1.010	850.7	1.343.2	1.13
RM 5 - 3	877	1.052.7	941.6	1.18	814	1.035.1	1.370.0	1.15
RM 5 - 4	408	1.201.3	856.7	1.07	396	1.218.1	1.295.0	1.09
RM 5 - 5	674	835.0	905.7	1.13	725	918.8	1.452.4	1.22
RM 5 - 6	706	914.8	846.5	1.06	658	895.4	1.257.9	1.06
ASL Roma 6 (Ex RMH)	4.466	808.2	853.8	1.07	4.694	895.9	1.323.2	1.11
RM 6 - 1	839	885.6	856.9	1.07	785	890.6	1.254.5	1.05
RM 6 - 2	907	837.6	828.4	1.04	942	927.8	1.288.9	1.08
RM 6 - 3	631	791.5	781.5	0.98	665	904.5	1.269.7	1.07
RM 6 - 4	624	603.1	882.3	1.10	762	746.3	1.376.5	1.16
RM 6 - 5	622	924.1	930.4	1.16	625	969.6	1.490.5	1.25
RM 6 - 6	843	851.1	865.8	1.08	915	971.6	1.317.4	1.11
ASL di Viterbo	3.116	960.7	732.3	0.91	3.070	1.000.3	1.140.8	0.96
VT 1	724	1.268.9	747.5	0.93	704	1.317.9	1.208.4	1.02
VT 2	434	947.2	747.9	0.93	477	1.081.9	1.198.6	1.01
VT 3	1.065	1.093.5	851.0	1.06	1.004	1.116.3	1.318.0	1.11
VT 4	524	809.4	658.6	0.82	507	816.7	993.9	0.83
VT 5	369	622.0	554.7	0.69	378	658.7	850.4	0.71
ASL di Rieti	1.846	1.154.6	784.6	0.98	1.871	1.221.6	1.233.9	1.04
RI 1	855	1.091.2	761.3	0.95	903	1.233.9	1.280.4	1.08
RI 2	392	1.147.3	806.2	1.01	359	1.091.9	1.156.4	0.97
RI 3	280	1.025.9	798.5	1.00	289	1.086.2	1.240.8	1.04
RI 4	150	1.518.5	816.5	1.02	157	1.543.8	1.232.9	1.04
RI 5	169	1.657.5	857.0	1.07	163	1.579.5	1.186.6	1.00
ASL di Latina	4.477	795.6	782.6	0.98	4.674	863.2	1.164.5	0.98
LT 1	848	717.6	825.9	1.03	899	783.1	1.239.2	1.04
LT 2	1.309	764.6	810.4	1.01	1.422	875.7	1.252.9	1.05
LT 3	552	953.7	887.4	1.11	564	994.7	1.306.9	1.10
LT 4	863	808.7	743.6	0.93	940	894.5	1.151.7	0.97

LT 5	905	832.1	703.2	0.88	849	828.4	950.6	0.80
ASL di Frosinone	5.351	1.059.3	849.7	1.06	5.223	1.085.2	1.287.8	1.08
FR A	897	968.2	874.1	1.09	924	1.033.0	1.350.8	1.13
FR B	1.883	1.000.7	815.0	1.02	1.882	1.055.3	1.259.7	1.06
FR C	1.297	1.235.9	884.0	1.10	1.202	1.212.8	1.315.3	1.10
FR D	1.274	1.067.0	850.6	1.06	1.215	1.062.1	1.257.3	1.06

Nel 2014 il tasso di mortalità standardizzato per tutte le cause di morte nel Lazio è di 800 decessi per 100.000 abitanti per le donne e di 1.190 decessi per 100.000 abitanti per gli uomini. In particolare, per le donne i tassi standardizzati più elevati si riscontrano in alcuni territori della ASL Roma 5 (ex RMG) Rm 5-3, Rm 5-1, Rm 5-5, nel distretto sanitario RM 6-5 (ex RMH) e nell'ex Municipio V. Considerando, invece, la popolazione maschile i tassi standardizzati si evidenziano in altri territori laziali e, in particolare, nella Ex RMA, ex Municipio IX, ex Municipio XII, ASL Roma 1 e ex Municipio X.

Persone senza dimora

In Italia nel 2014 sono presenti oltre 50 mila persone senza dimora intercettate nei luoghi presso i quali si recano per ricevere ciò di cui hanno bisogno[24]. Analogamente a quanto già osservato con la precedente indagine realizzata nel 2011, la maggior parte delle persone senza dimora che usano servizi (56%) vive nel Nord del Paese (38% nel Nord-ovest e 18% nel Nord-est), oltre un quinto (23,7%) al Centro e il 20,3% vive nel Mezzogiorno (11,1% nel Sud e 9,2% nelle Isole). Il risultato è fortemente legato all'offerta dei servizi sul territorio e alla concentrazione della popolazione nei grandi centri. Rispetto al 2011, vengono confermate anche le principali caratteristiche delle persone senza dimora: si tratta per lo più di uomini (85,7%), stranieri (58,2%), con meno di 54 anni (75,8%) -

[24] Per definizione, le persone senza dimora appartengono a una popolazione non rintracciabile attraverso un indirizzo di residenza e, quindi, non rilevabile con le tradizionali tecniche di indagine adottate per le famiglie (per le quali il campione viene casualmente estratto dalle liste anagrafiche comunali). Non disponendo di una lista anagrafica delle persone senza dimora, gli obiettivi della ricerca sono stati perseguiti attraverso un approccio metodologico che fa riferimento alla teoria del campionamento indiretto e che si fonda sull'idea di utilizzare come base di campionamento una popolazione per la quale si dispone di una lista di unità legate a quelle appartenenti alla popolazione oggetto di studio; le persone senza dimora sono state, cioè, intercettate nei luoghi presso i quali si recano per ricevere ciò di cui hanno bisogno. I luoghi che le persone senza dimora frequentano sono le sedi che erogano i servizi atti a soddisfare i loro bisogni, ma anche gli spazi pubblici dove abitualmente sostano.

anche se, a seguito della diminuzione degli under 34 stranieri, l'età media è leggermente aumentata (da 42,1 a 44,0)[25].

Tab. 63 - Persone senza dimora per alcune caratteristiche - Anno 2014

	Valori assoluti	Composizione %
RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE		
Nord-ovest	19.287	38,0
Nord-est	9.149	18,0
Centro	11.998	23,7
Sud	5.629	11,1
Isole	4.661	9,2
SESSO		
Maschile	43.467	85,7
Femminile	7.257	14,3
CITTADINANZA		
Straniera	29.533	58,2
Italiana	21.259	41,9
CLASSI DI ETÀ		
18-34	13.012	25,7
35-44	12.208	24,1
45-54	13.204	26
55-64	9.307	18,4
65 e oltre	2.994	5,9
Totale	50.724	100,0

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

La Regione Lazio nel 2014 accentra la gran parte delle persone senza dimora del Centro, quasi 8 mila persone su 11.998. Scendendo nel dettaglio comunale e analizzando il dato solo per alcuni comuni, si evince che la quasi totalità vive sul territorio dei comuni di Milano e Roma: insieme questi accolgono ben il 38,9% delle persone senza dimora (23,7% nel capoluogo lombardo, una quota in leggera flessione rispetto al 27,5% del 2011 e 15,2% nella capitale). Palermo è il terzo comune dove vive il maggior numero di persone senza dimora (il 5,7%, quasi 3 punti percentuali in meno rispetto all'8% del 2011), seguono Firenze (3,9%), Torino (3,4%), Napoli (3,1%, in aumento rispetto all'1,9% del 2011) e Bologna (2%).

[25] Si veda il documento al seguente link: http://www.istat.it/it/files/2015/12/Persone_senza_dimora.pdf?title=Le+persone+senza+dimora+-+10%2Fdic%2F2015+-+Testo+integrale.pdf.

Tab. 64 - Persone senza dimora per ripartizione geografica, alcune regioni e grandi comuni. Anno 2014

	Valori assoluti		Composizione percentuale	
	2011	2014	2011	2014
Italia	47.648	50.724	100,0	100,0
Nord-ovest	18.456	19.287	38,8	38,0
Lombardia	15.802	16.003	33,2	31,5
Milano	13.115	12.004	27,5	23,7
Piemonte	2.112	2.259	4,4	4,5
Torino	1.424	1.729	3,0	3,4
Nord-est	9.362	9.149	19,6	18,0
Emilia Romagna	4.394	3.953	9,2	7,8
Bologna	1.005	1.032	2,1	2,0
Centro	10.878	11.998	22,8	23,7
Toscana	2.612	3.559	5,5	7,0
Firenze	1.911	1.992	4,0	3,9
Lazio	8.065	7.949	16,9	15,7
Roma	7.827	7.709	16,4	15,2
Sud	4.133	5.629	8,7	11,1
Campania	1.651	2.481	3,5	4,9
Napoli	909	1.559	1,9	3,1
Isole	4.819	4.661	10,1	9,2
Sicilia	4.625	3.997	9,7	7,9
Palermo	3.829	2.887	8,0	5,7

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

PIANO SANITARIO SOCIALE INTEGRATO REGIONALE 2018-2020

REGIONE TOSCANA

PIANO SANITARIO SOCIALE INTEGRATO REGIONALE

2018
2020

SOMMARIO

A. SEZIONE CONTENUTISTICA 3

PREMESSA 3

ARTICOLAZIONE DEL PIANO 6

I NUOVI SCENARI SOCIALI ED ECONOMICI DELLA REGIONE TOSCANA . CAMBIAMENTI DEL CONTESTO 9

OBIETTIVI STRATEGICI CHE GUIDANO LE AZIONI DEL PIANO: **I DRIVER** 11

Driver 1. RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE E SOCIALI 13

Driver 2. GESTIRE LA CRONICITÀ 19

Driver 3. SVILUPPARE NUOVI MODELLI DI "CARE" 31

Driver 4. ACCELERARE L'UTILIZZO DELL'INNOVAZIONE E SFRUTTARE LA RIVOLUZIONE DELL'INFORMAZIONE 35

Driver 5. CREARE UNA NUOVA RELAZIONE CON I CITTADINI E LE COMUNITÀ PER UN SISTEMA DI SALUTE E DI WELFARE ETICO E PARTECIPATO 39

Driver 6. RIDISEGNARE LE COMPETENZE E SOSTENERE LE "AVANGUARDIE" PER SVILUPPARE UNA FORZA LAVORO MODERNA E FLESSIBILE 45

Driver 7. CREARE UNA NUOVA ALLEANZA CON I CITTADINI PER PRESERVARE IL NOSTRO SISTEMA SOCIOSANITARIO 50

Driver 8. PIANIFICARE IN MANIERA CONDIVISA LE CURE NELL'ULTIMA FASE DELLA VITA 55

UN UNICO SISTEMA TANTI DESTINATARI: **I TARGET** 59

Target A. DEDICATO AI GENITORI 61

Target B. DEDICATO AI BAMBINI 67

Target C. DEDICATO AI GIOVANI 77

Target D. DEDICATO ALLE DONNE 87

Target E. DEDICATO AI PAZIENTI ONCOLOGICI 95

Target F. DEDICATO AGLI ANZIANI 103

Target G. DEDICATO ALLE PERSONE CON DISABILITÀ 109

Target H. DEDICATO AGLI STRANIERI 113
Target I. DEDICATO AI LAVORATORI 120
Target L. DEDICATO ALLE POPOLAZIONI RESIDENTI NELLE AREE INTERNE E INSULARI 124
Target M. DEDICATO ALLE PERSONE DETENUTE NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI 130
Target N. DEDICATO ATUTTI I CITTADINI 133

IL RUOLO DELLA ZONA DISTRETTO E IL SUO ASSETTO 149
PROGRAMMAZIONE MULTILIVELLO E STRUMENTI DI INTEGRAZIONE 155
LA RIPARTIZIONE DELLE RISORSE 161
INDIVIDUAZIONE DELLE MODALITÁ DI CONFRONTO ESTERNO 175

B. SEZIONE VALUTATIVA 177
VALUTAZIONE DI FATTIBILITÀ ECONOMICO-FINANZIARIA 196
LA VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI ATTESI 203
SISTEMA DI MONITORAGGIO 212
ELENCO DELLE ABBREVIAZIONI 221
COLLEGAMENTI A DOCUMENTI ESTERNI 222

A. SEZIONE CONTENUTISTICA
PREMESSA

Il 2018 è un anno importante perché celebra 40 anni dalla promulgazione della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale, dalla approvazione della Legge Basaglia sulla riforma dell'assistenza psichiatrica, dalla legge 194 per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza che libera le donne dalla schiavitù dell'aborto clandestino, nonché dalla dichiarazione di Alma Ata dell'OMS. Sempre nel 2018 si celebrano i 70 anni dalla Costituzione il cui Art 32. sancisce il Diritto alla salute e per quanto concerne invece i servizi sociali, si celebrano 20 anni dalla riforma delle adozioni internazionali (1998) che un enorme impatto ha avuto per le famiglie e i servizi socio-sanitari toscani, mentre sono passati 10 anni dall'istituzione a livello nazionale (con il decreto legge 112/2008) della prima esperienza di fondo per i cittadini meno abbienti che, dalla versione iniziale di "carta acquisti" o "social card" si è successivamente trasformato fino a giungere alla forma attuale di **Reddito di inclusione** (REI). Inoltre nel 2015 l'Assemblea Generale dell'ONU ha definito gli obbiettivi 2020/30 di sviluppo sostenibile.

In quest'occasione la Regione Toscana vuole dunque celebrare degnamente questi anniversari, che hanno profondamente inciso sulla sanità pubblica e sul sistema di welfare, con l'approvazione del nuovo Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale per il 2018/20.

La regione ha una lunga tradizione di rispetto dei diritti civili e sociali, di promozione delle buone pratiche e di coinvolgimento partecipativo dei cittadini e dei professionisti nella definizione e nella attuazione delle linee di indirizzo e di programmazione.

Tuttavia non possiamo non mettere in evidenza che lo sforzo programmatorio, che vogliamo porre in essere per migliorare i servizi e per tutelare ancor meglio la salute e il benessere sociale della popolazione toscana, cade in un periodo di grande incertezza economica e politica. La dimensione delle risorse finanziarie incide profondamente sull'organizzazione di un servizio la cui incidenza sul PIL è tra le più basse nelle nazioni avanzate e pur tuttavia raggiunge tra i migliori risultati in termini di salute.

Far fronte a questa situazione significa da un lato evitare ogni forma di spreco, dall'altro perseguire fermamente e costantemente l'appropriatezza delle cure e dei percorsi di intervento socio-sanitari.

L'epoca che viviamo è caratterizzata inoltre da un inarrestabile e tumultuoso progresso scientifico e tecnologico della medicina, così come da prospettive di innovazione sociale che si affermano nei metodi e nei dispositivi di azione. Adeguare le strutture del servizio e la formazione di tutti i professionisti della sanità e del sociale alle complesse trasformazioni che viviamo è altro scopo fondamentale della programmazione regionale.

L'intreccio di queste complesse tematiche della modernità fa si che lo sforzo della programmazione regionale e di tutti gli attori coinvolti nel sistema sia volto a mantenere

l'impegno con la cittadinanza che deriva dagli anniversari che abbiamo citato e quindi a garantire l'universalità del diritto alla tutela della salute e del benessere e l'uguaglianza dell'accesso alle prestazioni.
Ne deriva che ogni atto programmatorio deve essere volto a questi fini e, nello stesso tempo, a contrastare ogni deviazione verso la privatizzazione o il ritorno a fallite forme mutualistiche, anzi perseguendo e valorizzando in modo strategico le migliori opportunità della co-progettazione e della sussidiarietà tra istituzioni pubbliche, soggetti del Terzo Settore e dell'impresa profit.

E' uno sforzo che deve coinvolgere tutti gli attori del sistema:

- da una parte, il servizio sanitario rappresenta la miglior barriera eretta a contrastare le disuguaglianze nella tutela della salute ed è questa la finalità che ha sempre caratterizzato la deontologia delle professioni sanitarie;
- dall'altra, l'investimento sulla cooperazione virtuosa tra il contributo dei servizi pubblici e il protagonismo di tutte le altre risorse del territorio apre rinnovate prospettive di collaborazione utili a corrispondere alle sfide a venire.

Il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale è strumento di lavoro della Giunta e del Consiglio. Questa affermazione deve tradursi in prassi: i cittadini, di fronte alle grandi trasformazioni antropiche dell'ambiente, pongono questioni di tutela della salute, protezione e promozione del benessere. Non possiamo affrontare le nuove e vecchie forme di povertà, le pressanti criticità determinate dai flussi migratori, così come l'epidemia dei tempi moderni, le malattie non trasmissibili, senza intervenire sugli aspetti epigenetici e quindi sui rischi individuali e collettivi legati all'ambiente, al contesto territoriale, all'alimentazione, agli ambienti di lavoro, alla vita quotidiana. Finalità del Piano è concretizzare il tema della salute e del benessere in tutte le politiche, offrire collaborazione a tutti i settori dell'amministrazione perché questa indicazione dell'OMS diventi realtà operante nella nostra regione.
Il Piano riafferma anche la realtà del servizio sanitario come fattore produttivo. La sanità non è un costo sociale, ma una grande settore dell'economia di un paese moderno. E ciò non solo per la salvaguardia della salute, ma per il grado di libertà e di dignità che garantisce ai cittadini rispettando il loro essere persone. Il Piano non sfugge alla logica ineludibile di essere un programma sia sociale che sanitario. In tal senso di predisporranno PDTAS, cioè percorsi diagnostici terapeutici sia assistenziali che sociali.

Vi sono alcuni progetti che rappresentano il nucleo innovativo del nuovo piano integrato:

- la realizzazione della medicina di iniziativa e dell'assistenza sociosanitaria alla cronicità compresa la soluzione delle problematiche della lungodegenza;
- l'affermazione della logica dell'attivazione sociale e il cambiamento del paradigma delle politiche di welfare verso obiettivi di natura promozionale e di sostegno all'autonomia delle persone e delle famiglie, con particolare attenzione alle diverse vulnerabilità sociali;

- il monitoraggio dei progetti personalizzati e delle prestazioni, valutandone i risultati anche in termine di sviluppo della relazione con il cittadino;
- il coinvolgimento dei cittadini e delle loro forme associative nella progettazione dei servizi;
- l'omogeneità delle soluzioni adottate in tutto il territorio regionale;
- la soluzione del problema delle liste d'attesa;
- la valorizzazione dell'apporto delle professioni attraverso gli strumenti del governo clinico;
- la promozione di team multidisciplinari integrati tra sociale e sanitario e tra ospedale e territorio in grado di corrispondere agli obiettivi di presa in carico ed erogazione coordinata delle prestazioni e dei servizi;
- la creazione di percorsi diagnostico terapeutico assistenziale e sociali (PDTAS);
- il superamento delle disuguaglianze dell'offerta dei servizi sociali e sanitari e dell'attenzione alla salute anche nella prospettiva della medicina di genere;
- la realizzazione di un livello essenziale dei servizi sociali con capacità di intervenire prontamente sui bisogni sempre più espressi in "acuto" offrendo una rete necessaria, pronta e immediatamente disponibile, sicura e protettiva di supporto ad ogni progetto di aiuto a medio-lungo termine, prevedendo la continuità con la presa in carico del territorio di fronte a bisogni primari e non;
- la realizzazione di un continuum ospedale territorio superando anacronistiche separatezze;
- la definitiva articolazione della medicina generale in AFT e la riorganizzazione h 16
- della continuità assistenziale;
- l'impegno a incrementare le borse di studio per le specializzazioni e la medicina generale;
- la particolare attenzione ai rischi ambientali e ai determinanti di salute.

Il piano socio-sanitario integrato regionale individua obiettivi e indirizzi strategici coerenti con i valori che lo ispirano e si traduce non solo in idonei atti attuativi, ma, anche, nella creazione di un clima che, esaltando la professionalità di tutti (servizi, professionisti operatori pubblici e privati), tende all'eccellenza dei percorsi.
Il coinvolgimento e la partecipazione dei cittadini rappresentano uno dei pilastri su cui si fonda il SSR. La partecipazione attiva dei cittadini e l'attivazione delle risorse della comunità che deve tradursi in un equilibrio tra i diritti giustamente reclamati e i doveri verso la collettività.
Il piano vuol coniugare innovazione e sostenibilità, protezione dai rischi ambientali e slancio economico, considerando il servizio sanitario e i servizi sociali quale pilastro della produttività e non come costo sociale.
Il piano vuol essere strumento di indirizzo operativo per la prassi quotidiana del servizio; ha scopi ambiziosi ma coerenti con la tradizione di efficacia e di efficienza del welfare socio-sanitario toscano.

ARTICOLAZIONE DEL PIANO

Analogamente a quanto attuato di recente da altre regioni abbiamo scelto di realizzare un Piano snello, sintetico nella forma, di facile lettura con l'intento di renderlo accessibile a tutti, riportando in maniera ben visibile le parole-chiave e gli obiettivi e ricorrendo a numerosi elementi infografici che ne rinforzino i contenuti. La finalità è quella di raggiungere già nella forma grafica di redazione del PSSIR uno degli obiettivi strategici che il piano stesso si pone ovvero quello di "creare una nuova relazione con i cittadini e le comunità per un sistema di salute e di welfare etico e partecipato" rendendolo più usufruibile e accessibile non solo agli addetti ai lavori, ma anche ai singoli cittadini che devono comprendere e capire con parole semplici e immediate ciò che la propria Regione intende fare.
Il documento che vede, nel suo stesso formato, cambiamenti importanti punta alla semplicità, alla sinteticità e alla rapidità di comprensione, e , pertanto, prende atto, pur non illustrandole, di tutte le iniziative ed azioni intraprese o da intraprendere, nell'ambito del Sistema sanitario e sociale integrato regionale, in attuazione di disposizioni ed in coerenza con percorsi di livello nazionale o sovra-nazionale.

Nella stesura del piano si sono fatte le seguenti scelte di forte cambiamento:

- non tenere separate le parti relative alle politiche sanitarie da quelle sociali;
- non tenere separate la parte descrittiva della rete ospedaliera e da quella descrittiva della rete territoriale;
- includere la tematica della prevenzione in tutti gli obiettivi di piano;
- presentare i dati epidemiologici in maniera prospettica anziché retrospettiva.

Quanto sopra al fine di rendere l'**integrazione tra le politiche sociali e le politiche sanitarie** ancora più forte e ancora più operativa. Sebbene questo non sia il primo piano sanitario e sociale integrato della Regione Toscana sarebbe quasi un paradosso continuare a considerare in modo parcellizzato e frammentato la descrizione degli sforzi e degli interventi che quotidianamente la Regione fa per rispondere in maniera coordinata ai bisogni che necessitano di risposte socio-sanitarie. L'integrazione socio-sanitaria smetterà di essere solo uno slogan o una enunciazione di principio se effettivamente cominciamo a ragionare non più per compartimenti stagni ma in maniera trasversale sia sul versante degli operatori pubblici che mettono in atto gli interventi, sia sui bisogni che provengono dai nostri cittadini.
Analogamente la necessità di **integrazione organizzativa tra le componenti assistenziali ospedaliere e quelle territoriali** rappresenta un'urgenza tale da rendere anacronistico il trattarle, come è sempre accaduto in passato, in parti differenti del piano. La necessità di creare criteri di organizzazione che abbraccino tutto il percorso del paziente garantendo una presa in carico reale e definitiva, annullando le dicotomie

organizzative nella visione del mondo sanitario, è tale da introdurre all'interno del piano una nuova definizione dei PDTA che diventano **PDTAS** (**Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali sociali**).
Arricchendosi di una "s" finale viene indicato l'"obbligo" di integrazione all'interno dei percorsi assistenziali con le valutazioni e gli interventi della sfera sociale, individuando un forte richiamo alla presa in carico totale e trasversale del cittadino che si trova ad interagire con il sistema socio sanitario regionale. Con questa finalità Regione Toscana potrà portare a definitivo valore l'esperienza dell'integrazione istituzionale delle funzioni sanitarie e sociali perseguita con le esperienze delle Società delle Salute e delle Convenzioni sociosanitarie nelle zone distretto.
Con questo approccio di governance integrata della salute, il Piano vuole cogliere e **vincere la sfida che la cronicità oggi impone al Sistema Sociosanitario Pubblico nazionale e regionale**, andando oltre i limiti delle diverse istituzioni, attribuendo una effettiva ed efficace "centralità" alla persona ed al suo progetto di cura e di vita nella comunità. Il riconoscimento dei bisogni della popolazione anche attraverso l'utilizzo dei dati sanitari e sociali disponibili a livello regionale ed a supporto di una visione di Population Health Management sosterrà una modalità di reale presa in carico proattiva del paziente che consenta oltre al miglioramento degli obiettivi di salute anche la realizzazione di nuovi equilibri di sostenibilità del sistema. Questo risultato si potrà ottenere partendo dai risultati della Sanità di Iniziativa, riorganizzando l'integrazione delle reti cliniche specialistiche, coinvolgendo e assegnando nuovi ruoli alle figure assistenziali, identificando livelli di servizio innovativi per la continuità delle cure e creando un nuovo sodalizio terapeutico con il cittadino affetto da una patologia cronica.
Particolare significato assumerà inoltre la necessità di adottare nuove e più efficaci strategie di Prevenzione facendo diventare la filosofia preventiva come un tracciante trasversale in tutti i driver e non solamente un insieme di iniziative trattate in argomenti isolati del piano. Di qui la volontà di prevedere una forte interazione con tutte le politiche sanitarie, con azioni a corredo e supporto del restante ambito sociosanitario.
Fondamentale risulta inoltre la promozione della cultura della prevenzione primaria in tutti gli ambiti di attività del sistema socio sanitario e di coprogettazione sociale e di comunità. La Prevenzione, che si è andata affievolendo in questi ultimi anni per varie cause, deve essere rilanciata in tutti gli ambiti sanitari, ospedale compreso, e deve uscire anche dalla stretta influenza sanitaria con l'obiettivo, già fortemente sostenuto dall'OMS, della "salute in tutte le politiche".
Anche nell'inserimento dei riferimenti epidemiologici è stata fatta una scelta orientata alla facilità di comprensione e alla contestualizzazione rispetto all'argomento trattato. Pertanto non è stato redatto un capitolo specifico dedicato a questa materia ma nella trattazione dei capitoli dedicati ai singoli TARGET (vedi oltre) è stata inserita la parte epidemiologica di riferimento cercando di effettuare, per alcuni dei singoli fenomeni osservati, delle proiezioni statistiche riferite al periodo di validità del piano.

Il riferimento costante ed esaustivo delle proiezioni statistiche e delle loro interpretazioni è costituito dal rapporto "Welfare e Salute in Toscana - 2017" (https://www.ars.toscana.it/2-articoli/3985-welfare-e-salute-in-toscana-2017.html), che per la prima volta ha riunito i principali risultati della Relazione sanitaria dell'Agenzia regionale di sanità (ARS), della Relazione sociale dell'Osservatorio sociale regionale (OSR) (http://www.regione.toscana.it/osservatoriosocialeregionale/attivita/programmazione-socio-sanitaria/le-pubblicazioni), del Centro regionale di documentazione sull'infanzia e l'adolescenza e del Sistema di valutazione del Sistema Sanitario toscano del MES in un unico documento.
Il piano viene articolato su 8 grandi obiettivi strategici (DRIVER) che rappresentano le forti linee di indirizzo cui il PSSIR è ispirato.
La legge 24 del 1 aprile 2018 sulla sicurezza delle cure e la responsabilità professionale è una delle norme più importanti che hanno riguardato la sanità pubblica italiana in questi ultimi 20 anni. E' anche una delle poche leggi a livello internazionale che affronta questa tematica in modo completo. Si è ritenuto quindi di considerarla il **filo rosso**, il sentiero che i vari driver del Piano Sanitario Regionale dovranno seguire per il miglioramento della qualità dell'assistenza evidenziato.
L'articolazione poi prosegue con la definizione dei suddetti Driver articolandone le azioni su 11 destinatari (TARGET) che ricomprendono nel loro insieme la nostra popolazione di riferimento distinta per età, fasi della vita e o particolari condizioni di malattia.
Da evidenziare come, in particolare, relativamente ad uno specifico target, costituito dai cittadini stranieri, con l'adozione del presente PISSR, in base all'art. 6 della L.R. 29/2009, si concluda la vigenza – in proroga – del Piano di indirizzo integrato per le politiche sull'immigrazione 2012-2015 approvato con delibera del Consiglio Regionale n. 20 del 22 febbraio 2012.
Al fine di dare compiuta attuazione al Piano, in coerenza con quanto previsto dal Documento di Economia e Finanza Regionale (DEFR) e delle note di aggiornamento, verranno successivamente predisposti atti esecutivi, che potranno assumere anche la forma di schede operative, nelle quali saranno definite in maniera puntuale le singole azioni e/o percorsi da attivare, i soggetti coinvolti, i risultati attesi ed i relativi indicatori per il monitoraggio e la valutazione dello stato di attuazione della programmazione.

I NUOVI SCENARI SOCIALI ED ECONOMICI DELLA REGIONE TOSCANA. CAMBIAMENTI DEL CONTESTO

Nel 2016 l'economia toscana è tornata a crescere, segnando un aumento di circa un punto e mezzo percentuale del Prodotto interno lordo. Tuttavia la recessione iniziata nel 2008, in seguito alla crisi finanziaria mondiale, ha indebolito il sistema economico con evidenti riflessi sul mercato del lavoro: i disoccupati sono 66 mila in più di quelli osservati nel 2008; il tasso di disoccupazione, che allora si attestava intorno al 5%, è ora al 8,6%. L'incidenza della disoccupazione di lunga durata – la frazione di disoccupati in cerca di un impiego da più di un anno – è ancora molto alta (51,9%), anche se inferiore al picco raggiunto nel 2014. Nel 2017 sono 53.560 le persone disponibili in cerca di un impiego.

nel 2016
disoccupati da più di 1 anno
51,9%
inferiore al 2014

La crisi ha colpito soprattutto i giovani: tra il 2007 ed il 2016 il tasso di disoccupazione giovanile (i giovani in cerca di lavoro) è cresciuto di 9 punti, mentre nello stesso periodo il tasso di disoccupazione totale è salito di 4 punti percentuali (e quello degli adulti di 3 punti). Tale dato assume ancor maggiore rilievo se si considera che vi è una larga fetta di giovani, circa il 18% degli under 30 che si trovano in condizione di disoccupazione ed inattività, i cosiddetti NEET (not engaged in education, employment or training).

Sebbene la Toscana non sia una regione povera, la crisi economica ha avuto effetti negativi sulle famiglie ed individui che vivono sotto il minimo vitale, la cosiddetta povertà assoluta che è salita dall'2% del 2008 al 3,8% del 2016 passando da circa 32mila a 62mila famiglie e da 52mila a 142mila individui. Tra le famiglie in cui sono presenti componenti in età da lavoro la povertà relativa è aumentata mediamente di 4,3 punti percentuali tra il 2008 e il 2014. Parallelamente è cresciuta anche la quota di famiglie che si trovano in una condizione economica inferiore a quella necessaria per accedere agli stili di vita prevalenti (la cosiddetta povertà relativa), che è cresciuta dal 2008 al 2016 dal 9,2 per cento all'9,6 %.

Inoltre da segnalare il fatto che l'aumento della povertà è stato, conseguentemente, più forte, tra le famiglie con più componenti e tra quelle in cui sono presenti minori, all'interno delle quali, più probabilmente, sono presenti componenti in età da lavoro. In

generale, quindi, la crisi ci ha reso più poveri, più disuguali, e ha prodotto significative divergenze nei tenori di vita fra i lavoratori e i pensionati e, all'interno della categoria dei lavoratori, fra le generazioni più giovani e quelle presenti nel mercato del lavoro da più tempo.
La crisi ha fatto emergere, quindi, nuovi rischi sociali, che si sono sommati ad altri già esistenti, come quelli legati alle dinamiche demografiche. In seguito all'invecchiamento della popolazione e al contestuale calo della natalità la società toscana è oggi composta sempre di più da anziani e sempre meno da giovani.

OBIETTIVI STRATEGICI CHE GUIDANO LE AZIONI DEL PIANO: I DRIVER

Il piano risponde al mandato del Governo regionale di accelerare il processo di trasformazione del nostro SSR verso un sistema che metta effettivamente i bisogni delle persone al primo posto e assicuri l'erogazione dei LEA di cui al DPCM 12/01/2017 secondo i principi di equità, appropriatezza, evoluzione e valorizzazione della sostenibilità.
Questo si realizza sulle basi solide costruite dai precedenti piani che hanno consentito di conseguire risultati importanti, ma siamo consapevoli che c'è ancora da fare per migliorare l'esperienza dei cittadini che si rivolgono ai nostri servizi e per rendere il sistema più trasparente e responsabile e soprattutto per preservarlo per le generazioni future.
Il piano si sviluppa a partire dall'impegno nei confronti delle persone perché prendersi cura dei bisogni della gente è alla base di ogni decisione che dobbiamo assumere come sistema socio sanitario.
Un impegno confermato per l'equità, la partecipazione e l'universalità, questi sono i principi che ispirano il nostro Sistema Sanitario Pubblico Regionale e per i quali vale la pena lottare e difendere sempre.
Ma dobbiamo anche approcciare da una diversa prospettiva le sfide che la maggior parte dei sistemi sanitari si trova ora ad affrontare, se crediamo nel diritto alla salute e all'assistenza sanitaria - come nel nostro caso - allora la domanda che dobbiamo porci è: come possiamo continuare a garantire l'accesso alle cure e fornire al tempo stesso la massima qualità delle risposte?
Ci sono aspetti economici e demografici di cui dobbiamo tenere conto, la nostra popolazione sta invecchiando, le possibilità di cura per molte malattie aumentano e le risorse finanziarie sono limitate. Ma queste non sono sfide insormontabili. È soprattutto una questione di scelte. Le nostre devono essere sempre più legate alle evidenze e mettere sempre la persona al primo posto.
Per poter offrire un'assistenza sanitaria e sociale migliori occorre infatti prevedere e comprendere i bisogni dei cittadini della Toscana e sviluppare e supportare le risposte che meglio li possono soddisfare, basate sul valore e sulla qualità, per preservare il sistema per le generazioni a venire.
Ogni decisione deve essere centrata su questi principi ma occorre darsi delle priorità ed il piano contiene le scelte che ci consentirà di raggiungere gli obiettivi ambiziosi ma realizzabili che sono stati individuati.

Il piano si concentra quindi su **otto obiettivi chiave** (**DRIVER**).

1. Ridurre le disuguaglianze di salute e sociali
2. Gestire la cronicità
3. Sviluppare nuovi modelli di 'care'
4. Accelerare l'utilizzo dell'innovazione e sfruttare la rivoluzione dell'informazione
5. Creare una nuova relazione con i cittadini e le comunità per un sistema di salute e di welfare etico e partecipato
6. Ridisegnare le competenze e sostenere le 'avanguardie' per sviluppare una forza lavoro moderna e flessibile
7. Creare una nuova alleanza con i cittadini per preservare il nostro sistema sociosanitario
8. Pianificare in maniera condivisa le cure nell'ultima fase della vita.

Driver 1
RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE E SOCIALI

> **Equità e giustizia sociale: contrasto alle disuguaglianze e accoglienza delle differenze, centralità delle persone, delle famiglie e delle comunità**

Equità, giustizia sociale e centralità della persona nelle politiche

Uguaglianza, universalità e appropriatezza sono i principi che muovono i programmi e le azioni dei servizi e dei sistemi locali per agire con equità e contrastare le disuguaglianze, proponendo progetti di vita e di cura rivolti alle singole persone, ai loro bisogni e alle loro aspettative.

I servizi sfidano oggi nuove forme di disuguaglianza. Le condizioni di svantaggio e disagio determinate dalle tensioni geopolitiche che caratterizzano lo scenario internazionale, con i correlati flussi migratori.

La conoscenza dei cambiamenti in corso guida la riforma degli assetti istituzionali del sistema toscano e rinnova la visione e le azioni dei servizi .
La riorganizzazione delle zone sociosanitarie consente di operare localmente con maggiore incisività e uniformità e di facilitare una significativa e responsabile presenza dei soggetti delle economie solidali.
Le politiche sociali in Toscana hanno già scelto, in piena attuazione delle direttive comunitarie, di utilizzare una quota rilevante delle risorse del POR FSE 2014/2020 (Asse B "Inclusione Sociale e lotta alla povertà") per rafforzare l'inclusione sociale e di usare il REI come misura universale di contrasto alla povertà, costruendo un piano organico di contrasto alla povertà.
Si evidenzia che il REI, alla luce del D.Lgs 147 del 15/9/2017, ha assunto la natura di Livello Essenziale delle Prestazioni nei suoi due aspetti di trasferimento di risorse ai beneficiari e di strutturazione del modello e del percorso di accesso e presa in carico centrato sulle multidimensionalità e la multiprofessionalità.

I rinnovati modelli organizzativi rilevano le condizioni di rischio sanitario, sociale e ambientale per dare la stessa opportunità di benessere a tutti, senza rinunciare mai – sia sul piano dei principi sia su quello metodologico – al coinvolgimento attivo delle persone e delle comunità. I servizi non si limitano solo a "interventi riparativi" ma si occupano sempre più di prevenzione. Si ricerca l'integrazione di saperi multidisciplinari, si adottano strategie efficaci di contrasto a disuguaglianze e iniquità. Il patto tra comunità locali, servizi e persone, che si fonda sulla condivisione di responsabilità, diventa una leva fondamentale per la qualità della vita dei cittadini e delle famiglie.
Il PISSR – in particolare all'interno dei contesti di coordinamento attivati nell'ambito del piano regionale di contrasto alle povertà (delibera n.998 del 10-09-2018) – intende rafforzare l'integrazione tra politiche abitative e politiche sociali e sociosanitarie, anche in considerazione del fatto che i principali supporti presenti nell'ambito delle politiche abitative (tra i quali le misure di edilizia popolare e i vari tipi di contributo a sostegno per l'affitto) rappresentano degli strumenti fondamentali per prevenire e contrastare una delle facce – quella abitativa – del variegato prisma delle povertà.

Quattro linee di azione:

1 PROMUOVERE STILI ED AMBIENTI DI VITA SANI E CONSUMI CONSAPEVOLI

Le misure di prevenzione si dispiegano attraverso interventi, precoci e diffusi, allo scopo di aumentare conoscenze, competenze e potenzialità per vivere bene e dignitosamente. Consentono alle persone di ridurre rischi e disagi per il benessere fisico, psichico e sociale. Le tecniche e le pratiche delle organizzazioni sanitarie e sociali devono mirare alla responsabilizzazione dei cittadini, favorire le loro capacità di comprensione e consapevolezza nell'adottare modalità e stili di vita adeguati.
Per questo scopo l'impegno regionale sostiene la cooperazione tra le istituzioni territoriali per presidiare pro-attivamente tutti i settori (salute, scuola, mobilità, occupazione, pianificazione urbanistica, ambiente) e contesti geografici che rappresentano fattori di rischio sovra individuali, e promuove scelte favorevoli alla salute individuale e collettiva.

2 ACCESSO AI SERVIZI, FRUIZIONE, INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

Il primo obiettivo è garantire accesso e fruizione dei servizi in modo equo e appropriati a tutti i singoli individui di una popolazione che presenta, naturalmente, un'ampia eterogeneità degli individui: genere, età, abilità,

provenienza, lingua, cultura, religione, orientamento sessuale, mobilità sul territorio, condizioni di vita e status economico e giuridico

Importante è il ruolo del Terzo settore, che ha finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, ed è partner e co-protagonista del sistema pubblico, spesso antenna sensibile nell'intercettare nuovi bisogni sociosanitari e frequentemente impegnato nell'offrire porte d'ingresso ai servizi. Le funzioni di orientamento e accompagnamento che esso svolge per l'accesso consapevole e l'utilizzo responsabile della rete dei servizi è utile per contrastare tante situazioni di vulnerabilità e marginalità in grado di pregiudicarne la piena fruizione.

3 COMUNITÀ LOCALE, SALUTE ED ECONOMIE SOLIDALI

Le politiche di promozione della salute e gli interventi sociali non possono prescindere dal coinvolgimento attivo dei territori e dei cittadini nel definire gli obiettivi, assumere le decisioni, dare attuazione alle strategie di miglioramento del livello di vita collettiva e individuale. E' così che si introducono forme di reale co-programmazione e di cittadinanza responsabile e si dà spazio al dialogo fecondo e strutturato tra cittadini, terzo settore e mondo delle professioni sanitarie e sociali.

Il modello di riferimento è una comunità che riesce a mettere in relazione le competenze degli operatori con le risorse e le energie portate dai cittadini, i saperi non professionali e le esperienze aggregative anche di natura informale. Ciò è possibile se si adottano strumenti che promuovono prossimità, proattività e integrazione dei servizi. Tra questi, riveste particolare rilievo la co-progettazione a livello territoriale, volta a favorire nuove esperienze di welfare mix e di welfare integrativo, sostenute anche dall'introduzione dell'innovazione tecnologica e da piattaforme miste, in cui le varie componenti, quella professionale, quella civica e quella delle economie solidali, si incontrano e costruiscono strategie e percorsi che rafforzano le politiche per la salute e l'inclusione sociale.

4 ACCESSO E QUALITÀ DELLE CURE

Obiettivi primari sono:

1. Organizzare un livello di intervento che intercetti quella tipologia di bisogni sempre più espressi in "acuto" dai soggetti più fragili e a rischio di marginalizzazione, con capacità di intervenire prontamente per aiutare cittadini in grave difficoltà, di fronte a bisogni primari e non differibili (violenza e procedure "codice rosa", abbandono e assenza di reti familiari, episodi di grave conflittualità intra-familiare, maltrattamento e abuso di

minori) attivo 24 ore su 24 e 365 giorni su 365 offrendo una rete necessaria, pronta e immediatamente disponibile, sicura e protettiva, di supporto alla presa in carico globale delle persone;

2. offrire percorsi di cura e d'assistenza adeguati in ogni luogo di cura di ogni singolo territorio, minimizzando ogni possibile condizione di variabilità in termini di tempestività, appropriatezza e qualità delle cure, in particolare per quanto attiene ai percorsi di cura delle malattie croniche e oncologiche e a quelli della salute mentale;
3. aumentare l'accesso da parte della popolazione immigrata ai percorsi di cure primarie, compresi quelli di prevenzione oncologica (screening) per facilitare cure appropriate e tempestive;
4. aumentare l'accesso delle mamme con basso titolo di studio o in condizioni di vulnerabilità ai servizi offerti dai Consultori per il sostegno e l'accompagnamento alla maternità e alla genitorialità;
5. in relazione alle modalità per l'accesso prioritario al sistema integrato delle persone di cui all'art. 7 comma 6 della LR 41/2005, il PISSR declina tale obiettivo rispettivamente:
    - per le persone in condizione di povertà o con reddito limitato o situazione economica disagiata nell'ambito delle misure operative coerenti con la strategia regionale di contrasto alla povertà di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 998 del 10-09-2018 avente ad oggetto "Approvazione Documento programmatico misure di contrasto alla povertà", ai sensi del Decreto Lgs 147/2017 art. 14 comma 1;
    - per i soggetti con incapacità fisica o psichica, totale o parziale, di provvedere alle proprie esigenze, nell'ambito dei principi e delle misure definite all'interno dei successivi target rispettivamente dedicati alle persone anziane e delle persone con disabilità;
    - per i soggetti con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, nell'ambito dei principi e delle misure definite all'interno, coerentemente con quanto sopra enunciato nel presente capitolo, nell'ambito di principi e delle misure specificati in particolare all'interno dei successivi driver 5 "Creare una nuova relazione con i cittadini e le comunità per un sistema di salute e di welfare etico e partecipato" e target dedicato ai lavoratori;
    - per i soggetti, sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendano necessari interventi assistenziali, nell'ambito dei principi e delle misure specificate all'interno del successivo target dedicato alle persone detenute negli istituti penitenziari.

Nella prospettiva della qualificazione e del miglioramento continuo degli interventi territoriali e della ricerca dell'appropriatezza dei servizi a favore di soggetti in condizioni di svantaggio e a rischio di esclusione sociale, il PISSR potrà prevedere percorsi innovativi, anche a carattere sperimentale, con le modalità e nell'ambito degli obiettivi indicati all'art. 14, commi 4 e 5, della LR 41/2005.

La normativa regionale in materia di inclusione sociale e contrasto alle disuguaglianze già oggi stabilisce le funzioni regionali, prevede le specifiche determinazioni di livello gestionale e le modalità di cofinanziamento delle politiche, con un ottica perequativa tra i diversi territori. Esistono efficaci misure di sostegno in conto capitale agli investimenti nel settore sociale, destinate – grazie alla programmazione integrata regionale e di zona distretto – agli enti locali e agli altri enti pubblici del territorio regionale per incrementare la capacità di offerta dei servizi alla persona, il potenziamento e la qualificazione della rete dei servizi sociali e sociosanitari. Per tali interventi è stabilita la necessità di un co-finanziamento da parte degli enti pubblici beneficiari non inferiore al 15% del costo totale dell'opera e potranno essere, anche in futuro, erogate risorse ordinarie della Regione e risorse attribuite o trasferite, anche in modo finalizzato, dallo Stato o dall'Unione europea.

Driver ②
GESTIRE LA CRONICITÀ

La cronicità e la salute al nostro tempo: il Sistema Sociosanitario Pubblico si ridisegna, la comunità si organizza e il cittadino si rafforza

La cronicità è ormai la nuova sfida per i sistemi sanitari. Le malattie croniche sono causa di mortalità prematura e di disabilità evitabile, rappresentano il principale problema di salute pubblica nei paesi occidentali e minacciano la sostenibilità dei sistemi di welfare. Il sistema sociosanitario deve affrontare la cronicità superando approcci settoriali, adottando adeguati modelli di prevenzione e cura, attuando politiche integrate coi settori sociali, educativi, della formazione, dell'ambiente e dell'industria. L'esperienza toscana già oggi offre più di un esempio in tal senso, con risposte efficaci nella sfida alle malattie croniche.

Il piano d'azione per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche elaborato dall'OMS (Piani d'azione WHO 2008-2013 e 2013-2020) si fonda su:

- **approccio basato sui diritti umani**: perché il più alto livello di salute raggiungibile è un diritto di ogni essere umano;
- **approccio basato sull'equità**: perché le disuguaglianze nella cura delle malattie non trasmissibili sono influenzate dai determinanti sociali;
- **azioni multisettoriali**: perché per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili servono leadership e coinvolgimento coordinato di stakeholder diversi;
- **approccio basato sull'intervenire durante intero corso dell'esistenza**: le opportunità di prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili si presentano a diversi stadi dell'esistenza; spesso sono gli interventi attuati nel periodo iniziale della vita ad offrire le migliori possibilità di successo per la prevenzione primaria;
- ***empowerment* degli individui e delle comunità**: perché entrambi vanno coinvolti nella prevenzione e nel controllo delle malattie non trasmissibili, stimolando un processo di crescita, sia dell'individuo che delle comunità, basato sull'incremento della stima di sé, dell'auto-efficacia e dell'autodeterminazione;
- **strategie basate sulle evidenze scientifiche**: perché le strategie e le pratiche devono basarsi sulle evidenze, considerare il rapporto costi-efficacia, assicurare

la sostenibilità, seguire i principi della sanità pubblica, tener conto e rispettare la cultura di ogni singola comunità di cittadini.

Il **Piano Nazionale Cronicità** (Ministero della Salute 2016) ha raccolto sia le indicazioni dell'OMS sia le esperienze di alcune regioni , tra cui la Toscana.
Il PSSIR intende riprendere integralmente l'approccio del piano nazionale, considerando anche quelle difficoltà, ritardi ed errori d'implementazione che già numerosi stakeholder non hanno mancato di evidenziare.

Le strategie individuate sono pertanto le seguenti:
- stratificazione e targeting della popolazione
- promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce
- presa in carico e gestione del paziente (definizione dei PDTAS)
- erogazione di interventi personalizzati
- valutazione della qualità delle cure erogate.

Stratificazione e targeting della popolazione

Non si può parlare di una cronicità ma di tante cronicità: la definizione OMS di malattia cronica ("problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decadi") delinea una grande categoria in cui entrano condizioni molto diverse.

La **cronicità** comprende un ampio spettro di condizioni patologiche tra le quali hanno particolare rilevanza le seguenti: patologie trasmissibili (HIV, ecc.), malattie genetiche, malattie rare, ipertensione ad alto rischio cardiovascolare, malattie renali croniche e insufficienza renale, malattie reumatiche e artriti croniche, rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn , insufficienza cardiaca cronica e aritmie, malattie muscolo- e neurodegenerative (malattia di Parkinson e parkinsonismi, SLA, SM, epilessia, distrofie muscolari, ecc.), esiti neurologici di eventi acuti (ictus e cerebrolesioni acquisite), malattie psichiatriche (schizofrenia, depressione, ecc.), demenze, BPCO e insufficienza respiratoria cronica, diabete, malattie oncologiche (pazienti oncologici in follow up, cure primarie secondo protocollo regionale).

Alcuni fattori che descrivono questo panorama variegato di patologie sono:
- **prevalenza**: vi sono condizioni ad alta o altissima prevalenza (vedi: diabete tipo 2 e ipertensione) e condizioni a bassa prevalenza o rare (vedi: SM, SLA, Lupus eritematoso sistemico, ecc.);
- **insorgenza**: alcune condizioni hanno un'insorgenza improvvisa (es: diabete tipo

1), mentre in altri casi si ha uno sviluppo lento e una lunga latenza prima che la patologia si manifesti (es. diabete tipo 2, ipertensione, ecc.); in questo secondo caso sono possibili diagnosi ed interventi precoci per rallentare l'evoluzione e modificare gli esiti;

- **sintomatologia:** vi sono condizioni che comportano dolore, impotenza funzionale, astenia e in generale sintomatologia importante (es: artriti, malattie infiammatorie intestinali, asma), mentre in altre i sintomi possono essere anche meno rilevanti (es: insufficienza renale cronica, diabete tipo 2, ipertensione);
- **controllabilità:** alcune condizioni croniche, come la demenza ad esempio, non sono al momento controllabili con una terapia specifica, mentre altre (es: SM, Parkinson, diabete) trovano presidi terapeutici in grado di controllarne il decorso;
- **evoluzione verso la disabilità**: c'è una relazione tra condizioni croniche e disabilità: mentre le persone con disabilità hanno con più probabilità condizioni croniche, le persone con condizioni croniche possono sviluppare nel tempo limitazioni al funzionamento ed alla partecipazione, in modo variabile a seconda della o delle condizioni presenti e della loro evoluzione nel tempo.

Condizioni croniche sono considerate oggi anche malattie per le quali, grazie all'evoluzione delle terapie, si è giunti ad una lunga sopravvivenza, come alcuni tumori e l'HIV. Sono considerate croniche anche alcune patologie psichiatriche come, ad esempio, la depressione.

Per la loro lunga durata le condizioni croniche hanno un'evoluzione nel tempo e una variabilità legata a fattori individuali, sociali e contestuali.

Un sistema evoluto di gestione delle condizioni croniche necessita da un lato di standardizzare dall'altro di personalizzare l'offerta di servizi. Ciò richiede di:

- riconoscere e valutare le persone che hanno livelli o fasce di complessità e rischio progressivamente crescenti (**STRATIFICAZIONE**) perché al crescere del rischio e della complessità corrispondono bisogni crescenti e modalità di gestione più intensive;
- garantire un'**offerta proattiva e continua** nel tempo degli interventi adeguati ai bisogni di ogni sottogruppo di pazienti (**TARGETING**) e che non "attenda le persone sulla porta dell'ambulatorio", ma assuma l'iniziativa nei loro confronti (ulteriore estensione della già nota Sanità di Iniziativa). L'**offerta attiva** richiede la creazione di un elenco o **registro di patologia**.

Il modello consolidato utilizzato per la stratificazione (Piramide di Kaiser) punta a individuare:

- i pazienti con rischi più bassi, come quelli legati agli stili di vita, verso i quali mettere

in atto azioni di **prevenzione primaria e secondaria**;
- quelli affetti da patologia conclamata ma di complessità medio bassa, verso i quali intervenire con approccio **Chronic Disease Management;**
- i malati più complessi, che hanno bisogno di una presa in carico clinica e sociosanitaria, tipica dell'approccio **Chronic Case Management**.

Questa schematizzazione, pur avendo un valore sia concettuale sia operativo, non è però sufficiente a rispondere alla complessità dei pazienti. Come ad esempio il fatto che più condizioni croniche spesso coesistono nella stessa persona.
La compresenza di più patologie porta alla necessità di riadattare i criteri di stratificazione, passando da quelli solo clinici a quelli funzionali e di rischio aggregato e oggi più della metà della popolazione con patologie ha più di una malattia cronica (il 52% - ISTAT 2015).

52%
della popolazione con patologie croniche
ha più di una malattia

Istat 2015

E' evidente l'urgenza di superare le criticità che sino ad ora hanno rallentato e/o impedito l'adozione nel SST di un sistema di stratificazione efficace e che sono state rappresentate da:
- i ritardi nell' implementazione del fascicolo sanitario elettronico;
- la difficoltà di condividere dei dati sanitari elettronici raccolti ed utilizzati dai MMG e PLS;
- una cultura della documentazione clinica ancora inadeguata;
- le difficoltà che s'incontrano nell'applicazione della normativa a tutela della privacy.

Promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce

Le malattie croniche a maggiore prevalenza, in particolare quelle cardiovascolari, il diabete mellito, le malattie respiratorie croniche, così come anche i tumori, hanno alcuni fattori di rischio comuni e modificabili con interventi preventivi: fumo di tabacco, abuso di alcol, scarso consumo di frutta e verdura, sedentarietà. Ad essi possono associarsi altri fattori di rischio cosiddetti " intermedi " (ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa, intolleranza ai carboidrati, sovrappeso/obesità), anch'essi suscettibili d'interventi di controllo e correzione. Inoltre, livello d'istruzione, condizioni ambientali e assetto urbanistico, condizione occupazionale, professione svolta, reddito medio familiare e grado di deprivazione dell'area in cui le persone vivono, influenzano i fattori di rischio citati.
Riuscire ad intervenire sui fattori di rischio comuni, ma anche sui determinanti distali consente un'efficace prevenzione delle condizioni croniche e della loro evoluzione.

I programmi di promozione della salute e di prevenzione delle patologie croniche già previsti a livello nazionale (Piano Nazionale e Regionale di Prevenzione, Guadagnare Salute) vanno declinati localmente in interventi di promozione degli stili di vita che hanno un impatto positivo sulla salute:

Questi interventi richiedono almeno tre tipi di azioni:

1. **Epidemiologia e sorveglianza**: per guidare e orientare le priorità, nonché implementare e monitorare gli interventi più efficaci di prevenzione a livello di popolazione;
2. **Azioni su ambiente, tessuto sociale e comunità di cittadini**: per favorire le abitudini positive e per individuare le risorse accessibili per l'adozione di comportamenti sani;
3. **Azioni sui singoli individui**: per identificare precocemente coloro che hanno un rischio aumentato di malattia e intraprendere iniziative di counselling motivazionale individuale o di gruppo.

Per le azioni di prevenzione a livello ambientale, sociale e comunitario sono necessarie:

- strategie di comunità, scolastiche, individuali ed interventi multi-settoriali e multifattoriali su alimentazione, attività fisica, consumo di alcol, tabacco, sostanze stupefacenti e gioco d´azzardo;
- formazione degli operatori per metterli in grado di usare metodologie innovative tra le quali la disponibilità di aggiornate mappature;
- il coinvolgimento e la collaborazione delle altre istituzioni che operano negli ambiti dell'agricoltura, turismo, ambiente ed energia e sviluppo sostenibile.

Nell'ambito delle cure primarie per la prevenzione individuale devono essere promossi:

- la valutazione del livello di rischio per patologie croniche (rischio cardiovascolare, rischio d'insorgenza di diabete tipo 2), oltre che dei fattori di rischio comportamentali conosciuti (fumo, alcol, sovrappeso, obesità);
- gli interventi individuali come, ad esempio, colloqui motivazionali brevi con i soggetti target, insieme all'attivazione di quelle risorse che nel territorio sono atte a supportare il cambiamento dei comportamenti.

Queste azioni si attuano potenziando il coordinamento tra gli attuali sistemi di sorveglianza (Okkio alla Salute, HBSC, EDIT, ESPAD, Passi ed in futuro Passi d´Argento), attualmente gestiti da diverse articolazioni dell'organizzazione sanitaria regionale.
Le evidenze derivanti dai **sistemi di sorveglianza** dovranno essere recepite e utilizzate non solo in ambito sanitario e sociale, ma anche dalle amministrazioni comunali, dalle istituzioni scolastiche ed educative, dalle associazioni dei pazienti e dal terzo settore e diventare un **patrimonio delle comunità**.

Presa in carico e gestione del paziente: interventi sull'organizzazione

PRINCIPI DA GARANTIRE

- **tempestività**: per assicurare l'ingresso precoce in un percorso diagnostico terapeutico assistenziale e sociale (PDTAS) e cogliere appieno l'opportunità che la prevenzione può offrire;
- **coordinamento e continuità**: perché le persone possano essere seguite senza soluzioni di continuità né difficoltà d'accesso nelle diverse fasi della malattia nei tre classici livelli assistenziali, assistenza primaria, specialistica territoriale, degenza ospedaliera che devono coordinarsi. Vogliamo che non sia più la persona interessata l'agente della comunicazione tra i setting assistenziali ma i professionisti che operano nei vari livelli.
- **globalità e multidimensionalità**: perché le sole misure cliniche oggettive non sono adeguate a comprendere le malattie croniche e come trattarle. E' necessario spostare l'accento da malattia a salute, dalla sola dimensione clinica ad una globalità bio-psico-sociale. La multidimensionalità bio-psico-sociale richiede un approccio multidisciplinare nella valutazione dei bisogni, nella definizione del piano di cura, nell'integrazione delle risposte sanitarie e sociali;
- **flessibilità**: perché le condizioni croniche evolvono nel tempo e determinano nuovi e differenti bisogni ed interventi. I PDTAS non possono essere format rigidi con un'offerta invariante;
- **facilitazione**: perché è richiesto un impegno gravoso per tutti, pazienti e caregiver, nella vita quotidiana e non si può appesantirlo con adempimenti burocratici e accessi superflui. La relazione tra il sistema di cura e i pazienti deve essere semplice, snella ed essenziale;
- **appropriatezza**: perché è vitale valorizzare percorsi di cura precisi e puntuali e in grado di sfruttare tutte le risorse disponibili nell'ambiente di vita della persona e nella sua comunità;
- **autodeterminazione**: perché chi è malato ha il diritto di essere informato e consapevole e il dovere di essere corresponsabile degli impegni che il sistema si assume per curarlo. Assicurare informazione e partecipazione consente la pianificazione condivisa delle cure.

