

Allegato 1 – Linee guida di attuazione

	Logo Ambito Distrettuale	Loghi/Stemmi Amministrazioni Comunali	Logo ASL
			Logo Distretto

**Ambito Distrettuale Sociale n. 23
“FINO-CERRANO”
ECAD: COMUNE DI SILVI**

**Azienda ASL di TERAMO
(DSB di Atri e Teramo)**

**Piano sociale distrettuale
(P.S.R. 2016/2018)**

Logo del Piano distrettuale

www.comune.silvi.te.it

Indice

Presentazione.....	3
SEZIONE 1. ASSETTI ISTITUZIONALI E FORMAZIONE DEL PIANO DISTRETTUALE	6
1.1. Gli assetti istituzionali dell’Ambito distrettuale	6
1.2. L’Ufficio di Piano.....	6
1.3. Il processo di formazione del Piano sociale distrettuale.....	7
1.4. Il Gruppo di Piano	8
1.5. La Conferenza locale socio-sanitaria e gli assetti di integrazione	9
1.6. Modalità, tempi e strumenti per la partecipazione dei cittadini e delle organizzazioni.....	10
SEZIONE 2. IL PROFILO SOCIALE LOCALE.....	11
2.1. Analisi delle tendenze demografiche.....	11
2.2. Dimensione socio-economica del territorio e delle zone	13
2.3. Analisi dei fabbisogni sociali e di salute	15
2.4. L’attuale sistema di offerta	21
2.5. Analisi degli impatti della precedente programmazione	22
2.6. Quadro dei principali fabbisogni emersi, criticità e prospettive di miglioramento	24
SEZIONE 3. LE PRIORITA’ E LE STRATEGIE DEL PIANO DISTRETTUALE SOCIALE	25
3.1. Priorità generali per il benessere sociale e di salute	25
3.2. Obiettivi della programmazione	26
3.3. Strategie di attuazione.....	26
3.4. Strategie di sistema per l’integrazione socio-sanitaria.....	27
SEZIONE 4. LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE E SOCIO-SANITARIA	28
Asse Tematico 1 - Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio sociale	28
Asse Tematico 2 - Interventi e servizi per la non autosufficienza.....	36
Asse Tematico 3 - Strategie per l’inclusione sociale e il contrasto alle povertà.....	46
Asse Tematico 4 - Sostegno alla genitorialità e alle famiglie, nuove generazioni, prevenzione e contrasto alla violenza domestica	52
Asse Tematico 5 - Strategia per le persone con disabilità	61
Asse Tematico 6 - Strategia per l’invecchiamento attivo	70
Asse Tematico 7 - Strategie per lo sviluppo dei servizi educativi per la prima infanzia	74
Quadro generale sinottico degli interventi e dei servizi inseriti nel Piano distrettuale.....	78
SEZIONE 5. L’INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA.....	79
5.1. Misure di integrazione istituzionali	79
5.2. Misure di integrazione fra servizi	80
5.3. Misure di integrazione professionale	80
SEZIONE 6. LE AZIONI PER IL MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA LOCALE E LA CO-PROGETTAZIONE	82
6.1. Definizione del sistema di affidamento dei servizi e degli interventi.....	82
6.2. Le misure per la valorizzazione del terzo settore, dell’economia e dell’impresa sociale	85
6.3. Linee guida del regolamento per l’accesso dei servizi	86
6.4. La composizione e il funzionamento dell’Ufficio di Piano e degli Uffici di Gestione sociale ...	87
6.5. Sistema informativo di monitoraggio, valutazione, controllo dei servizi e degli interventi	88
6.6. Linee di indirizzo per il bilancio sociale.....	90
SEZIONE 7. LA POLITICA DELLA SPESA E I QUADRI DI PREVISIONE	91

Presentazione

A cura del Sindaco o del Coordinatore della Conferenza dei sindaci

Il Piano Distrettuale sociale dell’Ambito n.23 Fino-Cerrano-Vomano è il documento programmatico di prospettiva triennale (2016-2018) con il quale i 14 Comuni di Silvi, Atri, Pineto, Arsita, Bisenti, Castiglione Messer Raimondo, Castilenti, Cellino Attanasio, Cermignano, Montefino, Basciano, Canzano, Castellalto e Penna S. Andrea definiscono le politiche sociali e socio-sanitarie rivolte alla popolazione dell’ambito territoriale coincidente con i Distretti sanitari di Atri e Teramo.

