



Consiglio Regionale della Calabria

VIII LEGISLATURA
70^a 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 OBIETTIVI	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 ACCREDITAMENTO 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, RICHIEDENTI 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
<i>Incentivi</i>	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, influenzando 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 bidirezionalità 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 redistributivo 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 acute 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, nella Regione Calabria, contano circa 340.000 unità, pari al 16% della popolazione. Di questi, i $\frac{1}{4}$ 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 territoriali¹, 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 inadeguate.
- 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:

- o 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.
- o 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:

- o analisi approfondita dei servizi forniti,
- o programmazione degli interventi necessari,
- o programmazione delle risorse necessarie,
- o erogazione dei servizi,
- o 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:

- o al monitoraggio dei servizi forniti, dei fondi utilizzati a tale scopo e degli utenti raggiunti da tali servizi;
- o 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;
- o al monitoraggio della erogazione dei LEPS;
- o al monitoraggio di specifiche misure di intervento;
- o 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*.

- o 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.
- o 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.
- o 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.
- o 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.

- o 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.

- o 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.
- o 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.
- o 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 obiettivi³ 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 sociale⁴. 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:
 - o delle strutture erogatrici di servizi, al fine di verificare gli standard attualmente in essere,
 - o 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 Servizi 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 dar 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 accesso 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;
- promuoverà 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, promuovendo 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 Politiche 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 istituzionalizzare 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,

- o 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 famiglie 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 la 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 "sollevio" 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 avvicini 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 DI PREVENZIONE E PRATICHE INCLUSIVE DEI 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 il 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 immigrati 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 sistema⁵

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 amministrative⁶ 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 comuni⁷, 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 integrazione⁸ 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 Cariatì 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 nubi, 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, necessitano 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 Servizi 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 dipendenze 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 imporsi 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'obiettivo 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 domiciliarità 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 approfondire 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 Affidato*, 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 problematiche 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 comuné (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 domiciliarità 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 domiciliarità 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 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.

Il sostegno della domiciliarità - 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 domiciliarità, 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 domiciliarità 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 lo 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 Zona¹⁰

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 programmatico 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 sociosanitaria¹¹

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:
 - o interventi di sostegno e promozione a favore dell'infanzia, dell'adolescenza e delle responsabilità familiari;
 - o interventi per contrastare la povertà nei riguardi dei cittadini impossibilitati a produrre reddito per limitazioni personali o sociali;
 - o interventi a sostegno e di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti;
 - o interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazione dell'autonomia, non assistibili a domicilio;
 - o 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;
 - o ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i Livelli Essenziali di Assistenza secondo la 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 lungoassistenza.

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 familiare 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 la 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 lungoassistenza.

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

- o *istituzionale*, quando il servizio discende dagli specifici indirizzi di politica socio-sanitaria emanati dall'istituzione che la gestisce;
- o *interistituzionale*, quando una struttura fa riferimento a livelli istituzionali diversi che operano in sinergia fra loro;
- o *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;
- o *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 formazione¹²

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:

- o articolazione in moduli di 20 utenti. Nel caso di demenze di tipo degenerativo (es. Alzheimer) il modulo non può superare le 10 persone e spazi per la socializzazione con *ateliers creativi;*
- o spazi per svago, relax e riposo;

- o sala da pranzo con superficie congrua in relazione al numero degli ospiti;
- o 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;
- o personale educativo, di animazione e di assistenza in numero congruo al numero degli ospiti e alla loro gravità;
- o 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 Sociali¹¹

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 sviluppo 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 negoziabilità 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 settore¹⁴ 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 triennialmente (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 legghi 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 “depublicizzazione”, 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 giustificano 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 un 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 è 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
	€ 49.714.347,50
GRUPPI APPARTAMENTO	€ 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'allegato 1. 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 RIABILITATIVO DIURNO				
	ADULTI	0	20	1
CENTRO SOCIO RIABILITATIVO 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 METODOLOGICHE E STRUMENTI PER LA PREDISPOSIZIONE DEL PIANO DI ZONA

FASI	SOGGETTI	
	AMBITI MONOCOMUNALI	AMBITI PLURICOMUNALI
AVVIO DEL PROCESSO PROGRAMMATARIO >	SINDACO	COMUNE CAPOFILA SEDE DISTRETTO
DETERMINAZIONE MODALITA' DI FUNZIONAMENTO E NOMINA DIRETTORE DELLA CONFERENZA DEI > SINDACI		CONFERENZA DEI SINDACI
DETERMINAZIONI PRELIMINARI IN MERITO A:		
- coordinamento istituzionale		
- concertazione con i sindacati	SINDACO	CONFERENZA DEI SINDACI
- rapporti con il Terzo Settore		
- Ufficio di Piano		
- proposta EAS per gli ambiti pluricomunali		
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.

Definizione degli assetti gestionali:

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 consentire 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 $\frac{3}{4}$ 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.

<p style="text-align: center;">AREA AZIONE N.</p> <p style="text-align: center;">(inserire un numero progressivo per ciascuna scheda)</p>	
Titolo Azione	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Indicare la denominazione del servizio o dell'intervento ✓ Specificare se trattasi di liveas (livello essenziale di servizio)
Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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
Templistica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 tempestività di erogazione del servizio
Definizione Struttura organizzativa e risorse	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Definire le attività di comunicazione interna ed esterna. ✓ Descrivere le modalità di coinvolgimento del 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	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 cofinanziamenti di enti esterni alla Regione
Controlli e Valutazione	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 <i>(indicare nominativi e rappresentanze dei componenti dell'Ufficio di Piano)</i>	
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 risultati 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	

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)

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 fragill	

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

--

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)

ALLEGATI

-
-
-
-