MAPPATURA E GEOREFERENZIAZIONE DEI SERVIZI

Come azione preliminare per una migliore presa in carico ed a supporto ella partecipazione del cittadino ad ogni azione di riorganizzazione occorre procedere a una puntuale mappatura sul territorio (georeferenziazione) delle varie tipologie di servizio sia istituzionale che gestito dal terzo settore o da altre soggettività informali,

con l'obiettivo di potere prima di tutto conoscere la coerenza e la praticabilità dei livelli attuali di offerta con i bisogni dei pazienti cronici.
Rendere immediatamente visibile e fruibile la mappatura dei singoli servizi sul territorio ai case manager che si trovino ad organizzare l'assistenza ai pazienti cronici secondo gli standard definiti nei PDTAS in un qualsiasi punto del territorio regionale diventi n requisito minimo di funzionamento della rete.

REALIZZAZIONE DELL'INTEGRAZIONE MULTIPROFESSIONALE

Ovunque, nell'ambito di sistemi a copertura universale e orientati alle comunità, è stato dimostrato che una buona organizzazione delle cure primarie migliora i risultati di salute ed è più efficiente.
L'incremento della cronicità, della disabilità e lo sviluppo di bisogni complessi rinnova il ruolo dei medici di medicina generale (MMG) e richiede uno sviluppo del lavoro in team. Un sistema di cure che può usufruire del buon funzionamento di forme organizzate di cure primarie, come in questa regione le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) degli MMG, garantisce soddisfacenti risultati clinici e relazioni di cura, anche a lungo termine, tra i pazienti e i curanti, in un contesto capace di considerare le preferenze delle persone e i loro bisogni combinati, biomedici, psicologici e sociali.
Per abbattere barriere ancora significative tra l'organizzazione assistenziale ospedaliera e territoriale, la soluzione non è la riallocazione della casistica da una parte all'altra del sistema ma la **riarticolazione dell'offerta** utilizzando criteri di stratificazione dei pazienti e mirando alle loro differenti condizioni e ad un continuum di cure orientate ai bisogni individuali.
Se è evidente che la gestione della cronicità esclusivamente nell'ambito di strutture specialistiche ospedaliere come è né appropriata né sostenibile, è chiaro anche come essa non possa neanche essere una competenza esclusiva dell'assistenza territoriale. Ne consegue che il livello specialistico e quello del setting ambulatoriale ospedaliero dovranno partecipare, sulla base delle differenti fasi di evoluzione delle specifiche malattie, a percorsi di presa in carico come i PDTAS e integrarsi nella rete clinica territoriale.

PDTAS: Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali Sociali

L'articolazione e integrazione delle prestazioni e degli interventi dovrà esplicitarsi nei percorsi terapeutico assistenziali sociali, in cui il contributo di ogni segmento e attore del percorso sarà facilitato dal miglioramento del supporto fornito dagli strumenti informativi e da sistemi intelligenti per le decisioni cliniche.
L'impegno futuro non è limitato a migliorare il coordinamento, ma anche a mettere a punto percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi il più possibile individualizzati, con buon rapporto costo/efficacia, che consentono l'empowerment del paziente e della sua famiglia e una continuità nella collaborazione tra i molteplici provider coinvolti. I PDTAS

saranno anche il riferimento per il principale strumento di lavoro oggi impiegato dai team multi professionali: i Piani Assistenziali Individuali (PAI).
L'aspetto clinico, necessario per un adeguata valutazione del paziente, dovrà essere arricchito e completato con quello relazionale e comunicativo, per capire la singolarità della persona malata e con quello economico-gestionale, per sviluppare l'efficienza e la sostenibilità dei migliori risultati.

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

L'impatto combinato di più condizioni croniche è la causa della **progressiva perdita di indipendenza**, dell'evoluzione verso la disabilità e dell'incremento del bisogno di supporto sociale. E' ragionevole prevedere che la domanda di servizi sociali e sociosanitari sia destinata a crescere per l'aumento di bisogni e per loro natura complessa. Proprio in funzione di tale caratteristica, la complessità, la risposta non può essere affidata solo al SSR. Le necessità di riabilitazione e di supporto sociale, nonché l'integrazione nella comunità locali, possono diventare più determinanti ai fini del risultato che non la sola accessibilità alle cure mediche.
Un intervento sociale precoce migliora l'esperienza di cura del soggetto, può evitarne l'ospedalizzazione o comunque ritardarne il ricorso. Si eviterà così che i servizi sanitari siano usati come risposta compensatoria quando il supporto sociale, domiciliare o di comunità non è in grado di contrastare la medicalizzazione dei disagi e delle fragilità sociali.
È quindi vitale la sinergia e l'integrazione operativa tra sociale e sanitario che si attua con i PDTAS, laddove la S evidenzia il loro forte coordinamento. Per farlo è necessario potenziare l'assistenza sul territorio, promuovendo il benessere delle persone con problemi di cronicità con l'impiego di modelli di welfare di comunità per:

- sostenere gli interventi che ragionevolmente garantiscano il diritto di fruizione e l'equità di accesso alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie, socio assistenziali;
- implementare la diffusione di modalità di presa in carico uniformi utilizzando punti unici di accesso nonché i "Punti Insieme" presenti nei distretti sanitari e le Agenzie di Continuità Ospedale-Territorio;
- allargare il campo di azione dell'assistenza domiciliare integrata con l'erogazione di interventi di maggiore complessità;
- fornire assistenza adeguata presso le strutture residenziali e i centri diurni.

Il **welfare di comunità** significa disporre di una rete di supporto sociale che integra e sostiene da un lato la rete familiare sempre più debole e dall'altro la rete dei servizi per creare nella società civile percorsi di auto-organizzazione e di autodeterminazione fondati sui valori della solidarietà e della coesione sociale.
La disponibilità di risorse comunitarie (gruppi di ascolto, di auto-aiuto, di volontariato organizzato) sostiene l'adozione delle pratiche di auto-cura e può generare benessere

mentale e relazionale. Al crescere dei bisogni, le risorse della rete sociale espandono la portata della rete istituzionale e ne incrementano l' efficacia e la sostenibilità.
Le Case della Salute in quanto espressione di un modello integrato e multidisciplinare di intervento rappresentano un driver fondamentale dell'integrazione sociale e sanitaria, promuovono la medicina di iniziativa e la prevenzione sociale e sanitaria, valorizzano il ruolo dei MMG, dei PLS e delle professioni sanitarie e sociali, sollecitano un ruolo proattivo dell'utenza e della società civile. Le Case della Salute si pongono come un punto di riferimento rivolto ai cittadini per l'accesso alle cure primarie, un luogo in cui si concretizza l'accoglienza e l'orientamento ai servizi, la continuità dell'assistenza, di integrazione con i servizi sociali per il completamento dei principali percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali. Nel corso di vigenza del Piano lo sviluppo delle Case della Salute e dei modelli organizzativi e culturali che le caratterizzano dovrà trovare diffusione e presenza in tutto il territorio regionale.

I VANTAGGI DELLA TECNOLOGIA NELLE CURE CONTINUATIVE: LA TELEMEDICINA

L'uso delle innovazioni tecnologiche nella gestione dei pazienti è un opportunità per migliorare l'efficienza e la sostenibilità della continuità di cura. La possibilità di accedere a dati fedeli, completi e aggiornati sullo status istantaneo di ogni singolo paziente in qualsiasi fase del suo percorso di gestione sanitaria consente un'ottimizzazione della gestione globale del singolo paziente e facilita anche un suo ruolo maggiormente attivo ed autonomo.
I servizi di Telemedicina rivolti a pazienti cronici possono facilitare la possibilità di operare in rete, con una più facile accessibilità a cure integrate, anche nei contesti più svantaggiati dal punto di vista geografico. La telemedicina favorisce la gestione domiciliare della cura, riduce gli spostamenti futili e i relativi costi sociali. Oggi anche gli anziani hanno una discreta familiarità con le tecnologie disponibili per la comunicazione (personal computer, tablet, smartphone) che possono aiutare anche nella gestione della propria salute nella vita di tutti i giorni.

La Telemedicina può essere di supporto nelle diverse fasi della malattia:

- **prevenzione**: attraverso servizi che aiutano quotidianamente a mantenere adeguati stili di vita oppure a monitorare parametri vitali importanti per ridurre il rischio di insorgenza di complicazioni;
- **diagnosi**: favorendo la circolazione delle informazioni diagnostiche tra i diversi operatori sanitari coinvolti come nella tele refertazione a disposizione della rete clinica;
- **cura e riabilitazione**: con la trasmissione di dati relativi ai parametri vitali tra il paziente (a casa, in farmacia, in strutture assistenziali) e una postazione di

monitoraggio, per la loro interpretazione e l'adozione delle scelte terapeutiche necessarie (ad esempio, i servizi di Teledialisi).

La telemedicina è uno strumento per promuovere l'equità di accesso all'assistenza sanitaria nelle zone remote, favorire la continuità delle cure, sostenere la qualità della vita di pazienti cronici attraverso soluzioni di auto-gestione e monitoraggio remoto, rendere facilmente fruibile la comunicazione fra i diversi attori.

La sua sostenibilità è determinata dalla possibilità di attivarla per volumi significativi di assistiti con "Centri servizi", costituiti da operatori del SSR, con la funzione di gestione delle informazioni e messa a disposizione dei team di cura dei pazienti.

LE CURE DI FINE VITA E LA DOMICILIARITÀ

Sappiamo anche che la maggioranza delle persone desidererebbero morire a casa. Si muore ancora troppo in ospedale, la presa in carico da parte dei servizi palliativi domiciliari e il ricorso all'hospice ha ancora livelli di risposta non adeguati al bisogno e troppo spesso intervengono solo in fase terminale.
L'assistenza alle persone in fine vita deve essere basata sulle evidenze e personalizzata sulle preferenze e necessità del paziente al fine di creare piani assistenziali individualizzata che tengano in considerazione gli obiettivi riconosciuti come prioritari dal malato e la sua famiglia, la migliore qualità di vita possibile, anche attraverso un adeguato controllo dei sintomi, un aumentata consapevolezza rispetto alla situazione per favorire i processi di adattamento alla situazione clinica e un supporto nelle decisioni relative alle scelte terapeutiche-assistenziali nelle fasi avanzate di malattia e alla fine della vita, come previsto dalla L 219/17 in materia di i consenso informato, di disposizioni anticipate di trattamento, pianificazione condivisa delle cure.
Questo richiede un'innovazione profonda nella capacità del sistema, attraverso i propri operatori sanitari, di garantire le necessarie competenze e le dovute attenzioni nei processi assistenziali dei pazienti cronici in tema di gestione del fine vita così come trattato nello specifico "Driver - Pianificare in maniera condivisa le cure nell'ultima fase della vita".

Erogazione di interventi personalizzati

Negli ultimi anni si è spesso abusato del principio che l'assistenza deve essere centrata sul paziente, senza che fosse davvero messo in pratica. Anche quando questo approccio si è concretizzato, spesso è stato concepito in modo superficiale. La gestione delle condizioni croniche insegna due lezioni fondamentali:

- ci si deve basare sull'esperienza e sulla prospettiva del paziente per la definizione

dei suoi problemi clinici così come per giudicare l'efficacia del successivo intervento;
- scopo primario dell'assistenza è aumentare la capacità dei paziente di curarsi anche autonomamente.

L'assistenza al paziente con malattie croniche centrata sulla persona richiede che il processo decisionale clinico si concentri sulle priorità del singolo assistito e sui suoi bisogni psico-sociali e che questo sia riconosciuto come colui/colei che percepisce e produce salute (Sullivan 2017).
Non basta passare da un approccio al paziente come soggetto passivo ad uno dove diventa informato e attivato; occorre che il paziente diventi anche autonomo. La teoria dell'autodeterminazione e il concetto di motivazione intrinseca aiutano a capire il processo con cui la persona fa propria la motivazione all'autonomia e riesce ad ottenere un cambiamento di stato.
Personalizzare gli interventi per gli operatori sanitari significa cambiare l'equilibrio di potere insito nella relazione di cura, **co-produrre salute e benessere** in modo collaborativo con individui, famiglie e comunità.
Oltre alla competenze tecniche è necessaria la capacità nella "**comunicazione/relazione**", uno degli strumenti più importanti dell'assistenza sanitaria.
Per sostenere la capacità di auto-cura delle persone la gestione della malattia va contestualizzata nella vita di tutti i giorni e le sue eventuali preoccupazioni: i problemi economici, quelli abitativi, le relazioni familiari difficili, gli stati di stress. Per attivare, ogni volta che è possibile, le risorse che possono aiutare a risolvere i problemi.

La relazione che si stabilisce tra la persona in cura e il team di assistenza si sostanzia nel **Patto di cura**, che non è un modulo da firmare ma la traduzione concreta degli impegni che le due parti reciprocamente assumono:
- il sistema sociosanitario, con gli interventi definiti dal PDTAS che vengono tradotti in un piano individuale per la persona;
- la singola persona, con l'adesione al piano e ai suoi impegni nei confronti della propria salute.

E' un cambiamento culturale, oltre che tecnico, che deve permeare tutto il sistema ed essere sostenuto da una formazione capillare, adeguata ed efficace rivolta a tutti e con particolare impegno agli infermieri, che sono il punto di contatto principale tra i cittadini e il sistema di cura delle malattie croniche. L'orientamento del sistema ad assumere la "novità" che i pazienti debbono essere soggetti autonomi non modifica solo gli incontri individuali tra infermiere e paziente, ma si traduce in un impegno dell'intero sistema a modificare il proprio modo di comunicare, di accogliere le persone, di organizzare i momenti e gli spazi di incontro, di riconoscere il valore della relazione**.**

Valutazione della qualità delle cure erogate

I sistemi informativi integrati oltre a consentire un'adeguata stratificazione e targeting della popolazione permettono anche una puntuale valutazione della qualità delle cure erogate.
Relativamente a questo aspetto il Piano Nazionale Cronicità sollecita la revisione del paradigma di fondo relativo al concetto di "**esito**" concettualmente legato ad una visione della medicina caratterizzata da eventi piuttosto che da percorsi. come era quella tipica del secolo scorso.
Si propone oggi di considerare gli esiti come un "insieme di risultati intermedi" e non solo finali, non solo clinici ma anche connessi alla disabilità e alla qualità di vita, dislocandoli lungo tutto l'iter dell'assistenza erogata e misurandoli attraverso indicatori multidimensionali meglio rivolti alla dimensione stato di salute piuttosto che di malattia.
Tra gli esiti, sempre maggiore considerazione ricevono quelli direttamente riportati dai pazienti, sia che riguardino aspetti tangibili delle cure sia che abbiano a che vedere con l'esperienza che ogni singolo paziente sperimenta. Ciò è realizzabile introducendo tecniche e strumenti efficienti per misurare:

- il benessere auto percepito dal paziente;
- la qualità della vita;
- l'impatto della condizione cronica sulla vita quotidiana;
- la pratica dell' "auto-cura".

Questi parametri trovano già strumenti di valutazione validati in letteratura e possono adesso essere inseriti nella pratica clinica.

Driver 3
SVILUPPARE NUOVI MODELLI DI "CARE"

Interpretare e trarre il massimo dalle migliori esperienze disponibili per un sistema sociosanitario regionale moderno e a misura di cittadino

Il continuo aggiornamento dei modelli di care (cura ed assistenza) è il primo pilastro per un sistema al passo con i tempi e con l'evoluzione della domanda di salute in grado di cogliere tutte le opportunità che la ricerca e l'innovazione offrono. Serve rigore metodologico per introdurre con successo i cambiamenti dovendo analizzare bene le criticità e implementare con seria pianificazione le soluzioni, sperimentarle e valutarne l'efficacia.

- L'orientamento è quello di una **maggiore integrazione tra risposte sanitarie e sociali**, avviando un'azione incisiva di ridisegno organizzativo dei servizi. I punti cardine di questa azione dovranno essere:
  - **potenziare la dimensione regionale** nel disegno e nella governance dei macro-processi di cura e di assistenza;
  - **coordinare con efficacia** i diversi servizi coinvolti nei percorsi di cura;
  - **concentrare la casistica a maggiore complessità** da un lato e garantire la prossimità dei servizi e delle prestazioni più utilmente legate ai contesti territoriali, dall'altro;
  - **perseguire l'equità e la continuità dell'assistenza** attraverso reti integrate di servizi e professionisti.

Le scelte organizzative dovranno quindi essere orientate a riequilibrare la presenza e gli interventi del SSR sull'intero territorio regionale con:

- la ridefinizione di un **sistema sociosanitario pubblico** che nasce integrato nell'ambito territoriale della zona distretto;
- la presa in carico secondo il paradigma della medicina sistemica, basata sulla visione globale della persona e sulla integrazione dei possibili sistemi di cura e della **Medicina delle 4P** (proattiva, preventiva, personalizzata e partecipata);
- il disegno di **un'offerta complessiva pubblico-privato** coerente con i fabbisogni della popolazione, strutturata attraverso la disciplina degli accordi contrattuali;
- i soggetti privati accreditati, (art. 8-quinquies ed 8-sexies del D. Lgs. 502/1992), e ridefinita tenendo conto dei vincoli normativi introdotti dall'art. 15 c. 14 del D. L. 95/2012 (c.d. *Spending Review*);

- un maggiore **coinvolgimento delle comunità e delle imprese sociali** nei percorsi di cura.

Le reti cliniche rappresentano in questo scenario il modello organizzativo più interessante e da sviluppare ulteriormente.
La tendenza a "lavorare in rete" nasce, quasi spontaneamente, da una sempre maggiore necessità di scambiare e condividere competenze specialistiche. Per non disperdere energie, vanno impiegati livelli elevati d'interscambio e connessione tra professionisti, per rafforzare il proprio bagaglio di competenze e per metterle con profitto a disposizione dei pazienti. Organizzarsi in reti cliniche e logistiche, che sviluppano ed utilizzano percorsi clinico assistenziali definiti, è la soluzione per rispondere ad una domanda di salute diffusamente complessa ed articolata.
Negli ultimi anni l'introduzione di questo modello ha subito una decisa accelerazione all'interno del SSR, allo strumento "rete" viene affidato il compito di rispondere alle esigenze molteplici che negli anni sono emerse, quali:

Reti cliniche e logistiche

Lavorare in rete nasce da:
- maggiore specializzazione dell'attività assistenziale
- bisogno di interscambio e connesisone tra i professionisti

- ottimizzare la gestione del **percorso** del paziente, definendo con miglior precisione il ruolo che ogni singolo servizio è chiamato a svolgere, con un miglioramento del coordinamento dell'assistenza;
- rendere più estesamente fruibili gli **ambiti iper-specialistici**, aumentando così gli standard di assistenza erogati e garantendo una maggiore equità di accesso alle cure;
- rispondere alla **complessità** crescente dei processi clinico assistenziali ed alla necessità non procrastinabile di condividere ed integrare, con modalità codificate, le conoscenze e le competenze;
- migliorare l'utilizzo delle **risorse** complessivamente disponibili.

Il modello di sistema sanitario pubblico toscano sta sviluppando reti cliniche che prevedono dinamiche gestionali **meta-ospedaliere e meta-aziendali**, dove, come in una "staffetta", medici, infermieri e servizi diversi prendono in carico il paziente con modalità collaborativa e coordinata. Lo scopo è assicurare alle persone un'offerta continuativa di attività preventive, diagnostico-terapeutiche, riabilitative; assumere un'ottica non orientata ad una teorica gerarchia tra le diverse organizzazioni, ma allo **spostamento "di tipo circolare"** del paziente all'interno del sistema di offerta.
Tale modello potrà avvantaggiarsi da un lato delle opportunità di nuove tecnologie che consentono l'assistenza a distanza, il monitoraggio di parametri in continuo o in

differita fino alla tele visita e, dall'altro, di una corretta articolazione dei servizi dentro gli ospedali o sul territorio.
Un'attenzione particolare verrà rivolta all'utilizzo efficiente delle risorse tramite il **contenimento degli sprechi** dovuti a modelli gestionali deboli o obsoleti con l'introduzione di tecniche e strumenti per l'analisi e il miglioramento dei processi di pianificazione e programmazione delle risorse e del loro utilizzo delle aree di attività (posti letto, sale operatorie, spazi ambulatoriali, servizi) come strategia regionale introducendo all'interno del Sistema Sanitario Pubblico Regionale competenze e team appositamente dedicati.
In questa prospettiva occorre agire sinergicamente sul secondo pilastro su cui poggia il sistema: **la governance clinica,** che rappresenta la prospettiva dei differenti stakeholder ed è in grado di fondere, in modo equilibrato, la dimensione economico-finanziaria, da un lato, e quella qualitativo-professionale, dall'altro, avendo come base comune l'appropriatezza delle risposte.
Il terzo pilastro è rappresentato dai **team multi professionali**, che rappresentano l'unità minima di funzionamento (microsistema) del SSR. **Un microsistema clinico** viene definito in letteratura come la combinazione di un piccolo gruppo di operatori che lavorano insieme su base regolare per fornire assistenza a una sotto-popolazione discreta di pazienti che fanno parte essi stessi del microsistema. Anche se non siamo abituati a vederle come tali, le nostre organizzazioni sanitarie sono di fatto composte da centinaia di microsistemi. Un impegno importante verrà pertanto rivolto a sviluppare maggiormente le forme di collaborazione basate su una reale integrazione tra i diversi ambiti professionali coinvolti. In questo modello verrà promosso lo sviluppo e la valorizzazione di nuove competenze e nuovi ruoli, in particolare nei modelli organizzativi territoriali che sempre più saranno un chiaro riferimento per specifici gruppi di popolazione.
Quale supporto alla professionalità degli operatori sarà inoltre utile favorire l'orientamento dei professionisti verso un'operatività flessibile, promuovere la loro formazione e implementare prassi di supervisione congiunta tra personale di area sociale e sanitaria. Faciliteremo così il lavoro dei team e pratiche che combinano evidenze scientifiche ed esperienze sul campo per meglio integrare e coordinare gli interventi di elevata complessità e articolazione.
Uno stimolo ulteriore e fondamentale tassello di crescita di modelli, competenze e servizi sarà mantenere ed incrementare l'apertura della realtà regionale e dei singoli territori alla dimensione europea e internazionale con la messa in campo di scambi di esperienze e buone pratiche, la partecipazione a piattaforme di rilievo sovranazionale, la progettazione congiunta con istituzioni e partner nazionali ed europei.

Tener conto delle criticità legate alla comunicazione, al lavoro di team, alla leadership, allo stress che rappresentano la prima causa di eventi avversi in sanità

Driver ④
ACCELERARE L'UTILIZZO DELL'INNOVAZIONE E SFRUTTARE LA RIVOLUZIONE DELL'INFORMAZIONE

> **Supportare e abilitare la trasformazione del sistema sanitario e sociale con un utilizzo pervasivo della tecnologia e dei dati, per una reale rivoluzione digitale che crei effettivo valore**

Le scienze e la tecnologia stanno trasformando la capacità di prevedere, diagnosticare e curare le malattie. Le novità nei trattamenti farmacologici, nei dispositivi medici, nell'elaborazione di grandi masse di dati, nell'intelligenza artificiale e nella erogazione delle cure si susseguono a ritmi incalzanti. Un utilizzo migliore della tecnologia e dei dati è un prerequisito per supportare e abilitare gli sviluppi necessari per rimodellare il sistema sanitario e sociale, in risposta all'aumento della domanda e delle risorse limitate.

Alcuni degli sviluppi chiave principali sono:

- la **personalizzazione delle cure**, incluso il benessere individuale e la cura di sé e l'impatto della genomica;
- lo sviluppo di **nuovi modelli di presa in carico** ed integrazione della rete assistenziale anche tramite l'utilizzo di sistemi di **telemedicina** con l'obiettivo di fornire servizi migliori, più sicuri, più efficienti e raggiungendo contemporaneamente un numero elevato di persone coinvolte attivamente nell'adesione alle cure e ai percorsi di salute;
- il ridisegno del processo di erogazione delle prestazioni specialistiche incentrato sul pensare a come **creare valore per i cittadini**;
- il **rimodellamento della forza lavoro**, migliorando i flussi di informazione e l'accesso ai sistemi, ma anche attivando nuovi percorsi formativi, in modo tale che le abilità, le capacità e le interazioni siano migliorate.

Sappiamo, sia dagli esempi virtuosi presenti all'interno del nostro SSR che a livello nazionale od internazionale, che ci sono modi migliori per organizzare le cure ed uscire dai "confini artificiali" tra ospedali e territorio, tra assistenza sanitaria e sociale, tra medici di medicina generale e specialisti.

Confini che ostacolano la cura che deve essere sempre più orientata a ciò di cui le persone hanno bisogno. Le tecnologie informatiche, le tecnologie biomediche, la telemedicina e l'innovazione in generale, dovranno quindi essere elementi strumentali al miglioramento della qualità della vita dei cittadini e al contempo supportare il sistema organizzativo e professionale della sanità, per trovare la convergenza tra qualità dei servizi erogati ed efficacia, efficienza e sostenibilità complessiva del sistema.
Mentre gli sviluppi nella tecnologia clinica hanno avuto negli ultimi 30 anni un impatto rivoluzionario sull'assistenza sanitaria, lo stesso non si può dire per l'uso dell'ICT per migliorare la salute o per migliorare il modo in cui vengono erogati i servizi sanitari e di assistenza sociale.
L'esperienza dei cittadini nei confronti di questi servizi, rimane a volte ancora com'era prima dell'avvento di Internet e degli smartphone, che d'altra parte sono invece diventati di uso comune e pervasivo in ogni aspetto della vita quotidiana. Nella nostra vita possiamo infatti vedere chiaramente i vantaggi della tecnologia: nel modo in cui prenotiamo i nostri viaggi e vacanze, gestiamo i nostri conti bancari e le bollette, acquistiamo generi alimentari o beni di consumo, ci connettiamo e comunichiamo con i nostri amici e familiari. Le tecnologie digitali hanno già cambiato il modo in cui facciamo le cose, migliorando la responsabilità di chi eroga i servizi, riducendone il loro costo, dandoci nuovi mezzi per completare le transazioni ma anche per consentire una reale partecipazione.
Questa è più di una rivoluzione: mette le persone al primo posto, dandoci un maggiore controllo della nostra vita e più trasparenza.
Tuttavia, un aspetto fondamentale è stato fino ad oggi largamente ignorato. Si è dato per scontato, almeno come appare evidente in alcuni progetti, che le applicazioni del servizio sanitario siano fondamentalmente uguali a qualsiasi altra applicazione dell'industria o del commercio. In realtà questo non è vero; l'assistenza sanitaria è radicalmente diversa dagli altri settori industriali, sia pubblici che privati. In questi "modelli aziendali" infatti la comunicazione è essenzialmente riconducibile alla condivisione di informazioni, attraverso l'infrastruttura informatica stessa, piuttosto che attraverso il contatto tra persone. L'assistenza sanitaria invece si basa e richiede sempre più **interazioni tra persona e persona** per diagnosi collaborativa, valutazione del trattamento, pianificazione e decisione finale, senza dimenticare la interazione-relazione, di cura e di fiducia, tra paziente e medico.
Il focus delle applicazioni industriali è di solito l'impresa stessa o uno dei suoi sottoinsiemi (come la fabbrica, l'ufficio od il quartier generale). L'assistenza sanitaria, d'altra parte, è invece sempre più (o dovrebbe essere) basata su una scala inter-aziendale e regionale, di conseguenza l'attenzione deve essere posta non solo sulla singola unità operativa, sul singolo dipartimento o sul singolo ospedale, poiché il focus sta nel concetto stesso di **percorso di cura integrata**.
Per i professionisti della salute e della cura, assistenti sociali, medici ed infermieri,

l'arrivo dell'era digitale è stato spesso vissuto non come una chance di cambiamento, ma piuttosto come un onere aggiuntivo, intrusivo, in un'esistenza già sotto pressione. Allo stesso tempo, l'industria mondiale della tecnologia sta investendo massicciamente nello sviluppo di prodotti legati alla salute dei consumatori, ma questi non sono ancora collegati al settore pubblico o privato della salute e delle cure.

Dal punto di vista dello sviluppo di tecnologie a supporto dei servizi e dei cittadini, è da prevedersi quindi un consolidamento delle tecnologie a supporto dei processi (infrastrutture – con un migliore utilizzo del data center regionale Tix e della rete RTRT e la creazione di un secondo polo dedicato alla sanità -, soluzioni software per l'ospedale – cartella clinica di reparto, cartella ambulatoriale, percorso chirurgico; soluzioni software per il territorio – consolidamento della piattaforma innovativa socio-sanitaria; soluzioni per il domicilio – sviluppo di modelli di home care; accesso in mobilità ai servizi di sanità digitale; ecc.), che al contempo favoriscano e agevolino il lavoro degli operatori e producano nei confronti dei cittadini un maggiore livello di trasparenza e conoscenza dei processi e dei percorsi che li vedono coinvolti, con una forte personalizzazione, nonché una facilitazione nell'accesso ai servizi ed, in alcuni casi, anche strumenti di gestione autonoma di alcune fasi del percorso assistenziale tarate sulle singole e diverse capacità di ciascuno.

Sviluppo delle tecnologie a supporto dei servizi e dei cittadini:

- cartella ambulatoriale
- cartella clinica di reparto
- percorso chirurgico
- piattaforma socio-sanitaria
- servizi di sanità digitale

Dal punto di vista della raccolta ed elaborazione dei dati, lavoreremo per incrementare la completezza, la qualità e dove serve, anche l'aderenza ai processi, dei nostri basamenti informativi, circolarizzando contemporaneamente il più possibile le informazioni in essi contenute agli interlocutori aziendali, garantendone la legittimità in termini di trattamento dati.

L'elevato tasso di informatizzazione proprio dei servizi sanitari dovrà essere il modello di riferimento per i servizi sociosanitari pubblici per una piena integrazione dei flussi informativi e dell'interoperabilità degli applicativi. Ulteriore obiettivo sarà sviluppare appieno il ruolo di consapevole committenza dei professionisti nei confronti dell'innovazione tecnologica e nell'utilizzo degli strumenti informatici.

L'ambizione regionale per l'informatica è che, entro il 2020, ciascuno dei professionista all'interno dell'organizzazione sia in grado di accedere ai dati di salute e di cura pertinenti sugli utenti del servizio, utilizzando strumenti tecnologici intelligenti ed affidabili per supportare il lavoro clinico, ovunque esso si trovi. Tali dati saranno prontamente condivisi

laddove pertinenti con tutti gli operatori sanitari e resi disponibili in forma adeguata per l'analisi dei risultati, efficacia, audit clinico, ricerca e miglioramento del servizio stesso nel rispetto della normativa e della sicurezza.

La difficoltà nel creare un sistema per l'implementazione informatica altamente centralizzato ha determinato una reazione diametralmente opposta favorendo la proliferazione delle singole iniziative o addirittura il blocco dei progetti di sviluppo. Questo ha prodotto sistemi che non parlano tra loro e quindi una criticità nello sfruttare in modo completo benefici complessivi derivanti da sistemi interoperabili.
In futuro sarà determinante un approccio diverso che punti sulla definizione netta di standard regionali tecnici e professionali, chiarendo le aspettative in merito all'interoperabilità e sostenendo il processo decisionale locale delle comunità sanitarie su sistemi, programmi, interfacce e applicazioni.

Fornire alle strutture degli strumenti di monitoraggio della propria attività che forniscano indicazioni su qualità e sicurezza del servizio per orientare il miglioramento

Driver 5
CREARE UNA NUOVA RELAZIONE CON I CITTADINI E LE COMUNITÀ PER UN SISTEMA DI SALUTE E DI WELFARE ETICO E PARTECIPATO

> **Il cittadino protagonista degli atti di cura e dei percorsi di promozione sociale, per valorizzare risorse, identificare bisogni e fornire risposte adeguate anche sotto il profilo dei valori individuali**

Un welfare partecipato

Nel sistema sociosanitario pubblico della Regione Toscana sono stati recentemente sviluppati nuovi processi che hanno ampliato le opportunità di coinvolgimento della popolazione e che costituiscono il framework nel quale la sfida di un ruolo protagonista dei cittadini nelle decisioni che riguardano la loro salute può essere accolta e così contribuire a migliorare la qualità dei servizi.

La **partecipazione** è il principio fondante del nostro modello di welfare, e del servizio sanitario nazionale, sin dalla sua istituzione. Un approccio fondato sulla corresponsabilità istituzioni – cittadini significa nel sistema di welfare regionale saper coinvolgere i cittadini, le associazioni di tutela e le reti di cittadinanza, favorendone un ruolo di sponsor e attori di un sistema sanitario pubblico regionale capace di risposte efficaci ed appropriate e distribuite in modo equo.

Se la partecipazione costituisce uno degli elementi della **governance del SSR** e della rete integrata dei servizi sociali e sociosanitari pubblici, sarà la capacità di coinvolgimento, la responsabilità e il senso di appartenenza dei cittadini stessi, insieme agli operatori, che favoriranno la sostenibilità del sistema.

La Regione Toscana sosterrà la partecipazione dei cittadini, sviluppando la consapevolezza sia a livello individuale sia delle loro comunità e favorendo il ruolo, già oggi consistente, dell'associazionismo. L'obiettivo è avere "**cittadini competenti**", cioè in grado di partecipare in modo preparato e collaborativo alle scelte nelle politiche sociali e sanitarie.

I prossimi impegni a livello regionale saranno:

- la piena realizzazione del **modello di partecipazione** introdotto con la LR n.75/2017;
- una **formazione diffusa** rivolta ai cittadini ed alle associazioni per creare le competenze necessarie;
- l'adozione di un 'approccio sistemico ed ecologico per la gestione dei servizi sociali, utilizzando il metodo della **co-progettazione territoriale** per innovare generando coesione sociale;
- l'**ascolto attivo** dei pazienti e dei loro familiari, per renderli sempre più parte attiva nel processo di cura e così instaurare una **relazione terapeutica** che valorizza l'**autodeterminazione** migliorando anche l'aderenza alla cura.

La comunicazione e l'informazione come strumento per la partecipazione e l'empowerment

La possibilità degli individui di avere accesso alle informazioni sanitarie, la capacità di comprenderle ed usarle è fondamentale per il servizio sanitario pubblico che si deve dotare di tecniche e pratiche adeguate allo scopo. Tra esse, quelle per fornire ai cittadini evidenze solide e sufficientemente chiare per permettere loro di comprendere e valutare correttamente e quindi partecipare alle scelte del sistema.

Giovani e servizio civile. Un'opportunità per agevolare la circolazione delle esperienze tra cittadini e strutture sanitarie

Dal 2006, con la LR n. 35, la Regione Toscana ha istituito il Servizio Civile Regionale. Da allora, migliaia di giovani hanno avuto la possibilità di svolgere un periodo di attività in uno degli Enti accreditati e di essere utili agli altri e a se stessi. Gran parte dei progetti di servizio civile hanno riguardato l'ambito dell'assistenza: negli enti di volontariato o nelle associazioni, nei comuni o nelle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, molti giovani hanno avuto l'opportunità di impiegare parte delle loro energie nel sistema allargato dell'assistenza.

Il Servizio Civile, insieme alle altre misure definite nelle Politiche Giovanili della Regione, è stato fino ad oggi uno strumento importante per permettere ai giovani di sviluppare competenze ed esperienze da mettere in gioco nel loro futuro professionale e, nel contempo, dare un concreto contributo sul piano dell'azione civica e della solidarietà.

Il richiamo a tale tematica all'interno del PSSIR è dovuto al ruolo ancor più strategico che il Servizio civile viene ad assumere in ambito sociosanitario, ove l'esperienza del giovane impegnato a stretto contatto con i bisogni assistenziali rappresenta un importante momento di contatto e confronto tra le nostre strutture ed un mondo che,

per un certo periodo della sua esistenza, si trova ad essere parte del sistema sanitario prima di entrare nella vita professionale e tornare ad essere potenziale utenza. Infatti, la possibilità di coinvolgere centinaia di giovani in questa dinamica circolare è di grande aiuto nell'impegno a sensibilizzare gli utenti e con loro riuscire a condividere le problematiche dei nostri sistemi sanitari così come lo spirito di servizio dei nostri operatori e le potenzialità dei nostri servizi.
Sarà importante curare le strategie comunicative più efficaci per rafforzare la capacità dei cittadini di fare scelte di salute sagge, orientarli verso stili di vita sani e informarli sulle diverse modalità di cura.

La prevenzione e la promozione della salute e del benessere sociale in tutte le azioni pubbliche

La salute ed il benessere dei singoli e della comunità sono influenzati dai fattori politici, economici, sociali, culturali ed ambientali. Le attività di prevenzione e quelle per la promozione della salute in grado di modificare positivamente queste influenze sono da considerare uno strumento fondamentale, anche da parte di altri settori di intervento, da utilizzare con il coinvolgimento dei cittadini per definire le priorità, abbattendo le barriere che, ancora, separano le politiche per la salute da quelle che riguardano i luoghi di vita e lavoro, i mondi dell'istruzione e dello sport, le politiche ambientali.

Gli obiettivi di salute e benessere, nella prospettiva di un inclusione sociale attiva, richiedono di focalizzarsi sulla crescita delle persone e delle comunità che si manifesterà come aumento della stima di se setssi, dell'autoefficacia e dell'autodeterminazione, come nella logica dell'empowerment e del partenariato.

Disuguaglianze e politiche per l'equità

Nessuna politica per la salute e per il benessere sociale può dimenticare né le differenze che caratterizzano ogni singolo individuo, né di valorizzare tali diversità ma rimuovendo, al tempo stesso, le eventuali diseguaglianze nella risposta ai bisogni per garantire le stesse opportunità di massimo benessere possibile.
Il servizio pubblico può essere più vicino, di quanto oggi avviene, a chi maggiormente soffre il disagio, soprattutto quando è causato o aggravato da condizioni di disabilità, di malattia mentale o altre condizioni di fragilità. Vanno incentivate soluzioni integrate per riuscire ad ottenere la massima autonomia possibile e va evitato un approccio esclusivamente sanitario, così come, nel caso dei servizi sociali, uno fondato esclusivamente sulla logica riparativo-assistenzialista.

Grande attenzione deve essere rivolta a bambini e famiglie in condizioni di fragilità o vulnerabilità sociale. Il coinvolgimento e l'attivazione sociale, della partecipazione e della cittadinanza si misurano con la capacità del sistema territoriale di ridurre tutte le difficoltà di accesso e fruizione ai diversi servizi e di esprimere una funzione di regia sulla tempestività, coerenza e continuità degli interventi, siano essi a valenza tutelare o preventiva.

Anche in relazione ai flussi migratori, il modello di presa in carico è finalizzato a favorire l'integrazione dei migranti all'interno delle comunità ospitanti, nella convinzione che "accoglienza diffusa" significa prima di tutto capacità di includere le persone nel contesto locale, riconoscendole come parte di una comunità più ampia.

Se il territorio saprà essere il cardine di un sistema di governance improntato dalla solidarietà e dalla coesione sociale, riusciremo a sostenere e incoraggiare progetti collaborativi tra gli attori che storicamente rappresentano il tessuto sociale: gli enti di governo locale, le imprese sociali e quelle private, le associazioni di categoria, l'università e gli istituti scolastici.

Prendersi cura della comunità

I bisogni di salute nascono e si manifestano in contesti concreti, spesso in condizioni sociali complesse. Le risposte più adeguate devono essere identificate e rese disponibili a partire dall'ascolto sistematico dei cittadini e dalle risorse esistenti nei loro contesti quotidiani di vita. I servizi devono essere nei luoghi di vita. L'obiettivo di un welfare relazionale con la comunità è operare nel contesto nel quale il cittadino vive e si relaziona. La comunità diviene protagonista dei percorsi di cura, costruisce, insieme alle istituzioni, le risposte più adeguate ai bisogni assistenziali. Costituisce la rete di protezione sanitaria e sociale per la singola persona e la sua famiglia. Nella rete, cui devono partecipare i cittadini e una molteplicità di soggetti in grado di sviluppare collaborazione fattiva per conseguire obiettivi comuni, sono coinvolti:

- le Case della Salute
- la Medicina generale e distrettuale
- la Medicina specialistica
- i servizi sociali
- la scuola
- l'associazionismo locale
- gli Enti locali
- i caregiver familiari e/o assistenti privati
- le risorse individuali
- i percorsi di medicina integrata.

I team delle cure primarie devono poter contare, nella gestione della salute dei propri assistiti, su opportunità e servizi, sinergici con quelli più strettamente clinici, presenti nella comunità e organizzati dall'associazionismo o dal privato sociale. Occorre introdurre per questo la prassi della "social prescription", con la quale si risponde ai bisogni delle persone in modo olistico, all'interno della comunità di vita, a sostegno della loro capacità di assumere un maggior controllo della propria salute.
I programmi di prescrizione sociale possono comprendere una varietà di attività che sono tipicamente fornite da organizzazioni del volontariato e del settore comunitario. Gli esempi includono il volontariato, le attività artistiche, l'apprendimento di gruppo, il giardinaggio, l'amicizia, la cucina, la sana alimentazione e una vasta gamma di attività sportive.

Valori individuali e salute

Se l'obiettivo da raggiungere è quello di rendere possibile a tutti sviluppare ogni capacità (fisica, cognitiva, emotiva, sociale)", non è possibile però farlo senza il rispetto dell'integrità di ciascuno e cioè l'opportunità a chiunque di dare sempre un senso autonomo e morale ai propri vissuti di malattia e in particolare nelle fasi finali della vita. Affinché il cittadino possa essere sempre più soggetto partecipante e non oggetto di prestazioni, è essenziale l'impegno istituzionale per la tutela del diritto alle scelte per la propria salute. L'integrità biografica di ciascun cittadino deve poter essere accudita nei percorsi di prevenzione e cura. Ciascun attore del sistema sanitario, a partire dal cittadino, deve essere aiutato a divenire consapevole e operare in modo responsabile le proprie scelte. Tale impegno deve valere anche per la partecipazione dei cittadini alla ricerca clinica, quando coinvolti in sperimentazioni cliniche.
La Commissione Regionale di Bioetica, che ha la responsabilità di fornire strumenti d'indirizzo ed operare funzioni di controllo sulla corretta gestione delle sperimentazioni cliniche, assicura che vengano sempre creati contesti di responsabilità per la ricerca sperimentale ed operativa quando preveda azioni di prevenzione che devono essere basate sul rispetto delle identità individuali, cioè da quei valori e preferenze che sostengono la crescita civile di una società multiculturale, multietnica e multi confessionale.
Un sistema sanitario sostenibile è un sistema che rimane capace di progredire nel tempo trovando l'equilibrio tra spesa e benefici di salute, così come tra valori/preferenze individuali e interessi della collettività.

Driver 6
RIDISEGNARE LE COMPETENZE E SOSTENERE LE "AVANGUARDIE" PER SVILUPPARE UNA FORZA LAVORO MODERNA E FLESSIBILE

> **La medicina moderna è diventata un'impresa complessa e costosa che esige un cambiamento radicale nella sua organizzazione. Il personale sanitario rivendica autonomia nell'interesse del paziente, ma non può evitare di partecipare e rispettare le regole aziendali, il che comporta la ricerca dell'equilibrio decisionale (la governance) tra tutti gli attori del sistema**

Chi decide a letto del malato ciò di cui ha bisogno e chi decide, in una visione di collettività, ciò che invece può essergli offerto? Da un lato la complessità della medicina tecnologica, dall'altro l'incremento progressivo e inarrestabile dei costi, infine l'applicazione alla tutela della salute delle regole del mercato finanziario, costringono a continui aggiustamenti organizzativi mentre occorre trovare un sistema di formazione delle decisioni equilibrato e efficace.
Inoltre le scoperte della scienza e l'innovazione tecnologica fanno si che qualsivoglia domanda di salute implichi la messa in atto di complessi percorsi preventivi, diagnostici, terapeutici, assistenziali (e sociali) che richiedono l'intervento di molteplici discipline e professioni. Infine è difficile prevedere l'impatto della tecnologia informatica, cioè dell'intelligenza artificiale della macchina cui deve far fronte l'intelligenza naturale dell'uomo.

Riguardo alle professioni sanitarie il PSR si pone alcune priorità:

- la necessità di lavorare in **team multidisciplinari e poliprofessionali** e di orientare in tal senso la formazione che deve costantemente prevedere strumenti per la sicurezza del paziente;
- i nuovi scenari richiedono l'acquisizione di saperi elevati per ciascuna professione dell'equipe e competenze agite in una logica di integrazione, collaborazione e cooperazione tra professionisti e non solo dell'area sanitaria. La ridefinizione degli

ambiti di attività con modalità multiprofessionali, e il conseguente ampliamento delle competenze/responsabilità acquisite nel percorso formativo accademico, oltre a percorsi formativi modulari strutturati dalle Regioni in base a specifiche esigenze, costituiscono l'ambito di azione e lo spazio istituzionale in cui proporre le necessarie modifiche. Attraverso specifici protocolli con l'Università il **riorientamento della formazione** deve essere centrato sullo sviluppo di piani di studio, programmi di formazione, basati sulle competenze, orientati alla comunità, rivolti allo studente e alla soluzione dei problemi di salute e dei servizi. I livelli di formazione curriculare non devono basarsi su modelli di apprendimento per competenze e tendere a certificare le conoscenze, le abilità e i comportamenti del professionista. Un esercizio professionale flessibile, dinamico ed integrato rende necessaria l'innovazione dei rapporti fra le diverse professionalità sanitarie e sociosanitarie e la riorganizzazione dei processi produttivi. Parimenti è necessario informare l'organizzazione aziendale, complessa e complicata oltre qualsivoglia impresa manifatturiera, ad una gestione rispettosa delle competenze ma gerarchicamente adeguata;

- **valorizzare la responsabilità** e quindi la corretta valutazione dei costi e dei risultati, dal momento che i servizi medici incidono per circa il 10% sul PIL;
- operare al fine di trovare sintesi tra appropriatezza clinica, organizzativa, sociale e personale (del paziente). Impegno del SSR è di perseguire l'**appropriatezza**, cioè la prestazione più adatta per il singolo in quel contesto personale, sociale e culturale.

Il PSR vuol enfatizzare entrambi i ruoli – professionale e gestionale – cui è chiamato il personale sanitario, in particolare medico, valorizzando la competenza decisionale dei professionisti che si trasfonde nella governance. L'approccio integrato della governance valorizza il ruolo di tutti i professionisti della sanità, assicura qualità, sicurezza, risultati valutabili in termini di salute, uso efficiente delle risorse. In tal senso, la Regione è impegnata a promuovere e coordinare l'adozione da parte di tutti gli enti del SSR di strumenti organizzativi e gestionali che, utilizzando tutti gli istituti previsti dai contratti collettivi di lavoro, possano adeguatamente riconoscere e valorizzare i percorsi di sviluppo di carriera sia sul versante professionale, sia su quello gestionale, individuando altresì formule innovative in grado di abbracciare entrambi i profili. Il nuovo inquadramento del sistema degli incarichi disegnato dal CCNL per il personale del comparto firmato il 21 maggio 2018 agevola la progettazione di un nuovo quadro organizzativo idoneo ad assicurare la declinazione di un'ampia gamma crescente di livelli sia sulla linea delle responsabilità gestionali, sia su quella della complessità delle competenze professionali e ben si presta anche alla definizione di ruoli modulabili in maniera flessibile rispetto ad entrambe le componenti.
Nei **team interprofessionali** non ci si limita alla collaborazione tra professionisti di discipline diverse ma, all'interno di questo processo di collaborazione, viene inserito anche il paziente. Il ruolo attivo del paziente permette ai professionisti di definire obiettivi

comuni, di condividerli con lui e di chiedere anche il suo impegno per raggiungerli. La mancanza di collaborazione e comunicazione determina stress e frustrazione nei professionisti e, a seguire, i risultati che ne derivano possono trasformarsi in errori e fallimento di interventi. Al contrario, la presa di decisioni condivisa da parte di tutto il team assistenziale determina una migliore qualità delle cure, una maggiore soddisfazione del paziente, una migliore performance del sistema di cure.
La discussione tra "pari", la partecipazione a programmi di formazione pensati e creati per i team interprofessionali rappresentano un insieme di fattori che determinano la **fidelizzazione al team**, diminuiscono il turnover delle risorse, contribuendo di conseguenza ad una migliore gestione della risorsa professionale.
In materia sociale, il PISSR intende in particolare valorizzare il consolidamento della equipe multi-professionali, previste dalle linee guide connesse al REI (composte da personale del settore sanitario, sociale, del lavoro, della formazione, delle politiche abitative, educative e scolastiche a seconda dell'appropriatezza delle risposte sulla base dei bisogni rilevati) chiamate a lavorare insieme, a prendere in carico e a rispondere con servizi integrati e progetti condivisi. Mettendo a frutto le sperimentazioni avviate all'interno dell'Asse B Inclusione Sociale del POR FSE 2014/2020, gli operatori, delle Ausl, dei Servizi dei Comuni e delle SdS (e in particolare dei servizi sociali) e dei Centri per l'impiego dovranno essere in grado di farsi carico delle domande di servizio e, ancora più importante, di costruire percorsi di reinserimento sociale o lavorativo a misura del cittadino-beneficiario, tenendo conto della centralità dell'attivazione di programmi rivolti ai minori coinvolti, rispetto ai quali è cruciale un precoce intervento per l'interruzione di dinamiche di esclusione sociale.
Analogamente, la Regione è impegnata a promuovere iniziative volte ad adeguare il sistema degli incarichi dirigenziali agli assetti organizzativi derivanti dall'attuazione della riforma del SSR, con particolare riferimento all'individuazione di ruoli in grado di ricomprendere ed esprimere sia competenze gestionali, sia competenze professionali nelle linee di produzione che hanno interessato più strutture precedentemente riconducibili a diverse ex Aziende.
In questo senso Regione Toscana si impegna a orientare la **programmazione della formazione nelle Aziende Sanitarie toscane** in modo che risulti coerente con il piano delle tecnologie, con le innovazioni organizzative e le politiche aziendali per lo sviluppo delle risorse umane. Particolare attenzione sarà posta all'innovazione intesa sia come sviluppo di eventi formativi coerenti con il piano delle tecnologie, sia come come utilizzo di metodologie formative innovative quali la FSC, la FAD, la Blended e la ricerca, sia come sviluppo della medicina di precisione con particolare riguardo al campo oncologico.
Uno strumento di supporto alla programmazione e di governo della formazione è il dossier formativo che dovrà essere implementato a partire dal 2018.
I rapporti di lavoro debbono essere orientati verso **tre linee di indirizzo**: **tempo per la relazione col paziente**, **valutazione delle performance**, **lavoro in gruppo**. Tutto ciò si fonda sulla precisa definizione di ruolo delle molteplici professionalità impegnate

nel SSR. I *curricola* formativi e la prassi assistenziale delimitano competenze e *skills* di ciascun professionista. La finalità del servizio è di elevare il livello professionale di tutto il personale. Al di là delle inevitabili embricazioni della prassi quotidiana, il riconoscimento dei livelli di competenza deve avvenire per successivi maggiori impegni.
In collaborazione con le associazioni professionali e i sindacati, il PSR mira a creare le condizioni perché il comportamento dei professionisti sia conforme alla deontologia, in particolare verso la trasparenza delle scelte, la partecipazione alla gestione degli interventi individuali e comunitari, la responsabilità e l'efficienza, l'efficacia clinica.
Le aziende favoriscono quindi soluzioni di avanguardia dal punto di vista professionale e gestionale. Le linee guida professionali debbono essere trasformate in percorsi diagnostici terapeutici assistenziali e sociali (PDTAS), non essendo più sostenibile la divaricazione degli interventi sanitari da quelli sociali. L'integrazione avviene a tutti i livelli del percorso ma è massima nel territorio.
Alla luce del presente PSSIR la Regione intende dotare le Aziende di strumenti per affrontare:

- il tempo disponibile per la professione rispetto a quello per le esigenze amministrative;
- la relazione col paziente, come rivendicazione di ruolo sociale, " la comunicazione è tempo di cura";
- l'informatizzazione strutturale al servizio;
- la femminilizzazione della professione;
- la carriera professionale e gestionale;
- la questione delle linee guida;
- la formazione pre-laurea, post laurea e durante la professione (*lifelong learning*).

Il cambiamento più profondo e ineludibile per l'organizzazione dei servizi e per i professionisti consiste nell'approccio metodologico con cui costruire intorno alle esigenze del cittadino, dalla medicina delle persone sane, alla cronicità, alla terminalità, un continuum tra il territorio e l'ospedale che rappresentano differenti momenti e luoghi di un percorso univocamente gestito.

Viviamo un'epoca di cambiamenti tumultuosi. I professionisti debbono partecipare al governo del cambiamento con il fine della salvaguardia dei valori fondanti del servizio sanitario: l'universalità del diritto alla tutela della salute e l'uguaglianza nell'accesso alle prestazioni. La sanità non è pensabile senza l'apporto dei professionisti, è un'impresa in cui il prodotto, la salute della gente, si ottiene grazie al lavoro di ciascun operatore su ciascun cittadino. Questa consapevolezza di fondo deve improntare di sé il cambiamento.

Analoghe prospettive si pongono nel campo del sociale, ove si pone l'esigenza di sviluppare la qualificazione delle professionalità (assistenti sociali, educatori professionali, tutor, mediatori linguistico-culturali) coinvolte nel lavoro di rete sociale e

sociosanitario. Così come nell'ambito prettamente sanitario, anche nel campo del sociale è necessario sviluppare lo strumento del team multidisciplinare e poliprofessionale come contesto più adeguato per la presa in carico e la gestione integrata dei casi (minori, materno-infantile, violenza, povertà).

Driver ⑦

CREARE UNA NUOVA ALLEANZA CON I CITTADINI PER PRESERVARE IL NOSTRO SISTEMA SOCIOSANITARIO

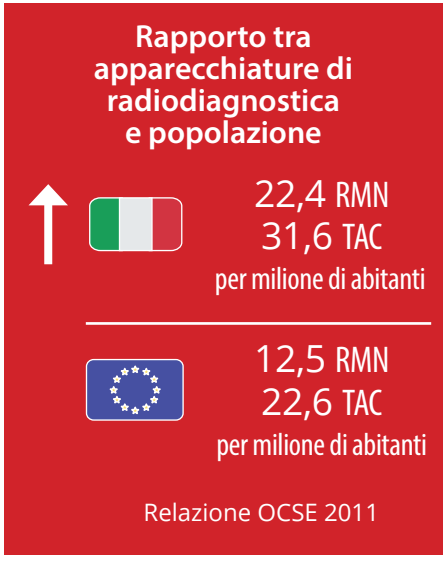
> **Il sistema sociosanitario appartiene a tutti e ognuno di noi deve fare la propria parte per preservarlo**

La sostenibilità del sistema sanitario e sociale dipende da scelte appropriate, cioè in grado di generare valore per i cittadini di oggi e le generazioni future. E' un aspetto chiave su cui porre la massima attenzione e dove ognuno deve fare la sua parte: i decisori politici, i manager, i professionisti ed i cittadini. Il sistema sanitario appartiene ai cittadini che lo finanziano e ne dipendono per la loro salute. Mantenere un sistema di buona qualità e sostenibile significa controllare i costi ed investire sulla prevenzione delle malattie e sul miglioramento dei determinanti di salute.

Per riuscirci occorre rendere il sistema sempre più trasparente, realizzando un cambiamento dei comportamenti. La **responsabilità da parte dei professionisti nelle scelte di cura e la partecipazione dei pazienti e dei cittadini** richiedono un costante impegno per aiutarli a comprendere meglio come funziona il sistema, in modo che possano vedere con chiarezza le opportunità che esso offre e il modo migliore per usufruirne.

Da tempo è noto che esami, procedure e trattamenti farmacologici largamente diffusi non sempre apportano benefici e anzi rischiano di essere dannosi. Lo spreco causato da un utilizzo inefficiente delle risorse è considerato da OMS ovunque pari al 20 – 40% della spesa sanitaria. In molti settori è evidente il sovra utilizzo sia di esami diagnostici sia di trattamenti medici.

Nel confronto tra Italia e gli altri paesi OCSE, Il numero di apparecchiature di RMN e TAC nel nostro paese è molto alto e vengono eseguiti 22,4 RMN e 31,6 TAC per milione di abitanti. Un numero d'esami molto al di sopra della media OCSE (rispettivamente 12,5 e 22,6).