Il documento è finalizzato alla promozione del benessere della persona alla luce dei cambiamenti socio demografici e culturali nonché dei nuovi mutati bisogni della popolazione. I nuovi bisogni emersi dal Profilo sociale del territorio ricadente nell’Ambito richiedono interventi capaci di coinvolgere e mobilitare risorse diverse (pubbliche, del terzo settore, della solidarietà spontanea e non organizzativa, private ecc) ricercando l’integrazione delle politiche sociali con le politiche sanitarie e, allo stesso tempo, di queste con le politiche abitative, formative, occupazionali, culturali, urbanistiche e ambientali. Il Piano Distrettuale sociale è lo strumento principale delle politiche sociali, che serve a costruire un sistema integrato di interventi e servizi. Integrato, perché mette in relazione servizi che si offrono in strutture, servizi domiciliari, servizi territoriali, misure economiche, prestazioni singole, iniziative non sistematiche, sia che siano rivolte alla singola persona sia alla famiglia. Integrato, perché deve coordinare politiche sociali, sanitarie, educative, formative, del lavoro, culturali, urbanistiche e abitative. Il Piano distrettuale definisce come dove, e chi assiste, si prende cura, riabilita, educa, forma, orienta, inserisce o reinserisce nel mondo del lavoro. Integrato, infine perché deve far collaborare e lavorare, in modo coordinato ed efficace per i cittadini, soggetti istituzionali e non, pubblici e privati

Il documento è redatto in coerenza con Piano sociale regionale 2016-2018 e con le relative Linee guida ed è articolato nei seguenti assi tematici:

- AT 1 - Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio sociale;
- AT 2 - Interventi e servizi per la non autosufficienza;
- AT 3 - Strategie per l’inclusione sociale e il contrasto alle povertà;
- AT 4 - Sostegno alla genitorialità e alle famiglie, nuove generazioni, prevenzione e contrasto alla violenza domestica;
- AT 5 - Strategia per le persone con disabilità;
- AT 6 - Strategia per l’invecchiamento attivo;
- AT 7 - Strategie per lo sviluppo dei servizi educativi per la prima infanzia

Dal punto di vista organizzativo i 14 Comuni dell’Ambito 23 hanno scelto la formula della convenzione, individuando come Ente Capofila dell’Ambito distrettuale il Comune di Silvi. In coerenza con il principio di sussidiarietà, è stata prevista una “Zona di gestione sociale” di cui

fanno parte i Comuni di Arsitia, Bisenti, Castiglione Messer Raimondo, Castilenti, Cellino Attanasio, Cermignano, Montefino, Basciano, Canzano, Castellalto e Penna S. Andrea per la quale i Sindaci hanno deciso di affidare la gestione all’Unione dei Comuni “Colline del Medio Vomano”, con un proprio Ufficio di Zona Sociale.

Il processo di formazione del Piano Distrettuale sociale 2016-2018 dell’Ambito 23 Fino-Cerrano-Vomano si è caratterizzato per la fattiva collaborazione della Conferenza dei Sindaci e degli uffici sociali dei vari Comuni e per la partecipazione attiva dei vari attori sociali nei tavoli tecnici in cui sono state raccolte le proposte e nell’ambito dei quali è stato costituito il Gruppo di piano. Prezioso è stato il contributo degli stakeholder nella ricognizione dei bisogni e nella stesura del Profilo Sociale dell’Ambito. I contenuti del Piano Distrettuale sono il risultato di un ampio confronto dapprima all’interno della Conferenza dei Sindaci e poi con i vari soggetti istituzionali, con gli attori sociali privati e del no-profit, con le associazioni, con il volontariato e terzo settore, con gli operatori specializzati, con gli enti bilaterali e con i cittadini. L’articolazione dei servizi tiene conto di tutte le proposte e dei bisogni emersi all’interno del Gruppo di Piano. I rapporti con i Distretti sanitari sono regolati da apposito Accordo di Programma.

Aspetti qualificanti del Piano Distrettuale sociale sono l’attenzione alla persona nella sua globalità attraverso la previsione di servizi integrati socio-sanitari; il riconoscimento di bisogni emergenti determinati dalle nuove povertà e dall’ampliamento delle fasce di popolazione a rischio esclusione; i servizi di prevenzione alla violenza domestica e alla violenza di genere; le politiche di invecchiamento attivo; le politiche di sostegno alla famiglia e alla genitorialità; l’attenzione verso i giovani e gli adolescenti; l’integrazione dei servizi per le persone con disabilità in un’ottica di valorizzazione delle potenzialità, di attenzione verso i care-givers e per il dopo-di-noi. Le azioni mirano alla permanenza in famiglia e alla riduzione degli interventi di istituzionalizzazione. Tra i nuovi bisogni contemplati nel Piano vi sono le azioni di contrasto alle nuove forme di dipendenza e le politiche di inserimento/reinserimento nel mondo del lavoro.

Molto qualificata è la presenza dell’Azienda di Servizi alla Persona 2 di Atri, in collaborazione con la quale sarà possibile riqualificare e potenziare i servizi assistenziali esistenti e attivare nuovi interventi in favore di famiglie, anziani, minori e persone con disabilità.

Si ringraziano per la fattiva collaborazione tutti coloro che hanno contribuito alla progettazione e redazione del Piano Distrettuale Sociale Fino-Cerrano-Vomano.

***Il Coordinatore della Conferenza dei Sindaci
Dott.ssa Floriana Peracchia***

Nota: Il Piano sociale distrettuale è un documento che deve essere accessibile alla facile consultazione e alla lettura anche dei cittadini. Per questa ragione si richiede, pur nella completezza, di assicurare una compilazione essenziale delle diverse parti, limitata a fornire le informazioni e indicazioni operative più significative. Per questa ragione, in alcune sezioni, vengono anche richieste limitazioni nel numero dei caratteri e negli spazi. Nella versione finale del documento è opportuno cancellare tutte le didascalie contenute in questo schema.

SEZIONE 1. ASSETTI ISTITUZIONALI E FORMAZIONE DEL PIANO DISTRETTUALE

Nella prima sezione vengono presentati: gli assetti istituzionali del nuovo Ambito distrettuale e le responsabilità di pianificazione e gestione, la presenza di zone sociali, la governance dell’Ambito, la composizione dell’Ufficio di Piano, il processo seguito per la formazione del Piano distrettuale, la composizione del Gruppo di Piano, la composizione della Conferenza locale socio-sanitaria, la descrizione del livello istituzionale dell’integrazione socio-sanitaria, la descrizione del processo di coinvolgimento e partecipazione dei diversi soggetti territoriali alla stesura del Piano distrettuale e gli strumenti utilizzati per favorirne la partecipazione.

1.1. Gli assetti istituzionali dell’Ambito distrettuale

L’Ambito n. 23 “Fino –Cerrano” ” nasce dalla fusione degli ex Ambiti n. 7 “Costa Sud 1” e n. 3 “Fino-Vomano”, in linea con quanto stabilito dalla delibera di Consiglio Regionale n. 70/3 del 09.08.2016 ed è formato dai Comuni di: Silvi, Atri, Pineto, Arsita, Bisenti, Castiglione Messer Raimondo, Castilenti, Cellino Attanasio, Cermignano, Montefino, Basciano, Canzano, Castellalto e Penna S. Andrea. Con proprie delibere di Consiglio, tutti i Comuni hanno stabilito di garantire la gestione associata ricorrendo alla Convenzione (art. 30 del T.U.E.L.) e di individuare quale Ente Capofila dell’Ambito Distrettuale (ECAD) il Comune di Silvi. Inoltre è stata definita una Zona di gestione sociale, cui fanno parte i Comuni di Arsita, Bisenti, Castiglione Messer Raimondo, Castilenti, Cellino Attanasio, Cermignano, Montefino, Basciano, Canzano, Castellalto e Penna S. Andrea per la quale i Sindaci hanno deciso di affidare la gestione all’Unione dei Comuni “Colline del Medio Vomano”, con un proprio Ufficio di Zona Sociale. Il territorio dell’Ambito n. 23 ricade su n. 2 Distretti Sanitari di base: Atri e Teramo.