La letteratura di settore ha messo in evidenza recentemente che il 56% delle prestazioni radiologiche ambulatoriali eseguite nel nostro paese è inappropriato, e non solo potevano essere evitate senza alcuna conseguenza per i pazienti, ma anzi hanno costituito un inutile radio esposizione.
Analogamente è molto più alto, rispetto agli altri paesi, l'utilizzo di tecnologie complesse in cardiologia.
Riguardo ai farmaci il consumo pro capite di antibiotici in Italia è uno dei più alti tra i paesi OCSE, con un serio rischio per la salute della popolazione, considerando che causa l'incremento delle resistenze, è una vera e propria priorità di sanità pubblica.
Questo nefasto fenomeno, oltre alle implicazioni cliniche (aumento della morbilità, letalità, durata della malattia, possibilità di sviluppo di complicanze, possibilità di epidemie), ha anche conseguenze economicamente sfavorevoli: costo aggiuntivo per l'impiego di farmaci e di procedure più costose, per l'allungamento dei tempi di degenza in ospedale e per eventuali invalidità.
La prescrizione di esami e trattamenti inappropriati è riconducibile a molteplici ragioni: per abitudine, per soddisfare pressanti richieste dei pazienti, per timore di sequele medico legali, perché spiegare al paziente che non sono necessari richiede più tempo o perché si applica in modo acritico il concetto che "fare tutto il possibile è meglio".
La riduzione di prestazioni che non offrono benefici tangibili ai pazienti ma piuttosto li espongono a maggiori rischi, costituisce un preciso imperativo etico, tanto più pressante in questo momento perché mette anche a rischio, senza generare alcun beneficio, la sostenibilità del servizio sanitario pubblico. Tutto questo mentre, paradossalmente, molti interventi di prevenzione primaria e secondaria rimangono fortemente sottoutilizzati, sia per la debole integrazione della prevenzione nei percorsi assistenziali sia per scarsa convergenza sugli obiettivi di salute delle politiche incidenti sui suoi determinanti.
È quindi necessario promuovere una crescita culturale collettiva, agendo in più direzioni e coinvolgendo i professionisti, i cittadini e le associazioni.
L'impegno per un corretto ed equo utilizzo delle risorse richiede innanzi tutto che i medici facciano scelte responsabili, dato che "fornire servizi non necessari non solo espone i pazienti a rischi e costi evitabili ma anche riduce le risorse disponibili per gli altri".
Dagli studi presenti in letteratura si stima che dalle loro decisioni dipenda circa l'80% della spesa sanitaria. Occorre promuovere una nuova consapevolezza medica, liberata dalle pressioni da parte delle aziende produttrici, da un'informazione talvolta distorta e non sufficientemente libera dai conflitti di interesse, dai possibili condizionamenti della potenziale concorrenza di colleghi meno attenti.
Occorre che la **relazione fra professionista sanitario e paziente** sia finalmente al centro dell'intervento di cura ed entrambi siano **soggetti attivi e cooperativi** per scegliere sempre gli esami diagnostici, i trattamenti e le procedure che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, sono raccomandati in quanto apportano benefici significativi.

Vanno potenziati gli interventi di prevenzione e di promozione della salute, trovando modi che li rendano maggiormente efficaci nel diffondere i concetti di cura efficace, riabilitazione possibile e valorizzazione delle capacità residue, in contrapposizione all'eccesso di cure e alla ricerca della guarigione ad ogni costo.

Gli ambiti che rappresentano i prossimi impegni a livello regionale sono:

- lo sviluppo di piani di implementazione delle raccomandazioni sull'utilizzo appropriato di esami e trattamenti che comprendano l'identificazione di indicatori da utilizzare per valutarne l'effettiva applicazione;
- la realizzazione di iniziative per migliorare il rapporto medico-paziente aumentando e migliorando la comunicazione tra loro, "la comunicazione è tempo di cura";
- la ricerca di una maggiore responsabilizzazione dei professionisti attraverso l'impegno delle società scientifiche, degli ordini e dell'università;
- la riprogettazione degli interventi di prevenzione e di educazione alla salute;
- la promozione dell'informazione indipendente dei medici e degli altri professionisti sanitari;
- la diffusione dei concetti di cura efficace e appropriata tra i cittadini, i pazienti e le loro rappresentanze rendendo disponibili maggiori informazioni;
- l'allineamento della formazione continua con la ricerca di appropriatezza e sostenibilità.

Nuove politiche del farmaco: appropriatezza e sostenibilità

Due gli strumenti per garantire la salute dei cittadini e la sostenibilità del sistema: la riconciliazione della terapia e la lotta agli sprechi dei farmaci grazie al loro riutilizzo. Per fare ciò è determinante il ruolo svolto dai MMG, dagli infermieri "di famiglia", dai farmacisti ospedalieri e dalle farmacie dei servizi.
Il pericolo di effetti collaterali da farmaci triplica dopo i 65 anni e quadruplica dopo i 75 (dato AIFA), soprattutto per la frequente mancanza di una regia terapeutica che indichi priorità di trattamento e riconsideri periodicamente gli schemi farmacologici. Applicando una saggia de-prescrizione almeno tre milioni di ricoveri di anziani sarebbero evitabili in Italia.
I farmaci sono beni preziosi e vanno usati attentamente perche producano i loro migliori effetti terapeutici, quindi vanno gestiti attraverso processi continui di revisione e riconciliazione.

Pericolo da effetti collaterali da farmaci

3 volte maggiore
dopo i 65 anni

4 volte maggiore
dopo i 75 anni

dato AIFA

Gran parte dei ricoveri e degli accessi al Pronto soccorso vedono come causa terapie non monitorate e quindi la mancanza di una verifica che individui le priorità di trattamento e riconsideri periodicamente gli schemi terapeutici. É necessario che i farmacisti con le farmacie dei servizi, gli infermieri di famiglia e i medici di medicina generale siano gestori responsabili della presa in carico della cronicità, migliorando l'aderenza alla terapia, e conseguentemente generando la riduzione degli accessi al pronto soccorso e i ricoveri in ospedale. La via per la sostenibilità può essere cambiare il modello organizzativo che affronta la cronicità. Il lavoro integrato di farmacista, medico ed infermiere, grazie alla riconciliazione della terapia può portare l'aderenza al massimo livello. E, proprio sulla base del dato relativo al numero dei "ricoveri evitabili", possiamo stimare l'impatto di questo modello organizzativo in circa tre miliardi di euro di risparmi, pari al 45% della spesa farmaceutica convenzionata 2017. Generalmente sono i momenti di transizione di cura (cioè il passaggio dal ricovero in ospedale alla dimissione oppure i trasferimenti tra reparti della stessa struttura o ad altra struttura sanitaria) quelli in cui si generano gli errori in terapia (politerapia, interazioni tra farmaci, *overuse*/*underuse* dei farmaci stessi).

Un altro argomento di appropriatezza e sostenibilità, ma anche un valore etico e sociale è il recupero e reimpiego o la donazione ai fini del riutilizzo di medicinali in corso di validità. Il "Rapporto Rifiuti Urbani 2015 di ISPRA" (Istituto Superiore per la Protezione e Ricerca Ambientale) evidenzia che in un campione di 1.980 Comuni italiani sono state riscontrate 1.546 tonnellate di farmaci in raccolta differenziata.

Farmaci in raccolta differenziata

1.980 comuni italiani

1.546 tonnellate di farmaci

rapporto ISPRA 2015

Lo smaltimento di questi farmaci rappresenta un costo sociale aggiunto al costo economico, se si considera che buona parte dei farmaci conferiti sono farmaci mai aperti, oppure utilizzati solo parzialmente per cambio di terapia e comunque erogati a carico del SSN. La soluzione ci viene dalla Legge Finanziaria 2008 (Legge 24 dicembre 2007, n. 244). Tale Legge dispone che le confezioni di medicinali in corso di validità, ancora integre e correttamente conservate, in possesso di ospiti delle RSA o in possesso di famiglie che hanno ricevuto assistenza domiciliare, potessero essere riutilizzate nell'ambito della stessa RSA o della stessa ASL. La finalità della norma è quella di garantire ai cittadini la possibilità di recuperare, restituire, o donare i medicinali rimasti inutilizzati nei casi in cui si fosse reso necessario per il medico modificare una terapia già in atto a causa, ad esempio, della sua inefficacia, oppure per sopravvenuti effetti collaterali al farmaco, per variazioni della terapia fino al caso in cui il paziente fosse deceduto.

Il contributo alla riduzione dello spreco di medicinali non più utilizzati può venire da una maggiore consapevolezza da parte dei cittadini del valore non solo individuale ma anche sociale del bene "farmaco" e dalla messa in atto di progetti con le farmacie dei servizi, con i distretti, gli infermieri di famiglia e i medici di medicina generale per garantire la salvaguardia dagli sprechi.

Driver 8
PIANIFICARE IN MANIERA CONDIVISA LE CURE NELL'ULTIMA FASE DELLA VITA

> **Rispettare la dignità della persona e la qualità degli ultimi giorni della sua vita**

La conoscenza dei sintomi del paziente con patologia in fase avanzata, della progressione della malattia e la valutazione della sua aspettativa di vita permettono di iniziare precocemente il programma di cure palliative che risponde ai suoi bisogni, fornendo al momento giusto la giusta cura, in linea con i suoi desideri e le sue preferenze.
Una corretta **relazione con il paziente** deve essere ricca d'informazioni e trovare il tempo dedicato a comunicarle. Solo così si può favorire l'autodeterminazione e raggiungere la condivisione del percorso con lui e con le persone che gli sono vicine,
Stabilito che questi sono gli elementi base di una **pianificazione condivisa delle cure**, da qui può partire con un **piano di assistenza individuale** (PAI) efficace perché realizzato attraverso il coinvolgimento attivo di paziente e caregiver nelle fasi cruciali della cura.
La pianificazione condivisa delle cure è un percorso progressivo di comunicazione, ma soprattutto di ascolto attivo, da documentare in cartella clinica. Il piano di cura, il consenso e la comunicazione effettuata, nonché il grado di comprensione e di consapevolezza dovranno essere aggiornati in base alle variazioni dello stato clinico per avere la certezza che la pianificazione condivisa delle cure rispetterà in ogni momento della malattia la volontà del paziente e le sue scelte.
Per perseguire questo scopo è fondamentale la **cooperazione dei medici di medicina generale**, e dei **team delle cure primarie** nel riuscire a coniugare la necessità di una cura migliore con quella di un assistenza personalizzata. Un approccio indispensabile, soprattutto nei pazienti "complessi", cioè di coloro cui vanno considerate, non solo la molteplicità di patologie e di trattamenti, ma anche la presenza di fattori psicologici e sociali mutevoli ed influenti.
E' fondamentale introdurre e perseguire i seguenti elementi di cambiamento:

- l'**integrazione dei percorsi** indicati dagli specialisti, che, sempre più numerosi, seguono il paziente nelle sue patologie e nei suoi ricoveri ospedalieri;

- la concreta possibilità di esercitare l'**esecuzione delle disposizioni** relative ad un consenso realmente informato e tutto quanto è previsto dalla Legge 219/2017;
- la realizzazione di **percorsi di diagnosi e cura appropriati e personalizzati**, cioè che tengano conto e rispettino lo stato e le volontà del paziente, che prevedano esami diagnostici solo quando giudicati fondamentali per cambiare il percorso della malattia e prescrizioni basate sulla ragionevole certezza che ci sarà aderenza al trattamento e che il beneficio di ciò sarà superiore al rischio degli effetti negativi delle interazioni fra i farmaci assunti.

La realtà dell'assistenza nel fine vita in Toscana vede ancora un ricorso eccessivo a cure con un alto livello d'intensività ed invasività protratte futilmente fino alle ultime ore di vita. Troppo spesso il servizio specialistico di cure palliative è attivato soltanto nelle ultime settimane di vita per prendersi cura dei malati oncologici e in quelli cronici e per di più in quest'ultimi in un numero di casi del tutto irrilevante. Ancora oggi troppi pazienti oncologici muoiono mentre sono ancora in trattamento con chemioterapie o radioterapie e troppi pazienti con scompenso cardiaco o insufficienza respiratoria cronica muoiono ricoverati nelle terapie intensive. Ciò è lesivo della dignità e della qualità della vita della persona e costituisce un insopportabile spreco di risorse. Per valorizzare i benefici che la messa a disposizione da parte del SSR di farmaci innovativi può generare è opportuno che il loro impiego risponda a criteri puntuali di uso appropriato ed etico, ben più stringenti e di schemi e protocolli definiti nei processi di autorizzazione e immissione in commercio del farmaco.
La cultura delle cure palliative, con la sua visione della persona e della sua autodeterminazione che non ha pari in altri settori della medicina, è quella giusta per fare sagge scelte di terapia per i pazienti complessi nella fase avanzata di malattia. E' un obiettivo strategico della programmazione socio sanitaria sostenere un cambiamento che, a partire dalla medicina di iniziativa e dall'implementazione della cosiddetta palliazione precoce, veda il cittadino protagonista delle sue cure, come della sua sorte, attraverso un suo concreto coinvolgimento nel processo decisionale.

Descrizione

Il percorso clinico-assistenziale dei pazienti con patologie croniche deve prevedere al momento appropriato l'inserimento delle cure palliative precoci in simultanea con quelle già in corso, così come l'eventuale passaggio alle cure palliative specialistiche quando arriverà il tempo giusto.
Il medico di medicina generale, e tutti i professionisti coinvolti nelle cure primarie, devono essere capaci di riconoscere quando i malati cronici si avvicinano alla fase *end stage*, prima che si debba intervenire in condizioni d'urgenza. E' loro compito rendere consapevoli il malato e la sua famiglia della situazione reale per poter realizzare un percorso condiviso e pianificato di assistenza.

Le finalità delle Cure Palliative Precoci e Simultanee sono:

1. la presa in carico globale del malato e della famiglia;
2. il trattamento di tutti i sintomi fisici correlati alla malattia;
3. la valutazione dei bisogni psicologico-relazionali e del livello di consapevolezza della prognosi da parte del paziente e dei familiari;
4. la valutazione se rendere l paziente più consapevole della prognosi sia opportuna;
5. la coniugazione dell'approccio terapeutico classico con quello palliativo nel continuum della cura del malato, evitando il rischio che possa provare un senso di abbandono nella fase avanzata e terminale.

Organizzare condizioni che consentano cure palliative precoci e simultanee significa che i medici palliativisti operino in modo coordinato con i MMG, gli oncologi e gli altri specialisti impegnati nella cura delle malattie croniche per garantire una continuità di cura adeguata al variare delle condizioni dei pazienti.
La collaborazione con gli specialisti può evitare cure inappropriate e approcci di ostinazione diagnostica e terapeutica, e facendo sì che ricevano aiuto nel partecipare alle scelte terapeutiche e nella condivisione del percorso di cura e accompagnando il paziente e la famiglia nell'accettazione della fase avanzata di malattia e nello spostare l'obiettivo da un impossibile guarigione alla migliore qualità di vita possibile,.
In questo percorso assistenziale continuo e coerente le condizioni cliniche, psicologiche, sociali e spirituali del paziente, l'efficacia del trattamento, palliativo e non, le ulteriori opzioni, la volontà e le scelte individuali devono essere valutate ad ogni snodo decisionale. Questa modalità presa in carico ha come obiettivo la condivisione delle scelte terapeutiche ed assistenziali in ogni fase del percorso di cura, soprattutto nelle fasi più avanzate, e sarà rilevante la sua capacità d'influenzare la decisione di accettare cure palliative esclusive e dove riceverle (domicilio o Hospice) al momento della progressione della malattia.
È necessario che le informazioni date al paziente e alla sua famiglia non appartengano soltanto al sanitario che ha effettuato il colloquio, ma che siano condivise, rima e dopo, con l'equipe, per garantire la continuità e la coerenza di una cura condivisa fra i curanti, con il malato e la sua famiglia.

In previsione della gestione di questa fase, attraverso la pianificazione condivisa delle cure dovrebbe essere affrontato il tema della possibilità del controllo di eventuali sintomi refrattari attraverso la riduzione più o meno profonda dello stato di coscienza, fino alla sedazione proporzionale/palliativa (Art. 2 Comma 2 L. 219/2017).
È fondamentale che tali decisioni non siano prese dai curanti nel momento della necessità ma valutate e condivise per tempo con il paziente e con la famiglia per ricevere e documentare l'indicazione ricevuta dal paziente prima del momento della decisione

effettiva quando, spesso, le condizioni sono troppo compromesse per permettere d'esprimere una scelta che possiamo considerare davvero libera e consapevole.
Il cambiamento di paradigma (dall'attesa all'iniziativa, dall'intervento in condizioni di urgenza all'intervento programmato) deve essere reso possibile per tutti i cittadini e, dato l'elevato numero dei potenziali interessati, solo il team delle Cure Primarie (medico di medicina generale, infermiere, assistente sociale coadiuvati da tutti gli altri professionisti sanitari) può garantire la capillarità d'intervento necessaria.

Linee d'azione

Garantire la Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC) e l'attivazione di percorsi di cure palliative precoci nelle cura delle persone affette da patologie croniche.
Un cambiamento di paradigma: dall'attesa all'iniziativa, dall'intervento in condizioni di urgenza all'intervento programmato.
Disposizioni anticipate di trattamento: indirizzi e fruibilità.

In linea con le indicazioni dell'OMS ridurre gli errori di terapia attraverso una maggiore attenzione all'appropriatezza della prescrizione terapeutica, contrastando l'over treatment

UN UNICO SISTEMA TANTI DESTINATARI
I TARGET

Il piano si sviluppa a partire dall'impegno nei confronti delle persone perché prendersi cura dei bisogni della gente è alla base di ogni decisione che dobbiamo assumere come sistema socio sanitario. Per quanto definito vengono individuate le priorità per i diversi destinatari.

Le macro azioni di piano vengono pertanto definite dedicandole a 12 destinatari (TARGET) che ricomprendono nel loro insieme la nostra popolazione di riferimento distinta per età, fasi della vita, particolari condizioni di malattia e/o territorio di residenza.

Per quanto attiene la tematica della "cronicità" in considerazione della particolare rilevanza della stessa sarà predisposto, tenuto conto anche delle disposizioni contenute nel Piano Nazionale Cronicità, uno specifico documento attuativo di indirizzo regionale.

DESTINATARI AI QUALI SONO DEDICATE LE AZIONI DEL PIANO

Target:

- (A) dedicato ai genitori
- (B) dedicato ai bambini
- (C) dedicato ai giovani
- (D) dedicato alle donne
- (E) dedicato ai pazienti oncologici
- (F) dedicato agli anziani
- (G) dedicato alle persone con disabilità
- (H) dedicato agli stranieri
- (I) dedicato ai lavoratori
- (L) dedicato alle popolazioni residenti nelle aree interne e insulari
- (M) dedicato alle persone detenute negli istituti penitenziari
- (N) dedicato a tutti i cittadini

Target A
DEDICATO AI GENITORI

> **Il sostegno alla genitorialità e all'essere genitori nella ricomposizione dell'approccio sociale, educativo e sanitario, genera effetti positivi sulla salute e sulla qualità della vita delle persone che vanno anche a favore della collettività**

Riferimenti epidemiologici

- Le coppie con figli costituiscono in Toscana il 31% delle famiglie, ma aumentano le famiglie mono-genitoriali costituite prevalentemente da madri sole che vanno particolarmente sostenute (Profilo regionale sociale 2016). Vari studi hanno evidenziato l'effetto negativo della assenza del supporto sociale e della assenza del partner, non solo fisica, ma anche emotiva, sulla capacità genitoriale delle donne. Aumentano anche gli altri fattori di rischio che si intrecciano tra di loro sviluppando quadri di sempre maggiore complessità. Alta attenzione va posta in presenza di violenza domestica o di alta conflittualità familiare.
- L'età della prima maternità si è progressivamente elevata, la genitorialità è prevalentemente una scelta ponderata, meno casuale e spesso unica.
- Il livello culturale si è innalzato. Maggiori sono i messaggi informativi, anche contraddittori, sulle tematiche psico-pedagogiche in assenza di modelli e punti di riferimento certi con conseguente disorientamento dei genitori. Vengono offerte molte opportunità che si sente il dovere di cogliere per sentirsi adeguati agli altri e al proprio tempo.

- Si indeboliscono le reti di protezione familiare, vengono meno luoghi in cui, in modo informale, si dialoga, ci si confronta sui problemi della vita quotidiana. Spesso si è soli: cercare e trovare soluzioni diventa un fatto privato o all'opposto troppo pubblico.
- Gli attuali cambiamenti sociali coinvolgono anche i genitori ed il modo in cui essi praticano la loro genitorialità con un'estensione della vulnerabilità. C'è difficoltà a comprendere le profonde trasformazioni della nostra società (globalizzazione economica, cambiamenti climatici, avvento di società multietniche, impatto delle nuove tecnologie sul modo di vivere, perdita della sicurezza economica, ecc.).
- In Italia (ISTAT 2015 – Profilo regionale sociale 2016) aumenta l'instabilità familiare che colloca la Toscana fra le regioni con i più alti tassi di separazione e divorzi. I fattori che portano alla crisi della coppia sono molteplici e possono sorgere in tutte le fasi del ciclo vitale della famiglia. Quando ciò accade, le coppie, di solito, hanno difficoltà a esprimere le differenze per il timore di incentivare il conflitto, ma in questo modo non riescono a modificarsi con pesanti conseguenze sulle relazioni familiari, oltre che sull'equilibrio personale.

Nuovi ruoli e nuovi bisogni

La transizione alla genitorialità indica il periodo in cui una coppia si prepara allo status di genitore. Si tratta di un assunzione di responsabilità non solo biologica, ma soprattutto educativa e sociale. E' una fase molto delicata perché lì si definirà la futura fisionomia della famiglia.

L'arrivo di un bambino è per la coppia e per la famiglia un grande cambiamento che richiede capacità di adattamento psicologico e di riorganizzazione delle relazioni interpersonali e di coppia. Anche il puerperio, che riceve spesso minor attenzione rispetto alla gravidanza, rappresenta un periodo potenzialmente difficile per le cure richieste alla madre, il disorientamento che la coppia prova di fronte al bambino "reale" e l'instaurarsi di nuovi equilibri emotivi e sociali.

Altri momenti possono essere particolarmente critici del ciclo di vita familiare e la coppia può avere bisogno di essere accompagnata durante il mutamento delle esigenze familiari e sociali. L'adolescenza di un membro della famiglia, ad esempio, mette alla prova la capacità dell'intera organizzazione familiare di adattarsi. Frequentemente i genitori dei figli adolescenti, così come succede alla nascita del primo figlio, possono sviluppare sentimenti d'inadeguatezza e di disagio. Non è un caso che proprio questi due momenti possono risultare particolarmente critici per la stabilità della coppia, che si può trovare in difficoltà sia nel rimodellare il proprio rapporto sia a gestire quello con i figli.
Durante l'adolescenza di un figlio è necessario stabilire un nuovo rapporto che richiede strumenti diversi e adeguati alle mutate esigenze cognitive, affettive e relazionali. La conquista, da parte del figlio, di una progressiva autonomia nello sviluppo sociale è per i genitori un'autentica sfida educativa. I genitori devono prendere la distanza dal "figlio immaginato" a favore del "figlio reale" e durante la fase di distacco da quest'ultimo possono sentirsi non tanto "più liberi" quanto "più soli".
Ci sono poi le separazioni e i divorzi che spesso si accompagnano ad una spiccata problematicità e complessità. Si tratta di una gamma di situazioni molto variegata che può arrivare a stati di alta conflittualità intra-familiare, sociale, culturale e talvolta sfociare in procedimenti giudiziari. Le coppie che giungono ai servizi sociosanitari su mandato dell'autorità giudiziaria presentano fenomeni di conflittualità esacerbata e spesso patologica.
Sul territorio i soggetti più attivi e qualificati per promuovere un empowerment delle coppie a supporto della genitorialità sono gli operatori sociali (assistenti sociali ed educatori dei servizi sociali territoriali, operatori dei centri per le famiglie, delle comunità di accoglienza,...), sanitari (medicina generale, pediatria di famiglia, psicologia, consultori familiari, servizi specialistici), educativi (operatori dei servizi per la prima infanzia 0-6 anni) in raccordo con le istituzioni pubbliche, il mondo del volontariato, l'associazionismo.

Indirizzi a favore dei genitori

NELLA PROMOZIONE DEL BENESSERE E DEL SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ

- Facilitare la formazione di un'identità genitoriale, finalizzata ad una scelta consapevole e responsabile della maternità e della paternità, sostenendola nei momenti di cambiamento del ciclo di vita delle famiglie. I servizi, in particolare i Consultori, devono stare accanto alla famiglia in questo cammino per rafforzare tutte le opportunità e per aiutarla a trovare al suo interno le risposte necessarie.
- Promuovere il "percorso nascita", dall'inizio della gravidanza fino ai primi mesi di vita del **futuro bambino**, secondo un approccio che considera la nascita un evento biologico, sociale e affettivo. Il modello assistenziale adottato è quello che vuol

garantire la fisiologia degli eventi legati al parto e al puerperio e la continuità tra ospedale e casa per facilitare lo sviluppo della relazione tra il neonato, la madre e la famiglia.

- Favorire le pratiche che favoriscono l'attaccamento della madre al figlio e lo sviluppo del senso di genitorialità come il contatto precoce alla nascita, l'allattamento al seno, il massaggio neonatale. È importante che i servizi esercitino una funzione di riferimento per i neo genitori e che accolgano i loro bisogni, in una dimensione di ascolto attivo e comprensivo e mai di giudizio.
- Attuare, nelle varie fasi del percorso nascita e poi durante i primi anni di vita del bambino, interventi di sostegno psicologico, educativo e sociale (corsi e incontri di accompagnamento alla nascita, gruppi *post partum*, gruppi massaggio infantile, gruppi di sostegno alla genitorialità). Particolare attenzione deve essere rivolta a temi specifici della genitorialità come:
  - paternità;
  - procreazione medicalmente assistita;
  - genitorialità in terra straniera;
  - genitorialità nel percorso adottivo con sensibilizzazione, informazione e preparazione all'adozione e sostegno post-adozione.
- Sostenere i genitori di figli adolescenti nel passaggio di fisiologica maturazione del ciclo di vita della famiglia grazie ai Consultori giovani e della scuola per favorire l'uscita dall'isolamento delle famiglie e valorizzando le reciproche competenze.
- Introdurre strumenti informatizzati per diffondere con maggior facilità informazioni per la salute di mamme e bambini e per l'accesso ai servizi consultoriali ed ospedalieri in grado di superare le barriere che le differenze di livello culturale e linguistico possono alzare.

NELLA PREVENZIONE E NEL SOSTEGNO DELLA GENITORIALITÀ A RISCHIO

- Organizzare interventi, sin dall'inizio del percorso nascita, per individuare precocemente difficoltà e situazioni di rischio psichico e sociale della gestante e/o del partner dalla fase preconcezionale in poi (visite preconcezionali, consegna libretto gravidanza, CAN, visite ostetriche-ginecologiche in gravidanza).
- Mantenere durante tutto il percorso un'offerta attiva di azioni a sostegno delle dinamiche relazionali e affettive connesse al ruolo genitoriale, favorendo positive competenze genitoriali, per assicurare al bambino un ambiente adeguato al suo sviluppo psichico (consultazioni psicologiche, attività di gruppo, *home visiting*, progetti *post partum*).
- Attivare sinergie tra Consultori, Punti Nascita, Salute mentale infanzia e adolescenza, Serd, Servizi sociali MMG e PdF, per una presa in carico multidisciplinare.
- Introdurre modalità innovative di sostegno educativo domiciliare.

NELLA PROTEZIONE E NELLA CURA ALLA GENITORIALITÀ

GENITORIALITÀ CONFLITTUALE

- Attivare percorsi per favorire e sostenere un'adeguata funzione genitoriale nei momenti di crisi nella coppia e durante i processi di separazione quando particolarmente conflittuali.
- Articolare percorsi differenziati per accogliere e gestire in modo appropriato le diverse situazioni con:
  - interventi di prevenzione e sostegno in particolari momenti di criticità;
  - cura dei conflitti quando si stima vi siano risorse residue per una rielaborazione della relazione di coppia;
  - mediazione familiare, in caso di separazione e/o divorzio, per aiutare i genitori a trovare un accordo, perchè entrambi i genitori possano svolgere il proprio ruolo in modo condiviso e non suddiviso, così che i figli possano essere compresi e non contesi.

GENITORIALITÀ DISFUNZIONALE

Prevedere modalità e strumenti per ottimizzare la comunicazione, la relazione e la collaborazione tra le diverse Istituzioni coinvolte nella tutela dei minori e nel sostegno alla genitorialità in difficoltà:

- costituire Unità di valutazione integrate per la valutazione delle competenze genitoriali su richiesta della magistratura con:
  - verifica della capacità di un genitore di riconoscere il rischio di danno o il danno subito dal figlio e di accettare un aiuto in un contesto non prescrittivo;
  - valutazione delle risorse e della recuperabilità delle funzioni genitoriali con lo scopo di verificare in modo dinamico motivazione, responsività, modificabilità di un genitore a fronte di interventi volti al cambiamento;
- attuare progetti di recuperabilità delle funzioni genitoriali attraverso:
  - costruzione di alleanze tra famiglia, servizi e comunità di riferimento;
  - presa in carico terapeutica;
  - interventi di domiciliarità (educativa domiciliare, tutor familiare, *home visiting*);
  - interventi di prossimità (affido part-time, reti di famiglie solidali, interventi educativi di strada).

GENITORIALITÀ DIFFICILE

Accompagnare i genitori che hanno bambini affetti da disabilità, malattie rare e croniche nel loro difficile impegno percorso con Piani di Assistenza personalizzati, frutto di valutazioni multidisciplinari e multi professionali, che prefigurano percorsi facilitanti rivolti al bambino ma anche di sostegno per i genitori.

Fonti dei dati utilizzate nel capitolo:

- Profilo sociale regionale, anno 2016. Analisi della situazione sociale in Toscana: strumenti per la programmazione sociale e sociosanitaria. Regione Toscana, Direzione diritti di cittadinanza e coesione sociale, Settore Welfare e Sport, Osservatorio sociale regionale; in collaborazione con ANCI Toscana, 2017.

Target Ⓑ
DEDICATO AI BAMBINI

La promozione e la protezione del benessere e della salute dei bambini, la tutela senza discriminazioni dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, attraverso una rete integrata dei servizi per un welfare di comunità

Combattere la povertà minorile e la discriminazione

La promozione del benessere e della salute dei minori e la tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza si fondano sull'affermazione dei bambini come soggetti sociali e soggetti di diritto, a partire dalla Convenzione internazionale sui diritti dei bambini di New York del 1989, che ne definisce, promuove e tutela la natura e il loro esercizio.
Sono affrontati in questo capitolo fenomeni e interventi specifici ed integrati con altre aree di attività e servizi rivolti ai genitori, ai giovani, al contrasto dello svantaggio sociale, alla prevenzione e alla promozione del benessere e di stili di vita corretti. La visione comune è quella del bambino quale persona competente e protagonista della sua crescita e destinatario di politiche che ne sappiano accompagnare lo sviluppo e valorizzare risorse e potenzialità.

Riferimenti epidemiologici

I minorenni residenti in Toscana al 1° gennaio 2017 sono complessivamente 569.203 e nell'anno 2017 vi sono stati 26.324 parti.
In Toscana come in Italia, dall'inizio della crisi economica del 2010 il numero dei parti continua ad essere in forte calo (anche da madre straniera). Gli scenari Istat ci dicono che avremo un re-innalzamento delle nascite di qualche unità fino al 2020 e che porterà nel 2030 i nuovi nati ad essere intorno alle 27.500 unità.
Si è assistito, inoltre, ad aumento dell'età materna, delle famiglie monogenitoriali, dell'isolamento sociale, della povertà, portando ad una sostanziale crescita

nel 2017
26.324 parti

in aumento
età materna
famiglie mono-genitoriali

primi anni
il bambino è assistito da una rete di servizi e professionisti

screening
neonatali + 40 malattie rare

in aumento
allattamento esclusivo al seno alla dimissione

in aumento
disagio psichico e disturbi della condotta

della fragilità del contesto in cui nascono e vivono i bambini e ragazzi toscani.

Nella primissima infanzia le scelte dei genitori sono importanti per la qualità della salute futura, un bambino che nasce in Toscana da subito è assistito da una rete di servizi efficace e all'avanguardia e da professionisti qualificati.

Già durante la gravidanza, i consultori raccolgono informazioni sul nascituro e sulla famiglia; al neonato sono poi assicurati i primi esami clinici, come gli screening neonatali che consentono di intervenire tempestivamente in situazioni in cui potrebbe essere a rischio la qualità della vita se non quando la vita stessa. La Toscana ed altre sette regioni hanno recentemente adottato anche lo screening di quaranta malattie rare, offrendo nuove opportunità di salute ad un numero crescente di bambini.

In Toscana la mortalità infantile, cioè nel primo anno di vita, è bassa, sia rispetto alle altre regioni italiane sia all'Europa, ed ha raggiunto livelli ormai difficilmente migliorabili. La bassa mortalità infantile è il segnale più chiaro, condiviso a livello internazionale, del buon funzionamento di un sistema sanitario.

Un altro indicatore positivo è l'ampia diffusione dell'allattamento esclusivo al seno, pratica così importante per la salute del bambino e del futuro adulto. La Regione Toscana, seguendo le indicazioni dell'Organizzazione mondiale di sanità, lo promuove da anni a partire dai punti nascita, con ottimi risultati: la percentuale di mamme toscane che allattano al seno alla dimissione oggi è infatti molto alta e in aumento. Ci sono comunque ancora margini di miglioramento nel sostenere le donne a proseguire l'allattamento esclusivo fino al sesto mese, per evitare uno svezzamento precoce.

A fronte di questi buoni dati, si osserva però un incremento di bambini e adolescenti affetti da malattie cronico-complesse, tra cui le rare, e soprattutto un'ascesa esponenziale del numero di quelli affetti da disagio psichico e disturbi della condotta.

Una stima della prevalenza dei bambini residenti in Toscana al primo gennaio 2016 riporta che i minorenni con due o più condizioni complesse sono 557 nella fascia tra i 2 e i 4 anni di età, mentre il gruppo 5-17 anni è rappresentato da 3.500 minori. Si tratta di un numero crescente di bambini che, indipendentemente dalla diagnosi, sono accomunati dal presentare bisogni assistenziali complessi. Inoltre, per quanto riguarda i decessi, ogni anno in Toscana muoiono circa 80 minori per patologie croniche non guaribili, di cui una trentina affetti da tumore.

Si tratta di mutamenti radicali nel profilo dei bisogni di cura della popolazione pediatrica che richiedono una attenta riprogrammazione dell'offerta dei servizi sociosanitari impegnati nella promozione della salute e nell'assistenza ai minori.

Durante l'infanzia, più che mai, la salute, si gioca sugli stili di vita che i genitori scelgono per il bambino. Sappiamo che una corretta alimentazione e l'attività fisica già in questa età sono fondamentali per la salute del futuro adulto. Da questi due fattori dipenderà il peso corporeo del bambino, che – se eccessivo – aumenterà il rischio di problemi futuri anche gravi come diabete, malattie del cuore fino ai tumori. Meno attività fisica significherà anche meno efficienza dei muscoli e delle ossa e maggiore fragilità e disabilità in età anziana.

I bambini toscani fanno più movimento e mangiano in modo più corretto rispetto ai coetanei italiani: più frutta e verdura, meno dolci, snack e salumi e fanno anche una colazione più adeguata. Non a caso i nostri ragazzi sono un po' meno in sovrappeso ed obesi, in particolare rispetto ai loro coetanei del Sud Italia.

I dati di Okkio alla salute 2016 indicano nell'età 8-9 anni, un allineamento col dato nazionale per la prevalenza del sovrappeso (Toscana 21,4%; Italia 21,3%), mentre il dato regionale relativo all'obesità si attesta al di sotto di quello nazionale (Toscana 5,5%; Italia 9,3%).

~ 4.000
minori con bisogni assistenziali complessi

+ movimento e corretta alimentazione
migliore salute da adulto

i bambini toscani mangiano
+ frutta
+ verdura
- dolci
- snack
- salumi
colazione più adeguata

9,3% **5,5%**
obesità (2016)

95,8%
coperture vaccinali per esavalente (2017)

32mila
cartelle sociali aperte nel 2016 (57% italiani, 43% stranieri)

L'"epidemia" di obesità segnalata in questa età con tanta evidenza sui media nazionali non trova comunque riscontro ad oggi nei dati recenti toscani, che sono stabili o in lieve diminuzione dal 2005. Sono i bambini di mamme poco istruite a pagare il conto più salato in termini di peso. Istruzione e reddito, anche in questo caso, sono tra i fattori più importanti per la salute, come ben sanno gli esperti di sanità pubblica.

Siamo però ancora distanti dalle raccomandazioni internazionali sul consumo appropriato di frutta e verdura e i bambini europei risultano in media meno "paffutelli" degli italiani e dei toscani.

La protezione dei bambini dalle malattie infettive è garantita dal Piano Vaccinale Regionale. In Italia per contrastare il calo delle coperture vaccinali (CV) è stata recentemente approvata la "Legge di conversione 31 luglio 2017, n. 119" che nasce dal "Decreto Legge 7 giugno 2017, n. 73, Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale. In Toscana, dove storicamente le CV sono superiori alla media nazionale, i risultati dell'attuazione di tale norma confermano nel 2017 valori più elevati per tutte le vaccinazioni: 95,8% per esavalente e 93,5 per MPR (Morbillo-Rosolia-Parotite). Mentre negli anni 2015 e 2016 le CV erano scese al di sotto della soglia critica del 95% per esavalente e addirittura al di sotto del 90% per MPR. I bambini vaccinati contribuiscono anche così alla protezione della propria comunità di appartenenza.

Per quanto concerne la rete dei servizi sociali e sociosanitari integrati per l'infanzia e l'adolescenza i dati (anno 2016) evidenziano che i minori seguiti (ovvero le cartelle sociali aperte) sono circa 32 mila (57% italiani e 43% stranieri) e tra questi:

- per circa 27.000 minori (di cui 58% italiani, 42% stranieri) all'apertura della cartella sociale ha fatto seguito un'effettiva presa in carico da parte del servizio pubblico;
- 2.136 minori vivono per ragioni diverse fuori dalla propria famiglia e, in particolare, tra questi, 1360 sono gli affidamenti familiari attivati mentre circa 1.200 sono i bambini e ragazzi collocati in strutture residenziali socio-educative.

La rete dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari per il benessere e la salute dei minori

Per quanto concerne gli aspetti più squisitamente sanitari, la rete regionale, interaziendale e multidisciplinare richiede nuove e più efficaci modalità di condivisione di conoscenze, competenze e informazioni per consolidare ed affiatare i gruppi di lavoro della Rete attivi nei diversi ambiti.
Per assolvere al progressivo aumento dei piccoli pazienti affetti da condizioni cronico-complesse è necessario che l'ospedale pediatrico Meyer, centro regionale per la gestione delle patologie complesse, sia fortemente integrato con i servizi territoriali distrettuali, la pediatria di famiglia e le pediatrie ospedaliere, per garantire completezza nella risposta ai bisogni di salute e continuità delle cure dai setting ad alto grado di specializzazione e intensità assistenziale a quelli a minore intensità e maggiore prossimità al luogo di vita di bambino e famiglia.
Questa necessità trova appunto risposta nella struttura ed organizzazione della Rete Pediatrica, che ha l'obiettivo di evitare ripetizioni e colmare vuoti nell'assistenza, assicurando ad ogni bambino toscano tempestività e qualità delle cure.
Lo sviluppo delle tecnologie informatiche, grazie ad un piano digitale ad hoc, sarà uno strumento vitale per la rete.
La Carta europea dei diritti dei bambini in ospedale riconosce che l'ospedalizzazione dei bambini e delle bambine e degli adolescenti hanno caratteristiche differenti da quelle degli adulti. Per questo è necessario combinare l'alta specializzazione medica, la ricerca e l'innovazione con la parte più umana dell'assistenza con un approccio globale al paziente e alla sua famiglia non solo centrato sulla malattia.
La malattia cronica può essere un fattore che accomuna molti bambini, ma ognuno di loro rimane un singolo soggetto con caratteristiche sue proprie: una persona con la sua complessità, peculiarità, risorse affettive e cognitive sulle quali far leva, in particolare nei periodi critici.
A tale proposito diventa fondamentale il massimo impegno di tutti gli operatori per coinvolgere i genitori in iniziative che rinforzino la capacità del bambino con una malattia cronica ad affrontare le difficoltà piccole e grandi del quotidiano, sviluppandone anche il giusto grado di autonomia dagli adulti.
Così come in sanità, anche in relazione alle tematiche sociali, la promozione della centralità della persona e gli sforzi ad operare preventivamente costituiscono il denominatore comune che attraversa le politiche regionali dedicate ai minori e alle famiglie, soprattutto a quelle più vulnerabili.
Tale approccio, fondato sull'*empowerment* di bambini e ragazzi, non è qualcosa "fuori" o "oltre" i percorsi di cura e protezione, ma un fattore chiave per l'affermazione del benessere e della sicurezza nell'infanzia e nell'adolescenza. La ridefinizione di questo

arco educativo e assistenziale – su cui si va rifondando la visione del sistema di interventi e servizi per l'infanzia, l'adolescenza e le famiglie – rappresenta il risultato più innovativo cui si sta gradualmente riuscendo a tenere insieme tutte le dimensioni d'intervento (prevenzione, cura, sostegno, accompagnamento) e a orientare i servizi ad agire contestualmente sui livelli di sicurezza, sulle misure di aiuto ai nuclei, sulle modalità di intervento per l'autonomia e l'inserimento sociale:

- prevenzione e vaccinazioni
- percorsi specifici di cura e accompagnamento dei minori con disagio psichico
- gli affidi familiari per bambini 0-3 anni
- interventi di protezione e tutela infanzia
- il servizio di sostegno educativo territoriale/per gruppi
- le reti di prossimità per minori
- prevenzione e presa in carico obesità
- i minori vittime di violenza assistita e il "Codice rosa"
- percorsi specifici per bambini affetti da patologie rare e/o croniche
- percorsi per l'accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnanti.

E' durante l'infanzia e l'adolescenza che si pongono le basi per lo sviluppo e la strutturazione delle caratteristiche psichiche dell'individuo e il benessere e la salute mentale che ne possono derivare saranno le componenti essenziali della salute e della qualità della vita dei singoli individui e delle loro famiglie e un fattore che contribuirà alla coesione della comunità.
Il benessere mentale del bambino implica senso di identità, autostima, relazioni sicure, stabili ed appaganti con i familiari e i coetanei, capacità di provare empatia e rispettare gli altri, di imparare, di raccogliere le sfide dell'ambiente in cui si vive, di affrontare e di gestire le più comuni fonti di stress correlate all'età, di sfruttare le risorse per una buona crescita, partecipando in maniera attiva alla vita della comunità.

Per tutelare la salute mentale nei bambini è necessario un approccio volto a:

- attuare azioni integrate tra i servizi sanitari, la scuola, gli enti locali, l'associazionismo, La scuola, in primis, può rappresentare uno dei partner e dei contesti di vita più importanti per implementare efficaci azioni di promozione della salute mentale. In particolare per potenziare nei bambini i fattori protettivi e di resilienza, competenze di vita (*life skills*) e capacità di coping, autostima ed autoefficacia e contrastare, in un ambiente inclusivo, bullismo e altre forme di violenza. Parallelamente vanno sviluppati analoghi interventi nel tempo extrascolastico al fine di consolidare i percorsi educativi e contemporaneamente offrire opportunità di gioco e di attività ludico motorie.
- Intercettare in modo proattivo il disagio per prendersene cura tempestivamente. Per farlo occorre l'impegno in prima linea dei pediatri di famiglia nell'affiancare

i genitori e gli insegnanti nel cogliere i segnali precoci di difficoltà e nell'attivare i team sociosanitari multidisciplinari dei servizi per la salute mentale dell'infanzia adolescenza come raccomandato anche nel 2017 dalle "Linee di indirizzo per l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità" del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

- Attivare team integrati da insegnanti e docenti di riferimento, coinvolti nell'attuazione dei progetti personalizzati affinché la presa in carico possa essere efficace, evitando la frammentazione e il *drop out*.

Possibili eventi avversi della vita (malattie, lutto, separazioni), i fenomeni di violenza, abuso e abbandono, così come le condizioni di salute dei genitori influenzano in modo notevole il benessere dei bambini così come è necessario porre attenzione ai bisogni delle famiglie in cui uno o entrambi i genitori soffrono di disturbi mentali cronici e/o dipendenze. Anche le condizioni di disagio familiare sociale ed economico, la migrazione, la discriminazione ed emarginazione rappresentano tutti fattori che possono aumentare il rischio di disagio e sofferenza psicologica, così come i rischi di allontanamento del minore dalla propria famiglia.
In relazione ai flussi migratori una speciale attenzione merita il fenomeno dei minori stranieri non accompagnati, da affrontare non solo con gli strumenti consolidati della tutela e protezione, ma anche offrendo loro sostegno nella ricostruzione di un autonomia personale e sociale. Va in questa direzione il sostegno offerto dalla Regione Toscana all'esperienza dei tutori volontari e lo sviluppo di una residenzialità più "leggera" e a minore intensità assistenziale per i ragazzi tra 16 e 21 anni.
E' fondamentale dare ai bisogni dei bambini e delle famiglie risposte integrate con l'opera di team territoriali multidisciplinari (assistente sociale, psicologo, neuropsichiatra, educatore) per formulare, attuare e monitorare i progetti, come affermato anche dalle "Linee di indirizzo per l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità" del Ministero del lavoro e delle politiche sociali del dicembre 2017.
Per i bambini la promozione di uno stile di vita sano, che comprende una corretta alimentazione, la vita all'aria aperta, il movimento, il gioco, le buone relazioni, lo sviluppo della curiosità per il mondo che li circonda, è un fattore di benessere e di salute mentale da sviluppare in ambito familiare, scolastico e nell'extra-scuola. Questi obiettivi possono essere perseguiti con l'attivazione delle risorse delle collettività, del terzo settore e dell'associazionismo, anche per rafforzare i legami con la comunità e l'appartenenza, offrendo opportunità costruttive per il tempo libero ed esperienze culturali e modelli positivi.

VACCINAZIONI

Evitare le malattie prevenibili con le vaccinazioni è un diritto ed un dovere della collettività. In uno scenario che ha visto la recente introduzione del nuovo Piano Nazionale di

Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV), già recepito dalla Regione Toscana con D.G.R.T. n.1059 del 27/12/2017, ed il Decreto-Legge n. 73 convertito in Legge 119/2017 "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale" che estende l'obbligo ad un numero maggiore di vaccinazioni e alla fascia di età 0-16 anni, coinvolgendo, oltre ai servizi educativi per l'infanzia, anche le scuole dell'infanzia e la scuola dell'obbligo, è necessario consolidare e rinnovare le azioni di promozione delle vaccinazioni, uno degli interventi sanitari a maggior costo efficacia disponibili. Nel corso degli ultimi anni si è assistito ad un calo delle coperture vaccinali. Sono stati intensificati gli sforzi per rilevare le criticità, informare i cittadini e formare gli operatori. Durante ciò è stato necessario anche affrontare l'emergenza di un focolaio epidemico di meningite C, con una campagna vaccinale straordinaria su tutta la Regione che ha portato a vaccinare oltre un milione di persone.
Le azioni di miglioramento della copertura vaccinale per il triennio 2019-20 prevedono la completa attuazione dell'accordo con i pediatri di famiglia, siglato nel 2015 e progressivamente attuato su tutto il territorio regionale. L'accordo nasce con l'obiettivo di riportare il monitoraggio della copertura individuale nelle azioni di salute operate dal pediatra. Resta da completare il passaggio dell'intero calendario vaccinale alla pediatria di famiglia, di cui occorre irrobustire l'organizzazione. É stato fatto di recente un ulteriore accordo in tal senso ed una potenzialità futura potrà essere la nascita delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT).

LA LOTTA ALL'OBESITÀ INFANTILE

L'obesità infantile è un fenomeno ormai diffuso nella nostra regione che interessa il 5,5% dei bambini, mentre il 21,4% è in sovrappeso. Già da tempo è attivo un progetto di medicina di iniziativa che ricerca in modo proattivo i bambini con eccesso ponderale attraverso le visite alle età filtro effettuate dai pediatri di famiglia in occasione dei bilanci di salute. In questo triennio il percorso proattivo sarà potenziato anticipando il monitoraggio all'età di 6 anni perché la prevalenza dell'obesità e del sovrappeso in Toscana appare maggiore nell'età infantile piuttosto che in quella adolescenziale (26,8% contro il 15,3%, dati Okkio alla Salute e PASSI).

Obesità e sovrappeso

- il 5,5% dei bambini toscani è obeso
- il 21,4% è in sovrappeso

Inoltre, le evidenze di letteratura mostrano che gli interventi più costo efficaci sono quelli che iniziano precocemente, intorno ai 6 anni (Waters et al., 2011) e che utilizzano un l'approccio di sanità pubblica con l'integrazione fra tutti i possibili attori. Inoltre hanno evidenza di efficacia gli interventi mirati alla promozione dell'attività fisica, anch'essa prevista nel percorso toscano. L'attività della pediatria di famiglia andrà dunque integrata con quanto già previsto nel Piano Regionale di Prevenzione.

UNA BOCCA SANA, NASCERE E CRESCERE CON IL SORRISO

Favorire atteggiamenti e comportamenti positivi per la salute orale (igiene orale, alimentazione) e ridurre i comportamenti a rischio (consumo frequente di dolci, eccetera) in età evolutiva concorrerà a migliorare la qualità di vita e la tutela della salute dei bambini, soprattutto di quelli socialmente svantaggiati. Gli interventi per l'educazione ad una corretta igiene orale promossi in collaborazione con le scuole e la disponibilità di una visita preventiva nei servizi odontoiatrici pubblici costituiscono un'esperienza ancora parziale anche se positiva. Essere più efficaci nella prevenzione richiederà un consolidamento del ruolo del pediatra di famiglia in tutte le attività di prevenzione come questa. Non c'è salute senza sorriso.

Fonti dei dati utilizzate nel capitolo:

- Welfare e salute in Toscana, 2017.
- Okkio alla Salute, Indagine 2016. Regione Toscana.
- Sistema di Sorveglianza Passi. Rapporto regionale 2013/2016.

Target C
DEDICATO AI GIOVANI

Promuovere salute, benessere e corretti stili di vita attraverso lo sviluppo delle competenze nei giovani, la promozione di scelte consapevoli e di pratiche salutari finalizzate all'equilibrio biopsicosociale

L'adolescenza è forse la fase più critica nella vita delle persone. In questo breve arco di tempo si decidono molti degli stili di vita che influiranno sulla salute futura. A differenza di quanto accade nell'infanzia, in cui il ruolo della famiglia è predominante, l'adolescente inizia a scegliere in autonomia ed ha una naturale predisposizione a fare nuove esperienze. Gli adolescenti toscani consumano alcol quanto i coetanei italiani, ma lo fanno in modo meno smodato.

Tra loro è meno frequente il "*binge drinking*", ovvero bere più di 5-6 bevande alcoliche in un'unica occasione, un modello molto diffuso tra i ragazzi di tutta Europa. Evidentemente i nostri ragazzi, pur seguendo modelli di consumo globalizzati, riescono a contenere meglio gli abusi alcolici, forse grazie al modello sociale dominante tra gli adulti del bere il vino a tavola. Comunque anche in Toscana, come in Italia e in Europa, sono frequenti i pericolosi episodi di ubriacatura adolescenziale, fenomeno ormai da tempo stabile tra i maschi, ma in significativo aumento fra le ragazzine. I dati preliminari dell'indagine EDIT 2018 sugli adolescenti toscani (età 14-19 anni) mostrano che la metà di loro riferisce di aver avuto almeno un episodio di ubriacatura nell'ultimo anno e 1 su 3 di *binge drinking* negli ultimi 30 giorni, comunque senza una variazione significativa rispetto ai risultati della precedente indagine del 2015. Sono circa 63.000 i ragazzi in questa fascia d'età che vanno

Binge-drinking
bere più di 5-6 bevande alcoliche in un'unica occasione (circa 63.000)

Binge-drinking
meno frequente tra adolescenti toscani

in aumento
episodi di ubriacatura tra le ragazze (14-19 anni)

incontro al binge, saliranno a 65.000 nel 2020 per poi riscendere a 64.000 nel 2030.

I ragazzi toscani non brillano nelle statistiche nazionali quanto a fumo di tabacco: sono in aumento i fumatori regolari, soprattutto tra le femmine, che detengono il non invidiabile primato nazionale. I maschi, invece, fumano come i loro coetanei di altre regioni. Gli adolescenti che continuano a fumare dopo i primi tentativi saranno con ogni probabilità i forti fumatori dell'età adulta, anche se molti, dopo i primi tentativi, finiscono per smettere.

Un ragazzo toscano su 3 ha provato almeno una volta nella vita una droga illegale nell'ultimo anno: meno dei coetanei europei, ma in modo simile agli italiani. Si tratta soprattutto di cannabis e molto meno di cocaina; stimolanti e farmaci sono consumati soprattutto dai maschi. Questo trend è stabile ormai da diversi anni e vede coinvolti circa 22.600 ragazzi tra i 14 ed i 19 anni, lo rimarrà nel 2020 come nel 2030 (22.400 circa).

È in aumento invece il "poliuso", cioè il consumo contemporaneo di più droghe o sostanze, che potenzia i rischi delle sostanze assunte, mentre si sta affermando anche l'acquisto di droghe su Internet, fenomeno di cui però ancora sappiamo poco. Tra i molti ragazzi che consumano droghe, la maggioranza esce più o meno indenne da questa esperienza: diventeranno tossicodipendenti tra 1 e 3 per 100 di loro. Gli altri dimezzeranno il consumo di droghe, e intorno ai 30 anni saranno utilizzatori saltuari, per lo più di cannabis. Tra i nuovi rischi di dipendenza non è da trascurare il gioco d'azzardo, che sempre più sta diventando una forte attrazione anche in questa fascia d'età, portandosi dietro problemi di comportamento sempre più complessi (1 su 10 è a rischio di sviluppare una vera e propria dipendenza).

Gli adolescenti toscani fanno più sport e sono meno sedentari dei coetanei italiani, oltre ad avere un'alimentazione un po' più corretta e salutare. I ragazzi che praticano sport sono in aumento negli ultimi anni. Nel passaggio dall'infanzia all'adolescenza

cresce l'attività sportiva e diminuisce la sedentarietà. I ragazzi sportivi hanno una vita meno problematica: meno fumo, alcol e droga, meno incidenti stradali ed anche migliori risultati scolastici.

L'adolescenza è anche l'età in cui si fanno le prime esperienze sessuali e sono anni già di completa fertilità. Anche in Toscana i primi rapporti sessuali sono sempre più precoci; il tasso di abortività, pur in diminuzione, si mantiene ancora al di sopra della media nazionale. Un'eccessiva precocità sessuale può accompagnarsi anche a maggiori difficoltà relazionali e affettive. L'uso del profilattico è in riduzione e, quando si usa, lo si fa a scopo contraccettivo, trascurando i rischi delle malattie a trasmissione sessuale. Paradossalmente, lo si usa meno con il crescere dell'età e del numero dei partner. L'efficacia dei nuovi farmaci che diminuito il numero di casi mortali di AIDS sembra aver attenuato il timore sulla diffusione dell'HIV, che invece non sta affatto diminuendo.

L'ormai ampia copertura della vaccinazione contro il virus a trasmissione sessuale HPV ha invece quantomeno interrotto il rischio di sviluppare la maggioranza dei tumori dell'utero. In Toscana, sono diffusi su tutto il territorio i Consultori Giovani, punti di accesso dedicati alla fascia d'età 14-24 anni, dove operano team multiprofessionali per la promozione della salute, l'assistenza e consulenza sui temi legati alla sessualità, alla vita affettiva e relazionale.

Comunque la salute dei ragazzi, forti anche di difese naturali biologiche, è sostanzialmente al sicuro. I pochi decessi e ricoveri ospedalieri sono soprattutto per incidenti stradali, la maggioranza con scooter e moto, spesso associati all'uso di alcol, droghe e farmaci. In Toscana 1 ragazzo su 4 (indagine EDIT 2018) ha guidato dopo aver bevuto troppo, mentre 1 su 10 lo ha fatto dopo aver assunto droga. Si tratta anche di eventi gravi, che comportano danni ed invalidità permanenti, se non addirittura un esito fatale. Sono eventi quasi completamente evitabili, su cui famiglie ed istituzioni hanno responsabilità specifiche. Più controlli sulle

Sport
i ragazzi toscani ne praticano più dei coetanei italiani e sono in aumento

Uso del preservativo
in diminuzione tra i ragazzi

1 ragazzo su 4 guida dopo aver bevuto troppo, 1 su 10 dopo aver assunto droga

Risposta capillare
40 SERT
35 équipe alcologiche
30 centri per dipendenza da gioco
27 centri antifumo
55 comunità terapeutiche

in aumento giovani di origine straniera

strade e sulla vendita di alcolici nei locali frequentati nei week end dai ragazzi sono le misure efficaci per salvaguardare la loro salute. Per i gravi problemi con le droghe, l'alcol e le dipendenze, c'è già in Toscana una risposta capillare, grazie al lavoro di 40 SERT, 35 equipe algologiche, 30 centri per la dipendenza da gioco d'azzardo, 27 centri antifumo, 11 Comunità terapeutiche pubbliche e 44 gestite da altri enti, fino ad arrivare ai servizi che affrontano problemi di strada e casi che non accedono ai servizi normali.

I giovani di origine straniera sono in aumento e rappresentano una evoluzione attesa della società contemporanea. Dietro ai numeri si celano percorsi e storie di vita che rendono sfaccettato il mondo dei minori ricongiunti così come quello delle seconde generazioni. Si tratta di persone che vivono la fase adolescenziale, da un lato con problemi analoghi a quelli dei loro coetanei d' origine italiana, dall'altro con la necessità di conciliare le tradizioni delle loro famiglie con la cultura del paese in cui si trovano ora a vivere. É una fase cruciale in cui può essere necessario aiutarli a trovare un equilibrio tra differenza e uguaglianza, tra individuazione e identificazione, tra cultura di origine e cultura nella quale crescono ed evitare così forti conflittualità.

É quindi necessario che in ambiti molteplici: istituzionale, sociale, culturale, ambientale e sportivo, vengano offerte opportunità nelle tante realtà territoriali in cui vivono giovani stranieri che, se riconosciuti e accompagnati, possono veder realizzato il loro desiderio di vivere da protagonisti nella società.