1.2. L’Ufficio di Piano

L’Ufficio di Piano rappresenta la tecnostruttura dell’ECAD con funzioni programmatiche, amministrative e contabili dei Comuni associati. La Regione, nel Piano sociale Regionale 2016-2018 identifica nell’Ufficio di Piano lo strumento operativo dei nuovi Ambiti e ritiene che debba essere rafforzato rispetto al passato, sia in termini di competenze professionali che di collaborazioni interistituzionali, con l’obiettivo di assicurare la necessaria stabilità organizzativa. L’ambito n. 23 “Fino-Cerrano” nasce dalla fusione degli ex Ambiti n. 7 “Costa Sud 1” e n. 3 “Fino-Vomano”. L’Ambito n. 7 aveva strutturato l’Ufficio di Piano ricorrendo ai Responsabili dei servizi sociali dei tre Comuni per alcune funzioni ma non aveva personale amministrativo specificatamente dedicato. Pertanto la gestione associata non poteva essere pienamente realizzata. L’Ambito n. 3 gestiva i servizi per mezzo dell’Unione “Colline del medio Vomano” il cui Ufficio di Piano era formato da un Responsabile/Assistente Sociale e un operatore amministrativo. Con il nuovo PSD, si rende necessario, vista anche l’estensione del nuovo Ambito n. 23 che comprende 14 Comuni, provvedere ad una nuova organizzazione. L’Ufficio di Piano avrà sede presso il Comune di Silvi e sarà inizialmente formato dal Responsabile dei Servizi Sociali e da un Istruttore direttivo del Comune di Silvi oltre a un Istruttore amministrativo e un Istruttore direttivo da individuare. I Responsabili degli altri Comuni continueranno a dare il loro supporto dall’esterno. Dal momento che è stata individuata una zona di gestione sociale, la stessa si avvarrà di un proprio Ufficio di Zona sociale gestita dall’Unione “Colline del medio Vomano” le cui risorse umane destinate saranno: un Responsabile/Assistente Sociale e un Istruttore amministrativo.

Per far fronte al cambiamento in atto, l'Ufficio di Piano nel prossimo triennio sarà chiamato a promuovere nuove alleanze tra i vari soggetti del territorio; a immaginare nuove soluzioni che aiutino a migliorare la risposta ai bisogni dei cittadini, ottimizzando l'uso delle risorse; a rinforzare la capacità di lettura del contesto elaborando strumenti di conoscenza che permettano scelte politiche consapevoli. Si tratta quindi di mantenere un focus prioritario sui bisogni e sulla domanda delle persone e delle famiglie, per poi individuare le modalità di gestione e i meccanismi di finanziamento delle risposte in relazione ai principi di efficienza, efficacia, appropriatezza ed equità.

L'Ufficio di Piano modella la propria organizzazione e svolge la propria attività ispirandosi a criteri di trasparenza, funzionalità ed economicità di gestione, al fine di assicurare alla propria azione efficienza ed efficacia. Fermi restando i poteri di indirizzo e di controllo in capo alla Conferenza dei Sindaci, l'Ufficio di Piano, in ogni caso, è direttamente responsabile del raggiungimento degli obiettivi e della correttezza ed efficienza della gestione. Le competenze dell'Ufficio di piano possono essere così sintetizzate:

- coordinamento delle attività e dei rapporti con i Comuni ed altri soggetti coinvolti nell'attuazione del PSD;
- attivazione di tutti gli strumenti necessari per la gestione dei Servizi;
- predisposizione di atti amministrativi quali bandi, gestione delle gare e pubblicazione degli esiti;
- attività di rendicontazione e gestione delle risorse assegnate, tenendo conto delle Zone di gestione sociale;
- monitoraggio e valutazione del PSD;
- ogni altra azione necessaria alla creazione organizzata del Sistema dei Servizi Sociali e della rete integrata dei Servizi Socio-Sanitari.

1.3. Il processo di formazione del Piano sociale distrettuale

Il processo di programmazione, pur avendo risentito del contesto economico nazionale, regionale e locale, determinando incertezze nella definizione delle attività da inserire nel Piano e soprattutto delle relative risorse economiche da impegnare, è stato definito a seguito di un lavoro intenso, seguendo le indicazioni Regionali e coinvolgendo tutte le risorse del territorio. La Conferenza di Sindaci, in linea con le indicazioni regionali, ha approvato le proprie linee di indirizzo per la steura del PSD ed ha attivato un processo di programmazione partecipata quale metodo di lavoro utile alla costruzione del Sistema Sociale Locale. La partecipazione dei cittadini e di tutti gli attori sociali presenti nella comunità locale ai processi di elaborazione delle politiche di intervento, è una delle modalità principali attraverso cui si sostanzia il principio di sussidiarietà. L'obiettivo del benessere comunitario infatti, si raggiunge tramite il coinvolgimento di tutti i soggetti presenti e attivi nella comunità: la persona, la famiglia, le istituzioni, il volontariato, l'associazionismo. L'intervento delle istituzioni si attiva nell'ambito di una dinamica sussidiaria sviluppando contemporaneamente con la propria azione di governo, la capacità di cogliere le dinamiche sul territorio, di promuovere risposte adeguate e flessibili, di mettere in rete diversi e molteplici bisogni/risorse presenti nella comunità. La partecipazione dei cittadini e delle organizzazioni è stata promossa sin dalla prima fase di avvio dei lavori.

Mediante Avviso pubblico sono state raccolte le adesioni ai diversi tavoli di lavoro tematici, cui ha potuto accedere tutta la comunità locale. Dai singoli tavoli di lavoro, organizzati per specifiche aree sociali sono emersi riflessioni ed idee progettuali per la programmazione partecipata. Per ogni tavolo sono stati individuati due rappresentanti da inserire nel gruppo di Piano. Inoltre è stato previsto un forum di ascolto con i cittadini. Sono stati invitati a partecipare alla stesura del PSD i

diversi soggetti Istituzionali e sono stati avviati tavoli di concertazione con l’ASL e i Rappresentanti sindacali.

1.4. Il Gruppo di Piano

Il processo di costruzione del PSD parte dal territorio e si sviluppa sia attraverso il lavoro della conferenza dei Sindaci per la parte politica, sia attraverso il lavoro dei tavoli tecnici e tematici cui partecipano non solo le Istituzioni (Comuni, ASL, Scuole, Tribunali, ASP.....), ma anche privati cittadini, il mondo della cooperazione sociale, della compagine sindacale, del volontariato e varie forme di associazionismo. Lo strumento operativo che svolge compiti rilevanti sia nella stesura che nel monitoraggio e valutazione del PSD è rappresentato dal Gruppo di Piano, nominato dalla Conferenza dei Sindaci con delibera del 21.02.2017, dopo aver raccolto le formali adesioni dei partecipanti. Al gruppo di Piano, che resta in carico fino alla scadenza del PSD 2016-2018, fanno parte i rappresentanti politici, tecnici, delle istituzioni pubbliche e della comunità locale nelle sue diverse espressioni. E’ dotato di un regolamento di funzionamento e possiede una propria autonomia funzionale ed organizzativa necessaria allo svolgimento delle attività previste, le cui competenze possono essere così sintetizzate:

- Stesura del Piano Sociale Distrettuale
- Stesura del profilo Sociale Locale
- Collaborazione con l’Ufficio di Piano per la stesura del rapporto valutativo annuale
- Collaborazione nella rimodulazione, anche finanziaria, del PSD se necessaria.