La psicopatologia nell'adolescenza e nei giovani adulti

I disturbi psicopatologici dell'infanzia e dell'adolescenza sono in continuo aumento e rappresentano una sfida importante per i servizi sociali, sanitari ed educativi. La possibile gravità delle manifestazioni cliniche (sovente rappresentate da momenti di acuzie o di crisi) rende spesso critica la gestione degli adolescenti in ambito familiare e scolastico per la non sempre agevole diagnosi e, soprattutto, per la necessità di instaurare interventi terapeutico-riabilitativi precoci ed efficaci, anche a prevenire

l'eventuale evoluzione verso quadri psichiatrici più gravi e più tipici dell'età adulta.
Situazioni di alta complessità clinica e di gravità, prevalentemente sul piano comportamentale, richiedono nuovi approcci rispetto a quelli forniti nell'impostazione tradizionale dei servizi, i quali non appaiono oggi sufficientemente in grado di incidere sullo stato di salute mentale della popolazione in età target. In una prospettiva di guarigione possibile ciò rappresenta una priorità sanitaria e sociale. Occorrono risposte integrate e flessibili per bisogni che, per loro natura, sono evolutivi, così come è necessario garantire un raccordo con i servizi per gli adulti, nell'ottica di una continuità che rafforzi le strategie preventive.
Il passaggio degli adolescenti ai servizi per i giovani adulti è spesso contrassegnato da discontinuità in termini di approccio, di operatori di riferimento, di frequenza del trattamento e tutto ciò pregiudica, o almeno ostacola, l'aderenza al nuovo profilo di cura. Questo passaggio può essere difficile per i ragazzi con disturbo mentale, e anche per i loro genitori, che avvertono i distacchi come particolarmente problematici. La cooperazione tra i servizi di salute mentale per adulti e quelli per l'infanzia e l'adolescenza può facilitare tale transizione.
Nel caso, non infrequente, di comorbidità d'uso di sostanze e disturbi psichici nella popolazione adolescente e giovane adulta ricorre l'esigenza, in ragione della complessità dei casi, del raggiungimento di un percorso diagnostico-terapeutico integrato e condiviso tra servizi di Salute Mentale e SERD, con progetti di trattamento congiunto che comportino un appropriato utilizzo delle risorse sanitarie e sociali dei due servizi. Occorre inoltre rendere facile l'accesso ai percorsi di cura alle persone adolescenti e giovani adulte e semplificare l'auto-riferimento per i minori, garantendo con i Consultori Giovani continuità e trasversalità tra promozione del benessere, prevenzione del rischio e cura. Sono infine necessari operatori formati sull'adolescenza, che agiscono con tempestività nel riconoscimento dei fattori di rischio, capaci di mettere in atto trattamenti personalizzati orientati all'*empowerment* e alla *recovery* dei ragazzi, evitando atteggiamenti giudicanti e sostenendo il ruolo e le potenzialità familiari con l'offerta di spazi di consultazione anche per genitori e adulti di riferimento.

Stili di vita

E' necessario implementare politiche di prevenzione e promozione della salute per ricondurre il sistema a buone pratiche con azioni evidence based e grazie all'aiuto di informazioni sempre più dettagliate e funzionali sugli stili di vita in Toscana.
Tali politiche richiedono l'adozione di strategie individuali e di comunità, con interventi multisettoriali e multifattoriali su alimentazione, attività fisica, consumo di alcol, tabacco, sostanze stupefacenti e gioco d´azzardo ed il coinvolgimento degli stakeholder territoriali, in primis la scuola, la comunità, l'associazionismo. Tali interventi non possono non tenere conto di un approccio di genere in quanto sono diversi i pattern

di consumo (ad esempio per il fumo e abuso di alcol) e diverso è l'impatto sulla salute nei due generi.
A supporto i sistemi di sorveglianza e di monitoraggio con un insieme di indagini (Okkio alla salute, HBSC, EDIT, ESPAD, Passi e in futuro Passi d'Argento, ecc.) per guadagnare salute lavorando sulla formazione degli operatori, con metodologie innovative e con apposite mappature, il coinvolgimento e la collaborazione di competenze di altre istituzioni negli ambiti dell'agricoltura e sviluppo rurale, turismo, ambiente ed energia, sviluppo sostenibile per una salute in tutte le politiche.

Sessualità ed affettività, malattie sessualmente trasmesse, prevenzione delle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG)

Agire e far conoscere, a partire dai giovanissimi, cosa sono e come si contraggono le malattie a trasmissione sessuale è un'attività di prevenzione efficace da intraprendere precocemente. Gli ambienti scolastici, in particolare per i soggetti tra 11 e 18 anni, consentono di incidere positivamente soprattutto laddove c'è difficoltà a creare relazioni emotivamente significative e possono comparire disagi e comportamenti a rischio.
I giovani devono essere sensibilizzati di più sul tema del sesso protetto, cercando di utilizzare il loro linguaggio e i loro canali di comunicazione (film a tema, clip dedicate, spot mirati di pari tematiche di prevenzione, app come "I love safe Sex", già in uso). Vanno promossi incontri ad hoc con i professionisti sanitari per avere libero e diretto accesso a quelle informazioni e curiosità di cui si parla poco e che invece possono fare la differenza. I giovani, per vivere la propria sessualità in modo sicuro, devono imparare la modalità di trasmissione, i sintomi, la cura del HIV, sapere a chi rivolgersi per fare in forma anonima e gratuita il test e come accedere ai servizi dei Centri Consulenza Giovani.
Una sessualità sicura agisce anche nella prevenzione delle **gravidanze indesiderate.** Ancora oggi le IVG nelle ragazze con meno di 24 anni rappresentano quasi un quarto di tutte le IVG sebbene la pratica sia in diminuzione costante soprattutto nelle adolescenti. E' necessario assicurare per questo un'offerta educativa e contraccettiva gratuita e diffusa attraverso i consultori giovani e mettere in atto interventi di rafforzamento delle competenze sulla propria salute sessuale in collaborazione con le istituzioni scolastiche e con le associazioni culturali e sportive ad elevata utenza giovanile.
I Consultori Giovani devono essere gli spazi organizzati dal SSR dove la promozione alla sessualità sicura, la prevenzione dell'infertilità, l'educazione all'affettività simmetrica e non prevaricante, l'attenzione alle situazioni di rischio violenza, devono trovare ascolto, azioni ed interventi di rete.
Educare alla sessualità non significa solo stimolare la consapevolezza delle caratteristiche somatiche e fisiologiche di se stessi, ma anche estendere tale consapevolezza agli

aspetti psico-sociali connessi con la sessualità e quindi fare prevenzione, tutelando se stessi e gli altri, per agire per la propria salute e aggiungere non solo "anni alla vita ma vita agli anni".

Vaccino contro il papilloma virus

Il papilloma virus umano si contrae di norma con l'inizio dell'attività sessuale e può causare il tumore al collo dell'utero. Il preservativo, che va comunque sempre usato, non garantisce una protezione totale da questo virus. La vaccinazione rappresenta quindi l'arma più efficace di prevenzione oltre che un atto di responsabilità rispetto alla salute dei propri figli. La vaccinazione è rivolta a tutte le ragazze e a tutti i ragazzi a partire da undici anni perché è allora che la risposta immunitaria è maggiore e quindi il beneficio è massimo. Si effettua presso il proprio PLS o nei Centri vaccinali della regione Toscana secondo calendario di riferimento.

Bullismo e cyberbullismo

Si intende insistere sulla linea di prevenzione già intrapresa, come formulata nella DGRT n. 1187/2017 e nella Legge nazionale n. 71/2017, con iniziative per educare gli studenti alla parità tra i sessi, per prevenire la violenza di genere e tutte le forme di discriminazioni, incluso l'inserimento dei ragazzi stranieri o con disagio, coinvolgendo i genitori, le aziende USL, l'università, l'USR (Ufficio Scolastico Regionale) e tutti gli altri opportuni stakeholder, prime fra tutti le istituzioni scolastiche chiamate a contrastare i fenomeni del bullismo, del cyber-bullismo e di ogni altro disagio adolescenziale in ambito scolastico. Le scuole saranno invitate a contribuire alla realizzazione di spot contro il bullismo e il cyber- bullismo, progettati e realizzati dagli studenti all'insegna di "generazioni connesse" e con particolare attenzione alla cittadinanza digitale consapevole.

Giovani e farmaci

E' indispensabile creare e diffondere i presupposti, a partire dalla scuola media inferiore, per un uso consapevole dei farmaci, sempre più considerati erroneamente come beni di consumo ed utilizzati con eccessiva leggerezza per problemi risolvibili anche senza il loro utilizzo. L'offerta formativa, informativa e divulgativa deve portare a conoscenza degli effetti delle interazioni fra farmaci e farmaci e tra farmaci ed alimenti, per favorire la formazione di una coscienza critica verso gli stessi e l'adozione di comportamenti consapevoli delle opportunità e dei rischi.

Salute, cultura della donazione e trapianti

Si intende offrire un percorso finalizzato allo sviluppo di una cultura solidale, rafforzando le collaborazioni con le associazioni di volontariato e promuovendo le progettualità delle aziende sanitarie per favorire stili di vita sani, prevenire le malattie croniche e promuovere la cultura della donazione degli organi anche nel mondo della scuola, sensibilizzando insegnanti e studenti a compiere azioni solidali, concrete e fattibili.

Resilienza

La resilienza è la capacità di adattamento anche in circostanze sfavorevoli, legata alle risorse individuali e del contesto. E' quindi un processo in cui interagiscono consapevolezza, intenzione e riflessione. Promuovere la resilienza nel contesto scolastico, stimolando la partecipazione attiva degli insegnanti, il contatto con la comunità locale e la valorizzazione delle reti di prossimità (genitori, altre agenzie di socializzazione, attori sociali attivabili, associazioni), favorisce la promozione di stili di vita salutogenici e scelte consapevoli negli studenti.

Sicurezza stradale

Sviluppare la consapevolezza di quanto le norme che regolano la nostra vita siano importanti e della necessità di rispettarle, favorendo la riflessione sui limiti personali e promuovendo un'attenta analisi delle motivazioni alla base delle condotte a rischio. Porre particolare attenzione alle norme del codice stradale per contenere ed interrompere comportamenti pericolosi per sé e per gli altri, indirizzandoli verso condotte positive e consapevoli sulla strada, informando sugli effetti spesso drammatici degli incidenti.

Sicurezza sul lavoro

Al fine di contrastare il fenomeno degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali sono prioritari gli interventi educativi e formativi rivolti ai giovani e la scuola è l'ambito di riferimento privilegiato. Gli insegnanti devono però diventare più sensibili ed essere messi in grado di attuare interventi che favoriscono l'acquisizione nei giovani di comportamenti sani e sicuri. Una particolare opportunità è offerta dai percorsi di alternanza scuola/lavoro ai sensi della Legge 107/2015 e s.m.i., nel secondo biennio e nell'ultimo anno della scuola secondaria di secondo grado. L'intervento che si prevede di realizzare riguarda l'effettuazione di corsi di formazione alla sicurezza rivolti ai docenti

degli istituti scolastici toscani che seguono i percorsi di alternanza. Ciò permetterà loro sia di formare adeguatamente gli studenti che si recano nelle strutture ospitanti e sono equiparati ai lavoratori, sia di predisporre interventi didattici in aula formatori alla sicurezza rivolti ai docenti degli Istituti scolastici toscani che seguono i percorsi di alternanza. Ciò permetterà loro sia di formare adeguatamente gli studenti che si recano nelle strutture ospitanti e che, ai sensi del D. Lgs.81/2008, risultano equiparati ai lavoratori, sia di predisporre interventi didattici in aula.

Fonti dei dati utilizzate nel capitolo:

- Welfare e salute in Toscana 2017.
- Comportamenti alla guida e stili di vita a rischio nei ragazzi in Toscana. La rilevazione Edit 2018. Ars Toscana. Novembre 2018.

Target Ⓓ
DEDICATO ALLE DONNE

Sostenere il ruolo delle donne è sostenere la resilienza dell'intera comunità. Facilitando alle donne l'accesso a percorsi che tengano conto della specificità di genere, si ottiene un miglioramento delle prospettive di salute dell'intera popolazione

- Le donne in Toscana, così come in Italia, decidono di avere un figlio sempre più tardi – l'età media al parto è di 32,2 anni nel 2018, sarà di 32,3 nel 2020 per arrivare a ben 32,5 nel 2030 – tutte età in cui la fertilità comincia a indebolirsi. Da ciò il ricorso alla procreazione medicalmente assistita che nel corso del 2018 riguarderà il 3,3% dei parti; nel 2020 se ne ipotizza un aumento al 3,6% fino ad arrivare nel 2030 al valore del 4,9%. Questo a sua volta potrà determinare un numero maggiore di gravidanze e parti gemellari.
- La salute di un bambino si gioca molto presto, fin dall'utero materno. Il nascituro è un organismo in rapida crescita, con cellule biologicamente attive e più sensibili ad ogni tipo di esposizione. La sua dipendenza dalla madre è pressoché completa. Le abitudini di vita delle mamme sono determinanti per la salute dei figli nei primi anni di vita ed anche in quelli successivi. Se una donna fuma in gravidanza, oppure è sovrappeso o obesa già prima di rimanere incinta, aumenta la sua probabilità di partorire troppo presto (prima delle 37 settimane), così come la probabilità che il bambino alla nascita sia sottopeso (meno di 2.500 g) o di peso eccessivo (più di 4.000 g). Le donne

32,2
età media al parto

procreazione medicalmente assistita
nel 2018 riguarda il 3,3% dei parti
sarà 4,9% nel 2030

in aumento
ricorso a procreazione medicalmente assistita

toscane che hanno un titolo di studio medio-basso fumano di più e hanno anche più problemi di sovrappeso e obesità rispetto a quelle più istruite.

- Venendo alla differenza di genere sappiamo come la medicina studia e ha cominciato ad applicare la distinzione delle cure in base al genere. Permangono tuttavia ancora molte lacune da colmare, prima fra tutte una specifica formazione dei medici per conoscere e riconoscere quali sono i diversi sintomi di una stessa patologia, nei maschi e nelle femmine. Una competenza che è alla base delle scelte di cura più appropriate e quindi più efficaci.
- In Toscana le stime 2016 indicano una speranza di vita alla nascita ancora in netto vantaggio per il genere femminile. Il differenziale tra i sessi rimarrà invariato nei prossimi anni ed è prevista un'aspettativa in aumento in entrambi i generi: tra i maschi dall'attuale aspettativa di vita di 81,2 anni passeremo nel 2020 a un'aspettativa 81,8 anni e infine nel 2030 a 82,9 anni; tra le femmine dagli attuali 85,5 anni a 86 anni nel 2020, fino a 87 anni nel 2030.
- Diverso è quando si valuta l'aspettativa di vita in buona salute al compimento del 65° anno di età. Considerando infatti solamente questo indicatore, per il quale le ultime stime disponibili si riferiscono al 2013 (ISTAT), appaiono differenze rispetto alla media nazionale. Gli uomini toscani mantengono valori al di sopra della media italiana: 7,8 anni in buona salute oltre i 65 anni di età in Toscana contro i 6.7 dell'Italia. Le donne mostrano invece valori sostanzialmente simili a quelli nazionali ovvero 5,6 anni in buona salute oltre i 65 anni di età in Toscana contro 5,7 anni in Italia.
- I principali indicatori sugli stili di vita calcolati sui dati dell'indagine Passi (età 18-69 anni) rivelano che le donne toscane sono più attente rispetto ai maschi: sono meno fumatrici, meno bevitrici a rischio e meno in sovrappeso od obese, consumano

più frutta e verdura, ma sono più sedentarie. É importante tuttavia segnalare che nella popolazione giovanile, le differenze negli stili di vita a rischio tra i generi, si stanno progressivamente annullando, in particolare per il fumo, che sta aumentando nelle donne. L'analisi dei principali problemi di salute rivela che nel 2017 le donne hanno una prevalenza più bassa rispetto agli uomini di malattie cardiovascolari, diabete e BPCO. Viceversa sono più elevate nel genere femminile la prevalenza di demenza e di sclerosi multipla, è più frequente il ricorso ad indagini di diagnostica strumentale (radiologia tradizionale, ecografie, TAC, RMN) che determina maggiore esposizione a radiazioni ionizzanti, è maggiore l'utilizzo di farmaci, in particolare di antidepressivi.

- Numerosi studi hanno documentato l'elevato ricorso delle donne alle medicine complementari che, secondo lo studio multicentrico di Frass (2012) e l'indagine Kristoffersen (2014) sono molto più utilizzate (42% contro 24%) fra le donne di età e livello d' istruzione medio-alte, più attive nella cura della propria salute e in genere più interessate ai temi di salute. In Toscana il 75% di chi ricorre alle terapie complementari sono donne.
- Negli ultimi anni si osserva un processo di femminilizzazione del fenomeno migratorio che mette in evidenza le questioni relative alla parità di genere e alla delicata condizione sociale delle donne che migrano da sole per motivi di lavoro. Le donne migranti sono le più a rischio in una popolazione straniera già vulnerabile, ma parallelamente costituiscono una grande opportunità.
- La maggior parte dei ricoveri ospedalieri delle donne straniere avviene per parto, complicanze della gravidanza e IVG. L'esperienza del parto è quindi per molte donne l'occasione per avvicinarsi per la prima volta alle istituzioni sanitarie del paese ospite e la gravidanza un'importante occasione per attuare interventi di promozione della salute.

IVG
le donne straniere vi ricorrono più delle italiane

tasso di abortività
delle donne straniere è più di 3 volte superiore a quello delle italiane

43,3%
donne straniere che hanno effettuato più di 1 IVG (2017, italiane 20%)

vaccinazioni HPV
in diminuzione

- Nelle gestanti straniere è più alto il rischio di attivazione del "ciclo dello svantaggio": titolo di studio spesso medio-basso, maggiore percentuale di famiglie monoparentali, rete di sostegno carente, condizioni di precarietà socio-economica e di marginalità sociale, ridotta conoscenza dei servizi disponibili e delle modalità di accesso, ritardo e variabilità nell'accesso all'assistenza prenatale e ai servizi *post partum*, ridotta conoscenza delle norme di tutela relative al percorso nascita e alla maternità.
- Nonostante si rilevi sia nelle donne italiane (-3,1%) che nelle donne straniere (-5,9%) una diminuzione delle Interruzioni di Gravidanza (IVG), il tasso di abortività in Toscana (7,3 x 1000 nel 2017) continua ad essere più elevato rispetto alla media nazionale (6,5 nel 2016). Si mantiene inoltre costantemente alto il fenomeno delle IVG ripetute (29,5% delle IVG); le straniere presentano proporzioni di IVG ripetute doppie rispetto a quelle italiane.
- Un dato negativo è il riscontro di una preoccupante riduzione della vaccinazione HPV, importante per la prevenzione del tumore della cervice uterina.

Nuovi ruoli e nuovi bisogni

- Le donne hanno acquisito nel tempo nuovi ruoli e nuove responsabilità nella società. Sono progressivamente cambiate le aspettative e i comportamenti rispetto alla sessualità, alla procreazione, alla maternità. Gli aspetti sanitari si intrecciano sempre più con quelli culturali, psicologici e sociali e per poterli cogliere tutti, farsene carico e agire preventivamente, diventa essenziale un approccio multidisciplinare e integrato. Il nuovo assetto del Sistema Sanitario Pubblico Regionale e in particolare delle Società della Salute e delle Zone distretto costituisce un'importante occasione per il rinnovamento e la rivalutazione dei Consultori. L'attività consultoriale valorizza il lavoro in rete di tutti i servizi coinvolti e consente di aumentare, non solo la qualità dell'assistenza, ma anche l'equità.
- Emerge negli ultimi anni la necessità di affrontare in modo organico la sempre più rilevante e complessa problematica del rischio psichico e di quello sociale

durante gravidanza e puerperio a causa dei processi sociali e culturali che si stanno manifestando attraversano nella nostra società.

- Per le donne sembra aumentare l'impegno nella cura di famiglie strutturalmente più fragili, spesso associato ad un'attività lavorativa. Ne consegue un doppio o anche triplo carico, nel caso di assunzione anche del ruolo di caregiver se ci sono familiari affetti da patologie croniche o non autosufficienti. Lo stress psicosociale e lavorativo che ne deriva ha fatto si che le donne abbiano adottato stili di vita meno salubri e alcune abitudini fino ad ora tipicamente maschili, come fumare. Esistono differenze di genere nella risposta allo stress, agli stati emozionali e nella capacità di gestire situazioni stressanti. É indispensabile promuovere iniziative per favorire la conciliazione dei tempi di vita e lavoro, la flessibilità organizzativa e la condivisione tra uomini e donne delle responsabilità nella cura di bambini, anziani e disabili.
- L'occupazione femminile ha risposto alla crisi meglio di quella maschile e si è verificata una progressiva riduzione del divario di genere, ma permangono comunque differenze nelle retribuzioni e nelle progressioni di carriera. La crisi non ha certo migliorato i problemi strutturali dell'occupazione femminile, soprattutto dal punto di vista dell'accesso e della qualità del lavoro. Anche l'incidenza dei NEET è più elevata tra le donne.
- Dato il cambiamento demografico, la menopausa è un fenomeno che interessa una più ampia parte della popolazione femminile e coincide con l'inizio del periodo che riguarda un terzo dell'intero arco vitale. Si tratta di un cambiamento di stato fondamentale nella vita della donna, che coinvolge aspetti fisici e psicologici in grado di influire sul benessere e sulla qualità della vita. Ciò non dipende esclusivamente dal cambiamento ormonale, biologico, ma anche dalla percezione psicologica e culturale dei fenomeni connessi con l'invecchiamento. Si corre spesso il rischio di un approccio che tende a medicalizzare una fase fisiologica della vita trasformandola in un "problema" da contrastare e combattere con ogni mezzo, anche non appropriato. In alcuni casi però davvero c'è la necessità di identificare e proporre interventi preventivi e di cura per affrontare quadri clinici cronici, anche invalidanti, che la menopausa, unitamente ai processi di invecchiamento, può favorire o accelerare, come le malattie cardiovascolari.
- Da considerare la tendenza al sovrappeso e alle patologie osteo-articolari che può accentuarsi in menopausa per alimentazione incongrua e limitata attività fisica.
- Il ricorso delle donne alla medicina integrata in menopausa si colloca fra il 40% e il 70% (Linee guida "Menopausa" 2015, Regione Toscana). Una medicina che integra diverse discipline e metodologie, convenzionali e non, consente infatti un approccio individualizzato e quindi più efficace. In quest'ottica è opportuno quindi che gli ambulatori di medicina complementare toscani, a partire dal trattamento dei disturbi della menopausa, sviluppino specifici progetti *gender oriented*.

- La stabilizzazione delle comunità straniere presenti da tempo nel territorio consente interventi più strutturati da parte delle equipe dei consultori integrate da mediatori culturali. Le donne migranti sono figure strategiche all'interno della comunità, su cui è opportuno investire, anche per la prevenzione del malessere nelle nuove generazioni.
- Si assiste a un incremento delle donne che si rivolgono ai servizi sanitari e ai Centri Anti Violenza (CAV) (X rapporto sulla violenza di genere in Toscana) perché sta aumentando la consapevolezza dei comportamenti violenti subiti e la conoscenza dell'offerta delle reti territoriali che devono però essere rafforzate e integrarsi maggiormente. Carente ancora la presa in carico degli uomini maltrattanti. In questo senso, accanto alle risposte alle doverose istanze di tutela e protezione (Codice Rosa e pronto intervento sociale), il PISSR intende prefigurare e attuare percorsi di superamento dell'emergenza che, a seguito della presa in carico, conseguano obiettivi di reinserimento, **inclusione abitativa e lavorativa**.

Indirizzi a favore della donna…

NELLA FAMIGLIA

- Tutelare la salute della donna, elemento strategico in quanto influisce non solo sulla persona stessa, ma in tutto il contesto familiare e sociale.
- Promuovere sani stili di vita e di salute riproduttiva, in particolare tra gli adolescenti e i giovani adulti, e diffondere una cultura della preservazione della fertilità.
- Accompagnare le neo mamme garantendo sicurezza, continuità assistenziale e qualità delle cure in un contesto di supporto alla naturalità dell'evento nascita che permetta alle donne di compiere scelte informate, basate sui propri bisogni e valori.
- Migliorare la capacità di riconoscimento precoce delle difficoltà, delle situazioni di rischio psico-sociale, della depressione *post partum*.
- Implementare i fattori protettivi del benessere psichico con azioni di sostegno e di presa in carico in gravidanza e nei primi mesi di vita del bambino sulla base del profilo di rischio e favorendo positive competenze genitoriali.

NELL'ACCOGLIENZA E INTEGRAZIONE DA ALTRI PAESI

- Definire nei Consultori percorsi assistenziali specifici per la presa in carico delle donne straniere, in particolare per quanto riguarda l'IVG, la contraccezione, il percorso nascita e la cura del bambino/a durante il primo anno di vita, con un approccio culturale che tenga conto dei paesi di provenienza.
- Attuare modelli per la presa in carico sociosanitaria delle donne titolari e/o richiedenti protezione internazionale in particolare situazione di vulnerabilità.

Tali donne, per quanto poche rispetto al totale dei migranti in accoglienza (prevalentemente di sesso maschile), presentano, nella quasi totalità dei casi, vulnerabilità multiple, situazioni familiari e personali complesse e hanno bisogno di un intervento multidisciplinare che coinvolge più servizi del sistema sanitario e sociale territoriale.

NELLA MEDICINA DI GENERE

- Dare valore alle differenze e riconoscere le somiglianze, creando nuovi prototipi di salute che incorporano gli aspetti sociali, per arrivare all'obiettivo dell'equità di cura tra generi.
- Promuovere la ricerca medica e farmacologica che pone attenzione alle differenze biologiche, psicologiche e culturali per capire come curare, diagnosticare e prevenire le malattie comuni ai due sessi, ma che incidono e decorrono diversamente tra generi.
- Integrare trasversalmente specialità e competenze sanitarie applicando il concetto della specificità di genere, tenendo presente che le donne appaiono più svantaggiate e che spesso l'interesse per la salute femminile è focalizzato sugli aspetti più legati alla sfera riproduttiva.
- Affrontare la menopausa in un'ottica interdisciplinare per consentire scelte consapevoli degli stili di vita e interventi differenziati in base al rischio.
- Prevenire le malattie cardiovascolari nelle donne attraverso un approccio personalizzato che identifichi la presenza di fattori di rischio e individui le donne sintomatiche.

NELLA PREVENZIONE E CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE

- Applicare le "Linee guida nazionali percorso per le donne che subiscono violenza" (Gazzetta Ufficiale 24 del 30/01/2018 recepimento DPCM 4/11/2017) per garantire adeguata e tempestiva protezione, continuità assistenziale e progetti individualizzati per il percorso di uscita, con il coinvolgimento di tutti gli attori, pubblici e privati, che operano in questo settore e formazione degli operatori.
- Diffondere metodologie e strumenti per ndividuazione precoce delle situazioni a rischio, in particolare nelle condizioni di vulnerabilità;
- Sviluppare da parte dei Consultori azioni di revenzione, in particolare nelle coppie di adolescenti, e nel caso di conflittualità familiare;
- Attuare il documento regionale "Raccomandazioni per la prevenzione, sorveglianza e negoziazione delle Mutilazioni Genitali Femminil tra le donne adulte e le minori provenienti dai paesi a rischio", di cui alla Delibera GR n. 619/2016 con rafforzamento della rete dei Consultori dedicati MGF
- Assicurare da parte della rete regionale "Codice Rosa" un positivo e proattivo coinvolgimento delle Reti territoriali, in particolare dei Consultori, dei servizi

sociali e dei Centri Antiviolenza, per un intervento non solo nel momento della constatazione dell'episodio acuto, ma anche nel riconoscimento precoce di situazioni di rischio e nel continuum assistenziale e di recupero psicosociale della donna o persona vittima di violenza".

Fonti dei dati utilizzate nel capitolo:

- Welfare e salute in Toscana 2017.
- Sistema di Sorveglianza Passi. Rapporto regionale 2013/2016.
- Le interruzioni volontarie di gravidanza in Toscana. Serie In Cifre n.16. Ars Toscana. Novembre 2018

Target E
DEDICATO AI PAZIENTI ONCOLOGICI

> **Personalizzazione, prossimità, equità e sicurezza delle cure: gli impegni per le persone colpite da tumore**

Quanti e quali tumori in toscana

Ogni anno in Toscana sono diagnosticati circa 25mila nuovi tumori (esclusi i tumori cutanei diversi dal melanoma). Secondo i dati del Registro Tumori della Regione Toscana (anno 2013) i tumori più frequenti sono la mammella (13% di tutte le nuove diagnosi considerando uomini e donne assieme), il colon-retto (13%), il polmone (11%) e la prostata (10%).
Oltre la metà di tutte le nuove diagnosi effettuate nella nostra regione riguardano persone di 70 e più anni di età, poco più di un terzo gli adulti in età 50-69 anni; tra i giovani sotto i 50 anni di età è diagnosticato il restante 10-15% delle patologie oncologiche.

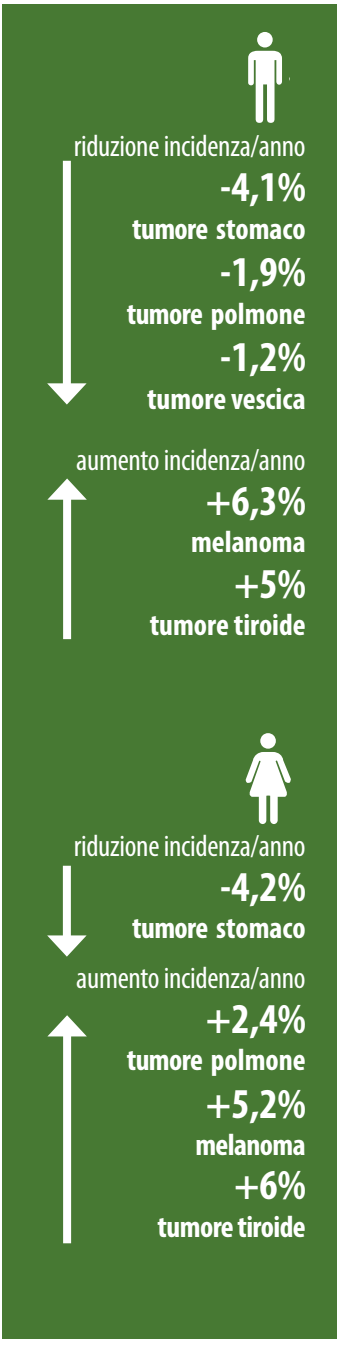
Non tutte le età sono uguali

L'invecchiamento è un fattore determinante nello sviluppo del cancro e infatti l'incidenza (numero delle nuove diagnosi) aumenta in modo evidente con l'età. Per quelle sedi tumorali che hanno picchi di incidenza nelle età più avanzate (ad esempio polmone e stomaco) la frequenza è intorno al centinaio di casi ogni 100.000 persone/anno dopo i 35 anni, mentre dopo i 60 si osserva un netto incremento dell'incidenza, arrivando a superare il migliaio di casi ogni 100.000 persone/anno.

25mila
diagnosi di nuovi tumori in Toscana ogni anno

tumori più frequenti
mammella 13%
colonretto 13%
polmone 11%
prostata 10%

gli anziani sono maggiormente colpiti



Cosa sta cambiando?

Se consideriamo l'andamento dell'incidenza, al netto dell' invecchiamento della popolazione, tra gli uomini osserviamo una riduzione per tutti i tumori (-0,6% ogni anno) mentre tra le donne l'incidenza nel complesso presenta una lieve tendenza all'aumento (+0,6%/ anno).

Questa tendenza nei maschi è sostenuta dalla diminuzione marcata del tumore del polmone (-1,9%/ anno) e della vescica (-1,2%/anno), per effetto della riduzione del numero di fumatori, ma anche dalla riduzione del tumore dello stomaco (-4,1%/ anno e del colon-retto (1,8%/ anno), dopo l'introduzione dei programmi di screening. Due patologie a miglior prognosi, frequenti tra i giovani, sono invece in crescita nel sesso maschile: melanoma (+6,3%/anno) e tiroide (+5,0%/anno); un fenomeno potenzialmente associato con una crescente pressione diagnostica.

Per le donne è in marcata crescita l'incidenza del tumore del polmone (+2,4%/anno), fenomeno verosimilmente associato all'aumento delle donne fumatrici negli anni passati. Sono aumentanti, come nel sesso maschile, anche melanomi cutanei e tumori tiroidei (+5,2% e +6,0% all'anno rispettivamente). L'incidenza del tumore più frequente,il carcinoma mammario, che è aumentata fino ai primi del Duemila è attualmente stabile. L'incidenza del tumore del colon-retto è in riduzione dai primi del Duemila, e anche in questo caso il fenomeno sembra associato all'introduzione dei programmi di screening organizzato. L'incidenza del tumore dello stomaco è in netta riduzione (-4,2%/ anno)

Esistono differenze tra aree?

L'incidenza per tutti i tumori è sostanzialmente omogenea tra aree; si osservano solo valori leggermente

superiori nell'Area Vasta Nord Ovest tra gli uomini (+10% rispetto al Centro), nessuna differenza tra le donne.
Le differenze nel sesso maschile sono sostenute principalmente dal tumore del polmone e vescica, ma anche prostata e tiroide.

Quanto si sopravvive?

Tra gli uomini la sopravvivenza per tutti i tumori è in netto aumento (quella a 5 anni è passata da 37% nel periodo 1985-89 a 59% nel periodo 2005-10). Parte di questo miglioramento è legato all'aumento dell'incidenza di alcuni tumori con buona prognosi.
Anche tra le donne la sopravvivenza per tutti i tumori è in netto aumento (a 5 anni da 52% nel periodo 1985-89 a 65% nel periodo 2005-10). I più marcati miglioramenti sono stati osservati nella sopravvivenza per il tumore della mammella (78% alla fine degli anni '80, 90% nel 2005-10) e del colon-retto (48% alla fine degli anni '80, 62% nel 2005-10).

Cosa accadrà domani?

Il numero di nuovi casi attesi per il 2018 è pari circa a 27.000, di cui 14.000 tra gli uomini e 13.000 tra le donne. La stima del numero di casi prevalenti, ovvero del numero dei residenti nella regione Toscana che in passato hanno ricevuto una diagnosi di tumore è di circa 205.000 soggetti, 95.000 uomini e 11.0000 donne. Alcuni di questi pazienti stanno effettuando approfondimenti diagnostici, alcuni stanno effettuando terapie specifiche, altri ancora solo esami di follow-up, una piccola parte si trova in una fase finale di malattia. L'insieme dei casi prevalenti è costituito, quindi, da una popolazione eterogenea, con soggetti caratterizzati da bisogni sanitari diversi e da un diverso assorbimento di risorse del sistema regionale.

incidenza
il numero di nuove diagnosi per tutti i tumori è sostanzialmente omogeneo tra aree

sopravvivenza a 5 anni
per tutti i tumori in netto aumento

da 37% (1985-89) a 59% (2005-10)

da 52% (1985-89) a 65% (2005-10)

90%
sopravvivenza per tumore della mammella

27mila
nuovi casi attesi per il 2018 (14mila uomini e 13mila donne)

Area Vasta	ASL	Incidenza^		Prevalenza^^	
		Uomini	Donne	Uomini	Donne
Centro	3 Pistoia	1.095	1.010	7.385	8.592
	4 Prato	869	815	5.863	6.875
	10 Firenze	864	798	5.861	6.756
	11 Empoli	3.124	2.955	21.260	25.187
		5.948	5.579	40.369	47.410
Nord-Ovest	1 Massa e Carrara	764	718	5160	6.148
	2 Lucca	856	778	5.790	6.632
	5 Pisa	1.253	1.169	8.487	9.933
	6 Livorno	1.362	1.252	9.247	10.710
	12 Viareggio	618	594	4.167	5.073
		4.855	4.513	32.851	38.496
Sud-Est	7 Siena	1.035	951	7.069	8.111
	8 Arezzo	1.306	1.174	8.861	9.988
	9 Grosseto	891	815	6.049	6.978
		3.234	2.941	21.979	25.077
Totale Regione		**14.037**	**13.034**	**95.199**	**110.983**

^ RTRT. Stima 2018-2020 ^^ RTRT. Stima 2018

La ricerca scientifica in oncologia e le recenti conoscenze genetiche ed epigenetiche, hanno consentito negli ultimi anni un miglioramento della probabilità di poter curare le patologie oncologiche, un prolungamento della sopravvivenza dei pazienti, con un effetto di 'cronicizzazione' di alcune patologie tumorali, che grazie ai farmaci e alle strategie terapeutiche, è associata anche ad una miglior qualità di vita.
Si sta imponendo un nuovo concetto di salute e malattia in ambito oncologico che rende necessario aggiornare le risposte che diamo ai pazienti che vogliono ricominciare a vivere, mettendo in conto tutti gli effetti a lunga durata delle cure sostenute ed il loro impatto sulla vita affettiva e di relazione.
Le scelte regionali sono orientate alla definizione di nuovi modelli organizzativi, con l'obiettivo di garantire l'erogazione delle cure attraverso una rete di servizi, ospedalieri e territoriali, e professionisti coinvolti nei diversi percorsi oncologici. L'obiettivo è quello di assicurare omogeneità nelle scelte, nelle strategie, nei comportamenti e nei risultati, integrando i centri con alti volumi di prestazioni con quelli periferici e producendo così offerte di 'linee diservizio" diversificate nei singoli nodi della rete, ma complete nel suo complesso. La necessità di articolare l' organizzazione della rete oncologica

regionale in singole reti dedicate alle principali patologie scaturisce dalla crescente complessità e specificità dei bisogni sanitari dei pazienti oncologici che richiedono risposte appropriate, interventi efficaci e sicuri e in grado d'influire positivamente sulla qualità della vita.
Le risposte del sistema dovranno sempre più tener conto che più pazienti sopravvivranno tornando alle loro attività, alla loro vita 'normale e questo richiede la definizione di più elevati standard funzionali. Per ottenere ciò è necessario dare sempre più voce ai pazienti, ai loro bisogni, alle loro attese, condividendo, fin dall'inizio, percorsi complessi, tesi a migliorare la qualità della loro vita. Diviene essenziale rafforzare il patto di fiducia medico-paziente, più che mai indispensabile in questo tipo di patologia e attuare concretamente la raccomandazione della legislazione europea, nell'area delle politiche sanitarie, riassumibile nel "Nothing about us, without us" dell'European Cancer Patient Coalition. La qualità della vita dei malati durante e dopo le cure deve diventare una priorità.
E' una presa in carico globale quella che deve accompagnare il paziente oncologico in tutto il percorso di malattia, anche, anzi ancor più, quando la prognosi si rivela infausta. La condivisione delle scelte, in ogni momento del percorso di cura, così come la sua appropriatezza, è ispirata dalla consapevolezza della specificità del singolo paziente e dalla conoscenza dello stadio sua malattia.
Particolarmente importante sono la continuità, la qualità e la coerenza della comunicazione e della relazione con il paziente e la sua famiglia, anche per l'attivazione delle cure palliative precoci e la scelta del miglior setting assistenziale.
La sfida della rete oncologica regionale sarà quella di coniugare umanizzazione, innovazione e sostenibilità e ottenere buoni risultati puntando sulla sinergia tra attenzione ai pazienti, formazione costante del personale, rigore metodologico nella pratica clinica e nella ricerca. La rete intercetta il bisogno laddove si manifesta, "avvolge" il paziente in una organizzazione in grado di modularsi sulla complessità della patologia, mette a disposizione tutte le risorse del sistema: dalle risposte di base, all'alta specializzazione, all'innovazione tecnologica, alla ricerca pre-clinica. Accessi diffusi nel territorio in prossimità della residenza del paziente, percorsi di cura omogenei perché condivisi da tutti gli operatori, organizzazione dei servizi in funzione di volumi adeguati di casistica, expertise professionale e adeguata dotazione tecnologica sono i principi su cui si fonda e si sviluppa la rete oncologica toscana e che producono qualità e sicurezza delle cure, accesso governato all'innovazione quando questa è necessaria ed efficace.
Sapere di avere un cancro comporta in una persona e in quelle che lo circondano un carico emotivo inusuale, che spesso determina il bisogno di cercare ulteriori pareri o valutazioni oltre le prime ricevute. La rete oncologica promuoverà un sistema strutturato di second opinion che attivi i professionisti di riferimento di ciascun settore in caso di particolare complessità o incertezza terapeutica.
Esistono donne e uomini che hanno un rischio aumentato di tumore su base genetica:

occorre in questo campo darei nformazioni corrette, evitando allarmismi, ma al contempo individuando i soggetti veramente a rischio, prevedendo per loro programmi di monitoraggio attivi, pubblici e gratuiti.
La sempre maggior conoscenza dei meccanismi molecolari alla base dello sviluppo, della crescita e della diffusione del cancro ha permesso di sviluppare le cosiddette terapie mirate con "farmaci intelligenti" che agiscono in maniera selettiva su alcuni di questi processi cellulari. I farmaci di ultima generazione, la terapia genica consentono strategie d'intervento mirate che consentono di mettere in atto un trattamento "su misura" per il singolo paziente. E' essenziale però che il loro utilizzo nella pratica clinica sia sottoposto a un attento monitoraggio, alla luce del rapporto tra i costi molto elevati e i benefici reali. Da prove d'efficacia emerge inoltre c'è sempre maggiore evidenza di efficacia nel promuovere un approccio integrato, anche adottando scelte terapeutiche non convenzionali ma che consentono miglioramenti significativi nella riduzione degli effetti collaterali e nella qualità della vita e che possono essere utilizzate in tutte le fasi della malattia. Negli ultimi decenni l'evidenza della necessità di integrare tra loro i diversi trattamenti ha modificato la visione dell'intero percorso di cura del paziente oncologico. Con l'approccio multidisciplinare, si sono sviluppate modalità di cura che prevedono l'utilizzo simultaneo di trattamenti diversi, di tecniche di palliazione dei sintomi (terapia del dolore, supporto psicologico, supporto nutrizionale) e di interventi di supporto psicologico.

La prevenzione è un cardine fondamentale della lotta al cancro. Circa il 25% delle neoplasie sono in realtà tumori che potrebbero essere evitati con stili di vita corretti (dal movimento, all'alimentazione, alla lotta al fumo, ad azioni contro i cancerogeni ambientali).

Oggi siamo molto attratti dai nuovi farmaci e dall'innovazione tecnologica, ma in realtà il fattore di prognosi più importante resta ancora l'anticipazione diagnostica. E' necessario quindi promuovere con fortissima determinazione l'estensione dell'adesione agli screening oncologici istituzionali, facilitandone l'accesso alla popolazione più fragile, sostenere l'attuazione omogenea dell'allargamento della fascia di età per lo screening mammografico e valutare se ci sono altri ambiti di potenziamento di screening: modalità innovative per l'approfondimento colonscopico, coniugazione della vaccinazione anti-HPV con lo screening per i cervico-carcinoma, possibilità di uno screening per il tumore polmonare associandolo ad azioni contro il tabagismo. Oltre a ciò, sono richieste azioni incisive di prevenzione primaria. Assistiamo ancora ad una strage di pazienti per tumori evitabili, quelli cioè legati a stili di vita non adeguati, il fumo e fattori ambientali. Sono necessari programmi concreti che a partire dal periodo scolastico che accompagnino i nostri comportamenti, pubblici e privati, per tutta la vita. Agire attraverso la prevenzione primaria e secondaria significa ridurre il carico di patologia oncologica e quindi anche disporre di più risorse per curare i pazienti che devono essere curati.

Il cambiamento epidemiologico della patologia oncologica rende necessario affrontare il tema della vita e della sua qualità, non solo durante, ma anche dopo il cancro. Il termine "*survivor*" (sopravvissuti) richiama, anche da un punto di vista semantico, l'importanza di affrontare queste tematiche che vanno dai diritti sul lavoro, al supporto alle famiglie ad aspetti squisitamente sanitari. Occorre promuovere, strutturare e rendere sempre più fruibili interventi quali la riabilitazione oncologica, la preservazione della fertilità, il trattamento della menopausa da chemio e radioterapia. La rete oncologica, sempre più inclusiva di competenze non strettamente oncologiche e con un ruolo ben definito del medico di medicina generale, deve essere in grado di trasmettere il senso della presa in carico lungo l'intero percorso, superando le criticità dei passaggi e dei momenti diversi di cura. I tempi sono maturi perché tutti gli apporti professionali siano coinvolti nella gestione della patologia oncologica. Il ruolo dei medici di medicina generale è perciò da promuovere per migliorare e mantenere negli anni futuri l'adesione agli screening, la diffusione di buone pratiche e stili di vita corretti, così come diventa sempre più importante la collaborazione tra loro e gli oncologi nella gestione della fase di follow-up del paziente oncologico.

Target F
DEDICATO AGLI ANZIANI

“Le rughe della vecchiaia formano le più belle scritture della vita, quelle sulle quali i bambini imparano a leggere i loro sogni (Marc Levy)”. Occuparsi degli anziani e garantire loro un appropriato livello di assistenza è un dovere e un bisogno sociale

Riferimenti epidemiologici

Gli anziani sopra i 65 anni: cambia il ruolo sociale e aumentano le malattie croniche, ma attenzione anche a traumi e cadute.
Attualmente sono circa 960mila gli anziani in Toscana (25%). Si prevede che nel 2020 saranno 954.800 (25,4%) e 1.068.293 (28,2%) nel 2030. I 497.550 anziani over75 diventeranno 503.240 nel 2020 e 560.960 nel 2030. La speranza di vita al compimento del 65° anno d’età nei prossimi 12 anni è prevista in aumento di circa 1 anno in entrambi i generi: tra i maschi dagli attuali 19,4 anni, a 19,7 nel 2020 a 20,4 nel 2030; tra le femmine dagli attuali 22,6 anni a 23 nel 2020, 23,7 nel 2030.
Cresce adesso anche il numero di persone che hanno più di una malattia cronica, caso più frequente nelle donne rispetto ai maschi. Con l’invecchiamento, le donne superano i maschi per aspettativa di vita, ma anche purtroppo per numero e complessità delle malattie. In altre parole, vivono di più, ma in condizioni di salute meno libere da malattia. E questo si osserva un po’ ovunque, non solo in Toscana. Di conseguenza, da questa età in poi, cresce molto anche il numero di richieste di visite specialistiche e prescrizioni di farmaci, con grande assorbimento di risorse sanitarie ed economiche.

960mila
anziani in Toscana
saranno 1.068.293 nel 2030

19,4

22,6
speranza di vita dopo il 65° anno

128.900
anziani con limitazioni funzionali
saranno 145.600 nel 2030

703mila
anziani con almeno 1 patologia cronica
saranno 798.500 nel 2030

ricoveri
1 cittadino su 4
ricorre a cure ospedaliere almeno 1 volta l'anno

Proiettando gli attuali tassi di prevalenza delle limitazioni funzionali sulla popolazione anziana prevista da ISTAT, gli attuali 128.900 anziani con limitazioni funzionali diventeranno 130.540 nel 2020 e 145.600 nel 2030. Gli anziani con almeno una patologia cronica, tra quelle censite da Istat, passeranno dagli attuali 703mila, a 714mila nel 2020 (429mila donne) a 798.500 nel 2030 (473mila donne).

Questa è la fase della vita caratterizzata dal pensionamento e da un relativo cambio di ruolo sociale, ma anche dal maggior tempo a disposizione e dalla nascita dei nipoti. Queste donne e uomini diventano una risorsa importante per le famiglie più giovani, ma sono spesso anche più soli ed hanno più difficoltà a trovare soddisfazione nelle relazioni con gli altri.

Quasi 1 cittadino su 4 deve ricorrere alle cure di un ospedale almeno 1 volta nell'anno: in oltre la metà dei casi si tratta di tumori o di malattie cardiovascolari. Aumentano a questa età un po' tutti i tipi di malattie: le respiratorie croniche, il diabete, i disturbi della funzionalità renale, dell'apparato digerente, del sistema nervoso, come Parkinson e demenze.

Sono frequenti anche i traumi e le cadute che costiutiscono a quest'età un grave problema sanitario e sociale. Le fratture del femore e di altri sedi sono favorite anche dall'osteoporosi, a sua volta figlia di una scarsa attività fisica e di un'alimentazione inadeguata nell'età giovanile e adulta. I servizi ortopedici toscani affrontano la frattura del femore degli anziani tradizionalmente con i minori tempi di attesa e con la minore mortalità post-operatoria a livello nazionale.

Come risponde il sistema sociosanitario pubblico rispetto ai bisogni specifici

Occorre migliorare complessivamente lo stato di salute della popolazione anziana, intervenendo in fase preventiva per garantire un invecchiamento attivo e in buona salute e rafforzare, o talvolta ricreare, la rete sociale capace di mantenere al suo interno l'anziano nel suo eventuale passaggio da auto a non autosufficiente. É necessario

implementare e omogeneizzare le azioni dedicate alla non autosufficienza (LR 66/08) per garantire, attraverso il Sistema Sociosanitario pubblico regionale, sia in termini di presa in carico che di accesso ai servizi per la persona non autosufficiente, qualità, tempestività e appropriatezza delle prestazioni riducendo liste di attesa e ricoveri impropri e ripetuti. Deve essere promossa un'ampia e capillare informazione ai familiari e ai caregiver sull'accesso ai servizi dedicati agli anziani attraverso tutti i canali istituzionali e informali possibili, per combattere isolamento, solitudine, disperazione e nascita di nuovi e maggiori bisogni di assistenza sanitaria e sociale per l'intera famiglia.

Nuovi ruoli e nuovi bisogni

- Revisione qualitativa e quantitativa degli obiettivi dei servizi domiciliari e semi-residenziali.
- Garanzia di percorsi innovativi per la residenzialità, mettendo in atto ovunque una programmazione congrua di offerte residenziali "modulari" grazie alla cooperazione tra i soggetti istituzionali (Società della Salute o Zone distretto) e i gestori.
- Rilevazione dei diversi bisogni, sociali e sanitari, riallocando e ridistribuendo azioni e risorse, già oggi disponibili fra ospedale e territorio, rafforzando la rete dei soggetti che operano sul territorio, organizzando la continuità ospedale/territorio e sviluppando la medicina d'iniziativa, per contrastare le potenziali disuguaglianze sanitarie e sociali all'interno di questa fascia di popolazione.

IL SUPPORTO ALLA FAMIGLIA NEL LAVORO DI CURA

Lo sforzo che il sistema di welfare pubblico sostiene per i servizi di lunga assistenza si accompagna a quello, sempre prevalente, delle famiglie. In Italia sono oltre 3 milioni i caregiver familiari e circa 830.000 gli assistenti familiari assunti direttamente da anziani e famiglie, una moltitudine di persone che assistono anziani, malati e disabili integrando, o talvolta sostituendo, i servizi formali. In un tale contesto, emergono i temi dell'appropriatezza e dell'equità di accesso e di fruizione delle opportunità di *Long Term Care* (LTC) offerte dal sistema pubblico e il valore sociale ed economico del supporto, assistenziale e finanziario, agli anziani non autosufficienti da parte delle famiglie.
Gli aspetti più evidenti della questione riguardano l'impegno gravoso, e lo stato di disagio che ne deriva, per la persona e i caregiver, la loro necessità di usufruire d'interventi sociosanitari, la possibilità d' investimenti per far si che la persona non autosufficiente rimanga il più a lungo possibile nel proprio contesto di vita. A ciò si aggiunge per i caregiver la spesso difficile conciliazione tra tempi di cura e di lavoro, specie nelle società europee in cui l'aumento dei tassi di occupazione femminile e il modificarsi della struttura delle famiglie determina una riduzione della disponibilità di risorse di cura informali.

Alla luce di tutto ciò appare chiaro come l'invecchiamento della popolazione sia diventato un tema in primo piano nell'agenda politica, sia a livello internazionale che nazionale. Oggi più che mai, è fondamentale cogliere le opportunità e le sfide di questa trasformazione demografica, rivedendo modelli culturali, sociali ed economici.
L'obiettivo è quello d'individuare le figure chiave e gli interventi più efficaci e sostenerli con investimenti in dotazioni e formazione.

FRAGILITÁ E INVECCHIAMENTO ATTIVO

Per fragilità si intende uno stato di aumentata vulnerabilità ad agenti esterni ed interni, ne consegue una riduzione della riserva fisiologica o addirittura lo scompenso di multipli sistemi fisiologici.
La fragilità è la conseguenza di decrementi fisiologici dovuti all'invecchiamento che si sommano con gli effetti, spesso subclinici, di patologie acute o croniche che interessano differenti organi o sistemi. La fragilità causa un aumentata vulnerabilità ad eventi in grado d' interferire con lo stato di salute amplificandone gli effetti negativi. Le conseguenze sono disabilità, dipendenza, cadute, istituzionalizzazione e morte.
Uno stile di vita sedentario favorisce la comparsa di malattie e l'attività fisica è un fattore chiave di ogni strategia messa in atto risolvere i problemi connessi alla vita sedentaria e all'obesità, sia nell'infanzia che in età adulta. Mantenere, invecchiando, una vita attiva contribuisce alla salute fisica e mentale individuale così come alla coesione sociale e al benessere della comunità. La partecipazione all'attività fisica non si concretizza tuttavia solo attraverso lo sport o l'attività organizzata, ma è influenzata dagli ambienti costruiti, naturali e sociali in cui vivono le persone.
L'obiettivo è quello di sviluppare un sistema di sostegno ai corretti stili di vita, e fra questi, alla pratica motoria. Per farlo occorrono un modello di *empowerment* comunitario e una rete di soggetti in grado di supportare l'autogestione delle condizioni di cronicità già presenti o di sviluppare azioni di prevenzione per chi presenta una condizione di fragilità.

PATOLOGIE CRONICHE, COMORBIDITÁ E USO ECCESSIVO DI FARMACI

Il progressivo invecchiamento della popolazione con più patologie croniche e il rischio di interazioni farmacologiche fra terapie necessarie, richiedono di spostare l'intervento dalla malattia alla globalità della persona e far acquisire stili di vita salutari. In questi soggetti "fragili" trova indicazione anche la medicina integrata, in particolare per gli stati di dolore cronico e per i disturbi dell'umore; situazioni nelle quali efficacia, gradimento dei pazienti, sostenibilità economica e scarsità di effetti collaterali sono apprezzabili.
L'approccio integrato, oltre che ad avere un effetto sul benessere del paziente anziano e sulla sua qualità di vita, può contribuire a ridurre eventuali effetti collaterali della terapia corrente e il numero di farmaci impiegati.

Utili anche, ai fini del benessere psichico e relazionale, le tecniche di movimento e le ginnastiche mediche tradizionali, come ad esempio il Qigong e il Tai chi.

ASSISTENZA CONTINUA ALLA PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE

La LR 66/2008, "Istituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza", rappresenta l'elemento cardine dell'organizzazione di un sistema di welfare in grado di migliorare qualità, quantità e appropriatezza delle risposte assistenziali a favore delle persone non autosufficienti, disabili e anziane, promuovendo l'organizzazione su tutto il territorio regionale di una rete di servizi orientata alla prevenzione della non autosufficienza e della fragilità e a favorire percorsi assistenziali domiciliari finalizzati ad una vita indipendente.

Il progressivo invecchiamento della popolazione e l'indebolimento della rete sociale impongono d'innovare il modello toscano per garantire equità e rispetto di appropriati livelli essenziali di assistenza, continuando a favorire, ma con rinnovati strumenti, i percorsi domiciliari. L'obiettivo, attraverso una costante manutenzione delle norme regionali e un'attenta programmazione territoriale sociosanitaria dei servizi, è quello di incrementare in termini quantitativi (numero ore assistenza domiciliare e reperibilità h24 del servizio) e qualitativi (sperimentazione di modelli di integrazione pubblico-privato per alcuni servizi sociali di base) le risposte integrate sul territorio. Lo scopo sarà quello di far si che gli anziani possano vivere in una casa, la propria, oppure attivando nuovi luoghi e modelli di residenzialità. La convergenza dei diversi modelli territoriali dovrà rappresentare l'obiettivo principe e la modalità operativa ordinaria, allo scopo di favorire l'incontro e l'integrazione tra sociale e sanitario, ospedale e territorio, istituzioni e società civile per garantire equità, appropriatezza e sostenibilità.

Tra gli interventi innovativi, il progetto sperimentale "Pronto Badante" garantisce, attraverso soggetti del terzo settore, un'attività di orientamento e sostegno per le famiglie toscane che per la prima volta si trovano ad affrontare l'emergenza di gestire in famiglia un anziano fragile. I positivi risultati conseguiti della sperimentazione consentono di confermare e dare stabilità nel futuro alle azioni intraprese, con una sempre maggiore integrazione coi percorsi volti a favorire la domiciliarità degli anziani.

LA QUALITÁ DELL'ASSISTENZA

Il sistema di accreditamento delle strutture sociosanitarie destinate a quelle persone anziane che non possono più essere assistite a domicilio, vuol garantire servizi appropriati, sicuri e di qualità. Il cittadino che sceglie una struttura accreditata ha la garanzia di trovare livelli di qualità "ulteriori" rispetto agli standard minimi previsti con i soli percorsi autorizzativi. Le strutture pubbliche e private accreditate, in quanto in grado di garantire requisiti superiori di qualità, sono le uniche che possono intrattenere rapporti contrattuali con il servizio pubblico.

L'obiettivo del sistema di accreditamento è garantire il miglioramento continuo delle

strutture, ridurne le variabilità delle performance assistenziali, facendole conoscere ai cittadini con adeguati e semplici strumenti per la scelta delle strutture (RSA), prevedere percorsi formativi adeguati per il miglioramento professionale degli operatori e delle relazioni tra loro e con tutti i soggetti presenti nelle RSA. È essenziale promuovere una cultura di attenzione agli aspetti psicologico- relazionali connessi all'attività di cura e alla sicurezza dei pazienti anche nell'ambito della LTC.

LA CURA E L'ASSISTENZA DELLE PERSONE CON DEMENZA E IL SOSTEGNO AI FAMILIARI

Le demenze, e la malattia di Alzheimer in modo particolare, sono condizioni generalmente considerate né prevenibili né trattabili, con problematiche del tutto peculiari e che mutano nelle diverse fasi cliniche e funzionali, coinvolgendo la quasi totalità dei servizi presenti nel territorio, anche se in fasi e momenti diversi.
Le demenze dovrebbero essere considerate delle vere e proprie "malattie della famiglia" e riuscire ad intervenire modificando la loro progressione e le loro conseguenze è una delle principali sfide del welfare futuro, che non sarà sostenibile senza il potenziamento della rete sociosanitaria. La demenza, a causa della rilevanza epidemiologica e del fatto che spesso comporta la contemporanea presenza di disturbi cognitivi e comportamentali, crea bisogni personali e familiari, tali da comportare un'estrema difficoltà nell'organizzazione delle risposte sociosanitarie.
Chi è "in prima fila" ogni giorno ad affrontare tali problematiche, ben conosce le carenze organizzative e strutturali del territorio rispetto alla complessità dei bisogni sociosanitari dei pazienti affetti da demenza, ed in particolare il disagio provocato dalla carenza di servizi e di percorsi assistenziali strutturati dedicati a questi soggetti.
L'obiettivo è quello di diversificare le risposte sulla base dei singoli bisogni, rafforzare la rete integrata dei servizi nei territori, procedere ad un'omogenea applicazione dei relativi PTDAS, incrementare la sinergia e il rapporto di fiducia tra i diversi attori coinvolti: specialista, MMG, Unità di valutazione multidisciplinare, associazionismo e società civile, caregiver e familiari, promuovendo modelli innovativi di gestione che favoriscano la nascita di luoghi "*Dementia friendly*".

Fonti dei dati utilizzate nel capitolo:

- Welfare e salute in Toscana 2017.
- La banca dati delle malattie croniche. Aggiornamento 2018. Documento Ars n.99. Ars Toscana. Marzo 2018.

Target G
DEDICATO ALLE PERSONE CON DISABILITÀ

Sostenere e valorizzare la centralità della persona con disabilità, sviluppandone le capacità esistenti e le potenzialità di crescita finalizzate al raggiungimento e mantenimento della massima autonomia possibile e di una vita indipendente

La tutela dei bisogni delle persone con disabilità rappresenta una delle più rilevanti sfide delle società avanzate. Sostenere e valorizzare la centralità della persona, sviluppandone le capacità esistenti e le potenzialità di crescita, in una logica diversa dal puro assistenzialismo attuato con l'erogazione delle prestazioni, ma orientata allo sviluppo e al raggiungimento della massima autonomia possibile, della vita indipendente e della personalizzazione degli obiettivi degli interventi sociosanitari, costituisce una priorità della Regione Toscana. È obiettivo programmatico prioritario la presa in carico della persona con disabilità, mediante la rete integrata dei servizi in collaborazione con tutte le componenti istituzionali coinvolte e il mondo associativo e con la piena partecipazione della persona stessa, tenuto conto anche del rischio evidenziato dall'art. 6 della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità che riconosce le donne e le minori con disabilità a rischio di discriminazione multipla (discriminate quindi sia in quanto donne, che in quanto disabili).

Riferimenti epidemiologici

A seguito del cambiamento radicale promosso nel 2001 dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) la disabilità è definita come "la risultante di una relazione complessa tra condizioni di salute, fattori ambientali e personali".

rete integrata
per la presa in carico della persona con disabilità

disabilità
la risultante di una relazione complessa tra condizioni di salute, fattori ambientali e personali (OMS)

5,5% **4,8%**

persone con limitazioni funzionali

numero di casi attesi

170mila
limitazioni funzionali

460mila
>15 anni con limitazioni della vista

600mila
limitazioni dell'udito

465mila
limitazioni motorie

106.700
indennità di accompagnamento erogate nel 2017
di cui
99.500 (80%) destinate a invalidi totali

I fattori personali e ambientali possono modificare notevolmente gli esiti di una condizione di disabilità influenzando le limitazioni nella funzionalità e la partecipazione sociale. Dal punto di vista assistenziale lo scopo è avere una visione globale della persona mirando al raggiungimento della massima autonomia possibile, usando un modello assistenziale che preveda ua presa in carico continuativa. Con l'indagine campionaria sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari del 2013, Istat rileva per la Toscana una quota complessiva di 4,8 persone con limitazioni funzionali ogni 100 residenti di 6 anni e oltre. In Italia è il 5,5% . L'incidenza della disabilità in Regione Toscana è minore rispetto alla media nazionale ed è tra le più basse a livello regionale, anche se in leggera crescita rispetto alla rilevazione 2005 (4,5%). In base a queste stime le persone con limitazioni funzionali attese sono circa 170mila, di cui oltre 78mila con problematiche di cosiddetto "confinamento" (condizione estrema in cui si può trovare una persona quando per limitazioni della mobilità o locomozione è costretta permanentemente a casa).

Sempre ISTAT, su dati Eurostat sulle limitazioni nelle funzioni sensoriali e motorie, conferma la migliore situazione toscana rispetto al quadro nazionale e stima sul territorio regionale 460mila persone di età >15 anni con limitazioni nella vista (di cui 44mila gravi), circa 600mila con limitazioni dell'udito (di cui 141mila gravi) e circa 465mila con limitazioni motorie (di cui 212mila gravi).

Un dato a complemento sulla disabilità in Toscana è quello relativo alle indennità di accompagnamento INPS agli invalidi civili totali e parziali. Secondo tale fonte al 2017 sono erogate in Toscana 106.700 indennità di accompagnamento a invalidi totali e parziali, di cui circa 99.500 a invalidi totali. Tra queste ultime, l'80% (80.400) sono destinate ad anziani e il 20% a 0-64enni (19mila). Trattandosi di invalidi totali, dunque di una accezione di disabilità teoricamente più ristretta di quella adottata dall'ISTAT, si può assumere questa come una buona

misura di approssimazione, almeno per le disabilità gravi. Infine, in tema di assistenza: la rilevazione Istat sui presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari ci dice che al 2015 erano presenti nelle strutture toscane circa 1.400 posti letto per persone con disabilità (62,5 ogni 100.000 residenti contro una media nazionale di 83,5) e quasi 1.600 ospiti con disabilità o disturbi mentali (142 ogni 100.000 adulti 18-64 anni, media Italia 157,6). La rilevazione censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati (4), disponibile soltanto fino al 2014, fornisce dati sulle persone con disabilità in carico al servizio sociale professionale (oltre 14.000), e con assistenza domiciliare socio-assistenziale (oltre 1.600 utenti) e beneficiari del trasporto sociale (servizio utilizzato da oltre 2.800 persone).

1.400
posti letto per persone con disabilità
quasi 1.600
ospiti con disabilità o disturbi mentali

Come risponde il sistema sociosanitario ai bisogni delle persone con disabilità

La rete dei servizi sociosanitari deve essere focalizzata sulle specificità e sugli obiettivi specifici nelle varie fasi della vita della persona. Le risposte del sistema devono assicurare la continuità assistenziale e la presa in carico in particolare:

- nel passaggio tra l'età minore, adulta e anziana (medicina di transizione);
- nel raccordo tra i presidi territoriali e le aree specialistiche;
- nell'integrazione tra territorio e ospedale;
- tra i diversi territori, nei casi di trasferimento e nei casi di ricoveri ospedalieri o residenziali.

La valorizzazione dell'autonomia residua della persona disabile e l'inclusione nella società civile si realizza definendo percorsi integrati di presa in carico efficace, superando sovrapposizioni di competenze o di separatezza delle responsabilità e mettendo a disposizione delle equipe multidisciplinari competenti (UVM Disabilità) strumenti e processi valutativi validi e condivisi.
Fondamentale il Progetto di Vita, quale processo dinamico che accompagna la persona lungo il suo ciclo di vita, seguendone il mutare dei bisogni e delle aspirazioni nelle diverse fasce d'età, anche attraverso l l'attivazione sperimentale del budget di salute Significativo è l'impegno della Regione Toscana nel destinare alle persone disabili una quota rilevante delle misure all'interno dell'Asse B "Inclusione Sociale e lotta alla povertà" del POR FSE 2014/2020, per lo svolgimento di percorsi individualizzati di socializzazione e accompagnamento al lavoro.
La sfida del sistema regionale è rappresentata dalla integrazione tra i servizi sociosanitari per una governance efficace degli interventi.
Il sistema integrato dei servizi sociosanitari coniuga sostenibilità degli interventi con efficacia e appropriatezza e mira al pieno rispetto dei Livelli essenziali di assistenza:

- garantire azioni di sostegno all'abitare e di promozione dell'autonomia abitativa, sia in forma diretta che indiretta;
- favorire la de-istituzionalizzazione e facilitare i percorsi alternativi al ricovero in struttura e facilitare la de-istituzionalizzazione;
- inserire in modo strutturato la logica del "durante e dopo di noi", avviata con la L. 112/2016 e già sperimentata dalla Regione Toscana con i progetti presentati nel 2014 (DGR 594/14 all'interno dei percorsi territoriali, garantendo risposte inclusive, appropriate, partecipate e sostenibili;
- promuovere nei diversi contesti assistenziali (residenziale, semi-residenziale e domiciliare) modelli personalizzati orientati alla presa in carico proattiva ed in grado di ottimizzare lo stato funzionale;
- connotare la lungo-assistenza nei servizi residenziali e diurni come un elemento integrativo del percorso di presa in carico; una maggiore articolazione dell'offerta in base alle necessità degli utenti, mutevoli nel tempo e nei diversi momenti di vita, richiede l'integrazione delle competenze del sistema pubblico con quelle messe a disposizione dal sistema privato in particolare no profit;
- incentivare la vita indipendente al fine di migliorare le opportunità di vita e di lavoro dei cittadini;
- assicurare i percorsi sanitari di prevenzione, diagnosi e cura per le persone con disabilità che necessitano di attenzioni particolari per effettuare accertamenti diagnostici e trattamenti in regime di ricovero, attraverso la diffusione e l'estensione delle informazioni sui servizi e strutture che offrono risposte specifiche e prestazioni finalizzate;
- incentivare l'accessibilità e fruibilità degli ambienti, l'uso degli strumenti tecnologici e di comunicazione, finalizzati al miglioramento della qualità della vita della persona con disabilità, nel contesto abitativo, familiare, scolastico, ludico e sociale.

Altri strumenti, da favorire per potenziare la sinergia delle risposte di un sistema integrato, sono:

- la partecipazione attiva delle persone con disabilità e delle famiglie, il coinvolgimento delle loro organizzazioni, e, più in generale, di tutti i soggetti pubblici e privati che operano a vario titolo nel campo dell'inclusione sociale;
- la co-progettazione pubblico-privato sociale, per trovare un punto di equilibrio tra i bisogni di autonomia delle persone, la capacità progettuale del privato e l'interesse di sostenibilità e di appropriatezza dei percorsi del sistema pubblico.

Fonti dei dati utilizzate nel capitolo:

- Welfare e salute in Toscana 2017.
- Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari. ISTAT 2013.
- Accertamenti di invalidità L.104\82. Inps 2017.

Target H
DEDICATO AGLI STRANIERI

Accogliere e integrare le persone straniere sul territorio, in una logica di inclusione e coesione sociale, per sostenere percorsi di empowerment individuale e di sviluppo delle comunità

La presenza straniera in Toscana è aumentata in modo esponenziale negli ultimi venti anni e si caratterizza ormai come fenomeno strutturale, Tuttavia l'evoluzione recente mostra una drastica riduzione dei flussi per motivi di lavoro, correlata alla crisi economica, e la crescita dei flussi per motivi umanitari, connessi alle tensioni geopolitiche internazionali e alle situazioni critiche in Nord Africa e Medio Oriente.

Riferimenti epidemiologici

Tali fenomeni sono accompagnati da processi di radicamento ed integrazione della popolazione immigrata attribuibili sia all'incremento dei ricongiungimenti familiari, sia alle nuove nascite (il 28,17% delle nascite nell'ultimo anno si registrano in coppie con almeno un genitore straniero).
Nel 2017 gli stranieri residenti rappresentano quasi l'11% della popolazione (rispetto a una media nazionale di poco superiore all'8%). Sono circa 400.000 nel 2017, saranno quasi 450.000 nel 2020 e raggiungeranno quasi le 600.000 unità nel 2030. A questi – secondo le stime della Fondazione ISMU nel 23° rapporto sulle migrazioni 2017 – si aggiunge la quota delle presenze irregolari che ammonta a circa l'8% del totale dei residenti stranieri e che porta il valore complessivo all'11,5%.

presenza straniera
la Toscana è terra d'immigrazione

28,17%
nascite nell'ultimo anno in coppie con almeno 1 genitore straniero

400mila
stranieri residenti in Toscana nel 2017
saranno 600mila nel 2030
di cui
94,3%
provenienti da PFPM

60,6%
stranieri residenti in Toscana <40 anni

7.900
parti da donne straniere (2016)

in diminuzione
accessi degli stranieri al PS

Si tratta di una popolazione mediamente molto giovane composta per il 60,6% da cittadini di età inferiore ai 40 anni con solo il 3,7% di over 65enni. Il 94,3% risulta proveniente da paesi a forte pressione migratoria, in particolare Romania, Albania, Repubblica popolare cinese e Marocco.

Rispetto al tema della relazione tra salute e migrazioni dobbiamo precisare che ad oggi non sono disponibili dati sanitari specifici sui richiedenti protezione internazionale e protezione umanitaria. Pertanto, quando parliamo di popolazione straniera ci riferiamo soprattutto a cittadini stranieri residenti, o comunque maggiormente stabili, che per "effetto di acculturazione" adottano stili di vita simili a quelli della popolazione autoctona.

Il numero di parti da donne straniere in Toscana, nel 2016, dopo una leggera flessione nel triennio precedente, è nuovamente in aumento, con 7.900 parti. Ormai, anche a seguito della continua diminuzione dei parti delle donne italiane, raggiunge il 28,9% del totale.

In linea con la lieve riduzione complessiva degli accessi in Pronto soccorso, diminuiscono anche quelli della popolazione straniera: da 368 accessi ogni 1.000 residenti stranieri nel 2016 a 359 nel 2017. Valore che comunque continua ad essere superiore a quello dei cittadini italiani (341 accessi ogni per 1.000). Per il confronto si utilizzano ovviamente assi standardizzati per età.

La tendenza s'inverte quando analizziamo i ricoveri ospedalieri che nella popolazione straniera diminuiscono tra 2016 e 2017 da 102.2 a 92,8 ogni 1.000 residenti stranieri mentre fra gli italiani passano da 129,5 a 131,4 per 1000. La giovane età della popolazione straniera sicuramente influisce. Fra gli stranieri, infatti, la principale causa di ricovero continua a essere il parto o le complicanze della gravidanza che mostrano, comunque, una significativa diminuzione passando dal 20,6 del 2016 a 16,9 per 1.000 residenti stranieri nel 2017. In diminuzione anche i ricoveri per malattie

del sistema circolatorio (11,1*1.000 residenti stranieri) e per tumore (8,8*1.000 residenti stranieri).
La discrepanza di utilizzo fra Pronto Soccorso e ricovero costituisce un'inappropriatezza generata probabilmente da pratiche comunemente adottate nei paesi di origine e dalle difficoltà di comprendere ed usare accessi a cure diverse, come quelle ambulatoriali, ad esempio.
Il numero di ricoveri per malattie infettive e parassitarie è stabile (2,4*1.000 residenti stranieri), ma la popolazione straniera è più interessata da alcune forme infettive quali l'HIV e l'infezione tubercolare.
Secondo quanto emerge dal Sistema Informativo per le malattie infettive, nel 2016 il tasso di infezione tubercolare interessa 45,2 persone ogni 100.000 residenti stranieri (negli italiani è il 2,1*100.000). I soggetti stranieri a cui è stata diagnosticata una infezione da HIV rappresentano il 26,8% del totale con un tasso di notifica più di tre volte superiore a quello degli italiani (Registro regionale HIV e AIDS – anno 2016).
Nella consapevolezza che le condizioni di vita e di lavoro possono esporre i cittadini stranieri a rischi sanitari maggiori, è facile supporre che vi siano differenze in termini di mortalità. Tuttavia, i dati relativi al periodo 2001-2014 non confermano tale ipotesi, mostrando un andamento molto simile fra le due popolazioni, con valori più elevati a carico degli stranieri soltanto negli anni 2004-2008. Due i fenomeni possibili chiamati in causa per una possibile interpretazione: il primo, il ritorno al paese di origine quando le loro condizioni di salute peggiorano; il secondo, il limite dei sistemi informativi quando si fa riferimento alla popolazione immigrata non residente.

ricoveri
il parto è la principale causa per gli stranieri

utilizzo improprio
difficoltà a comprendere il percorso ambulatoriale

26,8%
diagnosi infezione da HIV in pazienti stranieri

infezione tubercolare
interessa 45,2 stranieri ogni 100mila residenti

La rete dei servizi per le persone straniere

Per quanto concerne la rete dei servizi territoriali, l'obiettivo di rappresentare il complesso delle politiche regionali di intervento, specificamente rivolte alle persone straniere, corrisponde in primo luogo all'esigenza di adeguare il quadro programmatico di settore alle novità stabilite dalla Legge regionale 31 marzo 2017 n. 15 che ha introdotto un principio di coordinamento con la programmazione sociosanitaria integrata[1].

Lo scopo è superare la frammentazione degli interventi e favorire l'incontro tra persone straniere e cittadini, società e istituzioni guardando alla presenza delle persone straniere sul territorio come ad un fenomeno complesso, articolato e strutturale, e vincendo la tentazione di identificarne i tratti principali unicamente nella prospettiva dell'accoglienza.

La scelta di concentrare l'attenzione sul complesso dei bisogni cui corrispondere e delle opportunità da promuovere in relazione alle diverse tipologie di comunità straniere piuttosto che sul binomio migranti/vulnerabili e correlate azioni di "soccorso", significa non limitarsi a guardare allo straniero come "migrante"che necessita di"essere aiutato"e"assistito", ma – al contrario – guardare ai bisogni della comunità territoriale nella sua globalità, considerando ciascuno dei suoi membri non tanto come potenziale portatore di bisogno, quanto di valore.

Nel modello regionale di welfare, questi principi si traducono in azioni che sostengono la coesione sociale e il lavoro di comunità, animando percorsi e relazioni positive tra persone a rischio di esclusione sociale o maggiormente vulnerabili e il contesto sociale e territoriale "accogliente", con la stessa logica promozionale e di *empowerment* utilizzata nei programmi d'inclusione sociale e di contrasto alla povertà.

Gli interventi rivolti alle persone straniere si caratterizzano in prestazioni e servizi specifici che, in ottica preventiva e promozionale, rispondono ai bisogni complessi dei destinatari e costruiscono le modalità d' accesso e presa in carico della popolazione migrante, a prescindere dallo status giuridico, da parte del Sistema Sanitario Pubblico Regionale:

- sistema di accoglienza per richiedenti asilo/titolari protezione internazionale;

1 Art. 6 bis della Legge regionale 9 giugno 2009, n. 29 "Norme per l'accoglienza, l'integrazione partecipe e la tutela dei cittadini stranieri nella Regione Toscana": Il piano di indirizzo integrato per le politiche sull'immigrazione, attuativo del Programma regionale di sviluppo (PRS) 2011-2015, approvato con deliberazione del Consiglio regionale 22 febbraio 2012, n. 20, è prorogato fino all'approvazione del Piano sanitario sociale integrato regionale (PSSIR) attuativo del PRS 2016-2020, che definisce indirizzi ed obiettivi con riferimento alle seguenti politiche di intervento a favore dei cittadini stranieri: a) accesso al sistema integrato per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale; b) diritto alla salute con particolare riferimento ai soggetti vulnerabili; c) interventi per i minori non accompagnati; d) interventi contro la tratta e lo sfruttamento; e) interventi a favore dei detenuti.

- rete territoriale per la formazione civico-linguistica;
- servizi di mediazione linguistico-culturale;
- rete territoriale servizi di informazione e orientamento;
- rete territoriale anti-discriminazione;
- sistema di interventi per la protezione e il reinserimento sociale vittime tratta e grave sfruttamento e per motivi sessuali e lavorativi;
- rete territoriale per accesso e presa in carico richiedenti asilo e titolari di protezione al Sistema Sanitario Pubblico Regionale;
- azioni mirate alla tutela della salute mentale dei richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità psicosanitaria.

La presenza strutturale dei migranti e la significatività del profilo femminile (53,6%) in Toscana richiama, l'attenzione verso i bisogni di salute, fisica e mentale, di questi soggetti, secondo un approccio alle cure integrale che miri ad affrontate le molteplici criticità che ancora emergono e che variano a seconda del profilo giuridico e sociale della persona migrante come descritto nel "target dedicato alle donne".

Anche nei confronti degli stranieri regolarmente residenti e quindi con la prospettiva d'invecchiare nel nostro paese, occorre concentrarsi sugli aspetti di prevenzione della cronicità. E' una sfida che può essere vinta e un contributo importante alla sostenibilità futura del SSR collaborando con le associazioni e le comunità rappresentative dei soggetti migranti, e introducendo nuovi profili di competenza, quali gli Educatori di Salute di Comunità, che contemplano insieme aspetti della mediazione culturale e del care management.

Negli ultimi anni la domanda di salute per cittadini stranieri si è dovuta confrontare anche con i richiedenti protezione internazionale. Le criticità neanche in questo caso sono legate alla diffusione di malattie infettive importanti, ma alle conseguenze psico-fisiche del viaggio e dei traumi subiti.

Per queste persone, tempestività, omogeneità e certezza delle prime visite mediche all'arrivo nel territorio e un'efficace ed efficiente presa in carico sul lungo periodo, nell'ambito del sistema delle Cure Primarie, sono obiettivi del SSR.

La definizione di un sistema di presa in carico e sorveglianza dei rischi di salute per queste persone, impone il coinvolgimento e l'attivazione organizzata non solo dei servizi sanitari territoriali ma anche dei soggetti gestori delle strutture di prima accoglienza.

Responsabilizzare e rafforzare la capacità di intercettare i bisogni di salute dei propri ospiti, sono i prerequisiti per qualificare le strutture di accoglienza. L'obiettivo generale è infatti quello di contribuire ai processi di integrazione e alla possibilità di un progetto di vita per la popolazione migrante che presenta, per le sue condizioni di vulnerabilità, una maggior rischio di sviluppare alcune patologie, in particolare, quelle riguardanti la salute mentale.

La cooperazione sanitaria internazionale

La Regione Toscana considera la salute un motore di sviluppo del contesto globale e partecipa alle sfide di salute che attendono tutti i paesi, sia con il tradizionale sforzo nell'aiuto allo sviluppo verso paesi terzi, sia con l'inclusione dei migranti nel nostro territorio.

Con la istituzione del Centro di Salute Globale (CSG), i presso l'AOU Meyer, che si configura come struttura di coordinamento a carattere regionale in materia di salute globale, cooperazione sanitaria internazionale e salute dei migranti (LR n. 84 del 2015), la Regione Toscana vuole affrontare in maniera integrata gli argomenti Migrazione e Cooperazione in un'ottica di diritti e di accesso universale a servizi sanitari di qualità al fine di favorire equità, solidarietà e inclusione sociale.

Da più di 10 anni la Toscana sostiene progetti di cooperazione sanitaria in diverse aree del mondo, coinvolgendo gli attori del proprio SSR, gli enti locali, le università toscane e la società civile, comprese le comunità di migranti presenti sul nostro territorio, un prezioso alleato nell'indirizzarne le progettualità.

Il binomio sviluppo e migrazione è una delle principali variabili sulla quale si fonda la costruzione del mondo futuro. Occuparsi di salute globale significa orientare il servizio sanitario verso una maggiore giustizia sociale.

È in quest'ottica che il CSG stabilisce partnership e alleanze con le istituzioni internazionali, nazionali e locali impegnate su queste tematiche e garantisce la presenza costante e qualificata del servizio sanitario toscano nelle sedi europee ed internazionali che operano nel settore dello sviluppo e della migrazione.

Per il periodo di vigenza del piano verranno sviluppate le seguenti azioni:

1. Ricerca e sviluppo di modelli e metodi di monitoraggio e valutazione più eficaci per la misurazione dell'impatto delle azioni realizzate per assicurare il diritto alla salute nei paesi a risorse limitate.
2. Elaborazione di una nuova rappresentazione delle iniziative di cooperazione sanitaria internazionale alla luce dei nuovi Obiettivi di Sviluppo Sostenibile che metta al centro la creazione e la condivisione di valori e principi, con il coinvolgimento della popolazione migrante presente nel nostro territorio.
3. Rafforzamento delle conoscenze e potenziamento delle capacità istituzionali di pianificazione e gestione (human and institutional capacity building) per promuovere innovazione, sviluppo e trasferimento tecnologico garantendo partecipazione, coinvolgimento e responsabilizzazione sociale (ownership) nei Paesi partner.
4. Promozione di un nuovo approccio strategico per una "migrazione sostenibile" che parta dal diritto alla salute come premessa di sviluppo, in coerenza con i programmi di cooperazione internazionale.

Fonti utilizzate nel capitolo

- Profilo sociale regionale, anno 2016. Analisi della situazione sociale in Toscana: strumenti per la programmazione sociale e sociosanitaria. Regione Toscana, Direzione diritti di cittadinanza e coesione sociale, Settore Welfare e Sport, Osservatorio sociale regionale; in collaborazione con ANCI Toscana, 2017.
- Primo rapporto di monitoraggio sulle politiche dell'immigrazione in Toscana: accoglienza, integrazione e cooperazione. Regione Toscana, Direzione diritti di cittadinanza e coesione sociale, Settore Governance e Programmazione del Sistema Integrato dei Servizi Sociali, Osservatorio sociale regionale; Fabio Bracci [et al.]. Firenze: Regione Toscana, 2015.
- Welfare e salute in Toscana 2017.

Target 1
DEDICATO AI LAVORATORI

“La salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro non è assenza di infortunio, ma la realizzazione di una realtà lavorativa nella quale il lavoratore possa lavorare in sicurezza, senza contrarre malattie da lavoro ed avere occasioni per migliorare il suo stato di salute” (definizione OMS)

Riferimenti epidemiologici

Gli interventi per la salute dei lavoratori e per la sicurezza nei luoghi di lavoro sono costituiti dall’insieme delle misure preventive e protettive da adottare per la salute, la sicurezza e il benessere dei lavoratori, in modo da evitare o minimizzare i rischi connessi all'attività lavorativa, riducendo o eliminando gli infortuni e le malattie professionali.

Nel 2016 le denunce di infortunio sul lavoro sono state 46.058, di cui l’ 82,2% in occasione di lavoro il 17,8% per eventi avvenuti in itinere. Il 67,3% (31.016) degli infortuni è stato indennizzato: 26.064 (84%) sono relativi a infortuni in occasione di lavoro mentre 4.952 (16%) a infortuni avvenuti *in itinere*.

A partire dall’inizio della serie di dati disponibili, cioè dal 2000, si assiste ad un calo tendenziale che viene confermato da un ulteriore diminuzione del 25% nell’ultimo quinquennio.

Gli infortuni in occasione di lavoro (accaduti in orario di lavoro) denunciati e quelli indennizzati si riducono all’incirca nella medesima proporzione, circa il 25%, mentre risulta più accentuata la riduzione di quelli in itinere (accaduti nel percorsocasa-lavoro) tra gli

46.058
denunce di infortunio sul lavoro (2016)

-25%
riduzione infortuni negli ultimi 5 anni

presenteismo
tendenza a rientrare al lavoro prima di aver raggiunto la completa guarigione

25.363
accessi al PS per incidente sul lavoro (2017)

ricoveri ospedalieri
solo il 2% necessita di un ricovero

434
ospedalizzazioni per incidente sul lavoro con diagnosi di dimissione traumatica effettuate da residenti (2017)

indennizzati (rispettivamente il 30% verso l'11%). Complessivamente, attingendo anche ad altre fonti informative, si può affermare che il rischio infortunistico da lavoro si sta riducendo, ma che gli anni di vita persi per mortalità precoce (gli infortuni mortali) o vissuti con deficit funzionali (gli infortuni più gravi con invalidità permanenti) mostrano maggiori difficoltà a ridursi. Se ciò possa essere dovuto anche a fenomeni di "presenteismo", cioè la tendenza a rientrare al lavoro prima ancora di aver raggiunto la completa guarigione, o addirittura di mancata denuncia nel caso di eventi più leggeri non è possibile saperlo. Servirà particolare attenzione per monitorare questi fenomeni nel prossimo futuro, anche nella prospettiva che si sta affacciando di una ripresa dell'economia.

Nel 2017 ci sono stati 25.363 accessi ai Pronto Soccorso (PS) per traumi da incidenti sul lavoro di residenti toscani di età 15-67 anni, corrispondenti a circa l'8,5% di tutti gli accessi traumatici. L'andamento degli accessi è in lieve aumento dal 2010 al 2017, passando da 946 a 1.028 accessi per 100mila ab. Numericamente le stime ci dicono che gli accessi al PS rimarranno stabili tra il 2020 e il 2030, intorno ai 53.000 per anno. L'età media all'accesso è di 44 anni, lievemente più elevata per le femmine (46 anni) rispetto ai maschi (43 anni). Le diagnosi più frequenti sono "contusioni agli arti inferiori e superiori", "ferite delle dita della mano", "distorsioni e distrazioni della caviglia". Il numero di accessi da parte dei maschi nel 2017 è stato il 67,6% del totale. Il 92,9% dei soggetti che accedono ai PS in seguito a un incidente sul lavoro torna direttamente a domicilio mentre solo il 2% necessita di un ricovero ospedaliero. Il 5,1% residuo è composto da un alveo di risposte che vanno dalla "dimissione volontaria", "rifiuta il ricovero" e "paziente abbandona il ps duranti gli accertamenti o prima della visita medica".

Nel 2017 le ospedalizzazioni per incidenti traumatici sul lavoro sono state 434 per i residenti in Toscana di età 15-67 anni, con un tasso grezzo di 17,6 per 100mila abitanti, in diminuzione del 6,4% rispetto al 2016. L'età media dei ricoverati è di 47 anni (F: 49 anni; M: 46 anni), i maschi hanno effettuato l'80% dei ricoveri. I decessi per infortunio sul lavoro si mantengono complessivamente stabili, con un picco nel 2015, quando però si verificarono circostanze eccezionali anche a livello nazionale.

Le azioni che il SSR promuove a favore di tutti i lavoratori

Le scelte per favorire la salute dei lavoratori convergono sulla prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali. In tale ottica è necessario individuare i settori di maggiore rischio per i lavoratori, con particolare riferimento alle situazioni emergenti nell'evoluzione del mercato del lavoro.
In coerenza con l'approccio del Piano Nazionale per la Prevenzione, si continua a sviluppare un'attività multiprofessionale di analisi dei flussi informativi su Infortuni e Malattie da lavoro nei vari ambiti e settori di attività, al fine di individuare le relative incidenze e i rischi prevalenti e particolari (lavori ad alto rischio, sostanze pericolose, impatto delle tecnologie ecc.). Sulla base di tali analisi si pianificano quelli interventi che abbiano evidenza di efficacia. Inoltre, sui luoghi di lavoro devono essere favorite le iniziative per la promozione della salute, secondo la filosofia del *Workplace Health Promotion*.

Il sistema sanitario e sociale integrato regionale promuove a favore di tutti i lavoratori:

- il potenziamento della sorveglianza epidemiologica dei rischi e dei danni correlati al lavoro;
- il potenziamento della condivisione delle conoscenze sui rischi per lasalute e la sicurezza e l'adozione delle buone pratiche per la loro prevenzione;
- la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali attraverso azioni mirate e concordate con gli attori del sistema (sindacati, associazioni datoriali, organismi di vigilanza, etc.), secondo quanto previsto anche dai nuovi LEA;
- la promozione e lo sviluppo del coordinamento inter-istituzionale di tutte le Autorità competenti in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, per migliorare l'efficacia delle attività di controllo;
- la completa attuazione e lo sviluppo dei progetti speciali regionali già attivi, come quelli sulla sicurezza nella lavorazione del marmo o per le imprese cinesi o per la sorveglianza degli ex esposti ad amianto, e di quelli che saranno nel tempo

individuati;

- la completa attuazione e lo sviluppo dei progetti del Piano Regionale per la Prevenzione che agiscono trasversalmente per setting ed età per migliorare la salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro;
- la lotta alle disuguaglianze e alle discriminazioni di genere ed etniche;
- il potenziamento della diffusione della cultura della prevenzione nelle scuole utilizzando gli strumenti mutuati dalla promozione della salute (sviluppo delle tecniche di peer education, potenziamento degli skill, ecc.);
- la promozione di metodologie e strumenti per la valutazione dell'efficacia della formazione professionale;
- il miglioramento della capacità comunicativa e dell'empowerment dei lavoratori più giovani per partecipare attivamente alle dinamiche aziendali e adeguarsi ai veloci cambiamenti delle esperienze lavorative, nella consapevolezza dei propri diritti e dei propri doveri per la sicurezza nei luoghi di lavoro;
- lo sviluppo della sorveglianza sanitaria da parte del Medico competente, attraverso l'utilizzo di strumenti scientificamente riconosciuti per il monitoraggio della capacità funzionale di lavoro in relazione all'invecchiamento (ad esempio, i questionari per il calcolo del *Work Ability Index*);
- la promozione della salute nei luoghi di lavoro anche con politiche del personale e di organizzazione del lavoro basate sull'età anagrafica dei lavoratori (age management) e sui diversi bisogni e caratteristiche degli stessi (diversity management, smart working);
- lo sviluppo di programmi per la promozione di corretti stili di vita e di programmi per il miglioramento della conciliazione vita-lavoro.

Fonti dei dati utilizzate nel capitolo:

- Welfare e salute in Toscana 2017.

Target L
DEDICATO ALLE POPOLAZIONI RESIDENTI NELLE AREE INTERNE E INSULARI

> **La fruizione dei servizi sanitari da parte della popolazione della Regione Toscana deve essere garantita in maniera equa ed universalistica a prescindere dalla sua collocazione geografica**

Il Sistema Sanitario Pubblico Regionale garantisce l'accesso ai servizi sanitari e socio sanitari a tutti i cittadini in relazione ai bisogni rilevati, anche in territori che per le loro caratteristiche geografiche vengono considerati disagiati e che, come tali, possono creare una discriminazione nella fruizione dei servizi.

Le problematiche legate alle aree interne ed insulari nel corso degli anni sono state oggetto di particolare attenzione nei documenti di programmazione sociosanitaria della Regione Toscana individuando alcuni obiettivi generali:

- il miglioramento della fruibilità e dell'accesso ai servizi, specie per la popolazione anziana;
- l'uso, ove possibile, di servizi di telemedicina;
- la valorizzazione delle risorse professionali che operano nelle specificità geografiche;
- il potenziamento dei servizi di emergenza e urgenza;
- lo sviluppo dell'informazione e comunicazione verso l'utenza;
- la definizione di percorsi assistenziali specifici per particolari patologie e/o categorie di soggetti;
- il potenziamento delle strutture e delle dotazioni tecnologiche degli ospedali;
- il rafforzamento della continuità ospedale- territorio.

Occorre consolidare e sistematizzare gli interventi sinora attuati per evitare migrazioni a scopo sanitario verso comuni e zone limitrofe, così come politiche in ambito sociale per erogare risorse e servizi anche in territori più isolati, attraverso la messa a regime di modelli organizzativi innovativi efficaci e sostenibili. In tal senso, il "Progetto pilota

per l'Ottimizzazione dell'Assistenza sanitaria nelle Isole Minori e località caratterizzate da difficoltà di accesso" approvato dalla Conferenza Stato Regioni nel 2015 costituisce un riferimento condiviso a livello nazionale che pone le basi per l'avvio di progettualità regionali specifiche.

A tali territori devono essere destinate specifiche misure di pianificazione dei servizi che rispondano alla domanda di salute della popolazione residente nelle isole minori e nelle aree interne e montane rinforzando la capacità di accoglienza e tenendo conto delle variazioni di presenze correlate ai flussi turistici.
Nel disegno e nell'attuazione di tali misure avranno un ruolo determinante le tecnologie dell'informazione e comunicazione dove l'ICT potrà concretamente segnare una svolta di efficacia ed efficienza.

Le aree in cui occorre in particolare implementare modelli di risposta innovativi, sono:

- le reti tempo dipendenti;
- la rete della cronicità;
- la rete oncologica.

Ulteriore potenzialità di utilizzo delle soluzioni innovative digitali è nella promozione di iniziative di comunità a supporto dell'invecchiamento sano e attivo sviluppando strumenti per l'autovalutazione dei comportamenti e lo stimolo all'attività fisica individuale e di gruppo.
La costruzione e conseguente messa a sistema di modelli organizzativi fondati su soluzioni innovative richiedono azioni che prevedano anche, qualora non altrimenti possibile, l'individuazione e l'impiego di strumenti organizzativi e normativi in deroga a quanto vigente in materia di impiego di risorse umane ed organizzative, sia sotto forma di meccanismi incentivanti, sia sotto forma di strumenti di facilitazione alla presenza ed alla permanenza delle figure professionali in questi territori.

La rete della cronicità

In particolare l'aumento delle patologie croniche e le fragilità legate agli alti indici di vecchiaia e alle condizioni di isolamento sociale legato, con l'indebolimento progressivo del tessuto sociale, incide sensibilmente sulla domanda di servizi, appropriati e non appropriati.
Le azioni strategiche e di maggior impegno sono rappresentate dal potenziamento delle risposte domiciliari, sanitarie, assistenziali e di tutela, dallo sviluppo dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali della cronicità e rimodulazione della rete per la risposta alla non autosufficienza.

Tale attività dono dirette a persone con gravi stati clinici, perdita dell'autonomia, non autosufficienti che necessitano di programmi assistenziali costruiti in modo integrato all'interno della rete sociosanitaria, coinvolgendo più operatori, più enti e la rete delle soggettività sociali presenti.
Il rafforzamento dei sevizi socio-sanitari territoriali e la revisione della rete ospedaliera devono essere orientati ad un approccio di prossimità, basato sulla semplificazione e prestazioni a minor complessità, che determini un minor costo senza gravare sul livello dei servizi resi, anzi avvicinandolo alle reali necessità, e che sia in grado di orientare alla salute e non al consumismo della sanità a cui invece è propenso il paziente.
La **medicina di iniziativa** deve saper offrire una risposta "territoriale" organizzata, che, iniziando prima dell'insorgenza della malattia o prima della sua manifestazione o del suo aggravamento, possano curarla nel corso degli anni, rallentarne l'evoluzione e ridurne le complicanze.
La strategia per una rinnovata gestione della cronicità, sia in termini preventivi sia in termini di risposte cliniche ed assistenziali a cittadini affetti da malattie croniche si fonda sulla valorizzazione della capacità di presa in carico dei team di cure primarie (nella forma minimale della diade MMG ed infermieri di famiglia e comunità) che possano avvalersi di una filiera di servizi e setting assistenziali organizzati a livello di prossimità:

- **risposte specialistiche** previste nell'ambito dei PDTAS, organizzate ed erogate a livello delle *case della salute* così come degli *ambulatori ospedalieri*;
- valorizzazione ed evoluzione delle **botteghe della salute** quali sedi di erogazione delle cure da parte del team di base, avvalendosi anche di servizi di televisita o teleconsulto;
- posti letto di **cure intermedie / ospedali di comunità** a gestione della medicina generale in collaborazione con medici internisti / geriatri, al fine di assicurare:
    1. alla dimissione ospedaliera la necessaria fase di stabilizzazione clinica e terapeutica, il massimo recupero funzionale e l'organizzazione delle risposte a livello domiciliare con il coinvolgimento della rete sociale;
    2. in ingresso dal domicilio nei casi di possibile riacutizzazione clinica, scompenso assistenziale o nuova diagnosi.

    I posti letto di cure intermedie / ospedali di comunità trovano naturale collocazione nelle aree interne anche nell'ambito del presidio ospedaliero o per i livelli di complessità minore anche nelle strutture RSA per anziani diffuse nei territori. In questo senso occorre prevedere in questi setting anche posti letto a gestione della rete delle cure palliative, anche al di fuori di strutture di Hospice.
- Il **rafforzamento delle risposte domiciliari** di presa in carico. Nelle aree interne infatti la casa in cui gli anziani si trovano a vivere è spesso una casa grande progressivamente svuotata e talora obsoleta per il progressivo abbandono

generazionale. L'abitazione (ed il suo inserimento nel contesto urbano circostante) va dunque valorizzata come strumento fondamentale per preservare i diritti di cittadinanza, anche dell'anziano. Continuare a vivere in casa e nel proprio tessuto sociale, costituisce uno stimolo continuo al mantenimento dell'autonomia, prevenendo elementi di accelerazione dell'isolamento, del senso di inutilità, di depressione, fattori che favoriscono il decadimento senile.

- Per questo motivo occorre sviluppare modelli di presa in carico e di supporto alla popolazione anziana, centrato sul ruolo dell'infermiere di famiglia e comunità (IFC) inserendolo nel team multi professionale quale valido aiuto per sostenere le numerose istanze assistenziali, gestire e monitorare le necessità e limitare gli accessi impropri al pronto soccorso e assicuri un riferimento certo per l'organizzazione delle cure nella comunità.

Ruolo degli ospedali di prossimità

Nonostante la definizione dei percorsi della cronicità veda uno spostamento del baricentro assistenziale del paziente in maniera massima sull'organizzazione territoriale, il più possibile vicino al luogo di abituale residenza dei pazienti, il ruolo della rete ospedaliera continua a rimanere fondamentale anche se sicuramente ricondotto ad una forte integrazione con la rete territoriale.
Con il PSSIR 2012-2015 è stata confermata l'Area Vasta come l'ambito in cui si sviluppa l'organizzazione della rete ospedaliera e specialistica (integrazione ospedale/università/territorio, équipe specialistiche di Area Vasta che si muovono sul territorio) con un percorso che inizia "in prossimità" e si snoda dove sono garantite qualità e sicurezza secondo i concetti di soglie e volumi di attività e utilizzo ottimale delle strutture e delle tecnologie. I Piani di Area Vasta hanno definito la rete ospedaliera al cui interno sono previsti gli ospedali di prossimità.
In questa fase si stanno ridefinendo le funzionalità di questa tipologia di stabilimento ospedaliero in una logica di pianificazione integrata ospedale - territorio dei servizi coerenti con la necessità di soddisfare i bisogni sociosanitari primari in prossimità del cittadino.
L'analisi dei volumi reali, l'attenzione alle potenzialità e alle vocazioni dei singoli nodi della rete e la standardizzazione delle migliori pratiche assistenziali consentono la costruzione di una "**rete strutturata**" in grado di garantire maggiore equità di accesso e risposte qualificate ed adeguate al bisogno indipendentemente dal punto di ingresso.
Nella "rete ospedaliera organizzata" i bacini di utenza verranno ad essere strutturati secondo un modello dinamico di organizzazione in rete degli ospedali, che, guardando

alle funzioni e non strettamente agli edifici, permette il superamento di una rigida classificazione dei presidi. Con la strutturazione di un modello definito "a rete" quindi le funzioni, non più solo strettamente legate al livello dell'edifico ospedaliero, si intersecano garantendo livelli assistenziali a complessità differenziata nell'ambito della rete, con percorsi che si attivano in prossimità del cittadino e possono avere il loro riferimento organizzativo in presidi a maggiore complessità.
In questo senso il ruolo dei singoli presidi e stabilimenti di cura vengono definiti nell'ambito della realizzazione dei percorsi di cura in una logica "a rete" in modo da assicurare un quadro coerente con gli obiettivi individuati di qualificazione delle attività, in particolare per l'attività chirurgica e l'apporto delle specialistiche mediche, negli **ospedali di prossimità** e di concentrazione della casistica nelle sedi che assicurano i volumi previsti dalla normativa regionale e nazionale, garantendo il rispetto dei criteri per costruzione della rete dell'Emergenza Urgenza.
Negli ospedali di prossimità deve essere assicurata *in primis* un'adeguata **risposta all'urgenza**, con la presenza di PS nelle aree interne e insulari, e alle principali problematiche di salute in area medica internistica che non richiedono specifico *expertise* o tecnologie avanzate. Per le risposte specialistiche è da realizzare una interazione stretta tra le UUOO specialistiche degli ospedali di primo livello e dell'AO, secondo una pianificazione definita a livello aziendale e di AV, in modo da assicurare un elevato livello di qualità delle cure per determinate tipologie di problematiche specialistiche all'interno di percorsi codificati rivolti in particolare alla cronicità, evitando una mobilità non necessaria.
Negli ospedali di prossimità verrà implementato il modello di **attività chirurgica programmata in regime ambulatoriale** in modo da garantire livelli di sicurezza e qualità adeguati.
Un presupposto per la realizzare di una rete reale ed efficace che consenta agili e costanti contatti tra i diversi servizi è costituito dalla **telemedicina** grazie alla attivazione della rete di teleconsulto diagnostico specialistico, telerefertazione di esami strumentali, televisita e telemonitoraggio del trattamento.

La ridefinizione delle funzioni strategiche del presidio ospedaliero di piccole dimensioni deve prevedere il rinforzo del ruolo della degenza di Medicina generale per acuti e, come già anticipato, la riconversione di posti letto specialità chirurgiche in **posti letto di cure intermedie**, configurati a prevalente assistenza infermieristica come per l'ospedale di comunità, con presa in carico del medico di medicina generale. In tal modo si viene a ridefinire anche il ruolo dei piccoli ospedali come strutture modulari che svolgono funzione di incontro/integrazione tra territorio e ospedale. Nella rimodulazione dell'offerta e riconversione dei servizi in una logica di prossimità per una popolazione che deve gestire in prossimità del proprio domicilio i problemi

legati alla cronicità trova deve trovare la strutturazione di Hospice, di servizi per la palliazione e per la gestione dei percorsi di fine vita.
Sempre nell'ottica di riqualificazione dei piccoli ospedali un grosso spazio definizione della rete complanare e luogo di erogazione di prestazioni specialistiche di 2 livello e del **DAY SERVICE**. Nell'ambito dell'offerta per *outpatient* devono inoltre essere garanti **servizi oncologici** per l'erogazione della **chemioterapia**.

Target Ⓜ
DEDICATO ALLE PERSONE DETENUTE NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

> **Garantire il diritto alla salute e all'inclusione sociale a tutti i cittadini anche nei luoghi di limitazione della libertà senza distinzione di provenienza o di condizione di malattia**

Riferimenti epidemiologici

La Toscana è una regione con un'alta presenza di Istituti Penitenziari essendone presenti sul territorio 18 di cui 2 per detenuti minorenni. La presenza media di detenuti è circa 3.300 e la popolazione è composta prevalentemente da uomini (96%) con età media inferiore a quella della popolazione libera (detenuti: 40,6 anni; popolazione libera: 52,9 anni); in Toscana la percentuale di detenuti stranieri (48,4%) è sensibilmente superiore alla media nazionale, dove rappresentano il 34% del totale.

La popolazione carceraria è caratterizzata da:

- molteplice appartenenza etno-culturale;
- differenze linguistiche;
- scarse conoscenze sanitarie;
- povertà non solo materiale ma anche in termini culturali e di strumenti/risorse personali;
- scarsa considerazione del proprio corpo e del proprio benessere;
- basso livello di alfabetizzazione;
- carente attenzione alle basilari norme di prevenzione.

Il consumo di tabacco è molto elevato fra i detenuti, circa il 70% dei presenti con un consumo medio di oltre

3.300
numero medio di persone detenute in Toscana

96%
percentuale di uomini detenuti in Toscana (48,4% stranieri)

70%
detenuti che fumano almeno 20 sigarette al giorno

58%
detenuti affetti da almeno 1 patologia
38,5% disturbi psichiatrici
16,2% malattie infettive

prevalenza disturbi sist. circolatorio (15,5%) e diabete (12,1%)

30%
detenuti con tossico-alcoldipendenza

fenomeni di auto-lesionismo e suicidi **in riduzione: 8 tentativi ogni 1.000 detenuti (38 ogni 1.000 nel 2009)**

20 sigarette giornaliere. Obesità e sovrappeso sono condizioni molto frequenti: circa il 13% dei detenuti è obeso e il 40% in sovrappeso. La lunga permanenza in cella (in media 16 ore) e la carenza di attività fisica organizzata può spiegare in parte tali prevalenze.

Circa il 58% dei detenuti è affetto da almeno una patologia. I disturbi psichiatrici, incluse le condizioni di tossicodipendenza, continuano a rappresentare il primo gruppo diagnostico (38,5%), seguiti dalle malattie infettive e parassitarie (16,2%).

In crescita la prevalenza (15,5%) dei disturbi del sistema circolatorio (ipertensione e cardiopatia ischemica) e del diabete (12,1%).

Circa il 30% delle persone detenute presentano problemi di tossico-alcoldipendenza; le sostanze più utilizzate sono eroina (36,2%), cocaina (22,8%) e alcol (20%).

I tentativi di suicidio e gli atti di autolesionismo agiti in ambito penitenziario sono uno dei fenomeni maggiormente tenuti sotto attenta osservazione in collaborazione con l'amministrazione penitenziaria. Nel corso degli anni il lavoro svolto ha prodotto risultati importanti con una riduzione significativa della loro incidenza. Oggi registriamo 8 tentativi di suicido ogni 1.000 detenuti rispetto ai 38 nel 2009 nonostante che le condizioni igienico/ strutturali degli istituti presentino numerose carenze che talora rendono difficile anche il lavoro delle equipe sanitarie.

Ad oggi il personale sanitario operante negli istituti penitenziari ammonta a 386 unità di cui 174 medici, 1\49 infermieri, 23 psicologi e 40 unità tra personale tecnico e ausiliario.

Sono state circa 65.000 le prestazioni sanitarie specialistiche erogate ai detenuti nell'anno 2017.

Le azioni per migliorare l'assistenza all'interno degli istituti penitenziari

Nel corso degli anni sono stati numerosi i provvedimenti e le linee di indirizzo emanate in ambito sanitario penitenziario dalla Regione così come gli accordi e i protocolli siglati tra la Regione, il Ministero della Giustizia e il Provveditorato regionale

dell'Amministrazione Penitenziaria. Ciò ha reso possibile, già da prima del passaggio alla sanità penitenziaria, avvenuto nel 2008, il miglioramento delle condizioni di salute della popolazione detenuta, ha contribuito a diminuire il problema del sovraffollamento, ha incrementato il numero delle persone con misure alternative alla detenzione e con percorsi sociosanitari ambulatoriali e residenziali e ha aumentato le possibilità di inserimento socio- lavorativo, favorendolo con percorsi d'istruzione di ogni grado, anche universitaria.

Nell'ambito dell'ampio cambiamento della sanità penitenziaria, occorre rafforzare l'approccio di salute d' iniziativa, assicurando non soltanto accessibilità alle prestazioni sanitarie ma lavorando attivamente per ridurre l'impatto degli stili di vita insalubri, così diffusi tra detenuti, e riconoscendo quelle condizioni di rischio di malattia che possono trovare anche nel carcere adeguate cure, come ad esempio la condizione degli HCV positivi.

Sarà un obiettivo prioritario anche lo sviluppo sistematico di servizi di telemedicina, al fine di facilitare l'accessibilità ai servizi, portando le competenze specialistiche negli istituti penitenziari con più facilità, conciliando le esigenze di sicurezza e sostenibilità economica.

I servizi sanitari devono comunque inserirsi nella costruzione di percorsi, sia per i minori che per gli adulti, che da un lato consentano un'esecuzione della pena orientata al recupero e al reinserimento sociale del detenuto e dall'altro creino le condizioni per sostenere e rendere autonome le persone sottoposte a misure penali, in cui spesso alla fragilità di tipo sociale, economica e culturale si somma allo stigma derivante dal coinvolgimento nel circuito penale.

Si procederà pertanto a rafforzare la collaborazione e l'integrazione tra Aziende USL, Comuni e Amministrazione Penitenziaria, con l'Ufficio Esecuzione Penale Esterna, e gli Enti del Terzo settore, per sostenere misure alternative alla detenzione, favorire e implementare i percorsi formativi per i detenuti e implementare i percorsi di inserimento socio-lavorativo.

Particolare attenzione sarà data poi al completamento e rafforzamento della rete regionale di servizi, che coinvolgendo soprattutto i Dipartimenti di Salute mentale, siano finalizzati alla presa in carico in percorsi terapeutico-riabilitativi dei pazienti psichiatrici autori di reato, assicurando il collegamento tra i Dipartimenti di Salute mentale, le strutture residenziali territoriali e la REMS e favorendo il coinvolgimento e la sinergia con i competenti Organi dell'Autorità Giudiziaria.

Fonti dei dati utilizzate nel capitolo:

- Welfare e salute in Toscana 2017.
- La salute dei detenuti in Toscana a 10 anni dalla Riforma. I risultati della IV rilevazione del 2018. Serie In Cifre n.14. Ars Toscana. Maggio 2018.

Target N
DEDICATO A TUTTI I CITTADINI

La salute di tutti i cittadini è garantita dall'impegno delle istituzioni che assicurano servizi sanitari efficienti ed appropriati e dall'impegno personale di ciascuno, adottando corretti stili di vita

I toscani sembrano godere di buona salute a giudicare dalla durata della vita, che assicura a chi nasce oggi in Toscana di arrivare a più di 85 anni, se femmina e a 81, se maschio. Un attesa di vita tra le più alte in Italia, che a sua volta ha l'attesa di vita tra le più alte del mondo, ed ancora oggi in aumento. Negli anni '60 si sono guadagnati anni di vita soprattutto con la diminuzione della mortalità infantile e giovanile, mentre dagli anni '80 con quella negli anziani. La buona notizia è che la maggioranza degli anni di vita guadagnati sono vissuti in buona salute. Da tempo sappiamo che quasi tutto dipende da corretti stili di vita, ambiente sano, e servizi sanitari che funzionano.

Gli indicatori sanitari ci dicono che la salute dei toscani è buona, spesso migliore di quella dei loro connazionali. Si registra la riduzione della mortalità prematura, cioè prima dei 65 anni, e della mortalità evitabile e questo fenomeno è ascrivibile agli interventi di prevenzione e cure tempestive che il SSR sembra assicurare, trasferendo i benefici delle innovazioni della medicina, come nuovi farmaci e cure attente contro ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa, trombosi, tumori e un po' tutte le malattie croniche, insieme a trapianti, interventi sulle coronarie, protesi ortopediche, interventi chirurgici più mirati e meno invasivi.

Il Servizio Sanitario Regionale garantisce in modo universale cure e prevenzione, è il cardine del welfare

attesa di vita
tra le più alte
in aumento

salute dei toscani
è buona e
in miglioramento

riduzione
mortalità prematura
mortalità evitabile
con interventi di
prevenzione e cure
tempestive

SSR
i giudizi dei cittadini sono positivi

nascite
in continua riduzione

anziani non autosufficienti
in aumento

e della coesione sociale, dimostrando di non lasciare soli i cittadini con problemi, come è continuato a succedere anche durante la recente profonda crisi economica i cui effetti stiamo ancora subendo.

Secondo gli indicatori misurati, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione sostenuti dal sistema sanitario toscano sono quasi costantemente al di sopra o in linea con gli standard nazionali, spesso ai vertici dei livelli internazionali, a volte con vere e proprie eccellenze. I giudizi dei cittadini toscani che hanno avuto esperienze dirette del servizio sanitario sono in larga maggioranza positivi o molto positivi.

In una cornice complessivamente soddisfacente si riscontrano anche alcuni elementi di criticità su cui intervenire in futuro: la continua riduzione delle nascite, che contribuisce ad un aumento del numero di anziani non autosufficienti, che avranno sempre più bisogno di assistenza continua, a fronte di risorse decrescenti. Questo è un problema globale e la soluzione è un nuovo modo di fare prevenzione e cura. Le nuove tecnologie informatiche e sanitarie, insieme atteggiamenti di cura più orientati ad aggredire in tempo le cronicità, saranno la soluzione più adeguata ai crescenti bisogni della popolazione che invecchia.

Il sistema sociosanitario integrato deve essere in grado di operare per agevolare le azioni e gli stili di vita che promuovono salute e per garantire l'accesso di tutti i cittadini a cure e servizi appropriati ed efficaci. Ridurre la domanda di prestazioni per malattie evitabili e per interventi inappropriati consente di aumentare la salute delle persone e di sostenere il sistema sanitario nello specifico ed il sistema di welfare, in senso lato. In tal senso, verrà avviato l'intervento di accorpamento degli applicativi per la gestione del territorio, già in uso presso le ASL della Regione Toscana, al fine di razionalizzare l'infrastruttura, consentire l'omogeneizzazione dei processi socio-sanitari in collegamento tramite un'unica piattaforma con tutte le amministrazioni coinvolte nonché al soddisfacimento del debito informativo regionale ministeriale.

La salute mentale

I dati epidemiologici correnti indicano come occorra ampliare le partnership comunitarie per costruire e sviluppare adeguati servizi di salute mentale per far fronte alla crescita il bisogno da parte di soggetti che presentano sintomi di disturbi emotivi comuni (ansia,depressione, sindromi subcliniche).
Questo significa agire lungo due linee direttrici. Da un lato, è importante coinvolgere gli utenti, i loro familiari e le realtà associative interessate nella riflessione sull'organizzazione dei servizi, nella definizione delle finalità e degli obiettivi dei servizi di salute mentale e nella valutazione delle azioni e degli interventi in salute mentale. Dall'altro, è altrettanto fondamentale interloquire con gli Enti locali e le altre istituzioni per coinvolgerli in strategie territoriali che favoriscano la difesa e la promozione della salute mentale individuale e collettiva e per promuovere una cultura della difesa e della promozione della salute mentale nelle azioni che quegli enti e quelle istituzioni portano avanti.
La base concettuale ed operativa a partire dalla quale muoversi lungo le suddette direttrici è costituita dalla cornice giuridica dei diritti democratici riconosciuti e garantiti costituzionalmente e, più in generale, dei diritti umani. È importante sottolineare come le evidenze scientifiche riconoscano nell'assenza o nella violazione dei diritti umani una condizione fondamentale di decadenza della salute mentale, e della salute *tout court,* delle popolazioni.