Fanno parte del gruppo di Piano:

NOMINATIVO	ORGANISMO RAPPRESENTATO
FLORIANA PERACCHIA	COMUNE DI SILVI
DANIELA MARIANI	COMUNE DI PINETO
GIAMMARCO MARCONE	COMUNE DI ATRI
ENZO LUCCI	COMUNE DI ARSITA
ENZINO DE FEBIS	COMUNE DI BISENTI
GIUSEPPE D’ERCOLE	COMUNE DI CASTIGLIONE M. R.
ALBERTO GIULIANI	COMUNE DI CASTILENTI
GIUSEPPE DEL PAPA	COMUNE DI CELLINO A.
SANTINO DI VALERIO	COMUNE DI CERMIGNANO
ERNESTO PICCARI	COMUNE DI MONTEFINO
ALESSANDRO FRATTAROLA	COMUNE DI BASCIANO
FRANCO CAMPITELLI	COMUNE DI CANZANO
VINCENZO DI MARCO	COMUNE DI CASTELLALTO
VALERIA MANELLI	COMUNE DI CASTELLALTO
SEVERINO SERRANI	COMUNE DI PENNA S. ANDREA
ROBERTO FAGNANO	ASL TERAMO
SALVATORE PROSPERI	ASL TERAMO
ELISABETTA RAPACCHIALE	COMUNE DI SILVI
MAURO CERASI	COMUNE DI PINETO
PAOLA DI CRESCENZO	COMUNE DI ATRI
GRAZIA DI PIETRO	UNIONE DEI COMUNI
ROSITA DI CARLO	COMUNE DI SILVI
DEBORA TANCREDI	COMUNE DI SILVI

SANTA MASTRANGELO	COMUNE DI SILVI
VALENTINA MORISI	COMUNE DI PINETO
ANNAMARIA CONSORTI	COMUNE DI ATRI
MANUELA RACCIATTI	COMUNE DI ATRI
ROBERTO PROSPERI	ASP N. 2 TERAMO
VITTORIA AMATUCCI	TRIBUNALE PER I MINORENNI
GIULIANO PERILLI	I.C. VALLE DEL FINO
MARIA PACCHIONE	I.C. DI ATRI
DANIELA MAGNO	I.S. “ZOLI” DI ATRI
MARISTELLA FORTUNATO	I.C. DI SILVI
MASSIMO LUCIANI	ANCI
GIULIANA ASTOLFI	CONSULTORIO FAMILIARE ATRI
SILVANA DI FILIPPO	CONSULTORIO FAMILIARE SILVI
DONATO RANALLI	CONSORZIO UP
ANNAMARIA RUGGIERI	COOP. NEW LASER
PATRIZIA MAZZONE	ASSOC. ABBRACCIAPERTE
ALFREDO GIANSANTE	ASSOC. ARCOTENDA
LUISA DI NICOLA	ASSOC. L’ABBRACCIO DEI PREMATURI
CAROLINA DE SANTIS	CARITAS INTERPARROCCHIALE
CHIARA MICCADEI	ANPEC
CRISTINA MARCONE	ASSOC. L’ELEFANTE/CENTRO ST. FAM.
LUIGIA CORNELI	ASS. NOVA CIVITAS
PAOLA MISURI	SPI-CGIL TERAMO
VALERIANO PISCIELLA	CGIL TERAMO
ALBERICO MACCIONI	CISL TERAMO
ANTONIO SCUTERI	CISL TERAMO
PASQUALE CIAPANNA	FNP-CISL TERAMO

1.5. La Conferenza locale socio-sanitaria e gli assetti di integrazione

I percorsi istituzionali previsti dalla Legge n. 328/00 promuovono l’integrazione socio-sanitaria come una delle principali sfide per la costruzione del sistema integrato dei servizi, riconoscendo nel Piano Sociale lo strumento primo di attuazione della rete dei servizi sociali e dell’integrazione socio-sanitaria. E’ diventato fondamentale necessario operare in modo integrato per la crescente complessità dei bisogni, per l’aumentata consapevolezza in ordine alla globalità della persona e alle interdipendenze tra persone, contesti di vita e ambiente. Per queste ragioni, anche questo Piano Sociale Distrettuale si baserà sullo sviluppo dell’integrazione già avviata e sull’implementazione dei rapporti con la ASL e i Distretti Sanitari per sancire un più concreto rapporto istituzionale basato sui principi della collaborazione, dell’integrazione e del coordinamento. Il Distretto è infatti l’articolazione territoriale dell’Azienda Sanitaria cui è affidato il compito di assicurare alla popolazione residente la disponibilità, secondo criteri di equità, accessibilità ed appropriatezza, dei servizi di tipo sanitario e sociale ad alta integrazione sanitaria. Il Distretto svolge un ruolo cruciale nella rilevazione dei bisogni di salute della popolazione, nella pianificazione e valutazione dell’offerta di servizi, nell’integrazione tra le diverse istanze dei vari portatori di interesse (sanitari e sociali), nella realizzazione delle attività di promozione della salute, di prevenzione delle malattie e della disabilità, nello sviluppo della cultura e delle pratiche dell’integrazione tra attività territoriale ed ospedaliera e tra i servizi