Alla luce di quanto sopra, le azioni prioritarie da sviluppare in vigenza del presente piano sono le seguenti:

- Introduzione della metodologia del budget di salute quale strumento attraverso cui promuovere la partecipazione degli utenti alla definizione del proprio percorso di cura nella prospettiva della *recovery* e a supporto dell'integrazione degli interventi sanitari e sociali individuati nei **Progetti Individuali Personalizzati e riferiti anche all'abitare supprotato e all'innclusione lavorativa**.
- Promuovere la costruzione di ambienti fisici e contesti sociali e culturali abilitanti, come ad esempio quelli costituiti dalle migliori esperienze di fattoria sociale o dalle esperienze di *green care* e *health landscape*.
- Sviluppare PDTAS **integrati tra servizi di salute mentale e le cure primarie** per favorire la diagnosi e il trattamento tempestivo ed efficace dei disturbi così detti comuni, come la depressione e l'ansia.
- Sostenere le esperienze dell'auto mutuo aiuto e del protagonismo del cittadino utente anche ai fini della valutazione e miglioramento dei servizi.

L'empowerment del cittadino

Tutte le scelte pubbliche devono favorire la salute e il benessere dei cittadini, anche attraverso azioni efficaci di promozione della salute e prevenzione delle malattie.

Concetti centrali e largamente diffusi sono quelli delle *life skills*, dell'*empowerment* dei singoli, conquistare il massimo potenziale di salute richiede di essere in grado di conoscere i fattori determinanti di salute, adottando sani stili di vita.
L'educazione alle *life skills* (capacità personali e sociali per rapportarsi con fiducia ed in modo competente con se stessi e con la comunità in generale), genera la motivazione a prendersi cura, efficacemente, di sé e dell'altro, promuovendo un percorso formativo fondamentale in tutti gli ambiti della vita di ognuno di noi, contribuendo a creare il senso di autoefficacia indispensabile per poter contrastare i comportamenti a rischio. Attraverso l'addestramento alle life skills è possibile agire su un numero elevato di fattori protettivi nei confronti delle condizioni di vulnerabilità. Attraverso l'*empowerment* (processo che può essere sociale, culturale, psicologico o politico, individuale e di comunità) gli individui e i gruppi sociali sono in grado di esprimere i propri bisogni e le proprie preoccupazioni, individuare le strategie per essere coinvolti nel processo decisionale ed intraprendere azioni che consentano loro di soddisfare tali bisogni. In questo modo gli individui riescono a percepire una più stretta corrispondenza tra i propri obiettivi di vita e il modo in cui raggiungerli, ma anche una correlazione tra gli sforzi compiuti e i risultati ottenuti.
L'approccio personalizzato e la relazione fra pari, tipica dell'approccio integrato, contribuisce a sostenere l'*empowerment* del cittadino e le sue scelte in materia di salute che, anche tramite l'adozione di stili di vita salutari funzionali a una visione di benessere a 360°, ne rafforzano la resilienza.
All'interno di questa visione sistemica, interdisciplinare e sostanzialmente moderna della salute, anche le discipline del benessere e bionaturali normate dalla LR 2/2005, dato il loro valore di prevenzione e di promozione della salute, sono una risorsa da tenere in considerazione per rafforzare i percorsi di *empowerment* del cittadino e il suo protagonismo per migliorare salute e qualità di vita personale, con ricadute positive anche sulla salute dell'ambiente. Queste discipline possono pertanto affiancare progetti a sostegno dell'invecchiamento attivo della popolazione nell'ambito dell'attività fisica adattata (AFA) e delle azioni della sanità d'iniziativa.
Un approccio integrato che si pone come obiettivo l'intervento sui principali fattori di rischio per le malattie non trasmissibili più comuni, di importanza epidemiologica e di impatto sulla sanità pubblica, risulta un investimento per ridurre nel lungo periodo il peso delle malattie croniche sul sistema sanitario e sulla società ma anche un modo per agire direttamente sulle condizioni di vita dei singoli cittadini seguendo un'alimentazione corretta, svolgendo attività fisica regolare, smettendo di fumare e limitando il consumo di alcol: Regione Toscana lavora ormai da anni su questi 4 fattori con il programma Guadagnare Salute.
In questo modo la promozione della salute mira soprattutto a raggiungere l'eguaglianza nelle condizioni di salute. Il suo intervento si prefigge di ridurre le differenziazioni evidenti nell'attuale stratificazione sociale della salute, offrendo a tutti eguali opportunità e risorse per conseguire il massimo potenziale di salute possibile. Questo comprende un saldo

radicamento in un ambiente accogliente, l'accesso alle informazioni, le competenze necessarie alla vita, la possibilità di compiere scelte adeguate per quanto concerne la propria salute. Le azioni da sviluppare nel triennio vedi “Target dedicato ai giovani”.

Il tema delle liste d’attesa

Il giudizio sulla qualità e la responsività del servizio sanitario regionale è fortemente influenzato dalla percezione di quanto sia garantito un tempestivo accesso alle prestazioni sanitarie. Le liste di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, cliniche o diagnostiche o chirurgiche sono oggetto di particolare attenzione da parte dei media e della collettività.
L’obiettivo in questo campo deve essere quello di promuovere la capacità del SSN di intercettare il reale bisogno di salute, riducendo l’inappropriatezza e garantendo a tutti i cittadini i servizi e le prestazioni ad elevato valore. Ad oggi, la mancanza di una gestione unitaria della rete dell’offerta, sia pubblica che privata, determina difficoltà nella risposta alla domanda espressa e il ritardo nell’analisi strutturata dei fabbisogni, è stato uno degli elementi di maggior debolezza nella ricerca di efficienza e coordinamento della fase erogativa delle prestazioni specialistiche nelle aziende sanitarie. Occorre superare la logica della compartimentazione e operare all'interno dell'intero sistema della domanda e dell'offerta con una gestione unitaria delle attività ambulatoriali e di quelle erogate in regime di ospedalizzazione, considerandole quali componenti di un unico sistema che condivide le stesse logiche e le stesse risorse.
L'implementazione di nuove competenze e di approcci gestionali avanzati mediante la gestione operativa è la strada intrapresa a livello regionale che nel suo potenziamento e sviluppo ulteriore consentirà di affrontare in modo adeguato e attuale la necessità di dare risposta nei tempi e modi appropriati alla domanda di prestazioni sanitarie.
È compito delle aziende sanitarie perseguire l’utilizzo efficiente delle risorse umane, strumentali e logistiche nei diversi setting di erogazione delle prestazioni con una modalità ben strutturata di gestione dell'intero processo, dalla fase di definizione dei livelli quantitativi e qualitativi delle prestazioni da assicurare sulla base dell'analisi della domanda (Piano di offerta specialistica aziendale) fino alla programmazione e alla gestione operativa degli spazi e delle tecnologie presenti nella rete dei servizi aziendali.
Un elemento che può aggiungere valore all’offerta di prestazioni e quindi al governo delle liste di attesa è se, parallelamente all’efficientamento della produzione, si adottano oculati criteri sia di appropriatezza clinica sia di priorità temporale, identificandoli con la collaborazione di tutti gli attori, sia i prescrittori sia i cittadini.
Solo con questa modalità si consente una presa in carico dei pazienti tempestiva e di adeguato valore clinico, sia in ambito di prestazioni di primo accesso, relative alla definizione o ad un approfondimento diagnostico sia in ambito di gestione integrata dell’assistenza per pazienti cronici, attraverso l’attuazione e la gestione programmata dei protocolli diagnostici terapeutici definiti nei PDTA.

La costruzione di protocolli clinico-assistenziali, l'identificazione e l'esplicitazione del fabbisogno di prestazioni per la fase di diagnosi e di follow-up, l'organizzazione della fase erogativa per pacchetti di prestazioni o secondo la modalità di Day Service, la certezza della prenotabilità della prestazione prescritta rappresentano criteri irrinunciabili nell'organizzazione erogativa delle reti cliniche e dei servizi specialistici regionali.

La salute in tutte le politiche

Da molti anni in Toscana la sanità lavora in modo integrato con i sindacati, gli imprenditori, l'associazionismo e soprattutto gli amministratori locali per garantire ambienti sani, alimenti salubri e lavoro sicuro.
Agricoltura e zootecnia di qualità, attività produttive attente alla sicurezza sul lavoro, rispetto dell'ambiente, servizi che offrono sicurezza sulle strade, disponibilità di acqua potabile di qualità per tutti, sono solo alcuni degli esempi in cui la prevenzione garantisce salute alla collettività e che nel corso degli anni è migliorata grazieallo sviluppo tecnologico e al modificarsi dei comportamenti. Se uno strumento cardine resta l'attività di vigilanza, evolutasi profondamente nel corso degli ultimi 10 anni, trovano tuttavia sempre più spazio le attività di assistenza, comunicazione e supporto alla formazione.

Per il prossimo triennio gli obiettivi da perseguire sono:

- Implementazione e completamento della realizzazione del Piano Regionale di Prevenzione: attualmente in fase di conclusione il Piano 2014-2018 (rimodulato per il 2018 e prorogato al 2019). A livello nazionale è in fase di avvio l'elaborazione del nuovo Piano di durata quinquennale.
- Adeguamento dell'attività dei servizi Veterinari e di Sicurezza alimentare per l'attuazione dei nuovi Regolamenti Comunitari ed agli aggiornamenti del Piano Nazionale Integrato; sviluppo della sorveglianza epidemiologica in ambito di igiene degli alimenti e sanità pubblica veterinaria, nell'ottica della prevenzione delle malattie correlate con l'alimentazione e delle zoonosi, del miglioramento della salute animale e del benessere animale e della sorveglianza dell'utilizzo dei farmaci ad uso veterinario nell'ambito del Piano Nazionale di Contrasto all'antimicrobico-resistenza:
    - Reg. (UE) 2017/625 relativo ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali effettuate per garantire l'applicazione della legislazione sugli alimenti e sui mangimi, delle norme sulla salute e sul benessere degli animali, sulla sanità delle piante nonché sui prodotti fitosanitari ...entrerà in vigore il 14/12/2019;
    - Reg. (UE) 2016/429 relativo alle malattie animali trasmissibili, già in vigore, sarà applicato a partire dal 21 aprile 2021.
- La vita sociale e politica della Toscana si è sempre caratterizzata per una forte presenza di animali d'affezione. Lo Statuto della Regione riconosce tra le finalità (art. 4 comma L) "...la promozione della cultura del rispetto per gli animali..." La

concretizzazione delle azioni a sostegno di questa finalità si è realizzata con un articolato corpo normativo, oggetto di periodiche revisioni che ha portato ad un ottimo controllo del randagismo. Ma con circa 3.000 morsicature e aggressioni annue, il cui rischio infettivo è praticamente nullo ma che genera allarme sociale in quanto il cane viene frainteso quale mezzo di offesa o prepotenza con giudizio di insicurezza verso le istituzioni, impone di rivedere i protocolli di profilassi antirabbica previsti per Legge e, attraverso la promozione di un corretto rapporto uomo animale, valorizzare la valutazione predittiva del cane condotto in modo inadeguato, con susseguenti azioni di tipo formativo, integrate da azioni di vigilanza e controllo sanitario.

- Sviluppo del sistema integrato dei laboratori per la prevenzione della Toscana per assicurare servizi adeguati rispetto all'evoluzione delle strategie di prevenzione regionali
- Sviluppo di programmi regionali per assicurare la sicurezza chimica negli ambienti di vita e di lavoro, attraverso l'attuazione dei regolamenti europei (REACH, CLP, Biocidi) e della normativa nazionale (ad esempio fitosanitari, cosmetici).
- Sviluppo di azioni per il miglioramento della sicurezza delle abitazioni, per la prevenzione degli eventi infortunistici e il miglioramento della salubrità degli ambienti di vita, attraverso la promozione di regolamenti urbanistici ed edilizi mirati alla sostenibilità ambientale.
- Potenziamento delle azioni regionali finalizzate alla promozione della salute e della cultura della sicurezza per tutte le fasce di età ed in tutti i luoghi (comunità, scuola, lavoro, servizi sanitari), programmate sulla base delle evidenze di efficacia e orientante alla riduzione alle disuguaglianze, ed integrate con le attività delle strutture del Servizio Sanitario Regionale, in primis con la Medicina generale, in coerenza con la visione regionale della sanità di iniziativa.
- Sviluppo dei sistemi di sorveglianza epidemiologica regionale nell'ottica del miglioramento della conoscenza e dell'interpretazione dei fenomeni, con particolare riferimento agli stili di vita ed alla sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro.

La prevenzione

Mantenersi in salute attraverso la prevenzione è positivo per l'individuo ma anche per la comunità, portando a un alleggerimento degli oneri sociali ed economici legati allo stato di malattia.

Per ottenere questo vi deve essere un impegno della collettività e della persona: è la strategia propugnata dall'OMS ormai da anni della "salute in tutte le politiche" e dell'*empowerment* dei cittadini.

Inoltre per svolgere efficacemente le attività di prevenzione è fondamentale che i decisori e gli operatori della sanità pubblica abbiamo a disposizione i dati riguardanti la salute e le abitudini della popolazione raccolti dalle specifiche sorveglianze, mentre per la scelta

delle strategie si utilizzano i criteri dell'*Evidence Based Prevention*, promuovendo solo ciò che è realmente efficace.

Ambiente e salute

L'esposizione alle sostanze nocive presenti nell'aria, nell'acqua, nel suolo o negli alimenti rappresenta un importante determinante di salute ed il nesso tra ambiente e salute è da tempo all'attenzione del dibattito politico e scientifico nazionale ed internazionale. In generale, la necessità di fronteggiare le sfide presentate dalla carenza delle risorse naturali, dal deterioramento dei sistemi ambientali e dei cambiamenti climatici, rende la sostenibilità ambientale uno dei criteri principali nella scelta delle priorità.
La rete di monitoraggio regionale della qualità dell'aria mostra per il 2017 valori delle medie annuali di PM10 pressoché stabili rispetto a quanto osservato negli anni più recenti. Il limite normativo di 40 µg/m3 è rispettato in tutte le stazioni ma i valori medi annuali sono superiori alle linee guida dell'Organizzazione mondiale di sanità (20 µg/ m3), sia nelle stazioni di fondo che di traffico. Anche per il PM2.5 i valori nel 2017 sono stabili rispetto al passato: il limite normativo di 25 µg/m3 risulta rispettato in tutte le stazioni, mentre il valore di 10 µg/ m3 raccomandato dell'OMS è superato in 13 stazioni su 15, come era accaduto anche nel 2016. I dati del 2017 confermano la criticità del fattore traffico sui livelli di il biossido di azoto (NO2). Come per gli anni passati anche nel 2017 i valori di ozono superano nell'80% delle stazioni di monitoraggio sia il limite normativo per la protezione della salute umana che quello per la protezione della vegetazione. Autorevoli revisioni sulle evidenze relative agli impatti sulla salute da inquinamento atmosferico hanno evidenziato rischi per la salute umana (sia effetti a breve sia a lungo termine, compresi effetti di tipo oncogeno) per livelli di PM2,5 e PM10 inferiori a quelli degli standard attuali di qualità dell'aria, tanto che l'OMS ne ha raccomandati altri largamente inferiori. Nel 2016 la IARC ha inoltre classificato l'inquinamento atmosferico esterno come "cancerogeno certo per l'uomo" (Gruppo 1) per il tumore al polmone. Da ciò emerge la necessità che i livelli per il PM2,5 e il PM10 raccomandati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità siano perseguiti ovunque, sia nelle aree regionali che non presentano sforamenti sia in quelle che presentano i pochi e limitati sforamenti registrati degli standard attuali.
Relativamente alla produzione di rifiuti urbani anche nel 2016 la Toscana, con 616 kg per abitante, conferma il secondo posto nel panorama nazionale rispetto ad una media italiana di 497 kg. La raccolta differenziata nel 2016 si attesta in Toscana al 51,1% (media nazionale: 52,5%), quindi ancora lontana dagli obiettivi fissati dall'UE e dal Piano Rifiuti della regione Toscana che prevede di raggiungere il 70% entro il 2020. Anche per quanto riguarda la percentuale di conferimento in discarica sul totale dei rifiuti urbani la Toscana presenta un livello superiore alla media nazionale (31% in Toscana e 24,7% in Italia. I dati dell'ARPAT 2013-2015 sulla qualità delle acque superficiali riportano che nel 49% dei punti monitorati lo stato chimico è classificato al livello "buono". Relativamente allo

stato ecologico il 64% dei siti risulta in stato inferiore al buono. Per le acque destinate alla potabilizzazione, i monitoraggi dei periodi 2013-2015 e 2014- 2016 confermano i dati negativi degli anni precedenti. Dal 2004 nessun corpo idrico ha raggiunto la classificazione A1 (qualità buona) e nell'ultimo triennio più del 70% è classificato come A3 o SubA3, ovvero categorie che richiedono interventi più consistenti per la potabilizzazione.
La tutela delle matrici acqua, aria e suolo, le politiche sulla gestione dei rifiuti, la prevenzione dalle esposizioni ad agenti fisici e chimici, il contrasto alle produzioni clima alteranti, la qualità degli interventi in edilizia, costituiscono una necessità di sviluppo delle politiche intersettoriali e un opportunità d' integrazione tra gli obiettivi di salute e di sostenibilità delle attività umane.
Per rispondere alle criticità ambientali la regione Toscana si è dotata di un Coordinamento regionale per la gestione degli aspetti sanitari in tema di ambiente e salute, istituito con Decreto n. 2040 del 27/02/2017, come previsto dalla Delibera n. 1252 del 05/12/2016 "Attuazione progetto n. 46 del Piano Regionale per la Prevenzione. Indirizzi operativi in materia di ambiente e salute". Tale Coordinamento è costituito da referenti dei Settori competenti per la Prevenzione della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale della Regione Toscana, delle tre Aziende USL toscane, da un referente della UO Epidemiologia di un'Azienda USL in rappresentanza delle analoghe strutture presenti nelle Aziende USL toscane, e dai referenti dell'Agenzia Regionale di Sanità, dell'Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ex ISPO), e del CNR – Istituto Fisiologia Clinica. Il Coordinamento prevede come invitati permanenti un referente del Dipartimento di Medicina generale di ciascuna azienda USL toscana (in fase di nomina) e si avvale della collaborazione dei LSP, di IZS, di ARPAT, e di altri enti eventualmente interessati, sulla base di specifiche esigenze.
Le funzioni del Coordinamento sono le seguenti:

- analisi delle criticità territoriali e riesame delle strategie regionali in tema di ambiente e salute nell'ottica dell'appropriatezza e dell'omogeneità degli interventi, coordinamento delle attività riguardanti la realizzazione del progetto n. 46 del Piano Regionale per la Prevenzione;
- coordinamento e indirizzo delle attività riguardanti la gestione, limitatamente agli aspetti sanitari,dei procedimenti VIA, VAS, AIA e AUA, e di altri procedimenti che richiedono l'espressione di parere tecnici;
- indirizzo delle azioni di prevenzione, ricerca e formazione in tema di ambiente e salute.

Per garantire questa ultima attività è necessario aggiornare e sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori del Servizio Sanitario regionale, realizzando percorsi formativi e informativi sulle evidenze scientifiche disponibili dell'impatto sanitario dell'inquinamento ambientale nonché la conoscenza dello stato dell'ambiente e degli esiti dei monitoraggi ambientali.
Il miglioramento della capacità di gestione delle tematiche riguardanti ambiente

e salute va promosso anche conoscendo meglio la percezione delle problematiche ambientali e sanitarie da parte della popolazione e dall'individuazione di modalità, condivise con gli enti locali, per la prevenzione, gestione e comunicazione in tema di relazioni ambiente-salute, individuando, soprattutto per la gestione di situazioni di crisi e di allarmi, giustificati e non, un unico e condiviso canale di comunicazione, per fornire un'informazione chiara, certa e univoca ai cittadini.

Politiche per lo sport e l'attività motoria

Lo sport rappresenta uno dei pilastri contemporanei della buona socialità, tiene assieme salute, benessere individuale e collettivo e privilegia percorsi di integrazione. Con la diffusione dell'attività sportiva si costruiscono le fondamenta civili e culturali della vita collettiva, a partire dal coinvolgimento delle giovani generazioni. Pratica sportiva e attività motoria sono una risposta alle esigenze personali di natura salutistica e al desiderio di curare passioni e piaceri. Inoltre lo sport, riducendo la sedentarietà e quindi le probabilità di ammalarsi di alcune patologie, produce benefici alle persone che lo praticano e vantaggi all'intero sistema pubblico con un risparmio della spesa sanitaria. In Toscana è presente un contesto favorevole frutto di una serie di fattori che nel tempo hanno contribuito a definire profili e sfondi del mondo sportivo: dalla vocazione sportiva delle collettività locali toscane (movimento dilettantistico e amatoriale, soggetti del Terzo settore) che rappresentano un presidio sociale formidabile per la tenuta e la coesione sociale, all'azione delle istituzioni pubbliche per la valorizzazione e diffusione dei luoghi e degli spazi per lo sport (impiantistica sportiva) e più in generale dell'attività fisica, fino all'impegno delle istituzioni nel sostegno alle organizzazioni sportive e alla promozione di corretti stili di vita.
L'impegno di Regione Toscana è da tempo orientato alla promozione e valorizzazione della pratica sportiva e dell'attività motoria come fattori determinanti per la salute ed il benessere dei cittadini e delle comunità locali in quanto lo sport è salute, aiuta a costruire relazioni significative, favorisce il rispetto delle regole e alimenta il senso di comunità e di appartenenza. Possiamo evidenziare come sia presente nella nostra regione l'impegno a sviluppare la pratica sportiva e fisica anche come elemento propedeutico ai processi di integrazione, affinché i cittadini toscani o coloro che hanno deciso di progettare la loro vita nella nostra regione, possano trovare un maggior benessere psicofisico, vivere meglio e più a lungo, perché ci siano per tutte le stagioni della vita (infanzia, adolescenza, giovinezza, maturità, terza età) opportunità per fare sport, svolgere attività fisica in modo sano, inclusivo, etico e partecipativo.
Tra gli obiettivi strategici possiamo segnalare il rafforzamento del ruolo dell'educazione fisica e dell'attività motoria fin dai primi anni di vita, anche attraverso lo sviluppo di percorsi integrati tra mondo sportivo e scolastico, e la rimozione di tutte le barriere, fisiche, culturali, economiche e sociali come condizione essenziale per garantire appieno pari opportunità d'accesso e di fruizione in materia di attività fisica. Inoltre attraverso le

strutture di Medicina dello Sport delle ASL sarà fondamentale sviluppare la promozione dell'attività fisica e un corretto approccio alle discipline sportive, non solo attraverso le certificazioni previste dalle vigenti normative, ma soprattutto con l'avvio ed il sostegno finalizzato all'effettuazione delle attività sportive di soggetti di tutte le età, anche con patologie croniche.
Il sostegno alle manifestazioni sportive, la promozione dei progetti di interesse regionale e il finanziamento dell'impiantistica sportiva rappresentano gli strumenti attraverso cui raggiungere gli obiettivi strategici individuati, per la cui attuazione che verranno adottati gli atti amministrativi necessari.

Le nuove dipendenze

In questi anni si è definitivamente configurato un nuovo scenario dei consumi e delle dipendenze soprattutto delle dipendenze senza sostanze (es. Gioco d'Azzardo Patologico, videogiochi, internet, shopping compulsivo, etc.).
Rispetto al consumo di eroina o all'abuso di alcol, il gioco d'azzardo è socialmente accettato e percepito come un normale passatempo. Ciò ha in parte influenzato la consapevolezza del reale rischio che questa attività rappresenta nella sua forma patologica. Per di più l'accessibilità al gioco nell'ultimo ventennio è aumentata sensibilmente e, con questa, anche la proporzione dei giocatori e l'entità del fenomeno della dipendenza da gioco.
I maschi risultano più coinvolti delle femmine in questa problematica (rapporto M/F=9:1), anche se nel tempo questa differenza tende a diminuire. L'età media delle donne con problemi legati al gioco è più alta dei maschi, ma il percorso verso la dipendenza è più veloce. Tuttavia, le donne con problemi o dipendenza da gioco d'azzardo, si recano prima in trattamento.
In Toscana si stima circa 30.000 residenti affetti da Gioco d'Azzardo Patologico (GAP); nel 2017, erano circa 1.500 gli utenti in carico presso i Servizi per le Dipendenze in cura per la stessa patologia (oltre il 10% di tutta l'utenza afferente in Toscana). La fascia di popolazione giovanile appare più vulnerabile ciò che rende ancor più alto il rischio è la rapida diffusione del remote gambling, una modalità di gioco che si attua per mezzo di internet, telefonia (fissa e mobile) e TV digitale e/o interattiva.
Nel 2018 la Toscana ha adottato il primo Piano regionale di attività per il contrasto al gioco d'azzardo.
Occorre collaborare in maniera intersettoriale e inter-istituzionale per la rimozione delle cause sociali e culturali che possono favorire le forme di dipendenza da gioco e promuovere una risposta coordinata e continuativa alle persone che manifestano un problema di gioco d'azzardo patologico.
La priorità è quella di agire prevalentemente sul versante della prevenzione, non trascurando indispensabili azioni di conoscenza e ricerca sul fenomeno a livello

regionale, nonché azioni tese alla formazione/informazione di tutti gli operatori coinvolti nella tematica sia dei servizi pubblici che delle Associazioni di volontariato, del terzo settore e dei gruppi di mutuo-auto-aiuto.
È inoltre un obiettivo prioritario rafforzare e consolidare la rete di aiuto alle persone e alle loro famiglie con problemi di Gioco d'azzardo attraverso l'integrazione degli interventi tra servizio pubblico, privato sociale e territorio e incentivare iniziative dirette al potenziamento dei servizi sociosanitari di comunità rivolti al cittadino.
Sono inoltre obiettivi prioritari:

- perseguire la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati alle pratiche di gioco d'azzardo all'interno e in collaborazione con le istituzioni scolastiche;
- sostenere la formazione specifica del personale sanitario, sociale, educativo e delle associazioni territoriali affinché vi sia il riconoscimento dei segni legati alla presenza di gioco patologico nelle famiglie promuovendo una responsabilità sociale diffusa;
- coinvolgere in iniziative di sensibilizzazione anche il personale operante nei locali che offrono gioco d'azzardo per il riconoscimento dei giocatori patologici e la conoscenza della rete di trattamento;
- favorire l'apertura di spazi di riflessione per la popolazione generale o mirati a fasce specifiche (gli adolescenti con interventi nella scuola, gli insegnanti e le famiglie, gli anziani con i centri di aggregazione sociale, gli extracomunitari con le comunità di immigrati).

Medicina trasfusionale

Il Sistema trasfusionale rappresenta un settore strategico della sanità e attraverso la donazione di plasma, sangue e piastrine garantisce la disponibilità di emocomponenti e emoderivati indispensabili per la quotidiana attività sanitaria.
Il Sistema trasfusionale è anche un momento importante di costruzione e di verifica del rapporto di fiducia tra cittadini e sistema sanitario perché i donatori sono persone sane che non hanno bisogno di prestazioni, ma che per valori etici e per condivisione delle esigenze generali di una comunità, si recano in ospedale per mettere a disposizione parte del proprio tempo e parte di sé stessi senz'altro ritorno se non la convinzione di aver contribuito ad erogare cure salvavita.
È quindi appropriato parlare del Servizio trasfusionale come luogo e occasione per la verifica del capitale sociale di una comunità e per il rafforzamento della coesione sociale di un territorio.

La ricerca e la sperimentazione clinica nelle scienze della vita

Cardine fondamentale di un Sistema sociosanitario integrato regionale evoluto è quello di investire nella formazione, nella ricerca, nell'innovazione e nella sperimentazione clinica,

favorendo il necessario raccordo con i bisogni assistenziali (anche in merito alle aree orfane di ricerca, quali ad esempio le malattie rare) e il trasferimento dei risultati, al fine di rendere disponibili ai cittadini l'accesso alle innovazioni più avanzate in regimi di costi sostenibili.

In tal senso, la Regione Toscana individua quali obiettivi strategici da perseguire:

- sostegno alla ricerca nel campo delle scienze della vita, sia attraverso l'adozione di specifici bandi regionali, sia attraverso il supporto alla partecipazione a bandi ed iniziative nazionali ed internazionali e il cofinanziamento di bandi nazionali e transnazionali, nonché attraverso l'implementazione di infrastrutture di ricerca ad accesso aperto;
- valorizzazione dei risultati e trasferimento alla pratica assistenziale e organizzativa delle innovazioni prodotte, dei risultati della ricerca, delle competenze e del *know- how* più innovativi in ambito biomedico e di organizzazione sanitaria e sociale integrata;
- sinergie fra i vari attori della sistema regionale per l'attrazione di risorse e scambio di *know how* anche in ambito internazionale, in raccordo con il Distretto Scienze della Vita;
- condivisione e valorizzazione fra i soggetti del sistema delle infrastrutture, quali piattaforme organizzative e di ricerca integrate, nell'ambito delle nuove frontiere della medicina (quali, fra l'altro, *Big Data* e *Precision and Personalized Medicine*);
- attivare sinergie utili alla ricerca e allo sviluppo in contesti non profit, con particolare attenzione ai farmaci orfani per malattie rare o neglette;
- valorizzazione della sperimentazione clinica, al fine di promuovere un sistema pubblico sempre più efficiente e ispirato ai principi di trasparenza ed eticità degli interventi.

Anche i sistemi di eccellenza, ed il Sistema trasfusionale toscano è sicuramente un sistema di eccellenza, hanno bisogno di "manutenzione evolutiva" e di innovazione e nei prossimi anni alcune grandi trasformazioni già in atto arriveranno a compimento:

- completamento del Sistema Officina trasfusionale attraverso l'attivazione e la piena inter-operatività dei poli di lavorazione di Pisa, Siena e Firenze;
- completa implementazione del nuovo sistema informatico unico per tutta la Regione Toscana che centralizza tutte le attività dalla donazione al letto del paziente;
- esecutività della nuova gara interregionale di plasma lavorazione di cui la Regione Toscana è capofila (Accordo PLANET con Marche, Lazio, Campania, Molise e Forze Armate) con sviluppo di sinergie tra le regioni aderenti per tutti gli aspetti connessi;
- applicazione della Direttiva europea 2016/1214 in materia di qualità e sicurezza dei Servizi Trasfusionali che introduce le GPGs (*Good Practice Guidelines*), e le GMPs (*Good Manufacturing Practice*) da cui discenderanno i nuovi requisiti di accreditamento.

La sicurezza delle cure

La sicurezza delle cure è uno dei pilastri della sanità moderna e un vero e proprio motore di miglioramento della qualità dell'assistenza a livello internazionale.
Secondo la WHO ancora nel 2017 nel mondo 9 pazienti su 100 vanno incontro a un evento avverso, nella metà dei casi giudicato prevenibile, durante un ricovero in ospedale. Una carenza di sicurezza delle cure comporta, inoltre, una spesa poco sostenibile e non solo è difficilmente giustificabile eticamente ma comporta spese che contribuiscono a mettere in difficoltà la sostenibilità dei servizi sanitari nazionali.
Oggi l'Italia è una delle poche nazioni a disporre di una Legge dedicata in modo specifico alla sicurezza delle cure, come ci ha riconosciuto lo stesso British Medical Journal in un editoriale del 2017 e la Toscana, da ben prima, disponeva dotata un proprio Centro regionale di governo clinico per la gestione del rischio.
Questi i principali obiettivi strategici, in conformità anche ai principi ed azioni stabilite dai più recenti Summit sulla sicurezza delle cure dell'OMS:

- rispettare la qualità e sicurezza delle cure rispetto allo scopo di un accesso universale all'assistenza (misurare volumi ed esiti delle cure per valutare l'affidabilità della struttura sanitaria);
- promuovere ad attuare un approccio sistemico e proattivo per individuare le criticità nei PDTA (evitare di attivare percorsi in situazioni di risorse umane e tecnologiche insufficienti);
- definire indicatori di qualità e sicurezza comuni per monitorare le performance in una ottica di confrontabilità nazionale e internazionale;
- mettere in atto modalità di apprendimento reciproco con le strutture sanitarie che hanno gli esiti migliori con lo scopo di promuovere e attuare la "*value based medicine*" (anche favorendo gemellaggi con strutture di riferimento nazionali e internazionali);
- condividere le pratiche migliori per la sicurezza delle cure mediante campagne di diffusione e implementazione, in ottemperanza alle Legge 24/2017;
- sviluppare la sicurezza delle cure sul territorio e nelle reti sociosanitarie attraverso una partecipazione innovativa delle comunità (vedi modello "*Triple aim*" dell'Institute for Healthcare Improvement);
- migliorare, anche alla luce della Legge 219/2017, la qualità del processo d'informazione e comunicazione al paziente, incluso il consenso informato, utilizzando gli strumenti che la tecnologia mette oggi a disposizione per valutare la leggibilità e comprensibilità del contenuto;
- migliorare l'ergonomia e usabilità degli applicativi informatici, in primis della cartella clinica, al fine di snellire la gestione amministrativa che prevede un impegno dei clinici e liberare tempo disponibile per la cura e la relazione con il paziente.

In rapporto a suddette attività il Centro GRC opera in stretta collaborazione con le associazioni di pazienti e cittadini esperti che sono rappresentati nel GART (Gruppo Accademia Regionale del Cittadino).

Tra le attività che andranno attuate da sottolineare l'opportunità di formare il personale sanitario sulle "*non technical skills*" e sulle pratiche sulla sicurezza mediante simulazione. Lo scopo è ridurre i costi umani ed economici derivanti dagli eventi avversi prevenibili mediante la corretta e diffusa applicazione di pratiche della sicurezza basate su evidenze.

Fonti dei dati utilizzate nel capitolo:

- Welfare e salute in Toscana 2017.
- Uso ed abuso di sostanze psicotrope illegali. Aggiornamenti, tendenze e nuovi pattern. Serie In cifre n.12. Luglio 2017.
- Primo Rapporto sullo sport in Toscana. Anno 2018. Regione Toscana.

IL RUOLO DELLA ZONA DISTRETTO E IL SUO ASSETTO

1. La funzione - finalità e riferimenti normativi

La LR 84/2015 pone grande attenzione alle attività territoriali innovando fortemente l'art. 64 della 40/2005; la zona-distretto è considerata l'ambito ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate. Analogamente la LR 41/2005, disciplina la zona-distretto come l'ambito territoriale sia per l'integrazione sociosanitaria sia per l'esercizio coordinato della funzione fondamentale in ambito sociale, e la individua come la dimensione adeguata per l'assolvimento dell'obbligo di esercizio associato della medesima funzione fondamentale da parte dei comuni a ciò tenuti ai sensi della legislazione statale.
La funzione delle zone è di tipo pro attivo, potremmo dire di orientamento, a partire dai territori, del Sistema sociale e sanitario regionale (art. 71 ter LR 40/2005). Le funzioni della zona-distretto sono esercitate nel rapporto complesso che intercorre tra assetto organizzativo, funzioni tecnico-professionali, attività assistenziali e governance istituzionale. Rapporto da costruire e gestire sia in relazione alle materie sanitarie territoriali e sociosanitarie, sia in relazione ai processi di integrazione e ai processi di tipo comunitario.
La LR 11/2017 definisce in particolare 3 questioni: la dimensione adeguata delle zone distretto riducendole da 34 a 26; sono inseriti importanti elementi per una maggiore autonomia e un miglior funzionamento delle zone; viene individuata una preferenza verso il modello della Società della Salute a gestione diretta.
Nella LR 11/2017, al fine di valorizzare le identità territoriali delle ex zone che si sono accorpate dal primo gennaio 2108, sono previste articolazioni territoriali (art. 1, art.4, art. 22 della LR 11/2017), la cui la finalità è quella di garantire una migliore partecipazione delle istituzioni locali ai livelli di programmazione. La LR 65/2018 "Disposizioni in merito alle articolazioni territoriali delle zone-distretto" prevede entro il 31.12.2018, la possibilità che il 75 percento dei comuni della zona distrettodove non è presente Sds, possa chiedere alla Giunta il riconoscimento alle articolazioni territorialipreviste all'articolo 22, comma 2, della LR 11/2017, dell'autonomia funzionale in materia di programmazione e definizione degli indirizzi concernenti l'organizzazione e l'erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate.

2. La struttura dell'ambito zonale

Vengono individuate nell'ambito zonale tre grandi aree che ricomprendono funzioni, processi e attività omogenei tra loro a cui si aggiunge una interazione sistematica di particolare rilievo con le reti cliniche per le cronicità:

- l'organizzazione funzionale e operativa distrettuale;
- la filiera assistenziale extraospedalieria;
- il sistema per l'integrazione basato sulle società della salute e sulle convenzioni sociosanitarie;
- l'interazione con le reti cliniche strutturate e integrate per le criticità.

a. La zona-distretto costituisce sia il livello organizzativo (direzionale, professionale e tecnico-amministrativo) deputato alla costruzione, alla gestione e al controllo dei sistemi di servizi territoriali; sia l'ambito territoriale di riferimento per la costruzione delle reti afferenti alle materie della sanità territoriale, del sociosanitario e dell'integrazione. La coincidenza delle due macro funzioni rappresenta il cardine principale per la costruzione dei nuovi assetti della sanità territoriale. L'aspetto più delicato che riguarda l'assetto organizzativo è costituito dal rapporto tra la zona e i dipartimenti, indipendentemente dal fatto che sia presente una Sds o una convenzione sociosanitaria. La l.r.40/2005, all'art. 69 bis, nel primo comma recita: "I dipartimenti sono lo strumento organizzativo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali". Al comma 3 dello stesso articolo è previsto che ogni azienda USL, nel proprio statuto e, di conseguenza, nel regolamento di organizzazione, declini le finalità e i compiti del dipartimento. Lo scopo è quello di evitare che i modelli a matrice attivati nelle diverse USL non siano coerenti nell'assegnazione delle responsabilità (gerarchiche e funzionali) e dunque nella costruzione del budget, nell'assegnazione delle risorse (umane, finanziarie e strumentali). La matrice organizzativa deve essere centrata sui livelli di integrazione che sono richiesti alle Sds/zone: integrazione delle Sds/zone con i servizi della sanità territoriale e sociosanitari; integrazione delle Sds/zone con l'ospedale per la continuità ospedale – territorio; integrazione delle Sds/zone con gli enti locali per la parte socioassistenziale. Nella matrice organizzativa tra Zona distretto e Dipartimenti, per quanto riguarda la definizione di "chi fa che cosa", è chiaro un reciproco allineamento relativamente alle rispettive responsabilità dei Dipartimenti (es. standardizzazione dell'offerta, formazione, qualità professionale, etc.) e delle Sds/zone (responsabilità del percorso). Insieme, nella definizione e costruzione del percorso, non basta l'allineamento, ma serve un accordo tra direttori di Dipartimento e direttore di Sds/zona. Lo strumento principale é la negoziazione, anche del budget, attraverso la quale si deve condividere la definizione e la costruzione di un percorso assistenziale. Il percorso consiste e si integra non solo in servizi, ma anche in rapporti con i cittadini e le Istituzioni. Il presente PSSIR rimanda ad atto di Giunta la definizione un modello standard di organizzazione a matrice tra zona e dipartimenti".

b. Se il complesso dei presidi distrettuali può essere strutturato intorno a centri fortemente organizzati ed articolati come le Case della Salute, occorre nel contempo dotare il territorio di servizi residenziali e domiciliari che siano realmente in grado di sostenere il carico assistenziale esterno all'ospedale. A questo scopo l'elemento decisivo è rappresentato dalla creazione di una vera e propria 'filiera assistenziale' formata da una serie continua di strutture e di servizi organizzata su differenti intensità assistenziali. La continuità della filiera

assistenziale e la sua 'circolarità', cioè la possibilità di utilizzare le varie soluzioni residenziali o domiciliari seguendo i miglioramenti o gli aggravamenti delle persone prese in carico, rappresentano l'investimento indispensabile per creare una alternativa reale e appropriata rispetto al ricovero ospedaliero. Oltre alla presa incarico delle cronicità, la filiera assistenziale del territorio deve essere in grado di rispondere anche alle condizioni di fragilità e di complessità. Le singole strutture o i singoli servizi che compongono una filiera completa e consistente non devono essere necessariamente presenti in ogni singolo ambito territoriale, poiché la loro diffusione dipende dall'entità del relativo bacino di servizio. Occorre dunque passare ai concetti di 'sistema dei servizi territoriali' e di 'reti dei sistemi territoriali', in modo da garantire i necessari livelli di efficacia, appropriatezza e accessibilità in tutte le zone, individuando, quando necessario, su dimensioni territoriali più vaste la pertinenza delle risposte offerte.

c. L'approccio sistemico all'integrazione adottato dalla Regione Toscana porta a comprendere come i processi di integrazione possano essere consolidati in un sistema durevole solo attraverso un'azione contestuale capace di affrontare contemporaneamente più livelli organizzativi: istituzionale; programmatorio e finanziario; professionale; gestionale; comunitario (istituti per la partecipazione). A questo scopo sono stati destinati due strumenti associativi complessi: la società della salute e la convenzione sociosanitaria.

d. L'organizzazione di reti cliniche dedicate in modo stabile alle cronicità necessita di strategie di sviluppo piuttosto complesse e di azioni mirate all'integrazione programmatica e organizzativa, azioni da attuare sia in direzione orizzontale con la creazione di team, mono e multi professionali, con modelli a rete multiprofessionali, sia in direzione verticale con sistemi assistenziali integrati con l'ospedale.

3. La programmazione e i processi operativi zonali

La missione della programmazione di zona è quella di confrontarsi con un quadro complesso e frammentato che deve essere ricondotto a un unità attraverso la costruzione di scenari locali, frutto anche della valorizzazione di dati, informazioni e conoscenze rese disponibili dall'Osservatorio Sociale regionale e dagli altri soggetti pubblici che si occupano di ricerca e analisi sociale e sanitaria. Questo patrimonio informativo contribuisce alla costruzione del sistema dei servizi e dei percorsi assistenziali, la definizione degli obiettivi essenziali di assistenza, la valutazione del soddisfacimento dei bisogni di salute e di benessere in ambito zonale. Inoltre la programmazione richiede una coerenza con il livello della gestione dell'erogazione dei servizi.
I Piani Integrati di Salute (PIS) sono il luogo della ricomposizione tra le finalità degli enti locali e delle aziende USL, le funzioni sociali e funzioni sociosanitarie; le risorse comunali, aziendali o di altri fondi pubblici o privati.

E' necessaria la condivisione dei percorsi tra i livelli istituzionali e il Terzo settore, così come previsto dal Dlg 117/2017, per implementare la collaborazione tra Pubbliche Amministrazioni e soggetti delle economie solidali, a partire dall'utilizzo degli istituti della coprogrammazione e coprogettazione.
Le linee di indirizzo PIS e PIZ sulla programmazione zonale (DGR 573/2017) hanno introdotto l'obiettivo di fornire un metodo di lavoro comune, favorire l'elaborazione e la comparazione delle informazioni raccolte, sviluppare e implementare un sistema di valutazione dei risultati ma soprattutto degli esiti, in una logica non competitiva ma di comparazione, imitazione e diffusione delle buone pratiche tra SDS/Zone-distretto. In questa direzione è opportuno anche soffermarsi sul tema dell'impatto sociale generato dagli effetti dei programmi e dei progetti messi in atto in ogni singolo ambito zonale, individuando una metodologia condivisa che potrà essere definita e adottata a livello regionale.
L'art. 21, comma 7, della LR 40/2005 prefigura un livello di integrazione tra sanitario e sociale sempre più avanzato, fino a prevedere che il ciclo di elaborazione del PIS possa assorbire quello del PIZ (art. 21, comma 4, LR 40/2005). Le linee di indirizzo precisano che l'elaborazione unica dei due piani è prioritaria: il PIZ può essere separato dal PIS solo se non c'è accordo nella conferenza zonale, ma deve essere comunque garantito il coordinamento dei due piani.

4. La Società della Salute e la convezione sociosanitaria

La LR 40/2005 dispone che ogni zona possa scegliere tra due diversi modelli organizzativi: la Società della Salute oppure la convenzione sociosanitaria. Nell'ambito della Conferenza zonale, è necessario che le amministrazioni locali attivino uno dei due strumenti.
La convenzione sociosanitaria si occupa dell'ambito sociosanitario, ma può essere ampliata con ulteriori funzioni di carattere sociale e socioassistenziale. L'ente gestore è, di norma, l'azienda USL. La Società della Salute si occupa dell'ambito sociosanitario e sociale e dell'organizzazione della sanità territoriale. L'ente gestore è il consorzio e questo facilita l'aggregazione dei servizi attraverso un'organizzazione unitaria e un bilancio economico zonale.
L'art. 7 della LR 11/2017, al comma 3 prevede l'attivazione della modalità di gestione diretta da parte delle Società della Salute: il PSSIR ne deve specificare "i contenuti minimi i tempi e le modalità". Per gestione diretta si intendono la gestione e l'organizzazione delle attività sociosanitarie e di quelle socioassistenziali (LR 40/2005, art. 71 bis, comma 3 lettere c e d).
Il presente PSSIR deve individuare le materie oggetto di organizzazione e gestione da parte della Società della Salute, in attuazione del comma 3 dell'articolo 71 bis della LR 40/2007, lettera c) e d):

> c) organizzazione e gestione delle attività sociosanitarie ad alta integrazione sanitaria e delle altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui all'articolo 3 septies, comma 3 del decreto delegato, individuate dal piano sanitario e sociale integrato regionale;

d) organizzazione e gestione delle attività di assistenza sociale individuate ai sensi degli indirizzi contenuti nel piano sanitario e sociale integrato regionale.

Ambito di applicazione delle Funzioni C e D

Per quanto riguarda la regolazione della Funzione C, le materie individuate sono:

- le attività sociosanitarie e le attività sanitarie a rilevanza sociale di tipo residenziale, semiresidenziale, domiciliare dei settori Anziani e Disabili, nonché le attività amministrative e professionali dei relativi percorsi di accesso, valutazione multidimensionale e progettazione personalizzata;
- le attività sanitarie a rilevanza sociale, dei settori Materno-Infantile, Salute Mentale, Dipendenze patologiche di tipo residenziale, semiresidenziale, domiciliare, nonché quelle inerenti prestazioni per il sostegno psicologico e socioeducativo, quelle inerenti prestazioni di mediazione interculturale e quelle inerenti prestazioni per il sostegno lavorativo.

Per quanto riguarda la regolazione della Funzione D, le materie individuate sono:

- l'intero complesso delle attività di assistenza sociale individuate dal nomenclatore regionale;
- le attività di assistenza sociale riferite alle azioni relative al sistema REI, al sistema SPRAR e al sistema CAS.

Ambito di gestione diretta delle Funzioni C e D

Il presente Piano sanitario e sociale integrato regionale individua seguenti contenuti minimi per la gestione diretta da parte delle Società della Salute:

- per quanto riguarda i contenuti minimi riferiti alla Funzione C, le materie individuate sono: Le attività sociosanitarie e le attività sanitarie a rilevanza sociale di tipo residenziale, semiresidenziale, domiciliare dei settori Anziani e Disabili; nonché le attività amministrative e professionali dei relativi percorsi di accesso, valutazione multidimensionale e progettazione personalizzata;
- per quanto riguarda i contenuti minimi riferiti alla Funzione D, le materie individuate sono: l'intero complesso delle attività di assistenza sociale individuate dal nomenclatore regionale;
- i tempi con cui la Società della Salute assicura la gestione diretta delle funzioni C e D sono così determinati:
    - la gestione diretta da parte della società della salute delle materie definite in attuazione del comma 3 ter dell'articolo 71 bis della LR 40/2005 decorre dal 1.1.2020;
    - entro il 30.6.2019 le società della salute trasmettono alla Giunta regionale la documentazione attestante il passaggio alla gestione diretta e quella relativa alla gestione unitaria delle altre materie comprese nelle Funzioni C e D. La Giunta

regionale, sentita la Conferenza regionale dei sindaci, verifica la completezza della documentazione trasmessa dalle società della salute e avvia il processo di monitoraggio delle modalità di gestione delle Funzioni C e D.

Le modalità con cui la Società della Salute assicura la gestione diretta delle funzioni C e D sono così determinate:

- la Società della Salute provvede tramite le proprie strutture organizzative all'intero ciclo di organizzazione, produzione ed erogazione del complesso dei servizi, delle prestazioni e delle attività inerenti le materie oggetto della gestione diretta individuate dal presente PSSIR;
- la Società della Salute provvede tramite le proprie strutture organizzative, nonché tramite specifici accordi di avvalimento stipulati con uno o più degli enti aderenti, all'intero ciclo di organizzazione, produzione ed erogazione del complesso dei servizi, delle prestazioni e delle attività inerenti le materie oggetto della gestione diretta individuate dal presente PSSIR. Gli accordi di avvalimento sono esplicitamente funzionali in modo esclusivo agli assetti organizzativi della società della Salute; devono trovare opportune e specifiche declinazioni operative in relazione al ciclo complessivo di produzione ed erogazione oggetto della gestione diretta da parte della Società della Salute e possono riferirsi unicamente a: avvalimento per servizi inerenti i processi di tipo amministrativo, per servizi inerenti i processi di tipo contabile e di controllo gestionale, per processi di tipo tecnico;
- la modalità di attuazione della gestione diretta possono prevedere, nella fase di avvio, per i percorsi di tipo residenziale e semiresidenziale di Anziani e Disabili, nonché relativamente alle attività amministrative e professionali, l'utilizzo dello strumento dell'assegnazione di budget, anziché il trasferimento diretto di risorse e personale. Il budget, in coerenza con le attività oggetto di programmazione operativa annuale del territorio, ed al fine di garantirne un corretto e puntuale utilizzo, dovrà essere condiviso con la SDS entro un tempo congruo e per importi certi e appropriati rispetto ai bisogni territoriali, ove non sia prevista da atti regionali una ripartizione economica sui diversi percorsi. Resta inteso che il governo del percorso nonché la responsabilità dei relativi risultati raggiunti, sulla base del budget, della programmazione operativa zonale e degli indicatori di risultato e di processo stabiliti, resta in carico alla SDS;
- le modalità con cui la Società della Salute assicura la gestione diretta tengono conto di quanto previsto ai commi 5 e 6 dell'art. 71 bis ovvero la possibilità per la SdS di avvalersi di Enti già costituiti prima del 1° gennaio 2008, sulla base di un contratto di servizio per l'erogazione delle attività di cura e assistenza di competenza, comprese le prestazioni socio-sanitarie già attivate alla stessa data in servizi residenziali e semiresidenziali.

PROGRAMMAZIONE MULTILIVELLO E STRUMENTI DI INTEGRAZIONE

Nel sistema sanitario e sociale della Regione Toscana la governance istituzionale si articola attraverso un sistema di conferenze dei sindaci, dal livello di zona distretto (Conferenza zonale e zonale integrata con il direttore generale USL, o Assemblea dei soci della Società della Salute) al livello dell'azienda USL (Conferenza aziendale) e infine al livello regionale (Conferenza regionale dei sindaci).
La funzione principale di tali conferenze è quella di formulare e/o approvare gli atti fondamentali di programmazione per il livello di propria competenza, rappresentano il momento decisionale nel quale si traducono le finalità istituzionali dei comuni in obiettivi e azioni concrete.

1. I livelli e gli strumenti di programmazione

La riforma della normativa regionale operata tra il 2014 e il 2015 ha definito con chiarezza i livelli regionali di gestione dei sistemi sanitario e sociale, e ha allineato secondo questa stessa scansione gli organismi della governance istituzionale. A ciascun livello corrisponde un insieme di strumenti di programmazione.

Livello Regionale:
- Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR); Atto regionale di definizione delle linee annuali di programmazione e individuazione degli obiettivi.

Livello di Area Vasta / Aziendale:
- Piano di Area Vasta; Piano Attuativo Ospedaliero delle aziende ospedaliero-universitarie (PAO), Piano Attuativo locale delle aziende sanitarie (PAL).

Livello Zonale:
- Piano Integrato di Salute (PIS); Piano d'Inclusione zonale (PIZ).

Tra le altre funzioni, il PSSIR definisce le azioni programmate di rilievo regionale e i progetti obiettivo da realizzare mediante il concorso di tutti i soggetti del sistema regionale sanitario e sociale. Il sistema multilivello regionale è predisposto in modo che le azioni programmate di rilievo regionale possano essere assunte nei livelli di area vasta e nei livelli zonali.
In ciascun passaggio le azioni programmate del livello superiore diventano gli obiettivi da realizzare mediante la programmazione operativa pluriennale o annuale recata dai piani di ambito aziendale o dai piani di ambito zonale.

I diversi strumenti di programmazione integrano tra i propri obiettivi pluriennali le azioni programmate regionali secondo la declinazione operativa più adeguata, efficace e sostenibile. I competenti organismi decisionali della governance istituzionale (Conferenze aziendali o Conferenza integrate zonali-assemblee dei soci SDS) e le strutture direzionali e professionali, esprimono le proprie prerogative di indirizzo e di elaborazione ricercando la migliore complementarietà tra le azioni programmate di rilievo regionale e gli obiettivi e le azioni programmate del proprio livello di area vasta/ aziendale o zonale.
A loro volta, gli obiettivi e le azioni programmate del livello di area vasta / aziendale o zonale possono contribuire alla elaborazione e alla definizione delle azioni di rilievo regionale, creando così gli elementi cardine per la costituzione ordinata e sistematica dei necessari cicli discendenti e ascendenti della programmazione regionale multilivello.

2. Gli obiettivi di servizio

Gli obiettivi di servizio sono processi o servizi da erogare, aventi caratteristiche di generalità e di permanenza, verso cui orientare le azioni di convergenza dei vari livelli di programmazione allo scopo di garantire, al pari dei Livelli Essenziali di Assistenza, equità di accesso ai servizi. Vengono determinati nel rispetto dei vincoli di bilancio e della compatibilità economico-finanziaria degli enti interessati. Costituiscono gli obiettivi comuni, corredati con le caratteristiche qualitative e quantitative da raggiungere, che gli strumenti di programmazione devono perseguire in relazione ai caratteri dei singoli ambiti territoriali di competenza. Gli obiettivi di servizio permettono all'insieme degli strumenti di programmazione di acquisire coerenza, efficacia, misurabilità, verificabilità, offrendo una griglia di riferimento facilmente comprensibile, monitorabile e comunicabile.
Per ciascuna delle aree assistenziali oggetto della programmazione integrata, chiamate 'macrolivelli', sono identificati due tipologie di obiettivi di servizio: gli obiettivi che riguardano i processi da attuare; e gli obiettivi che riguardano le dotazioni di servizi e prestazioni da raggiungere in modo stabile e strutturato.

Per ogni macrolivello la programmazione regionale definisce con apposito atto:
- gli obiettivi di servizio, distinti in obiettivi di processo e obiettivi di dotazione;
- i parametri di riferimento;
- il livello territoriale adeguato in cui realizzare i contenuti degli obiettivi di servizio;
- le modalità di convergenza verso i parametri di riferimento.

3. Il rapporto tra PAL e PIS

Il rapporto tra il principale strumento di programmazione aziendale (PAL) e il principale strumento di programmazione zonale (PIS) è definito dalla normativa regionale agli articoli 21 e 22 della LR 40/2005.
Il PIS a sua volta è posto in strettissima connessione con il principale strumento di programmazione sociale (PIZ) definito all'art. 29 della LR 41/2005.
Il piano attuativo locale (PAL) è lo strumento di programmazione delle aziende sanitarie locali, relativamente alle attività sanitarie territoriali e sociosanitarie recepiscono i PIS zonali. Il piano integrato di salute (PIS) è lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello zonale, definisce gli obiettivi di salute e benessere, i relativi standard quantitativi e qualitativi, e ne individua le modalità attuative.
Il piano d'inclusione zonale (PIZ) è lo strumento di programmazione della funzione fondamentale in ambito sociale dei comuni che viene esercitata nell'ambito ottimale della zona-distretto, definisce le attività da perseguire tramite le reti del welfare territoriale e determina gli obiettivi di servizio.

Allo scopo di connettere tra loro questi tre strumenti generali di programmazione, il PAL contiene al suo interno due dispositivi specifici articolati per zone:

- il Programma operativo delle cure primarie è lo strumento per la progettazione operativa del sistema dei servizi territoriali extra-ospedalieri. Definisce i programmi attuativi delle cure primarie, della sanità d'iniziativa, dei presidi distrettuali, delle unità complesse e delle forme associate della Medicina generale; tale programma operativo definisce anche i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali delle cronicità e le relative modalità di lavoro interprofessionale;
- l'Atto per l'integrazione è lo strumento di base della programmazione sociosanitaria e comporta la compartecipazione diretta delle amministrazioni comunali e dell'azienda sanitaria. Definisce i programmi attuativi dei servizi e delle attività ad alta integrazione sociosanitaria determinando nel contempo il relativo budget di livello zonale costituito dalle risorse sanitarie e dalle risorse sociali; tale programma operativo definisce anche i percorsi di valutazione multidimensionale delle non autosufficienze e delle fragilità e le relative modalità di lavoro interprofessionale.

I due dispositivi interni al PAL sono articolati per zone e sono predisposti per essere connessi con il processo di programmazione integrata del PIS e con il processo di elaborazione del PIZ.
In ciascun ambito zonale vengono allineati: la specifica sezione zonale del Programma operativo delle cure primarie, la specifica sezione zonale dell'Atto per l'integrazione, gli ulteriori Programmi operativi recati dal PIS.

Il Piano Integrato di Salute è dunque lo strumento che produce l'integrazione operativa tra queste tre sezioni e le orienta verso i bisogni di salute degli ambiti zonali, nel rispetto della programmazione economico-finanziaria relativa alle dotazioni e alle risorse zonali.

4. Dispositivi di integrazione della programmazione

Per realizzare una efficace governance regionale è necessario un collegamento tra i territori e le aziende USL che possa rendere cooperativo e coordinato il lavoro di entrambi in relazione agli indirizzi regionali.
La Legge 40/2005 e s.m.i. prevede tra gli strumenti di integrazione tra SDS/zone distretto e Aziende USL gli Uffici di piano zonali (art. 64 comma 2 LR 40/2005; art 29 comma 7 e art. 35 comma 3 LR 41/2005) che coordinati a livello di Azienda USL, supportano le conferenze aziendali dei sindaci (art.12 comma 7, LR 40/2005) nella predisposizione del Piano attuativo locale (PAL) e, per quanto riguarda gli aspetti economici, il documento, allegato al bilancio delle aziende USL, di riclassificazione delle risorse per le zone distretto collegato agli strumenti di programmazione zonale e aziendale (art.120 comma 5 e 5 bis LR 40/2005).

Il presente PSSIR si pone di raggiungere i seguenti obiettivi:

- attuazione uniforme, da parte delle aziende USL e delle SDS, agli articoli che riguardano l'Ufficio di piano (art. 64 comma 2 LR 40/2005; art. 29 comma 7 e art. 35 comma 3 LR 41/2005; art. 12 comma 7, LR 40/2005) e il documento di riclassificazione delle risorse per le zone distretto (art. 120 comma 5 e 5 bis LR 40/2005);
- integrazione della programmazione fra i suoi vari livelli, in particolare tra il Piano Integrato di Salute (PIS) e il Piano Attuativo Locale (PAL);
- elaborazione di un linguaggio condiviso per la programmazione zonale e per la programmazione aziendale;
- strutturare e dare continuità ai processi di programmazione zonale e aziendale;
- contribuire al miglioramento della governance regionale coordinando gli obiettivi attraverso un maggiore integrazione tra le varie conferenze dei sindaci e i rispettivi livelli di programmazione sociale e sanitaria.

L'obiettivo è attivare e strutturare in ogni zona distretto un Ufficio di piano capace di supportare la programmazione zonale attraverso l'individuazione e la messa a disposizione di personale adeguato e lo sviluppo delle competenze necessarie.
Per quanto riguarda la creazione di un linguaggio comune relativamente alle risorse economiche è necessaria la rappresentazione di significati comuni attraverso una condivisa scheda di budget di zona. Si intende per budget di zona una modalità condivisa ed omogenea per la rappresentazione delle risorse del SSR che le Aziende sanitarie

e la Regione impegnano a vario titolo sul livello zonale. La relativa scheda di budget utilizza come riferimento il linguaggio della programmazione così come definito nelle "Nuove linee guida del piano integrato di salute e del piano di inclusione zonale" (DGRT 573/2017) e già concretizzato nella compilazione della programmazione operativa annuale POA 2018.
In apposite linee di indirizzo verrà proposto il modello di Ufficio di piano per le SDS/zone distretto e la scheda di budget zonale verso la quale dovranno convergere le Aziende USL della Toscana.

LA RIPARTIZIONE DELLE RISORSE
Assetti economici

Il Fondo Sanitario Regionale

Ai sensi dell'art. n. 25, comma 1, della LR n. 40/2005, il Fondo Sanitario Regionale viene suddiviso in tre parti:

1. Fondo ordinario di gestione, destinato alle aziende unità sanitarie locali ed al funzionamento dell'ESTAR;
2. Fondi finalizzati allo sviluppo dei servizi;
3. Fondi finalizzati alla organizzazione del sistema.

Alle tre parti sopra elencate se ne aggiunge, di norma, una quarta, prevista dall'art. n. 25, comma 2, della LR n. 40/2005, destinata al mantenimento dell'equilibrio economico finanziario complessivo del sistema, da attribuire alle aziende sanitarie anche sulla base della individuazione negoziale di specifici obiettivi e risultati.

L'importo del fondo ordinario di gestione è determinato con il seguente procedimento:

- calcolo del costo pro-capite ponderato di ciascuna azienda USL nell'ultimo bilancio d'esercizio adottato;
- definizione del costo pro-capite standard, individuato nel costo medio pro capite dell'azienda USL avente costo pro-capite ponderato minore;
- determinazione del Fondo ordinario di Gestione, ottenuto moltiplicando il costo pro-capite standard, al netto della quota coperta dalle entrate proprie, per il totale della popolazione ponderata regionale. Tale valore rappresenta il fabbisogno regionale complessivo di risorse delle aziende USL, qualora avessero costi pro-capite ponderati medi pari alla USL con costi minori.

L'importo del Fondo per il mantenimento dell'equilibrio economico finanziario è calcolato come differenza fra Il Fondo sanitario regionale, al netto dei Fondi finalizzati allo sviluppo dei servizi e dei Fondi finalizzati alla organizzazione del sistema, ed il Fondo Ordinario di Gestione.
In ogni caso il Fondo per il mantenimento dell'equilibrio economico finanziario non può essere determinato per un importo superiore al 7,5% del Fondo sanitario regionale.
Per l'attribuzione dello stesso alle Aziende sanitarie potranno essere tenuti in considerazione anche criteri legati alla densità abitativa e alle caratteristiche infrastrutturali, economiche e sociali del territorio.

Qualora non vi sia sufficiente disponibilità di contributi in c/capitale da destinare al finanziamento degli investimenti necessari a garantire il mantenimento del patrimonio tecnologico e strutturale delle aziende sanitarie, l'attribuzione di quota del fondo di riequilibrio potrà essere legata anche all'eventuale finanziamento di investimenti con contributi in c/esercizio, o alla necessità di contribuire alla copertura dei costi diretti ed indiretti derivanti dai mutui stipulati dalle aziende sanitarie per il finanziamento di investimenti.
In termini programmatici, si conferma il vincolo di destinazione del fondo sanitario regionale per la prevenzione previsto dal precedente piano sanitario regionale nel 5%, alla cui determinazione concorrono i finanziamenti ordinari per quota capitaria alle aziende unità sanitarie locali e parzialmente i fondi speciali a destinazione vincolata, che dovranno tener conto anche dell'allocazione dei Laboratori di Sanità Pubblica.
Del 5% così definito, si assume nel triennio al 2% l'obiettivo di spesa per l'attività di prevenzione nei luoghi di lavoro.

Il Fondo Sociale Regionale

Il Fondo Sociale Regionale rappresenta il principale strumento finanziario regionale per lo sviluppo omogeneo sul territorio del sistema degli interventi e dei servizi sociali.
Contribuiscono alla sua composizione il Fondo Regionale di Assistenza Sociale ed il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali.. Il fondo viene ripartito in tre parti:

- trasferimenti ordinari Zone distretto (quota non inferiore all'80% del totale) a carattere contributivo e perequativo, rispetto all'impegno finanziario dei Comuni e degli Enti Locali, per il mantenimento ed il sostegno del sistema degli interventi e dei servizi sociali in particolare per l'attuazione degli obiettivi di servizio correlati ai Livelli Essenziali di Prestazione di assistenza sociale;
- fondo di solidarietà interistituzionale per sostenere le zone distretto (quota non inferiore al 10% del totale) per interventi urgenti non programmabili che creano squilibri nelle finanze degli enti locali tenuti all'erogazione delle prestazioni;
- interventi di interesse regionale 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 superiore al 10% del totale).

Criteri di ripartizione economica

a. IL FINANZIAMENTO ORDINARIO ALLE AZIENDE SANITARIE

Il totale del fondo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali è determinato annualmente dalla Giunta regionale sulla base di quanto già indicato nel paragrafo 9.1.1

Per l'assegnazione del fondo ordinario di gestione alle aziende unità sanitarie locali si seguono i seguenti criteri:

a. l'85% del fondo è ripartito a livello regionale tra i livelli e i sottolivelli di assistenza in quote determinate, tenendo conto delle risorse effettivamente impiegate negli esercizi precedenti, corrette da indicazioni programmatiche e depurate delle quote finalizzate relative ai fondi speciali, che non si distribuiscono uniformemente tra tutti i livelli di assistenza; per gli anni 2012-2015 le quote nette di distribuzione del fondo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali sono le seguenti:

Livelli e sottolivelli	Composizione del fondo %
Prevenzione collettiva	5
Assistenza territoriale	53
di cui:	
Assistenza medica di base	5,5
Assistenza farmaceutica	14
Assistenza specialistica ambulatoriale	14
Assistenza distrettuale	7,5
Riabilitazione	2,5
Assistenza agli anziani	3,5
Salute mentale	4,5
Dipendenze	1,5
Assistenza ospedaliera	42

La quota di fondo per la prevenzione è attribuita, nei limiti dell'ammontare complessivamente determinato in relazione alla precedente tabella, in quota parte in sede di assegnazione del fondo ordinario ed in quota parte, determinata annualmente dalla Giunta regionale, sulla base di specifici progetti, in linea con le linee guida definite dal Piano in vigore. Per ciascun livello l'attribuzione alle aziende unità sanitarie locali delle risorse di cui al fondo ordinario di gestione è determinata sulla base della popolazione residente suddivisa per classe d'età con pesi differenziati per ciascuna classe in relazione ai differenti e specifici consumi per abitante rilevati. Per popolazione residente si intende quella ufficialmente riconosciuta nei flussi regionali relativi alle rilevazioni anagrafiche dei comuni toscani, nonché, in quanto aventi diritto all'assistenza, gli stranieri extracomunitari non residenti con o senza regolare permesso di soggiorno. I pesi attribuiti alle classi d'età per livello e sotto-livello sono riportati nella tabella allegata al presente Piano sanitario e sociale integrato regionale (allegato 1).
La ripartizione di tale quota di risorse tra le Zone distretto presenti all'interno di ciascuna

Azienda USL è concordata tra le direzioni aziendali e la Conferenza dei Sindaci.

b. Il 10% del fondo è attribuito alle aziende sanitarie sulla base della popolazione residente pesata in relazione alle condizioni socio-ambientali del territorio delle aziende medesime, come segue:

- il 5% per le caratteristiche morfologiche del territorio, con pesi applicati alla popolazione come di seguito indicato:

Caratteristiche del territorio	Peso
Pianura	1
Collina litoranea	1,5
Collina interna	2
Montagna	3
Isole	10

- il 5% destinato a riconoscere i maggiori fabbisogni derivanti dal grado di accentramento della popolazione in ragione dei maggiori costi registrati nelle zone ad alta dispersione abitativa e dei maggiori consumi presenti nelle aree a forte concentrazione urbana. Il parametro utilizzato, definito di "accentramento/ rarefazione" della popolazione, valuta le caratteristiche insediative dei territori delle diverse aziende unità sanitarie locali individuando sei classi caratteristiche alla cui popolazione relativa è attribuito un peso così determinato:

Distribuzione della popolazione	Peso
Popolazione in centri abitati inferiori a 2.500 abitanti	10
Popolazione in centri abitati da 2.501 a 5.000 abitanti	8
Popolazione in centri abitati da 5.001 a 10.000 abitanti	3
Popolazione in centri abitati da 10.001 a 50.000 abitanti	2
Popolazione in centri abitati da 50.001 a 100.000 abitanti	1,5
Popolazione in centri abitati superiori a 100.001 abitanti	2,5

- il 5% del fondo è attribuito in proporzione ai tassi di prevalenza, standardizzati per età, moltiplicati per la popolazione residente maggiore di 16 anni, relativi alle diverse patologie croniche, rilevate dall'ARS, e ponderate con i pesi della seguente tabella:

Patologia Cronica	Peso
Diabete Mellito	1,11
Pregresso Ictus	1,55
Insufficienza Cardiaca	1,35
BPCO	1,11
Cardiopatia Ischemica	1,61

b. IL FINANZIAMENTO ORDINARIO ALLE AZIENDE OSPEDALIERO-UNIVERSITARIE E ALLA FONDAZIONE MONASTERIO

I criteri sono i seguenti:

- In via principale la remunerazione delle prestazioni erogate e valorizzate in base ai tariffari regionali;
- politica tariffaria regionale tendente a incentivare o a disincentivare forme di erogazione, o particolari prestazioni, al fine di ottenere maggiori livelli di appropriatezza e di favorire la concentrazione delle funzioni di alta specializzazione;
- l'entità dei trasferimenti tra aziende unità sanitarie locali ed aziende ospedaliero universitarie e Fondazione Monasterio può essere regolata, in sede di concertazione di Area Vasta, da accordi tra le stesse, in cui si possono determinare:
  - i volumi massimi erogabili per settore di prestazioni e il livello atteso;
  - alcuni valori tariffari particolari anche articolati per percorsi assistenziali;
  - sistemi alternativi di pagamento per funzioni assistenziali particolari;
  - volumi finanziari di scambio onnicomprensivi, definiti in base a volumi di prestazioni complessivamente predeterminati.

La Giunta regionale promuove gli accordi, anche intervenendo sulla loro congruità e correttezza in relazione agli indirizzi della programmazione regionale.

c. FONDI FINALIZZATI

Annualmente, la Giunta regionale provvede ad accantonare sul fondo sanitario regionale le quote corrispondenti ai finanziamenti necessari:

- al funzionamento di enti o organismi regionali costituiti ai sensi di Legge e all'esercizio delle funzioni svolte direttamente dalla Regione a supporto del sistema;

- al finanziamento delle Aziende Ospedaliere e della Fondazione Monasterio;
- alla attivazione di specifici programmi di interesse regionale;
- al finanziamento delle funzioni regionali di riferimento delle Aziende sanitarie.

c.1. Fondi destinati al funzionamento di enti o organismi regionali costituiti ai sensi di Legge e all'esercizio delle funzioni svolte direttamente dalla Regione a supporto del sistema

Rientrano in questa categoria di fondi:

- il finanziamento dell'ARS, determinato in misura parti all'importo complessivamente assegnato nell'esercizio precedente eventualmente modificabile in relazione alla dinamica delle risorse e alla sostenibilità del sistema ed ai bisogni di informazione della Regione Toscana. L'ammontare del finanziamento annuo tiene conto anche dei risultati economici degli esercizi precedenti e dei programmi di attività predisposti dall'agenzia;
- il finanziamento di quota parte delle attività dell'ARPAT determinato ai sensi della LR 66/1995;
- il finanziamento delle attività dell'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO) di cui all'art. 15 comma 1, lettera a) della LR 74/2017 (ex ISPO). Tale fondo è quantificato per ciascun esercizio di vigenza del Piano in misura pari all'importo complessivamente assegnato nell'esercizio precedente eventualmente modificabile in relazione alla dinamica delle risorse e alla sostenibilità del sistema;
- le spese dirette della Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale.

c.2. Fondi destinati al finanziamento delle aziende ospedaliero universitarie e della Fondazione Gabriele Monasterio

Rientrano in questa categoria di fondi:

- fondo di sostegno all'attività di alta specializzazione delle aziende ospedaliere-universitarie e della Fondazione Monasterio. Il fondo è determinato, per ciascun anno di vigenza del Piano in 155 Meuro ed è ripartito fra aziende ospedaliere e la Fondazione Monasterio in proporzione al valore tariffario dei DRG di alta specialità (peso superiore a 2,5);
- fondo per la funzione di didattica, ricerca e diffusione dell'innovazione nelle aziende ospedaliero universitarie e nella Fondazione Monasterio per attività gestite con risorse del Servizio sanitario regionale e dell'università. Il fondo è ripartito tra le aziende ospedaliero-universitarie e la Fondazione Monasterio in proporzione a specifici indicatori basati sull'*impact factor* totale aziendale, elaborato nell'ambito del sistema della valutazione della performance della sanità toscana. Il fondo è determinato, per ciascun anno di vigenza del Piano, in 20 milioni di Euro;

- specifici finanziamenti per le attività non adeguatamente remunerate dal sistema tariffario;
- specifici fondi per l'integrazione nella rete formativa delle aziende sanitarie.

c.3. Fondi destinati alla attivazione di specifici programmi di interesse regionale

Costituiscono fondi speciali la cui assegnazione può avvenire da parte della Giunta regionale o sulla base di progetti specifici, anche in funzione degli obiettivi contenuti nel presente Piano.

L'assegnazione dei fondi speciali di finanziamento destinati a progetti specifici seguirà i seguenti criteri:

- i progetti devono riguardare argomenti o settori specifici definiti;
- i progetti devono contenere in modo esplicito indicatori di risultato o, eventualmente di processo, la cui tipologia è definita sulla base di un atto di indirizzo regionale, con i quali è valutata l'esecuzione del progetto stesso;
- per i finanziamenti di natura pluriennale, in mancanza di una valutazione finale o in presenza di una valutazione negativa, l'assegnatario non potrà usufruire, per l'anno successivo, di finanziamenti specifici dello stesso tipo. La valutazione del progetto e l'utilizzo delle risorse attribuite fa parte della valutazione dell'attività dei direttori generali delle aziende.

Per tali Fondi, la Giunta regionale può stabilire che la erogazione negli esercizi successivi al primo sia condizionata alla valutazione positiva degli obiettivi raggiunti ed alla disponibilità di una adeguata rendicontazione economica. I fondi speciali finalizzati sono definiti annualmente con Legge di bilancio.

c.4. Fondi destinati al finanziamento delle funzioni regionali di riferimento delle aziende sanitarie

Costituiscono fondi speciali la cui assegnazione può avvenire da parte della Giunta regionale sulla base di progetti specifici relativi a funzioni regionali di riferimento anche in funzione degli obiettivi contenuti nel presente Piano.

Composizione F.S.R. %	PREVENZIONE COLLETTIVA	ASSISTENZA TERRITORIALE								ASSISTENZA OSPEDALIERA
Livello		53								
Sottolivello		5,5	14	3,5	7,5	2,5	14	4,5	1,5	
Classi di età	5	Assistenza medica di base	Assistenza farmaceutica	Assistenza agli anziani	Assistenza distrettuale	Riabilitazione	Assistenza specialistica ambulatoriale	Salute mentale	Dipendenze	42
0 – 4	2,5	1	1	0	1,5	1,5	1	0,5	0	1
5 – 9	2,5	1	1,458	0	1,5	1,5	0,782	2	0	0,194
Oct-14	2,5	1	1,574	0	1,5	1,5	1,008	2	0,1	0,203
15 - 19	2,5	1	1,678	0	1	1,5	1,103	1,5	3	0,258
20 - 24	1,5	1	1,563	0	1	1	1,138	1	3	0,28
25 - 29	1,5	1	1,875	0	1	1	1,363	1	3	0,336
30 - 34	1,5	1	2,321	0	1	1	1,614	1	3	0,404
35 - 39	1,5	1	3,233	0	1	1	1,684	1	3	0,411
40 - 44	1,5	1	3,774	0	1	1	1,653	1	3	0,395
45 - 49	1,5	1	4,886	0	1	1	1,816	2	3	0,475
50 - 54	1,5	1	5,873	0	1	1,5	2,185	2	3	0,627
55 - 59	1,5	1	7,631	0	1	1,5	2,563	2	1	0,798
60 - 64	1,5	1	9,598	0	1	2	3,073	2	1	1,101
65 - 69	1	1	12,278	1	2	2,5	3,861	1	1	1,436
70 - 74	1	1	14,561	1	2	2,5	4,935	1	0,5	1,956
75 - 79	1	1	16,63	2	3	2,5	5,306	0,5	0	2,35
80 - 84	1	1	17,749	2	3	2	5,282	0,5	0	2,805
Oltre 84	1	1	16,78	3	4	2	3,691	0,3	0	3,086

Valutazione di fattibilità economico-finanziaria

Le risorse complessivamente stanziate in bilancio per l'anno 2018, sono state 7.382,00 milioni di euro per la parte sanitaria e 102,40 milioni di euro per la parte sociale.

Relativamente agli anni 2019 e 2020, invece, le risorse attualmente utilizzabili per la parte sanitaria per sono quantificabili, rispettivamente, in 6.952,63 milioni di euro per l'anno 2019 e 6.493,00 milioni di euro per l'anno 2020. Queste risorse verranno quasi certamente incrementate durante ciascuno dei due esercizi in questione, a seguito di specifiche assegnazioni di ulteriori contributi in c/esercizio e rimborsi che al momento, però, non esattamente quantificabili. Le ulteriori risorse attese dovrebbero provenire, per esempio, dalle quote di F.S.N. vincolato a specifiche destinazioni e dal parziale ripiano del superamento dei tetti stabiliti da norme di livello nazionale per la spesa farmaceutica (payback), ripiano che, in base alla Legge 326/2003, art. 48, è dovuto dalle aziende farmaceutiche alle Regioni.

Per la parte sociale, le risorse attualmente utilizzabili per gli anni 2019 e 2020 sono quantificabili in 79,17 milioni di euro per l'anno 2019 e 49,42 milioni di euro per l'anno 2020. La previsione non tiene conto, al momento, di alcune risorse statali, quali il Fondo non autosufficienza e il Fondo Nazionale Politiche Sociali, risorse che sono previste da Leggi nazionali attualmente vigenti, ma che non sono attualmente inscrivibili nei bilanci di previsione in quanto vengono quantificate di anno in anno, attraverso decreti ministeriali specifici.

VALUTAZIONE DI FATTIBILITA' ECONOMICO-FINANZIARIA-SANITARIA

FONTI FINANZIARIE		2019	2020
Fondi statali	Corrente	6.832.905,42	1.105.950,56
	Investimento	10.711.660,35	1978751,58
Fondo sanitario	Corrente	6.919.466.576,45	6.915.938.296,42
	Investimento	4.475.685	6.201.525
Risorse regionali	Corrente	3.424.000	9.000.000
	Investimento	0	1.080.000
Risorse UE - Stato	Corrente	9598,5	0
Risorse vincolate	Corrente	70.000	70.000
Trasferimenti ESTAV - ARPAT - ISPRO - Fondazione Monasterio	Corrente	7.641.000	7.641.000
Totale		**6.952.631.425,72**	**6.943.015.523,56**

VALUTAZIONE DI FATTIBILITA' ECONOMICO-FINANZIARIA-SANITARIA

COSTI		2019	2020
Accentrata	Corrente	42.436.181,48	47.418.148,14
	Investimento	2.475.685	5.281.525
Fondi finalizzati destinati alle aziende sanitarie	Corrente	7.326.905,42	1.175.950,56
	Investimento	10.711.660,35	1.978.751,58
Fondo sanitario Aziende sanitarie	Corrente	6.783.540.993,47	6.781.021.148,28
	Investimento	2.000.000	2.000.000
Trasferimenti ESTAR - ARPAT- ARS- ISPRO	Corrente	104.140.000	104.140.000
Totale		**6.952.631.425,72**	**6.943.015.523,56**

VALUTAZIONE DI FATTIBILITA' ECONOMICO-FINANZIARIA-SOCIALE

FONTI FINANZIARIE		2019	2020
Cofinanziamento UE-Stato	Corrente	5.867.052,62	3.358.155,95
	Investimento	2.760.302,96	174.130,37
Fondi statali	Corrente	1.143.307,21	0
	Investimento	661.716,81	992.575,22
Fondo sanitario	Corrente	151.000,00	151.000,00
Risorse regionali	Corrente	11.907.361,00	11.884.108,00
	Investimento	3.975.000,00	2.970.000,00
Risorse UE - Stato	Corrente	36.504.970,42	28.901.685,85
	Investimento	15.641.714,00	986.738,77
Risorse vincolate	Corrente	556.146,97	0
Totale		**79.168.571,99**	**49.418.394,16**

VALUTAZIONE DI FATTIBILITA' ECONOMICO-FINANZIARIA-SOCIALE

COSTI		2019	2020
Azione di base dei servizi sociali - trasferimenti per il sostegno del sistema ordinario dei servizi sociali	Corrente	34.501.104,06	37.257.862,86
Azioni sociali rivolte all'accessibilità dei servizi, trasporti e mobilità, progetti di iniziativa regionale e interventi specifici	Corrente	21.628.734,16	7.037.086,94
	Investimento	23.038.733,77	5.123.444,36
Totale		**79.168.571,99**	**49.418.394,16**

PARTE SANITARIA

MISSIONE	PROGRAMMA	CORR/INV	FONTI FINANZIARIE	2019	2020
Sviluppo economico e competitività	Ricerca e innovazione	Corrente	Fondi statali	0	1.105.950,56
			Fondo sanitario	14.700.000,00	12.200.000,00
Tutela della salute	Servizio sanitario regionale - finanziamento aggiuntivo corrente per livelli di assistenza superiori ai LEA	Corrente	Fondo sanitario	920.000,00	920.000,00
	Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA	Corrente	Fondo sanitario	6.896.702.079,73	6.895.621.769,37
			Risorse regionali	800.000,00	0
			Trasferimenti ESTAV - ARPAT - ISPRO - Fondazione Monasterio	7.641.000,00	7.641.000,00
	Servizio sanitario regionale - investimenti sanitari	Investimento	Fondi statali	10.711.660,35	1.978.751,58
			Fondo sanitario	3.681.005,00	2.181.005,00
			Risorse regionali	0	1.080.000,00
	Ulteriori spese in materia sanitaria	Corrente	Fondi statali	6.832.905,42	0
			Fondo sanitario	7.144.496,72	7.196.527,05
			Risorse regionali	2.624.000,00	9.000.000,00
			Risorse UE - Stato	9.598,50	0,00
			Risorse vincolate	70.000,00	70.000,00
		Investimento	Fondo sanitario	794.680,00	4.020.520,00
			Totale	**6.952.631.425,72**	**6.943.015.523,56**

PARTE SOCIALE

Missione	Programma	CORR/INV	FONTE	2019	2020
Diritti sociali, politiche sociali e famiglia	Cooperazione e associazionismo	Corrente	Fondi statali	911.544,68	0
			Risorse regionali	205.000,00	290.000,00
	Interventi per le famiglie		Risorse regionali	4.690.910,00	4.353.170,00
	Interventi per i soggetti a rischio di esclusione sociale		Risorse regionali	2.118.265,00	2.124.270,00
			Risorse UE - Stato	571.417,08	0
	Interventi per la disabilità	Corrente	Fondi statali	504.460,50	0,00
			Risorse regionali	697.600,00	692.600,00
		Investimento	Fondi statali	661.716,81	992.575,22
			Risorse regionali	1.060.000,00	1.080.000,00
	Interventi per l'infanzia e i minori e per asili nido	Corrente	Fondi statali	100.000,00	0
			Fondo sanitario	90.000,00	90.000,00
			Risorse regionali	805.000,00	805.000,00
	Politica regionale unitaria per i diritti sociali e la famiglia (solo per le Regioni)	Corrente	Cofinanziamento UE-Stato	5.867.052,62	3.358.155,95
			Risorse UE - Stato	35.927.175,09	28.894.451,60
		Investimento	Cofinanziamento UE-Stato	2.760.302,96	174.130,37
			Risorse UE - Stato	15.641.714,00	986.738,77
	Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali	Corrente	Risorse regionali	1.835.686,00	2.050.868,00
		Investimento	Risorse regionali	795.000,00	810.000,00
Politiche giovanili, sport e tempo libero	Giovani	Corrente	Fondi statali	183.449,00	0
			Risorse regionali	150.000,00	150.000,00
	Sport e tempo libero	Corrente	Fondo sanitario	61.000,00	61.000,00
			Risorse regionali	1.404.900,00	1.418.200,00
			Risorse UE - Stato	6.378,25	7.234,25
		Investimento	Risorse regionali	2.120.000,00	1.080.000,00
			Totale	**79.168.571,99**	**49.418.394,16**

RISORSE ATTESE*

Missione	Programma	2019	2020
Diritti sociali, politiche sociali e famiglia	Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali (Fondi Statali - fondo povertà art. 1 comma 195 e 250 L. 205/2017)	20.000.000,00	30.000.000,00
	Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali (Fondi Statali - Innovazione sociale art. 1 comma 205 L. 205/2017)	656.000,00	656.000,00
	Interventi per la disabilità (Fondi Statali - caregiver familiare art. 1 comma 254 L. 205/2017)	1.312.000,00	1.312.000,00
Politiche giovanili, sport e tempo libero	Sport e tempo libero (Fondi statali - caregiver familiare art. 1 comma 254 L. 205/2017)	460.000,00	530.000,00
	Totale	**22.428.000,00**	**32.498.000,00**

(*) Le risorse attese sono stimate sulla base dell'indice di accesso ai finanziamenti.

INDIVIDUAZIONE DELLE MODALITÁ DI CONFRONTO ESTERNO

L'impianto del Piano Sanitario e Sociale Integrato è stato presentato alla Conferenza regionale dei Sindaci nella seduta del 26 luglio 2018. L'Assessore Saccardi ha affermato che il PSSIR è imperniato sull'integrazione sociosanitaria e affronta in particolare la "presa in carico integrata" sulla base dei bisogni di salute complessi che necessitano di risposte integrate. È questo il caso delle cronicità e delle malattie oncologiche, ma anche dei settori Salute mentale e Dipendenze.
I principi che ispirano il PSSIR si concretizzano nel superamento delle disuguaglianze di accesso alle cure, nel superamento delle liste di attesa, nell'organizzazione di risposte non più prestazionali ma che consentano la presa in carico complessiva, nei PTDAS come caratteristica precipua del Piano, nel rafforzamento delle reti di cure palliative.
Un altro elemento fondante del PSSIR è costituito da un nuovo rapporto con i cittadini, affinché possano essere padroni del proprio percorso di cura.
Il Piano è stato presentato e discusso in oltre dieci incontri, tenutosi dalla fine di luglio all'inizio di novembre 2018 con i seguenti soggetti/ organizzazioni:

- Direzioni Aziendali e Uffici di Direzione Area vasta Nord Ovest
- Direzioni Aziendali e Uffici di Direzione Area vasta Centro
- Direzioni Aziendali e Uffici di Direzione Area vasta Sud est
- Conferenza dei sindaci area vasta Nord Ovest
- Conferenza dei sindaci area vasta Centro
- Conferenza dei sindaci area vasta Sud Est
- Consiglio dei cittadini
- Conferenza regionale dei sindaci
- Ordini delle professioni infermieristiche
- Organizzazioni Sindacali
- Rettori delle Università
- Ordini dei medici
- Associazioni Volontariato, cooperazione sociale e forum disabilità
- Dipendenti assessorato
- Soggetti gestori associazioni di categoria e comitato ex art. 7

L'attività concertativa si è conclusa nella metà di dicembre attraverso la convocazione del tavolo della Conferenza regionale dei Sindaci e del tavolo di Concertazione generale.

DEFINIZIONE DEL CRONOGRAMMA DI ELABORAZIONE DEL PIANO

Anno		2017			2018												2019	
Mese		10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2
FASE	**AZIONE**																	
A INFORMATIVA	1.1: fase di ascolto dei cittadini e delle associaz.																	
	1.2: fase di ascolto dei professionisti																	
	1.3: esame CD			**14**														
	1.4: adozione GR e trasmissione al CR per indirizzi (previsti entro gennaio)			**28**														
B PROPOSTA DIPIANO	2.0 Definizione nuovo impianto PSSIR																	
	2.1: seconda fase di ascolto e partecipazione																	
	2.2: invio al NURV del documento																	
	2.3: validazione NURV																	
	2.4: esame CD															**6/12**		
	2.5: concertazione															**Entro 14/12**		
C PROPOSTA FINALE	3.1: esame Giunta regionale															**Entro 31/12**		
	3.2: esame ed approv. del consiglio regionale																**Entro 31/01**	
D AVVIO OPERATIVITA	4.1 comunicazione e diffusione																	

I tempi previsti potranno subire variazioni subordinate alle tempistiche delle attività consiliari.

Il Cronoprogramma sopra riportato differisce da quello inserito nella Informativa preliminare, in quanto è stata necessaria un'ulteriore fase (2.0 "Definizione nuovo impianto PSSIR") dedicata allo sviluppo del nuovo impianto del PSSIR e, conseguentemente, per lo svolgimento di una fase di secondo ascolto e partecipazione che garantisse un maggiore coinvolgimento di tutti i soggetti interessat

B. SEZIONE VALUTATIVA

VALUTAZIONE DI COERENZA ESTERNA

La valutazione della relazione con gli altri pertinenti piani e programmi, denominata analisi di coerenza esterna, rappresenta la verifica della compatibilità, integrazione e raccordo degli obiettivi del PSSIR rispetto alle linee generali della programmazione regionale di settore.

Nel presente paragrafo è stata effettuata la valutazione di coerenza del PSSIR con gli altri Piani e Programmi regionali. É stata valutata la coerenza verticale del Piano rispetto ai Piani sovraordinati (PRS e PIT) e la coerenza orizzontale rispetto agli altri Piani e Programmi settoriali e intersettoriali.

Elenco dei Piani e Programmi considerati nell'analisi di coerenza del PSSIR:

COERENZA ESTERNA VERTICALE	
DENOMINAZIONE PIANO	FASE ITER PROGRAMMAZIONE
PRS 2016 - 2020	Approvato dal CR il 15 marzo 2017 dal Consiglio regionale con la risoluzione n. 47
Piano di Indirizzo Territoriale (PIT)	Approvato dal Consiglio regionale il 24 luglio 2007 con delibera n. 72 (nonché atto integrativo del PIT con valenza di piano paesaggistico approvato dal Consiglio regionale il 27 marzo 2015 con delibera n. 37)
COERENZA ESTERNA ORIZZONTALE	
DENOMINAZIONE PIANO	FASE ITER PROGRAMMAZIONE
Piano Ambientale ed Energetico Regionale (PAER)	Approvato dal CR l'11 febbraio 2015 con delibera n. 10
Proposta di Piano regionale Cave (per la concertazione)	Approvata dalla GR il 24 settembre 2018 con decisione n. 8
Piano di gestione dei rifiuti e bonifica dei siti inquinati (PRB)	Approvato dal CR il 18 novembre 2014 con delibera n. 94
Modifica del Piano regionale di gestione dei rifiuti e bonifica dei siti inquinati (PRB) per la razionalizzazione del sistema impiantistico di trattamento dei rifiuti	Approvata dal CR il 24 luglio 2017 con delibera n. 55
Piano regionale integrato infrastrutture e mobilità (PRIIM)	Approvato dal CR il 12 febbraio 2014 con delibera n. 18
Piano regionale sulla qualità dell'aria e dell'ambiente (PRQA)	Approvato dal CR il 18 luglio 2018 con delibera n. 72
Informativa Piano pesca nelle acque interne (documento preliminare)	Approvata dalla GR il 29 ottobre 2018 con delibera n. 1

L'analisi di coerenza è stata condotta con l'utilizzo di matrici a doppia entrata, in cui sono correlati gli obiettivi generali e le linee strategiche del PSSIR con gli obiettivi generali o specifici degli altri piani regionali e programmi, indicando la tipologia di interazione secondo la seguente legenda:

↑↑ forte correlazione tra obiettivi

↑ coerenza degli obiettivi

X potenziale contrasto tra obiettivi

- indifferenza degli obiettivi

Coerenza esterna verticale con PRS e PIT

ANALISI DI COERENZA DEL PSSIR CON IL PROGRAMMA REGIONALE DI SVILUPPO (PRS) 2016-2020

Il Programma di Governo 2010-2015 e il PRS 2016-2020 costituiscono gli strumenti per indirizzare le politiche regionali verso la piena realizzazione dei 5 macro-obiettivi di Europa2020 inerenti occupazione, investimenti in ricerca e sviluppo, ambiente ed energia, abbandono scolastico ed istruzione universitaria, riduzione della povertà.

In particolare, all'interno del PRS 2016-2020 ritroviamo due fondamentali principi ispiratori che si esprimono nella duplice esigenza di sfruttare le eccellenze del nostro territorio, al fine di sostenere lo sviluppo, e di fronteggiare, con tutti gli strumenti a disposizione, le situazioni di disagio e di esclusione sociale; infatti è fortemente aumentata l'area della popolazione a rischio di povertà: 18 milioni di persone a rischio povertà e/o esclusione sociale e circa 4 milioni di persone in situazione di povertà assoluta.

Il PSSIR è lo strumento programmatico che specifica e definisce le politiche settoriali a partire dai principi ispiratori descritti e, a tal fine, relativamente a quanto specificato nell'Area tematica 3 del PRS, si collega ai seguenti progetti regionali, di cui costituisce la cornice programmatica di riferimento:
2) Politiche per il mare, per l'Elba e per l'arcipelago toscano e 3) Politiche per la montagna e per le aree interne, ai quali si ricollegano gli interventi tesi a garantire, in maniera uniforme ed appropriata su tutto il territorio regionale, l'accesso ai servizi sanitari e l'integrazione di questi con i servizi socio-sanitari, in continuità con il "Progetto pilota per l'ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e località caratterizzate da difficoltà di accesso" approvato dalla Conferenza Stato Regioni nel 2015 (vedi driver 1 – Ridurre le disuguaglianze di salute e sociali e target L - Dedicato alle popolazioni residenti

nelle aree interne ed insulari);
14) Ricerca, sviluppo ed innovazione, a cui si ricollega l'intento di coniugare innovazione e sostenibilità, favorendo il necessario raccordo con i bisogni assistenziali e la condivisione delle buone pratiche (vedi driver 4 - Accelerare l'utilizzo dell'innovazione e sfruttare la rivoluzione dell'informazione);
16) GiovaniSì, al quale si ricollegano gli interventi per rendere i giovani cittadini attivi della realtà toscana e per sostenere la loro emancipazione dal nucleo familiare (vedi driver 5 – Creare una nuova relazione con i cittadini e le comunità per un sistema di salute e welfare etico e partecipato e target C – Dedicato ai giovani oltre a target A - Dedicato ai genitori);
17) Lotta alla povertà ed all'inclusione sociale, al quale, in coerenza con le strategie di Europa2020 (obiettivo 6), si ricollegano tutte le misure straordinarie tese al sostegno delle famiglie, dei lavoratori e dei soggetti vulnerabili (vedi driver 1 - Ridurre le disuguaglianze di salute e sociali);
18) Tutela dei diritti civili e sociali, al quale afferiscono gli interventi rivolti, tra l'altro, al mondo della non autosufficienza e della disabilità, nell'ottica dell'integrazione socio-sanitaria (vedi target F – Dedicato agli anziani e target G - Dedicato alle persone con disabilità);
19) Riforma e sviluppo della qualità sanitaria, i cui interventi sono volti a facilitare l'accesso alle prestazioni e la riduzione delle liste di attesa, a garantire inoltre l'appropriatezza dei percorsi assistenziali e, sempre in coerenza con le strategie di Europa 2020 (obiettivo 8), la riduzione delle disparità territoriali (vedi driver 1 – Ridurre le disuguaglianze di salute e sociali e target N – Dedicato a tutti i cittadini);
22) Politiche per l'accoglienza e l'integrazione dei cittadini stranieri, al quale afferiscono gli interventi tesi a rispondere alle crescenti esigenze di accoglienza e volti a realizzare politiche orientate alla tempestività ed alla collaborazione tra tutti i livelli istituzionali (vedi target H – dedicato agli stranieri).

ANALISI DI COERENZA DEL PSSIR CON PIANO DI INDIRIZZO TERRITORIALE (PIT)

La coerenza del PSSIR con il Piano di Indirizzo Territoriale (PIT) è stata valutata innanzitutto con riferimento alla strategia di sviluppo territoriale delineata dal PIT, successivamente in relazione alle disposizioni contenute nella l.r. 65/2014, che affida agli strumenti della pianificazione territoriale e agli atti del governo del territorio la tutela e la riproducibilità funzionale delle risorse naturali, ambientali e paesaggistiche, nonché la definizione dei parametri di sostenibilità per i fattori culturali, sociali ed economici dello sviluppo.
Infine abbiamo verificato che le politiche descritte nel PSSIR sono in sinergia con le previsioni contenute nell'atto integrativo del PIT, con valenza di piano paesaggistico, approvato dal Consiglio regionale con delibera 37/2015.

PSSIR	PIANO DI INDIRIZZO TERRITORIALE (PIT)					
Obiettivi Generali	Integrare e qualificare la Toscana come "città policentrica"					Sviluppare e consolidare la presenza industriale
	Accoglienza mediante moderne e dinamiche modalità dell'offerta di residenza urbana	Accoglienza organizzata e di qualità per l'alta formazione e la ricerca	Mobilità intra e inter-regionale	Qualità della e nella "città toscana"	Governance integrata su scala regionale	
Ridurre le disuguaglianze di salute e sociali	↑↑	-	↑	↑	↑↑	-
Gestire la cronicità	↑	↑	↑↑	↑	↑↑	-
Sviluppare nuovi modelli di 'care'	-	-	↑	↑	↑	-
Accelerare l'utilizzo dell'innovazione e sfruttare la rivoluzione dell'informazione	↑	↑	↑	↑	↑↑	↑
Creare una nuova relazione con i cittadini e le comunità per un sistema di salute e di welfare etico e partecipato	↑	↑	↑	↑	↑↑	-
Ridisegnare le competenze e sostenere le 'avanguardie' per sviluppare una forza lavoro moderna e flessibile	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Creare una nuova alleanza con i cittadini per preservare il nostro sistema socio sanitario	↑	↑	↑	↑	↑	-
Pianificare in maniera condivisa le cure nell'ultima fase della vita	-	-	-	-	↑	-

Coerenza esterna orizzontale

PSSIR	PIANO AMBIENTALE ED ENERGETICO REGIONALE (PAER)				
Obiettivi Generali	Energia e cambiamenti climatici	Natura e biodiversità	Ambiente, salute e qualità della vita	Risorse naturali e rifiuti	Obiettivi trasversali
Ridurre le disuguaglianze di salute e sociali	-	-	↑	-	↑
Gestire la cronicità	↑	-	↑↑	↑	↑
Sviluppare nuovi modelli di 'care'	-	-	↑	-	↑
Accelerare l'utilizzo dell'innovazione e sfruttare la rivoluzione dell'informazione	↑	-	↑↑	↑	↑
Creare una nuova relazione con i cittadini e le comunità per un sistema di salute e di welfare etico e partecipato	↑↑	↑	↑↑	↑	↑
Ridisegnare le competenze e sostenere le 'avanguardie' per sviluppare una forza lavoro moderna e flessibile	-	-	↑	-	-
Creare una nuova alleanza con i cittadini per preservare il nostro sistema socio sanitario	-	-	↑↑	-	↑
Pianificare in maniera condivisa le cure nell'ultima fase della vita	-	-	↑	-	-

PSSIR	PROPOSTA DI PIANO REGIONALE CAVE (PRC)		
Obiettivi Generali	Approvvigionamento sostenibile e tutela delle risorse minerarie	Sostenibilità ambientale, paesaggistica e territoriale	Sostenibilità economica e sociale
Ridurre le disuguaglianze di salute e sociali	-	-	↑↑
Gestire la cronicità	-	↑	↑↑
Sviluppare nuovi modelli di 'care'	-	-	↑
Accelerare l'utilizzo dell'innovazione e sfruttare la rivoluzione dell'informazione	-	-	↑↑
Creare una nuova relazione con i cittadini e le comunità per un sistema di salute e di welfare etico e partecipato	-	↑	↑↑
Ridisegnare le competenze e sostenere le 'avanguardie' per sviluppare una forza lavoro moderna e flessibile	-	-	↑
Creare una nuova alleanza con i cittadini per preservare il nostro sistema socio sanitario	-	↑	↑↑
Pianificare in maniera condivisa le cure nell'ultima fase della vita	-	-	↑

PSSIR	PIANO DI GESTIONE DEI RIFIUTI E BONIFICA DEI SITI INQUINATI (PRB)					
Obiettivi Generali	Prevenzione e preparazione per il riutilizzo	Attuazione della strategia per la gestione dei rifiuti	Autosufficienza, prossimità ed efficienza nella gestione dei rifiuti	Criteri di localizzazione degli impianti per rifiuti urbani e speciali	Bonifica dei siti inquinanti e delle aree minerarie dismesse	Informazione, promozione della ricerca e dell'innovazione
Ridurre le disuguaglianze di salute e sociali	-	-	-	-	-	↑
Gestire la cronicità	-	-	-	-	↑	↑
Sviluppare nuovi modelli di 'care'	-	-	-	-	-	↑
Accelerare l'utilizzo dell'innovazione e sfruttare la rivoluzione dell'informazione	-	-	-	-	-	↑↑
Creare una nuova relazione con i cittadini e le comunità per un sistema di salute e di welfare etico e partecipato	-	-	-	-	-	↑
Ridisegnare le competenze e sostenere le 'avanguardie' per sviluppare una forza lavoro moderna e flessibile	-	-	-	-	-	-
Creare una nuova alleanza con i cittadini per preservare il nostro sistema socio sanitario	-	-	-	-	-	↑
Pianificare in maniera condivisa le cure nell'ultima fase della vita	-	-	-	-	-	-

PSSIR	PIANO REGIONALE INTEGRATO INFRASTRUTTURE E MOBILITA' (PRIIM)				
Obiettivi Generali	Realizzare le grandi opere per la mobilità diinteresse nazionale e regionale	Qualificare il sistema dei servizi di trasporto pubblico	Sviluppare azioni per la mobilità sostenibile e per il miglioramento dei livelli di sicurezza stradale e ferroviaria	Interventi per lo sviluppo della piattaforma logistica toscana	Azioni trasversali per l'informazione e comunicazione, ricerca e innovazione, sistemi di trasporto intelligenti
Ridurre le disuguaglianze di salute e sociali	↑	↑	↑	↑	↑
Gestire la cronicità	-	↑	↑	↑	↑
Sviluppare nuovi modelli di 'care'	-	-	-	-	-
Accelerare l'utilizzo dell'innovazione e sfruttare la rivoluzione dell'informazione	↑	↑	↑	↑	↑
Creare una nuova relazione con i cittadini e le comunità per un sistema di salute e di welfare etico e partecipato	↑	↑	↑	↑	↑
Ridisegnare le competenze e sostenere le 'avanguardie' per sviluppare una forza lavoro moderna e flessibile	↑	↑	↑	↑	↑
Creare una nuova alleanza con i cittadini per preservare il nostro sistema socio sanitario	↑	↑	↑	↑	↑
Pianificare in maniera condivisa le cure nell'ultima fase della vita	-	-	-	-	-

PSSIR	PIANO REGIONALE SULLA QUALITÀ DELL'ARIA E DELL'AMBIENTE (PRQA)			
Obiettivi Generali	Portare a zero la percentuale di popolazione esposta a superamenti oltre i valori limite di biossido di azoto NO2 e materiale particolato fine pm10 entro il 2020	Ridurre la percentuale della popolazione esposta a livelli di ozono O3 superiori al valore obiettivo	Mantenere una buona qualità dell'aria nelle zone e negli agglomerati in cui i livelli degli inquinamenti siano stabilmente al di sotto dei valori limite	Aggiornare e migliorare il quadro conoscitivo e diffusione delle informazioni
Ridurre le disuguaglianze di salute e sociali	↑	↑	↑	↑
Gestire la cronicità	↑	↑	↑	↑
Sviluppare nuovi modelli di 'care'	-	-	-	-
Accelerare l'utilizzo dell'innovazione e sfruttare la rivoluzione dell'informazione	↑	↑	↑	↑
Creare una nuova relazione con i cittadini e le comunità per un sistema di salute e di welfare etico e partecipato	↑	↑	↑	↑
Ridisegnare le competenze e sostenere le 'avanguardie' per sviluppare una forza lavoro moderna e flessibile	-	-	-	-
Creare una nuova alleanza con i cittadini per preservare il nostro sistema socio sanitario	↑	↑	↑	↑
Pianificare in maniera condivisa le cure nell'ultima fase della vita	-	-	-	-

PSSIR	PIANO REGIONALE PER LA PESCA NELLE ACQUE INTERNE			
Obiettivi Generali	Tutela delle specie ittiche autoctone	Contrasto alle specie ittiche alloctone	Promuovere attraverso la pesca sportiva un uso sostenibile delle risorse naturalistiche del territorio	Pianificare la pratica della pesca professionale in acque interne e la pesca con i retoni in un quadro di sostenibilità ambientale
Ridurre le disuguaglianze di salute e sociali	-	-	-	-
Gestire la cronicità	-	-	-	-
Sviluppare nuovi modelli di 'care'	-	-	-	-
Accelerare l'utilizzo dell'innovazione e sfruttare la rivoluzione dell'informazione	-	-	-	-
Creare una nuova relazione con i cittadini e le comunità per un sistema di salute e di welfare etico e partecipato	-	-	↑	↑
Ridisegnare le competenze e sostenere le 'avanguardie' per sviluppare una forza lavoro moderna e flessibile	-	-	-	-
Creare una nuova alleanza con i cittadini per preservare il nostro sistema socio sanitario	-	-	↑	↑
Pianificare in maniera condivisa le cure nell'ultima fase della vita	-	-	-	-

VALUTAZIONE DI COERENZA INTERNA

In questa sezione viene valutata la coerenza dei contenuti del Piano relativamente a:
- eventuali linee di indirizzo del Consiglio Regionale – obiettivi generali – obiettivi specifici
- coerenza interna verticale;
- articolazione degli obiettivi specifici in azioni e risultati attesi rispetto agli indicatori utilizzati– coerenza interna orizzontale.

Coerenza interna verticale

Gli obiettivi generali e gli indirizzi strategici del Piano, delineati dall'informativa preliminare della Giunta regionale n. 11, sono stati discussi dal Consiglio che si è espresso con la Risoluzione 196 del 18 gennaio 2018, dando una serie di indirizzi alla Giunta, di cui si è tenuto conto nella successiva elaborazione del Piano.
L'analisi di coerenza verticale, pertanto, espone, nell'ambito dello scenario della salute in toscana, i livelli di coerenza tra obiettivi generali (DRIVER) e i relativi obiettivi specifici.

Di seguito si riporta la traduzione operativa di tali indirizzi nel Piano:

- la sostenibilità del sistema sanitario pubblico costituisce uno degli obiettivi strategici (Driver 7) del nuovo Piano, quale ambito nel quale far convergere un impegno congiunto tra tutti i diversi soggetti coinvolti sul versante dei servizi e dei cittadini, che devono essere informati e responsabilizzati. Anche lo sviluppo delle reti cliniche è uno degli ambiti di innovazione organizzativa, espressamente previsti dall'obiettivo strategico Driver 3, finalizzato a promuovere e sostenere lo sviluppo e l'adozione di nuovi modelli di *care*;
- ad oggi, la mancanza di un governo unitario della rete dell'offerta è stato sicuramente uno degli elementi di maggiore debolezza nella ricerca di efficienza e coordinamento della fase erogativa delle prestazioni specialistiche a livello aziendale. Occorre superare la logica della compartimentazione tra diversi *setting* di erogazione nell'affrontare la problematica dei tempi di attesa, operando all'interno dell'intero sistema della domanda e dell'offerta che comprende unitariamente sia le attività ambulatoriali sia quelle erogate in regime di ospedalizzazione, quali componenti di un unico sistema che condivide le stesse logiche e le stesse risorse; tale obiettivo è da perseguire operando per una concreta presa in carico dei pazienti sia in ambito di prestazioni di primo accesso, relative alla definizione o ad un approfondimento diagnostico e assicurate attraverso criteri di priorità clinica condivisi tra i professionisti, sia in ambito di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici, attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei protocolli diagnostici terapeutici definiti nei PDTA;

- la riduzione dei tempi di attesa è uno degli impegni assunti nei confronti di tutti i cittadini nel Target N, portando avanti gli interventi strutturali introdotti con le recenti Deliberazioni. GR n.476/2018 e 750/2018;
- in perfetta coerenza con quanto indicato dal Consiglio Regionale il PSSIR evidenzia la necessità di promuovere salute e stili di vita sani per i cittadini di tutte le età, per favorirne il benessere e prevenire problematiche di salute, contrastando, con azioni *evidence based*, i principali fattori di rischio come meglio descritto nel capitolo "Articolazione del Piano" nonché nei successivi capitoli (Driver 2, Driver 5, Target A, Target B, Target C, Target E, Target F, Target I e Target M). L'approccio è *multi-stakeholders*, per la Salute in tutte le politiche, con il coinvolgimento degli attori di comunità, scuola, lavoro. Il proseguo delle sorveglianze epidemiologiche per età fornisce dati a supporto delle azioni. Parimenti si richiama la necessità di potenziare l'utilizzo degli screening e favorire la diagnosi precoce;
- il PSSIR, all'interno del Driver 1, definisce quale obiettivo strategico, la cooperazione tra le istituzioni territoriali per presidiare pro-attivamente tutti i settori (salute, scuola, mobilità, occupazione, ambiente) ed i contesti geografici che rappresentano fattori di rischio sovra individuali e promuovere la salute individuale e collettiva. In particolare, in relazione al tema della promozione e della qualità delle cure è assunto l'impegno ad aumentare l'accesso delle mamme con basso titolo di studio o in condizioni di vulnerabilità ai servizi offerti dai Consultori per il sostegno e l'accompagnamento alla maternità e alla genitorialità. All'interno del Target A dedicato ai genitori sono poi definite le linee di indirizzo per lo sviluppo del percorso nascita e la promozione del benessere e del sostegno alla genitorialità;
- occorre organizzare interventi, sin dall'inizio del percorso nascita, per individuare precocemente difficoltà e situazioni di rischio psichico e psicosociale della gestante e/o del partner dalla fase pre-concezionale in poi (visite pre-concezionali, consegna libretto gravidanza, CAN, visite ostetriche-ginecologiche in gravidanza); inoltre è necessario attivare percorsi per favorire e sostenere un'adeguata funzione genitoriale nei momenti di crisi nella coppia e durante i processi di separazione quando particolarmente conflittuali; il Target A, infine, in particolare tra gli adolescenti e i giovani adulti, prevede la promozione di sani stili di vita e, in relazione alla salute riproduttiva, la diffusione di una cultura della preservazione della fertilità;
- per quanto attiene l'approccio della medicina di precisione, si specifica che costituisce cardine fondamentale di un Sistema socio sanitario integrato evoluto il fatto di investire nella formazione, nella ricerca, nell'innovazione e nella sperimentazione clinica, favorendo il necessario raccordo con i bisogni assistenziali e il trasferimento dei risultati. In tal senso, si individua fra gli obiettivi strategici da perseguire: "condivisione e valorizzazione fra i soggetti del sistema delle infrastrutture, quali piattaforme organizzative e di ricerca integrate, nell'ambito delle nuove frontiere della medicina (quali, fra l'altro, *Big Data* e *Precision and Personalized Medicine*)". - (TARGET N- paragrafo "La ricerca e la sperimentazione clinica nelle scienze della vita);

- all'interno del Driver 4 sono stati esplicitati in dettaglio i tre argomenti evidenziati: formazione, informatizzazione e medicina di precisione. In particolare l'attivazione di nuovi percorsi formativi è stato considerato come uno degli sviluppi chiave per il rimodellamento della forza lavoro. L'utilizzo migliore della tecnologia e dei dati è stato inserito come un prerequisito per supportare e abilitare gli sviluppi necessari per rimodellare il sistema sanitario e sociale. In tal senso ad esempio si pensi all'utilizzo di sistemi di telemedicina che è stato citato come necessario per lo sviluppo di nuovi modelli di presa in carico ed integrazione della rete assistenziale come pure, sviluppo chiave, è stata considerata la personalizzazione delle cure, incluso il benessere individuale e la cura di sé e l'impatto della genomica;
- all'interno del Driver 6 si fa esplicito riferimento alla coerenza dei piani formativi aziendali con lo sviluppo delle tecnologie, con particolare riferimento alla medicina di precisione nel campo oncologico;
- occorre rendere immediatamente visibile e fruibile la mappatura dei singoli servizi sul territorio ai case manager che si trovino ad organizzare l'assistenza ai pazienti cronici secondo gli standard definiti nei PDTAS in un qualsiasi punto del territorio regionale diventi un requisito minimo di funzionamento della rete. L'incremento della cronicità, della disabilità e lo sviluppo di bisogni complessi rinnova il ruolo dei medici di medicina generale (MMG) e richiede uno sviluppo del lavoro in team. Un sistema di cure che può usufruire del buon funzionamento di forme organizzate di cure primarie, come in questa regione le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) degli MMG, garantisce soddisfacenti risultati clinici e relazioni di cura, anche a lungo termine, tra i pazienti e i curanti, in un contesto capace di considerare le preferenze delle persone e i loro bisogni combinati, biomedici e psicosociali. I PDTAS saranno anche il riferimento per il principale strumento di lavoro oggi impiegato dai team multi professionali: i Piani Assistenziali Individuali (PAI) (Driver 2);
- nel Target F vengono definiti gli obiettivi di implementazione e omogeneizzazione delle azioni dedicate alla non autosufficienza (l.r. 66/08) per garantire, attraverso il Sistema Sociosanitario Pubblico regionale, sia in termini di presa in carico che di accesso, i servizi per la persona non autosufficiente. Nel Target H si prevede tempestività, omogeneità e certezza delle prime visite mediche all'arrivo nel territorio ed efficace ed efficiente presa in carico sul lungo periodo, nell'ambito del sistema delle Cure Primarie; il Target G, inoltre, definisce come le risposte del sistema integrato dei servizi socio sanitari debbano essere finalizzate a coniugare la sostenibilità degli interventi con la realizzazione di risultati di efficacia ed appropriatezza che mirino al pieno rispetto dei Livelli essenziali di assistenza ove previsti, e come debbano essere volte a incentivare la vita indipendente al fine di migliorare le opportunità di vita e di lavoro e ad inserire in modo strutturato la logica del "durante e dopo di noi", avviata con la L. 112/2016, all'interno dei percorsi territoriali, garantendo risposte inclusive, appropriate, partecipate e sostenibili dei cittadini.

Obiettivi generali / DRIVER	Obiettivi specifici	Livello di coerenza
Ridurre le disuguaglianze di salute e sociali	Contrasto alla povertà attraverso la misura del reddito di inclusione (REI)	**Alto**
	Azioni per l'integrazione dei migranti	**Alto**
Gestire la cronicità	Promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce	**Alto**
	Realizzazione dell'integrazione multiprofessionale	**Alto**
Sviluppare nuovi modelli di 'care'	Maggiore integrazione tra risposte sanitarie e sociali	**Alto**
	Lavorare in rete	**Alto**
Accelerare l'utilizzo dell'innovazione e sfruttare la rivoluzione dell'informazione	Servizi al cittadino (prenotazione, pagamento, fascicolo sanitario elettronico, ecc.)	**Alto**
	Gestione integrata socio-sanitaria del territorio (inclusi ospedali)	**Alto**
Creare una nuova relazione con i cittadini e le comunità per un sistema di salute e di welfare etico e partecipato	Promuovere la comunicazione e l'informazione come strumento per la partecipazione e l'empowerment	**Alto**
	Sostenere i valori e le scelte individuali nei percorsi di cura.	**Alto**
Ridisegnare le competenze e sostenere le 'avanguardie' per sviluppare una forza lavoro moderna e flessibile	Coerenza della programmazione della formazione continua agli obiettivi rilevanti per il sistema Sst e ai processi di trasformazione e sviluppo delle aziende sanitarie toscane	**Alto**
	Promozione presso le aziende ed enti del Ssr di modelli organizzativi e di sviluppo di carriera evoluti, orientati alla valorizzazione delle competenze professionali della dirigenza e del comparto	**Alto**
Creare una nuova alleanza con i cittadini per preservare il nostro sistema socio sanitario	Promuovere la responsabilità da parte dei professionisti nelle scelte di cura e la partecipazione dei pazienti e dei cittadini	**Alto**
Pianificare in maniera condivisa le cure nell'ultima fase della vita	Garantire la pianificazione condivisa delle cure	**Alto**
	Garantire l'attivazione precoce di percorsi di cure palliative nelle cura delle persone affette da patologie croniche	**Alto**

Coerenza interna orizzontale

Per la varietà dei temi trattati e l'ampiezza e la complessità della materia, l'analisi di coerenza orizzontale tra obiettivi specifici ed azioni, risultati e indicatori, è stata effettuata attraverso il collegamento degli obiettivi specifici, come riportati nel paragrafo precedente sulla coerenza verticale, e i capitoli nei quali tali obiettivi trovano maggiore esplicazione e vengono ulteriormente dettagliati e sviluppati in azioni, interventi e risultati. Per questo il quadro riportato copre solo in piccola parte il dispiegarsi delle tematiche comprese nel piano, non potendo addentrarsi nella varietà di interventi previsti nei capitoli del piano.
Per quanto riguarda gli indicatori di risultato ed i valori attuali/attesi degli stessi ci si è avvalsi delle seguenti famiglie di indicatori:

- Indicatori Bersaglio MeS
- Indicatori nuovo sistema di Garanzia LEA
- Indicatori Documento Tavolo Tecnico MEF per la Verifica degli Adempimenti Regionali
- Indicatori del Reddito di Inclusione (REI) - Decreto legislativo n.147 del 15 settembre 2017

Sono stati inoltre utilizzati Indicatori procedurali individuati dai competenti uffici della Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale (Regione Toscana).
I suddetti strumenti di valutazione risultano idonei a garantire il monitoraggio dei risultati del sistema sanitario e sociale regionale, ai vari livelli di attività: alcuni di essi (Indicatori nuovo sistema di Garanzia LEA e Indicatori Documento Tavolo Tecnico MEF per la Verifica degli Adempimenti Regionali) inoltre fanno parte di nuovi sistemi di valutazione delle regioni su scala nazionale.
Essi sono non solo costantemente aggiornati dai soggetti che li gestiscono ma anche pubblicati con modalità che ne garantiscono la trasparenza e l'accessibilità.
Per maggiore chiarezza è stato riportato nella tabella, a fianco della descrizione dell'indicatore, il codice o i codici dei medesimi indicatori come organizzati nei rispettivi sistemi di valutazione.
Per i valori attuali/valori attesi è generalmente segnalata nell'apposita colonna prevalentemente la direzione della variazione che si intende verificare in quanto si tratta di indicatori che pur connotandosi come misura delle azioni previste, non sono da queste direttamente dipendenti.
Nell'elenco dei "'Collegamenti a Documenti Esterni" sono riportati anche i link relativi ai siti internet dei sistemi di valutazione sopra elencati dove sono dettagliati i rispettivi razionali e schede di calcolo.

OBIETTIVI SPECIFICI		AZIONI DEFINITE NEI CAPITOLI DEL PIANO INDICATI	INDICATORI (vedi legenda in calce per fonte indicatore)	VALORE ATTUALE/ATTESO
1	CONTRASTO ALLA POVERTA' ATTRAVERSO LA MISURA DEL REDDITO DI INCLUSIONE (REI);	DEDICATO A TUTTI I CITTADINI DEDICATO AI BAMBINI	1. **REI** BENEFICIARI AMMESSI ALLA MISURA REI; 2.**REI** NUMERO PUNTI DI ACCESSO REI SUL TERRITORIO REGIONALE;	1. Incremento 2. Incremento
2	AZIONI PER L'INTEGRAZIONE DEI MIGRANTI	DEDICATO AGLI STRANIERI DEDICATO AI BAMBINI	1. **RT** N. MINORI IN CARICO AI SERVIZI TERRITORIALI; 2. **RT** N. PROGETTI F.A.M.I. ATTIVATI DA REGIONE TOSCANA (2014/2020)	1. Aumento dei minori intercettati dai servizi territoriali e presi in carico; 2. Partecipazione al 100% degli Avvisi FAMI dedicati alle Regione
3	PROMOZIONE DELLA SALUTE, PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE	DEDICATO ALLE DONNE DEDICATO AI GIOVANI	1. **NSG-LEA** P15C Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto; 2. **NSG-LEA** P14C Indicatore composito sugli stili di vita;	1. Adesione Corretta screening cervice uterina: 56,6 / 60 % Adesione Corretta screening mammografico: 72,9 / 75% Adesione Corretta screening Screening Colon: 49,3 / 55% 2. P14C: miglioramento
4	REALIZZAZIONE DELL'INTEGRAZIONE MULTIPROFESSIONALE	DEDICATO AGLI ANZIANI DEDICATO ALLE PERSONE CON DISABILITÀ	1. **NSG-LEA** D22Z Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3) 2. **NSG-LEA** D23Z Tasso di PIC (Prese in Carico) in cure domiciliari integrate I livello (CIA 1), II livello (CIA 2), III livello (CIA 3)	Tasso di pazienti trattati in ADI: 14 /18 *1000 Tasso di PIC in ADI CIA III e CIA IIV: 3,3 / 4 * 1000
5	MAGGIORE INTEGRAZIONE TRA RISPOSTE SANITARIE E SOCIALI	DEDICATO A TUTTI I CITTADINI DEDICATO AGLI ANZIANI	1. **NSG-LEA** D03C Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta per complicanze per diabete, BPCO e scompenso cardiaco 2. **MES** C8b.1.1 tasso di accesso al ps codici bianchi e azzurri non seguiti da ricovero per 1.000 residenti std per età e sesso	1. Valore atteso: miglioramento standard attuale 2. Valore 2017: 82,72 Valore atteso: <70
6	LAVORARE IN RETE	DEDICATO AI PAZIENTI ONCOLOGICI DEDICATO A TUTTI I CITTADINI	1. **TTMEF** AAV attivazione dei centri di senologia secondo i criteri e le modalità organizzative contenuti nel documento di intesa "linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia" 2. **TTMEF** AK riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio	1. Valore atteso: attivazione 2. Valore atteso: riorganizzazione della rete

OBIETTIVI SPECIFICI		AZIONI DEFINITE NEI CAPITOLI DEL PIANO INDICATI	INDICATORI (vedi legenda in calce per fonte indicatore)	VALORE ATTUALE/ATTESO
7	SERVIZI AL CITTADINO (PRENOTAZIONE, PAGAMENTO, FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO, ECC.)	DEDICATO A TUTTI I CITTADINI	**TTMEF** AAD) SISTEMA FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE);	1. AAD.1) realizzazione FSE; 2. AAD.2) disponibilità dati ad FSE-INI
8	GESTIONE INTEGRATA SOCIO-SANITARIA DEL TERRITORIO (INCLUSI OSPEDALI)	DEDICATO A TUTTI I CITTADINI	1. **TTMEF** J) TESSERA SANITARIA: Dematerializzata; • Attivazione TS-CNS; • 730-precompilato; 2. **TTMEF** K): TESSERA SANITARIA: Stato di attuazione delle attività per la trasmissione telematica dell'associazione medico-ricettario;	Miglioramento stato di utilizzo ricette dematerializzate - Miglioramento stato di attivazione tessere sanitarie - Attuazione procedure inerenti la trasmissione dei dati sanitari ai fini del 730 - Miglioramento livello copertura ricettari con i medici prescrittori
9	PROMUOVERE LA COMUNICAZIONE E L'INFORMAZIONE COME STRUMENTO PER LA PARTECIPAZIONE E L'EMPOWERMENT	DEDICATO A TUTTI I CITTADINI	**MES** Comunicazione e partecipazione del cittadino (B16)	Valore attuale (2017): Performance impegni raggiunti (media regionale) 81,72. Valore atteso: Performance impegni raggiunti- riduzione variabilità interaziendale- raggiungimento per ciascuna azienda di un valore ≥ 80%.
10	SOSTENERE I VALORI E LE SCELTE INDIVIDUALI NEI PERCORSI DI CURA	DEDICATO A TUTTI I CITTADINI	**MES** Valutazione utenti (D.19)	Valore attuale (2016): Performance del SSR = 80,75. Valore atteso: Performance del SSR ≥ 85.

OBIETTIVI SPECIFICI		AZIONI DEFINITE NEI CAPITOLI DEL PIANO INDICATI	INDICATORI (vedi legenda in calce per fonte indicatore)	VALORE ATTUALE/ATTESO
11	COERENZA DELLA PROGRAMMAZIONE DELLA FORMAZIONE CONTINUA AGLI OBIETTIVI RILEVANTI PER IL SISTEMA SST E AI PROCESSI DI TRASFORMAZIONE E SVILUPPO DELLE AZIENDE SANITARIE TOSCANE	DEDICATO AI LAVORATORI DEDICATO ALLE DONNE	1. **RT**. Provvedimento Di Individuazione Degli Obiettivi Formativi Regionali E Di Indirizzo Alle Strutture Sanitarie 2. **RT**. Controllo della programmazione dei provider anche attraverso le visite di audit -indicatori lea	1. Valore attuale: coerenza della programmazione alle indicazioni della DGR 1448/20171.1 Valore atteso: coerenza della programmazione ai nuovi indirizzi sulla redazione dei piani (oltre che alla DGR 1448/2017) 2.Valore attuale: esito positivo degli audit per l'accreditamento dei provider ECM. Valore atteso: esito positivo anche delle visite di audit sulla qualità degli eventi formativi erogati.
12	PROMOZIONE PRESSO LE AZIENDE ED ENTI DEL SSR DI MODELLI ORGANIZZATIVI E DI SVILUPPO DI CARRIERA EVOLUTI, ORIENTATI ALLA VALORIZZAZIONE DELLE COMPETENZE PROFESSIONALI DELLA DIRIGENZA E DEL COMPARTO	DEDICATO AI LAVORATORI DEDICATO A TUTTI I CITTADINI	**RT** Emanazione di Linee di indirizzo da parte della Regione e numero di modelli di sviluppo di carriera adottati in coerenza con le stesse da parte delle Aziende ed Enti del SSR (valore atteso: tutte le Aziende ed Enti devono adottare i nuovi modelli)	Valore atteso: tutte le Aziende ed Enti devono adottare i nuovi modelli
13	PROMUOVERE LA RESPONSABILITÀ DA PARTE DEI PROFESSIONISTI NELLE SCELTE DI CURA E LA PARTECIPAZIONE DEI PAZIENTI E DEI CITTADINI	DEDICATO A TUTTI I CITTADINI	1. **NSG-LEA** H01Z Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente 2. **NSG-LEA** D12C, D13C Consumo procapite di prestazioni diagnostiche 3. **NSG-LEA** D14C,D15C,D16C,D17C Consumo procapite di farmaci sentinelle/traccianti	1. Mantenimento valori attuali 2. Riduzione 3.Riduzione

OBIETTIVI SPECIFICI		AZIONI DEFINITE NEI CAPITOLI DEL PIANO INDICATI	INDICATORI (vedi legenda in calce per fonte indicatore)	VALORE ATTUALE/ATTESO
14	GARANTIRE LA PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE	DEDICATO ALLE POPOLAZIONI RESIDENTI NELLE AREE INTERNE ED INSULARI	1. **NSG-LEA** D30Z Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore 2. **NSG-LEA** D31C Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore.	1. Incremento 2. Incremento
15	GARANTIRE L'ATTIVAZIONE PRECOCE DI PERCORSI DI CURE PALLIATIVE NELLE CURA DELLE PERSONE AFFETTE DA PATOLOGIE CRONICHE	DEDICATO AI PAZIENTI ONCOLOGICI	**NSG-LEA** D32Z Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica.	Incremento

LEGENDA FONTE INDICATORI

NSG-LEA (Indicatori nuovo sistema di Garanzia LEA)
MES (Indicatori Bersaglio MeS)
TTMEF (Indicatori Documento Tavolo Tecnico MEF per la Verifica degli Adempimenti Regionali)
REI (Indicatori REI - Decreto n.147 del 15 settembre 2017)
RT (Indicatori procedurali della Regione Toscana)

VALUTAZIONE DI FATTIBILITÀ ECONOMICO-FINANZIARIA

Le risorse complessivamente stanziate in bilancio per l'anno 2018, sono state 7.382,00 milioni di euro per la parte sanitaria e 102,40 milioni di euro per la parte sociale.

Relativamente agli anni 2019 e 2020, invece, le risorse attualmente utilizzabili per la parte sanitaria per sono quantificabili, rispettivamente, in 6.952,63 milioni di euro per l'anno 2019 e 6.493,00 milioni di euro per l'anno 2020. Queste risorse verranno quasi certamente incrementate durante ciascuno dei due esercizi in questione, a seguito di specifiche assegnazioni di ulteriori contributi in c/esercizio e rimborsi che al momento, però, non esattamente quantificabili. Le ulteriori risorse attese dovrebbero provenire, per esempio, dalle quote di F.S.N. vincolato a specifiche destinazioni e dal parziale ripiano del superamento dei tetti stabiliti da norme di livello nazionale per la spesa farmaceutica (payback), ripiano che, in base alla Legge 326/2003, art. 48, è dovuto dalle aziende farmaceutiche alle Regioni.

Per la parte sociale, le risorse attualmente utilizzabili per gli anni 2019 e 2020 sono quantificabili in 79,17 milioni di euro per l'anno 2019 e 49,42 milioni di euro per l'anno 2020. La previsione non tiene conto, al momento, di alcune risorse statali, quali il Fondo non autosufficienza e il Fondo Nazionale Politiche Sociali, risorse che sono previste da Leggi nazionali attualmente vigenti, ma che non sono attualmente inscrivibili nei bilanci di previsione in quanto vengono quantificate di anno in anno, attraverso decreti ministeriali specifici.

VALUTAZIONE DI FATTIBILITA' ECONOMICO-FINANZIARIA-SANITARIA

FONTI FINANZIARIE		2019	2020
Fondi statali	Corrente	6.832.905,42	1.105.950,56
	Investimento	10.711.660,35	1978751,58
Fondo sanitario	Corrente	6.919.466.576,45	6.915.938.296,42
	Investimento	4.475.685	6.201.525
Risorse regionali	Corrente	3.424.000	9.000.000
	Investimento	0	1.080.000
Risorse UE - Stato	Corrente	9598,5	0
Risorse vincolate	Corrente	70.000	70.000
Trasferimenti ESTAV - ARPAT - ISPRO - Fondazione Monasterio	Corrente	7.641.000	7.641.000
Totale		**6.952.631.425,72**	**6.943.015.523,56**

VALUTAZIONE DI FATTIBILITA' ECONOMICO-FINANZIARIA-SANITARIA

COSTI		2019	2020
Accentrata	Corrente	42.436.181,48	47.418.148,14
	Investimento	2.475.685	5.281.525
Fondi finalizzati destinati alle aziende sanitarie	Corrente	7.326.905,42	1.175.950,56
	Investimento	10.711.660,35	1.978.751,58
Fondo sanitario Aziende sanitarie	Corrente	6.783.540.993,47	6.781.021.148,28
	Investimento	2.000.000	2.000.000
Trasferimenti ESTAR - ARPAT- ARS- ISPRO	Corrente	104.140.000	104.140.000
Totale		**6.952.631.425,72**	**6.943.015.523,56**

VALUTAZIONE DI FATTIBILITA' ECONOMICO-FINANZIARIA-SOCIALE

FONTI FINANZIARIE		2019	2020
Cofinanziamento UE-Stato	Corrente	5.867.052,62	3.358.155,95
	Investimento	2.760.302,96	174.130,37
Fondi statali	Corrente	1.143.307,21	0
	Investimento	661.716,81	992.575,22
Fondo sanitario	Corrente	151.000,00	151.000,00
Risorse regionali	Corrente	11.907.361,00	11.884.108,00
	Investimento	3.975.000,00	2.970.000,00
Risorse UE - Stato	Corrente	36.504.970,42	28.901.685,85
	Investimento	15.641.714,00	986.738,77
Risorse vincolate	Corrente	556.146,97	0
Totale		**79.168.571,99**	**49.418.394,16**

VALUTAZIONE DI FATTIBILITA' ECONOMICO-FINANZIARIA-SOCIALE

COSTI		2019	2020
Azione di base dei servizi sociali - trasferimenti per il sostegno del sistema ordinario dei servizi sociali	Corrente	34.501.104,06	37.257.862,86
Azioni sociali rivolte all'accessibilità dei servizi, trasporti e mobilità, progetti di iniziativa regionale e interventi specifici	Corrente	21.628.734,16	7.037.086,94
	Investimento	23.038.733,77	5.123.444,36
Totale		**79.168.571,99**	**49.418.394,16**

PARTE SANITARIA

MISSIONE	PROGRAMMA	CORR/INV	FONTI FINANZIARIE	2019	2020
Sviluppo economico e competitività	Ricerca e innovazione	Corrente	Fondi statali	0	1.105.950,56
			Fondo sanitario	14.700.000,00	12.200.000,00
Tutela della salute	Servizio sanitario regionale - finanziamento aggiuntivo corrente per livelli di assistenza superiori ai LEA	Corrente	Fondo sanitario	920.000,00	920.000,00
	Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA	Corrente	Fondo sanitario	6.896.702.079,73	6.895.621.769,37
			Risorse regionali	800.000,00	0
			Trasferimenti ESTAV - ARPAT - ISPRO - Fondazione Monasterio	7.641.000,00	7.641.000,00
	Servizio sanitario regionale - investimenti sanitari	Investimento	Fondi statali	10.711.660,35	1.978.751,58
			Fondo sanitario	3.681.005,00	2.181.005,00
			Risorse regionali	0	1.080.000,00
	Ulteriori spese in materia sanitaria	Corrente	Fondi statali	6.832.905,42	0
			Fondo sanitario	7.144.496,72	7.196.527,05
			Risorse regionali	2.624.000,00	9.000.000,00
			Risorse UE - Stato	9.598,50	0,00
			Risorse vincolate	70.000,00	70.000,00
		Investimento	Fondo sanitario	794.680,00	4.020.520,00
			Totale	**6.952.631.425,72**	**6.943.015.523,56**

PARTE SOCIALE

Missione	Programma	CORR/INV	FONTE	2019	2020
Diritti sociali, politiche sociali e famiglia	Cooperazione e associazionismo	Corrente	Fondi statali	911.544,68	0
			Risorse regionali	205.000,00	290.000,00
	Interventi per le famiglie		Risorse regionali	4.690.910,00	4.353.170,00
	Interventi per i soggetti a rischio di esclusione sociale		Risorse regionali	2.118.265,00	2.124.270,00
			Risorse UE - Stato	571.417,08	0
	Interventi per la disabilità	Corrente	Fondi statali	504.460,50	0,00
			Risorse regionali	697.600,00	692.600,00
		Investimento	Fondi statali	661.716,81	992.575,22
			Risorse regionali	1.060.000,00	1.080.000,00
	Interventi per l'infanzia e i minori e per asili nido	Corrente	Fondi statali	100.000,00	0
			Fondo sanitario	90.000,00	90.000,00
			Risorse regionali	805.000,00	805.000,00
	Politica regionale unitaria per i diritti sociali e la famiglia (solo per le Regioni)	Corrente	Cofinanziamento UE-Stato	5.867.052,62	3.358.155,95
			Risorse UE - Stato	35.927.175,09	28.894.451,60
		Investimento	Cofinanziamento UE-Stato	2.760.302,96	174.130,37
			Risorse UE - Stato	15.641.714,00	986.738,77
	Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali	Corrente	Risorse regionali	1.835.686,00	2.050.868,00
		Investimento	Risorse regionali	795.000,00	810.000,00
Politiche giovanili, sport e tempo libero	Giovani	Corrente	Fondi statali	183.449,00	0
			Risorse regionali	150.000,00	150.000,00
	Sport e tempo libero	Corrente	Fondo sanitario	61.000,00	61.000,00
			Risorse regionali	1.404.900,00	1.418.200,00
			Risorse UE - Stato	6.378,25	7.234,25
		Investimento	Risorse regionali	2.120.000,00	1.080.000,00
			Totale	**79.168.571,99**	**49.418.394,16**

RISORSE ATTESE*

Missione	Programma	2019	2020
Diritti sociali, politiche sociali e famiglia	Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali (Fondi Statali - fondo povertà art. 1 comma 195 e 250 L. 205/2017)	20.000.000,00	30.000.000,00
	Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali (Fondi Statali - Innovazione sociale art. 1 comma 205 L. 205/2017)	656.000,00	656.000,00
	Interventi per la disabilità (Fondi Statali - caregiver familiare art. 1 comma 254 L. 205/2017)	1.312.000,00	1.312.000,00
Politiche giovanili, sport e tempo libero	Sport e tempo libero (Fondi statali - caregiver familiare art. 1 comma 254 L. 205/2017)	460.000,00	530.000,00
	Totale	**22.428.000,00**	**32.498.000,00**

(*) Le risorse attese sono stimate sulla base dell'indice di accesso ai finanziamenti.

LA VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI ATTESI

Gli effetti sulla dimensione ambientale

Da un punto di vista ambientale, gli effetti del Piano Sanitario e Sociale Integrato possono ritenersi complessivamente significativi con particolare riferimento al miglioramento dell'integrazione fra le politiche socio-sanitarie ed ambientali.
La tutela delle matrici acqua, aria e suolo, le politiche sulla gestione dei rifiuti, la prevenzione dalle esposizioni ad agenti fisici e chimici, il contrasto alle produzioni climalteranti, la qualità degli interventi in edilizia, costituiscono opportunità di sviluppo delle politiche intersettoriali e di possibile integrazione tra gli obiettivi di salute e di sostenibilità delle attività umane.
Sul fronte delle criticità ambientali la regione Toscana si è dotata di un Coordinamento regionale per la gestione degli aspetti sanitari in tema di ambiente e salute, istituito con Decreto n. 2040 del 27/02/2017, come previsto dalla Delibera n. 1252 del 05/12/2016 "Attuazione progetto n. 46 del Piano Regionale per la Prevenzione. Indirizzi operativi in materia di ambiente e salute". Le principali funzioni del coordinamento riguardano infatti le analisi delle criticità territoriali ed il riesame delle strategie regionali in tema di ambiente e salute nell'ottica dell'appropriatezza e dell'omogeneità degli interventi, il coordinamento delle attività riguardanti la realizzazione del progetto n. 46 del Piano Regionale per la Prevenzione; Il coordinamento e indirizzo delle attività riguardanti la gestione, limitatamente agli aspetti sanitari, dei procedimenti VIA, VAS, AIA e AUA, e di altri procedimenti che richiedono l'espressione di parere tecnici;

La finalità è quindi quella di migliorare la salute attraverso la promozione di un ambiente di qualità, da conseguire appunto attraverso l'integrazione funzionale delle competenze tra strutture di tutela dell'ambiente e di salvaguardia della salute.

Il Piano riconferma una strategia volta all'appropriatezza dei percorsi assistenziali e dell'assetto organizzativo, in grado di favorire l'uso integrato dei servizi ospedalieri territoriali di area vasta, ricorrendo alla riorganizzazione della rete dei presidi sanitari e considerando adeguata la dotazione di infrastrutture ospedaliere esistenti. In questo modo si riducono la frammentazione, le dispersioni e le ridondanze oggi non più sostenibili, migliorando al tempo stesso la qualità e la sicurezza delle risposte assistenziali. Da queste considerazioni, è possibile sottolineare il contenimento di nuovo consumo di suolo.
E' obiettivo prioritario, inoltre, far sì che la riorganizzazione delle strutture sanitarie esistenti, attraverso interventi appropriati sulle strutture stesse, possa determinare miglioramenti relativi ai consumi, in particolare al contenimento dei consumi di carattere energetico e all'attivazione di fonti rinnovabili. Nella stessa maniera si ritiene significativo anche il potenziale contributo relativo al miglioramento della gestione dei rifiuti urbani e speciali prodotti dalle strutture sanitarie.

A livello operativo il Piano prevede inoltre che il sistema sanitario regionale attivi/riconfermi collaborazioni con una molteplicità di soggetti (tra cui l'ARPAT, l'ARS, i Dipartimenti di Prevenzione e alcune istituzioni di ricerca qualificate come l'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete oncologica), riguardanti azioni di ricerca, formazione e informazione rivolte, tra l'altro, a specifiche criticità rilevate a livello territoriale, a valutazioni di impatto sanitario, al supporto alle politiche ambientali regionali mirate alla riduzione della percentuale di popolazione esposta a livelli superiori ai valori limite di inquinamento atmosferico, di inquinamento acustico, di inquinamento elettromagnetico e di radiazioni ionizzanti, alla prevenzione degli incidenti rilevanti nelle industrie che trattano materiali di particolare rischio, alla sicurezza chimica, al monitoraggio dei contaminanti ambientali, al miglioramento della sostenibilità ambientale delle strutture del sistema sanitario regionale.

Per il prossimo triennio gli obiettivi da perseguire sono:

- Implementazione e completamento della realizzazione del Piano Regionale di Prevenzione: attualmente in fase di conclusione il Piano 2014-2018 (rimodulato per il 2018 e prorogato al 2019). A livello nazionale è in fase di avvio l'elaborazione del nuovo Piano di durata quinquennale.
- Adeguamento dell'attività dei servizi Veterinari e di Sicurezza alimentare per l'attuazione dei nuovi Regolamenti Comunitari ed agli aggiornamenti del Piano Nazionale Integrato; sviluppo della sorveglianza epidemiologica in ambito di igiene degli alimenti e sanità pubblica veterinaria, nell'ottica della prevenzione delle malattie correlate con l'alimentazione e delle zoonosi, del miglioramento della salute animale e del benessere animale e della sorveglianza dell'utilizzo dei farmaci ad uso veterinario nell'ambito del Piano Nazionale di Contrasto all'antimicrobico-resistenza.
- Sviluppo del sistema integrato dei laboratori per la prevenzione della Toscana per assicurare servizi adeguati rispetto all'evoluzione delle strategie di prevenzione regionali
- Sviluppo di programmi regionali per assicurare la sicurezza chimica negli ambienti di vita e di lavoro, attraverso l'attuazione dei regolamenti europei (REACH, CLP, Biocidi) e della normativa nazionale (ad esempio fitosanitari, cosmetici).
- Sviluppo di azioni per il miglioramento della sicurezza delle abitazioni, per la prevenzione degli eventi infortunistici e il miglioramento della salubrità degli ambienti di vita, attraverso la promozione di regolamenti urbanistici ed edilizi mirati alla sostenibilità ambientale.
- Potenziamento delle azioni regionali finalizzate alla promozione della salute e della cultura della sicurezza per tutte le fasce di età ed in tutti i luoghi (comunità, scuola, lavoro, servizi sanitari), programmate sulla base delle evidenze di efficacia

e orientante alla riduzione alle disuguaglianze, ed integrate con le attività delle strutture del Servizio Sanitario Regionale, in primis con la Medicina generale, in coerenza con la visione regionale della sanità di iniziativa.

- Sviluppo dei sistemi di sorveglianza epidemiologica regionale nell'ottica del miglioramento della conoscenza e dell'interpretazione dei fenomeni, con particolare riferimento agli stili di vita ed alla sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro.
- Per svolgere efficacemente le attività di prevenzione è fondamentale che i decisori e gli operatori della sanità pubblica abbiamo a disposizione i dati riguardanti la salute e le abitudini della popolazione raccolti dalle specifiche sorveglianze, mentre per la scelta delle strategie si utilizzano i criteri dell'Evidence Based Prevention, promuovendo solo ciò che è realmente efficace.
- Infine, il Piano riconferma lo sviluppo dei servizi di telecomunicazione in grado di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e ai servizi diagnostici presenti sul territorio riducendo gli spostamenti degli utenti: considerando la potenziale mobilita evitata grazie all'accesso via internet a tutti i livelli, si può prevedere un contributo positivo in termini di riduzione di CO2 ed altre emissioni inquinanti in atmosfera nonché dei consumi di carburante.

Gli effetti sulla dimensione economica

Il sistema sanitario regionale, oltre alla sua funzione fondamentale di far fronte alle esigenze dei cittadini, ha un impatto significativo sull'economia dell'intera regione. La spesa sostenuta è infatti diretta, da un lato, all'acquisto di beni e servizi -attivandone per questa via la produzione- mentre la parte restante rappresenta il valore aggiunto creato dal settore e composto principalmente da retribuzioni e ammortamenti, ovvero dalla remunerazione dei due principali fattori produttivi (lavoro e macchinari).

Complessivamente dei circa 8.17 miliardi di euro di spesa, 4.14 miliardi sono i costi intermedi per l'acquisto di beni e servizi, mentre la parte restante è il valore aggiunto realizzato. Questa spesa complessiva mette in moto un'intera filiera che vede coinvolti settori (e quindi anche territori) diversi. In altre parole i fornitori di beni e servizi del servizio sanitario regionale, a loro volta, per realizzare la produzione richiesta acquisteranno altri beni e servizi, così come i lavoratori coinvolti in tale processo useranno i redditi percepiti per acquistare beni e servizi di consumi; vi è in altre parole un rilevante effetto moltiplicativo della spesa regionale, che in parte si trasmetterà anche in altre regioni dal momento che non tutti i beni e servizi acquistati in tale processo proverranno dall'interno della regione.

In particolare il prodotto interno lordo attivato dal bilancio regionale della sanità

raggiunge quasi gli 11 miliardi di euro di cui 7,9 in Toscana (**tab. 1**) e altri 3,1 nel resto del paese tramite le importazioni, mentre una parte va all'estero perché alcuni dei beni acquistati nel processo sopra descritto hanno origine straniera.

Tabella1
Risultati di impatto aggregati (dati in migliaia di euro ed unità di lavoro in unità)

Conto risorse impieghi	Toscana	Resto Italia	Totale
Pil	7.856.766	3.083.831	10.940.597
Importazioni dalle altre regioni	2.488.848	69.397	2.558.245
Importazioni dell'estero	1.420.190	728.082	2.148.272
Unità di lavoro dipendenti	97.840	32.443	130.283
Unità di lavoro autonome	37.520	16.189	53.709
Unità di lavoro totali	135.360	48.632	183.992

Il PIL attivato in Toscana è circa il 7% dell'intero PIL regionale facendo della sanità uno dei settori più importanti dell'intera economia regionale. Il contributo è ancora più importante in termini occupazionali: le unità di lavoro attivate in Toscana ammontano a 135 mila e sono circa il 9% del totale regionale, mentre altre 48.6 mila unità sono attivate nel resto del paese.
In sintesi si tratta di un settore che ha un elevato effetto moltiplicativo (per ogni 1000 euro di spesa si attivano 1340 euro di PIL) e in cui una parte rilevante (il 72%) resta in regione.
Dal punto di vista settoriale il settore maggiormente coinvolto è chiaramente quello sanitario con un valore aggiunto attivato pari a 4.86 miliardi, ma come abbiamo già osservato l'effetto di attivazione si propaga anche in altre settori, alcuni dei quali fornitori di servizi (la sanità privata tramite le convenzioni; il commercio e i trasporti), altri fornitori di beni, in particolare il settore farmaceutico con una attivazione di 11 milioni in Toscana ad altri 35,3 nel resto d'Italia e una serie di settori della meccanica (ed anche dei mezzi di trasporto) per l'utilizzo di macchinari spesso sofisticati.
Proprio quest'ultimo aspetto sottolinea l'importanza del settore non solo dal punto di vista dell'attivazione macroeconomica qui commentata, ma anche dal punto di vista della attivazione di attività ad alto contenuto tecnologico (ricerca e sviluppo compresi).
Inoltre relativamente al lavoro attivato vale la pena di richiamare l'elevata qualità del delle professioni coinvolte in grado di assorbire lavoratori laureati, contribuendo a coprire una lacuna del sistema produttivo regionale (ma anche nazionale), tradizionalmente non in grado di offrire prospettive adeguate ai lavoratori laureati.

Gli effetti sulla dimensione territoriale

Il Piano Sanitario e Sociale Integrato produce un impatto rilevante sulla dimensione territoriale: gli interventi e gli strumenti previsti per migliorare l'offerta sanitaria territoriale sono principalmente di riorganizzazione dei servizi, in termini di reti territoriali più efficienti ed efficaci, capaci di rispondere in modo sempre più adeguato alle esigenze del cittadino-utente. Infatti, il modello toscano sociale e di salute è basato sulla responsabilizzazione dell'intera comunità, sulla partecipazione diffusa dei soggetti pubblici e privati e sul coinvolgimento di istituzioni e cittadini nelle decisioni. All'interno di questo quadro, il sistema socio-sanitario svolge azioni di promozione della salute, orientamento della domanda e sviluppo e razionalizzazione della offerta dei servizi. Queste ultime, grazie anche all'evoluzione delle tecnologie e delle pratiche assistenziali, hanno determinato la trasformazione dei servizi presenti sul territorio toscano e la crescita di varie tipologie di strutture territoriali (ad esempio, strutture a carattere residenziale e semiresidenziale) che impattano sul territorio con modalità assai diverse dal passato; infatti, rispetto al centro di salute unico ed attrattore di istanze anche di tipo sociale, si va consolidando una configurazione a rete, nella quale si collocano piccole e medie strutture che si rivelano più funzionali alle esigenze di una popolazione che ha bisogno, tra le tante cose, di una collocazione abitativa più compatibile alle diverse necessità socio-sanitarie. Tale tendenza prefigura la possibilità di passare ad una vera e propria gestione a rete, in un quadro di rapporti con altri soggetti non facenti strettamente parte dell'organizzazione sanitaria. Si configura in tal modo la possibilità di realizzare una configurazione gestionale tipo "holding" e di procedere in una logica di sistema in cui si individuano:

- una organizzazione di governo territoriale;
- una organizzazione gestionale, organizzativa e produttiva territoriale;
- un sistema socio-sanitario e ambientale integrato su base territoriale ed epidemiologica.

Inoltre, la crescente richiesta, anche a livello europeo ed internazionale, di supportare l'invecchiamento sano e attivo della popolazione sulla base di un approccio integrato di comunità, nel quale prima ancora che l'accesso ai servizi sanitari deve essere promosso l'accesso ad iniziative e risorse presenti sul territorio di riferimento capaci di supportare l'adozione ed il mantenimento di corretti stili di vita, determina una possibilità di valorizzazione e trasformazione dei territori in un'ottica di "produzione di salute".

Il Piano determina possibili effetti di entità rilevante e significativa (e di segno atteso positivo sulle seguenti variabili del modello di valutazione:

- Efficienza del sistema insediativo;
- Valorizzazione delle specializzazioni funzionali del territorio;
- Efficienza delle reti infrastrutturali e tecnologiche;
- Minimizzazione del consumo di suolo;
- Valorizzazione delle risorse culturali e paesaggistiche.

EFFETTI RILEVANTI

- → Efficienza del sistema insediativo
- → Valorizzazione delle specializzazioni funzionali del territorio

La Regione Toscana negli ultimi anni ha promosso la creazione di condizioni strutturali finalizzate a favorire le sinergie di rete e la cooperazione piuttosto che la competizione fra produttori interni, . In tale contesto, il Piano Sanitario e Sociale Integrato ribadisce la necessità dell'integrazione nel momento del passaggio fra l'assistenza ospedaliera e territoriale e viceversa, ovvero il "fare rete fra ospedale e territorio", così come particolare attenzione viene rivolta alla realizzazione ed al continuo miglioramento della rete dell'emergenza.

Il progressivo consolidamento del network assistenziale nell'ambito delle tre Aree Vaste ha prodotto rilevanti processi di cooperazione fra i diversi livelli specialistici ed ha reso possibile la definizione e l'avvio di percorsi di cura integrati e multi-professionali.

Le Società della Salute (SdS) e l' Ente di Supporto Tecnico-amministrativo regionale (Estar), contribuiscono all'espressione dell'impatto territoriale del Piano, nella misura in cui le prime permettono una migliore integrazione di servizi sanitari e sociali a livello territoriale, mentre il secondo permette un'ottimizzazione organizzativa del livello aziendale, consentendo la gestione unificata delle funzioni aziendali "no core" in ambito di area vasta, nonché il conseguimento di economie di scala, oltre che un proficuo confronto interaziendale ed in una certa misura sovra-aziendale.
Il sistema regionale di welfare che il Piano intende consolidare ruota poi intorno alla centralità della persona e all'intervento che su di essa si realizza attraverso la metodologia dei piani personalizzati di intervento e della valutazione professionale del bisogno. Obiettivo del Piano è quidi quello di garantire in ciascun ambito territoriale gli interventi ed i servizi così come previsti e definiti per ciascuna area di intervento dal Titolo V, Capo I della l.r. 41/2005.
Il Piano conferma la configurazione dei Livelli delle Prestazioni sociali regionali (LEP); tale configurazione costituisce il quadro riassuntivo degli obiettivi dei servizi sociali sul territorio, tesi a consolidare e ampliare la consistenza e la qualità delle risposte presenti.

Il "diritto alla casa" assunto dal Piano ed, in particolare, le strategie di "promozione di nuove politiche sociali abitative e di supporto all'alloggio", lo "sviluppo dell'edilizia sociale" e "l'innalzamento degli standard qualitativi dell'edilizia residenziale e sociale", sono azioni potenzialmente in grado di determinare condizioni di riqualificazione dei sistemi urbani più degradati dove si registrano gravi problemi di inclusione sociale. I nuovi scenari della "questione abitativa" sono caratterizzati da una crescita della domanda abitativa non solo in termini quantitativi, ma anche in termini di diversa e plurale articolazione del bisogno. Da un lato la situazione sociale, economica, demografica, in

continuo e veloce mutamento, con crescente frammentazione sociale, nuovi bisogni e nuove povertà; le rigidità del mercato immobiliare dall'altro, necessitano di risposte adeguate anche attraverso la creazione di scenari innovativi.

Modelli abitativi nuovi (come il *cohousing*) e procedure di realizzazione e di accesso basate sulla partecipazione dei destinatari (come l'autorecupero e l'autocostruzione) possono efficacemente integrare l'offerta convenzionale, così come la realizzazione di alloggi temporanei può svolgere un ruolo decisivo nella prevenzione di situazioni di grave disagio socio-abitativo. Si aumentano così le possibilità di accesso all'alloggio, favorendo maggiore coesione sociale.

EFFETTI SIGNIFICATIVI

- → Minimizzazione del consumo di suolo
- → Efficienza del sistema insediativo
- → Valorizzazione delle specializzazioni funzionali del territorio
- → Efficienza delle reti infrastrutturali e tecnologiche
- → Valorizzazione delle risorse culturali e paesaggistiche

Relativamente all'effetto di minimizzazione del consumo di suolo, si rimanda al paragrafo di valutazione degli effetti ambientali.
Il nostro sistema sanitario è un sistema universale, garantito ad ogni cittadino, senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. La Regione Toscana, a tal proposito, da tempo persegue l'obiettivo della riduzione delle disuguaglianze nella fruizione e qualità dei servizi, oltre che dal punto di vista socio-economico, dal punto di vista territoriale, migliorando in modo indiretto anche l'efficienza dei sistemi insediativi complessivamente considerati.

Si riconferma l'azione di coordinamento dei servizi territoriali, in quanto l'offerta integrata dei servizi sul territorio completa un processo normativo e di programmazione nel quale è stata data un'attenzione particolare al tema della intersettorialità degli interventi. Così come per l'assistenza ospedaliera, è necessario che anche sul territorio venga meglio programmata e rimodellata l'offerta assistenziale per intensità di cure, e ciò in coerenza con i criteri di adeguatezza delle prestazioni sanitarie definiti in base ai livelli di complessità e dipendenza rilevati nell'analisi dei bisogni o alle diverse fasi del percorso assistenziale. Tutto ciò tenendo anche presente i bisogni della popolazione in riferimento alla necessità di una equa distribuzione territoriale dei servizi offerti.

Il Piano pone inoltre attenzione al tema dei rischi sulla salute che possono derivare dalle scelte economiche e di governo del territorio, sottolineando la necessità di realizzare gli opportuni interventi per il miglioramento dell'integrazione tra le politiche sanitarie e ambientali.

Le politiche sociali prefigurate dal Piano, possono determinare condizioni di riqualificazione dei sistemi urbani più degradati dove si registrano problemi di inclusione sociale: la presenza di strutture sociali che favoriscono le informazioni e l'accesso si pone in rapporto con il contenimento dei fenomeni di degrado. Una influenza positiva è determinata anche dall'efficienza delle reti, soprattutto per l'attivazione delle reti tecnologiche che rappresentano una effettiva e ulteriore possibilità di risposta ai problemi di comunicazione e inclusione sociale.

Lo sviluppo su più fronti dei servizi di telecomunicazione, delle reti dei servizi offerti anche via internet, dei sistemi informativi socio-sanitari, potrebbe infine rappresentare anche un importante strumento per ridurre la mobilità nei centri urbani maggiormente congestionati, prevedendo quindi un generico e positivo effetto sull'efficienza dei sistemi insediativi.

Gli effetti sulla dimensione sociale

Gli effetti attesi sulla dimensione sociale rientrano nel campo di azione diretta del Piano sanitario e sociale integrato: infatti l'obiettivo prioritario del Piano è quello di procedere nel percorso di qualifica e di sviluppo del sistema di welfare toscano, con particolare riferimento sia all'appropriatezza degli interventi, valutata sui bisogni delle persone, sia all'equilibrio territoriale dell'offerta.

Nell'ambito della promozione e difesa dei diritti di cittadinanza assumono carattere fondamentale tutte le azioni volte all'individuazione di livelli base di cittadinanza sociale territorialmente omogenei e riconosciuti, all'eliminazione di tutte le forme di marginalità e di discriminazione per favorire l'inclusione sociale, nonché alla costruzione di una società solidale e coesa.

Quanto maggiore è il dislivello socio-economico tra gruppi di popolazione all'interno di una società, tanto più accentuati sono i danni per la salute per l'intera popolazione, registrando livelli maggiori di malessere sociale. E' necessario allora intervenire attraverso il coinvolgimento di tutte le energie, interne ed esterne al sistema, presenti nel contesto territoriale e in grado di ricomporre quelle relazioni fondamentali per passare dal concetto di individuo isolato a quello di comunità partecipe, dalla situazione di solitudine alle relazioni di sostegno e, se necessario, di aiuto. Alla base di tutto ciò si pone quanto previsto nel driver 1, che punta ad Equità, giustizia sociale e centralità della persona nelle politiche, anche al fine di ridurre le forme di disagio e le disuguaglianze.
Pertanto, sulla base di ciò, sono individuabili i seguenti effetti attesi:

- attenzione ai servizi ed agli interventi rivolti agli anziani non autosufficienti e fragili, ai giovani ed adulti con disabilità, alle persone in stato di povertà ed a

rischio di esclusione, alle vittime di tratta e di violenza, alle famiglie ed ai minori, con particolare riferimento ai minori fuori famiglia, anche nell'ambito dei percorsi di affidamento familiare, nonché ai minori stranieri non accompagnati; a questo proposito rileva quanto specificato nel target D - Dedicato alle donne, in relazione al lavoro di di cura sostenuto dalle donne all'interno della famiglia, nel target F - Dedicato agli anziani, in relazione all'attivazione della Rete della cronicità, nel target B - Dedicato ai bambini, nel target A - Dedicato ai genitori e nel target G - Dedicato alle persone con disabilità;

- incremento dei livelli organizzativo/prestazionali relativi all'accesso, alla valutazione, alla predisposizione del percorso assistenziale personalizzato e alla presa in carico, attraverso il mantenimento, in tutte le Zone/Società della salute, del Punto Unico di Accesso, del Segretariato Sociale e del Pronto intervento sociale, per la conseguente piena realizzazione del carattere universalistico del sistema dei servizi socio-assistenziali: vedi in proposito il driver 5 - Creare una nuova relazione con i cittadini e le comunità per un sistema di salute e di welfare etico e partecipato;
- accompagnamento dei servizi istituzionali e del terzo settore al rafforzamento delle capacità d'ascolto delle nuove vulnerabilità sociali ed allo sviluppo di specifiche competenze per la gestione di processi inclusivi e partecipativi con i nuovi soggetti vulnerabili in ambito sociale e socio-sanitario; a questo proposito rileva, in particolare, il target N - Dedicato a tutti i cittadini, in cui si parla di appropriatezza e di politiche per l'equità e si punta a combattere il disagio con un approccio integrato e multidimensionale.

A tal fine è fondamentale attivare percorsi partecipati di conoscenza dei fenomeni sociali emergenti e confermare il carattere di proattività delle politiche sociali toscane, le quali, mettendo anticipatamente in evidenza i bisogni, ne eviteranno la trasformazione in motivi di disagio sociale che conferirebbero agli interventi una connotazione di tipo meramente assistenziale.

SISTEMA DI MONITORAGGIO

Per la parte valutativa del Piano Regionale Socio Sanitario Integrato è stato deciso di ricorrere a due sistemi di valutazione già fortemente affermati ed inseriti in diversi riferimenti nomativi:

- una batteria di indicatori riferiti agli indicatori di garanzia previsti anche per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). In particolare nei sistemi di monitoraggio attualmente previsti in Regione Toscana verranno implementati gli indicatori per macro aree di assistenza.
- una batteria di indicatori già individuata da Istat per formulare il dominio salute all'interno del "Rapporto Bes: il benessere equo e sostenibile in Italia" che abbia riportato il dato per la Regione Toscana (benchmarking dato dell'Italia).

Ai fini del monitoraggio del presente Piano si confermano inoltre quali strumenti di verifica e monitoraggio:

- **La Relazione Sanitaria Regionale e la Relazione Sociale Regionale**, di cui all'art. 20 della L.R. 40/2005, e **il Profilo di salute**, curati dall'Agenzia regionale di sanità e dalla DG Diritti di cittadinanza e coesione sociale. All'interno della relazione si trovano sviluppate analisi di trend sugli indicatori dello stato di salute e dei fattori di rischio nella popolazione oltre che gli indicatori sui risultati delle attività del Servizio sanitario regionale
- **Il sistema di valutazione della performance in sanità** (curato dal Laboratorio MeS, annuale). Il sistema di valutazione (www.meslab.sssup.it) costituito da oltre 200 indicatori in benchmarking, raggruppati in circa 50 indicatori di sintesi.
- **Indicatori Documento Tavolo Tecnico MEF per la Verifica degli Adempimenti Regionali**
- **Indicatori del Reddito di Inclusione (REI)** - Decreto n.147 del 15 settembre 2017

Gli indicatori oggetto di monitoraggio sono di seguito raggruppati per macro area. Nell'elenco dei "'Collegamenti a Documenti Esterni" sono riportati anche i link relativi ai siti internet dei sistemi di valutazione sopra elencati dove sono dettagliati i rispettivi razionali e schede di calcolo.

Indicatori di garanzia previsti per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA

ID.	INDICATORE
P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)
P02C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
P03C	Copertura vaccinale anti-pneumococcica
P04C	Copertura vaccinale anti-meningococcica C
P05C	Copertura vaccinale anti-HPV
P06C	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano
P07C	Denunce d'infortunio sul lavoro; Denunce d'infortunio mortale sul lavoro
P08Z	Sicurezza dei prodotti chimici – controlli nella fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)
P09Z	Copertura delle principali attività di eradicazione, controllo e sorveglianza delle malattie animali nella filiera produttiva ai fini delle garanzie di sanità pubblica
P10Z	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino
P11Z	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti
P12Z	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale
P13Z	Copertura delle principali attività di controllo ufficiale per la sicurezza degli alimenti, con particolare riferimento alle fasi della trasformazione, distribuzione, somministrazione degli alimenti
P14C	Indicatore composito sugli stili di vita
P15C	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto
P16C	Proporzione di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri *screen-detected*) ai round successivi a quello di prevalenza

ASSISTENZA DISTRETTUALE

ID.	INDICATORE
D01C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (*Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event* - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)
D02C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (*Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event* - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico
D03C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco
D04C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite
D05C	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti)
D06C	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni)
D07C	Tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti); tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni)
D08C	Numero di interventi per le patologie *First Hour Quintet* (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie *First Hour Quintet* (FHQ) per anno
D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso
D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.
D11Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D.
D12C	Consumo pro-capite di prestazioni di laboratorio.
D13C	Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni.
D14C	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antibiotici
D15C	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antidepressivi
D16C	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Inibitori di pompa
D17C	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antiipertensivi
D18C	Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Statine.

D19C	Percentuale di donne che hanno effettuato più di 4 ecografie in gravidanza.
D20Z	Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione residente
D21Z	Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione minore residente
D22Z	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)
D23Z	Tasso di PIC (Prese in Carico) in cure domiciliari integrate I livello (CIA 1), II livello (CIA 2), III livello (CIA 3)
D24C	Numero di Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) ripetute in rapporto al totale delle IVG.
D25C	Percentuale di IVG con certificazione rilasciata dal Consultorio familiare.
D26C	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne.
D27C	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria.
D28C	Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente.
D29C	Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti.
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore
D31C	Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore.
D32Z	Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica.
D33Z	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).

ASSISTENZA OSPEDALIERA

ID.	INDICATORE
H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente.
H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui.
H03C	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella.
H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.
H05Z	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.
H06Z	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente.
H07Z	Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente.
H08Z	Attività trasfusionali (autosufficienza emocomponenti driver - globuli rossi, GR; autosufficienza di emoderivati - immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)
H09Z	Donazione di organi (Donatori di organi in morte encefalica, accertamenti di morte con criteri neurologici, morti encefaliche in rapporto ai decessi per cerebrolesione acuta in rianimazione).
H10Z	Tempi di attesa per trapianto (numero pazienti in lista di attesa per trapianto, tempo medio di attesa di trapianto per organo, numero dei pazienti trapiantati per singolo organo).
H11Z	Donazione di tessuti (numero di donatori di tessuti per singola tipologia di tessuto in rapporto al numero di accertamenti di morte con segni cardiaci o neurologici, numero di donatori di tessuti per tipologia di tessuto in rapporto al numero di decessi in ospedale).

H12C	Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC.
H13C	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.
H14C	Percentuale di ricoveri di riabilitazione post-acuti inappropriati dal punto vista clinico.
H15S	Frequenza di embolie polmonari o DVT post-chirurgiche.
H16S	Frequenza di infezioni post-chirurgiche.
H17C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti
H18C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1.000 parti.
H19S	Percentuale di parti fortemente pre-termine (22-31 settimane di gestazione) avvenuti in punti nascita senza UTIN
H20S	Percentuale dei parti pretermine tardivi (34-36 settimane di gestazione)
H21S	Numero di punti nascita attivi con volumi <500 parti/anno, per i quali, secondo i dati forniti dal Comitato Percorso nascita nazionale, non è stata chiesta deroga alla chiusura
H22C	Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC).
H23C	Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico.
H24C	Mortalità a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) riacutizzata

Indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA)

ID.	INDICATORE
PDTA01	Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che aderiscono al trattamento farmacologico come previsto dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Broncopneumopatie cronico-ostruttive BPCO)
PDTA02	Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che sono sottoposti alla visita pneumologica secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Broncopneumopatie cronico-ostruttive BPCO)
PDTA03	Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico come previsto dal Manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco)
PDTA04	Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con un adeguato numero di ecocardiogrammi come previste dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco)
PDTA05	Percentuale di pazienti diabetici che seguono almeno 4 delle seguenti 5 raccomandazioni di controllo di emoglobina glicata, profilo lipidico, microalbuminuria, monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearence creatinina, fondo oculare, come previste dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Diabete)
PDTA06	Percentuale di pazienti operate per la prima volta per tumore della mammella per le quali i seguenti 4 interventi sono eseguiti secondo la tempestività prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute: primo intervento chirurgico dalla diagnosi, inizio della terapia medica, inizio della radioterapia, follow-up mammografico dopo il primo intervento chirurgico (PDTA Tumore operato della mammella nella donna)
PDTA07	Percentuale di pazienti per i quali il primo intervento chirurgico dopo diagnosi di tumore del colon è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)

PDTA08	Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del colon sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)
PDTA09	Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)
PDTA010	Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del retto sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)

Indicatori per il monitoraggio BES (benessere equo e sostenibile)

Questa batteria è stata integrata successivamente dagli indicatori presenti all'interno de "IL MONITORAGGIO DEL PRS 2016-2020 Il concetto di benessere ad integrazione degli indicatori di monitoraggio" per la regione Toscana redatto da IRPET.

1. Speranza di vita alla nascita: La speranza di vita esprime il numero medio di anni che un bambino che nasce in un certo anno di calendario può aspettarsi di vivere.Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Registro Mortalità regionale.
2. Eccesso di peso: Proporzione standardizzata* di persone di 18 anni e più in sovrappeso o obese sul totale delle persone di 18 anni e più. L'indicatore fa riferimento alla classificazione dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) dell'Indice di Massa corporea (Imc: rapporto tra il peso, in Kg, e il quadrato dell'altezza, in metri). Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.
3. Fumo: Proporzione standardizzata* di persone di 14 anni e più che dichiarano di fumare attualmente sul totale delle persone di 14 anni e più. Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.
4. Sedentarietà: Proporzione standardizzata* di persone di 14 anni e più che non praticano alcuna attività fisica sul totale delle persone di 14 anni e più. Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.
5. Alimentazione: Proporzione standardizzata* di persone di 3 anni e più che consumano quotidianamente almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura sul totale delle persone di 3 anni e più. Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.
6. Indice di stato fisico (Pcs): La sintesi dei punteggi totalizzati da ciascun individuo di 14 anni e più rispondendo alle 12 domande del questionario SF12 (Short Form

Health Survey), consente di costruire un indice di salute fisica (Physical Component Summary-Pcs). Fonte: Istat, Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

7. Indice di stato psicologico (Mcs): La sintesi dei punteggi totalizzati da ciascun individuo di 14 anni e più rispondendo alle 12 domande del questionario SF12 consente anche di costruire un indice di salute psicologica (Mental Component Summary-Mcs). Fonte: Istat, Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari.
8. Mortalità infantile: Decessi nel primo anno di vita per 1.000 nati vivi residenti. Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Registro Mortalità regionale.
9. Mortalità per tumore: Tassi di mortalità per tumori (causa iniziale) standardizzati* all'interno della fascia di età 20-64 anni, per 100.000 residenti.
10. Mortalità sistema circolatorio: Tassi di mortalità sistema circolatorio (causa iniziale) standardizzati* per 100.000 residenti. Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Registro Mortalità regionale.
11. Mortalità sistema respiratorio: Tassi di mortalità sistema respiratorio (causa iniziale) standardizzati* per 100.000 residenti. Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Registro Mortalità regionale.
12. Prevalenza malati cronici. Fonte MaCro ARS Toscana.

ELENCO DELLE ABBREVIAZIONI

AFT	Aggregazioni Funzionali Territoriali
BES	Benessere Equo e Sostenibilie
BPCO	BroncoPatie Croniche Ostruttive
CV	Copertura Vaccinale
ICT	Information Communication Technology)
IFC	Infermiere di Famiglia e Comunità
IVG	Interruzioni Volontarie di Gravidanza
MCNT	Malattie Croniche Non Trasmissibili
MMG	Medici di Medicina Generale
MGF	Mutilazioni Genitali Femminili
MPR	Vaccino per Morbillo-Rosolia-Parotite
MST	Malattie Sessualmente Trasmesse
NEET	Not Engaged in Education, Employment or Training (persone non impegnate nello studio, né nel lavoro, né nella formazione)
PAER	Piano Ambientale ed Energetico Regionale
PAI	Piani Assistenziali Individuali
PDTAS	Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali Sociali
PIT	Piano di Indirizzo Territoriale
PLS	Pediatri di Libera Scelta
PRB	Piano di gestione dei rifiuti e bonifica dei siti inquinati
PRIIM	Piano regionale integrato infrastrutture e mobilità
PRQA	Piano regionale per la qualità dell'aria
PRS	Piano Regionale di Sviluppo
PSSIR	Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale
REI	Reddito di inclusione
RT	Regione Toscana
SSN	Sistema Sanitario Nazionale
SSR	Sistema Sanitario Pubblico Regionale

COLLEGAMENTI A DOCUMENTI ESTERNI

1. RAPPORTO "WELFARE E SALUTE IN TOSCANA - 2017"
http://www.regione.toscana.it/osservatoriosocialeregionale
https://www.ars.toscana.it/2-articoli/3985-welfare-e-salute-in-toscana-2017.html

2. RELAZIONE SOCIALE DELL'OSSERVATORIO SOCIALE REGIONE (OSR)
http://www.regione.toscana.it/osservatoriosocialeregionale/attivita/programmazione-socio-sanitaria/le-pubblicazioni

3. PROFILI DI SALUTE - SCHEDE E INDICATORI A SUPPORTO DELLA PROGRAMMAZIONE DI ZONE DISTRETTO E SOCIETÀ DELLA SALUTE
http://www.regione.toscana.it/-/profili-di-salute-2018

4. INTERVENTI SOCIALI PER BAMBINI E RAGAZZI IN FAMIGLIA E FUORI FAMIGLIA - IL MONITORAGGIO CON LE ZONE E SDS
https://www.minoritoscana.it/?q=node/481

5. I SERVIZI PER L'ACCOGLIENZA RESIDENZIALE - IL SISTEMA INFORMATIVO ASSO - ASMI
https://www.minoritoscana.it/?q=node/216