sanitari e quelli sociali. Con questo Piano si consoliderà l'integrazione socio-sanitaria il cui obiettivo è tutelare la salute e il benessere al di là delle logiche settoriali, integrazione riferita agli ambiti istituzionali, professionali e tra la dimensione sociale e sanitaria. La conferenza locale integrata socio-sanitaria (CLISS), costituita dalla Conferenza dei Sindaci e dal Direttore generale dell'ASL o suo delegato, avrà il compito di attuare il raccordo istituzionale tra ASL e Ambito. La scelta per attuare l'integrazione socio-sanitaria è realizzata attraverso l'allineamento del PSD con il Programma delle attività territoriali (PAT) che ciascun distretto è tenuto a redigere, coerentemente con le scelte operate attraverso la stipula della convenzione socio-sanitaria come previsto dal Piano Sociale Regionale. L'Ambito n. 23 Fino-Cerrano sottoscriverà con la ASL la convenzione socio-sanitaria in linea con lo schema regionale. Purtroppo la coincidenza territoriale tra Ambiti e distretti non è stata attuata per questo territorio poiché l'Ambito n. 23 insiste su due Distretti Sanitari di base: Atri e Teramo.

1.6. Modalità, tempi e strumenti per la partecipazione dei cittadini e delle organizzazioni

Il processo di programmazione partecipata è iniziato con la pubblicazione dell'avviso per la raccolta delle adesioni ai tavoli di lavoro tematici. I singoli tavoli si sono incontrati autonomamente per nominare propri rappresentanti del Gruppo di Piano e fornire indicazioni operative utili alla stesura del PSD. Inoltre, mediante avviso, è stata data la possibilità a tutti i cittadini di fornire il proprio contributo attraverso la compilazione di schede relative alle singole idee progettuali al fine di accogliere il più alto contributo esperienziale e di conoscenze. Dopo la fase di progettazione condivisa a cura dell'Ufficio di Piano, la programmazione è stata oggetto di un incontro con i referenti dei tavoli d'area per illustrare e confermare l'adesione della stessa alle indicazioni e alle richieste venute dalle diverse aggregazioni e associazioni partecipanti alla concertazione. Prima dell'approvazione del PSD da parte dei consigli comunali, sono stati organizzati sul territorio forum con i cittadini per la restituzione del lavoro svolto.

Il 23 dicembre 2016 è stato pubblicato l'Avviso pubblico per l'iscrizione ai tavoli di lavoro per la programmazione partecipata dell'Ambito n. 23 “Fino-Cerrano”, la cui scadenza per la presentazione della domanda era prevista per il 13 gennaio 2017. Sono stati individuati n. 4 tavoli di lavoro cui potersi iscrivere: disabilità e non autosufficienza; inclusione sociale e contrasto alle povertà; anziani ed invecchiamento attivo; minori, giovani e famiglia, sostegno alla genitorialità, contrasto alla violenza elotta alle dipendenze. Tra il 10 e 11 febbraio 2017, in orari diversi, in base al tavolo prescelto, si sono svolti i primi incontri dei tavoli. Contestualmente i partecipanti ai tavoli tematici sono stati invitati a compilare e inviare all'Ente le schede predisposte per la rilevazione dei bisogni. Per ogni tavolo è stato individuato un Coordinatore con il compito di organizzare successivi incontri finalizzati ad affrontare le tematiche prescelte ed individuare proposte e contributi per la stesura del PSD. Per ogni tavolo si sono svolti più incontri ed entro il 7 marzo sono pervenute le relazioni finali. Tutto il materiale è stato vagliato dal Gruppo di Piano ed utilizzato nella redazione del PSD.

SEZIONE 2. IL PROFILO SOCIALE LOCALE

Il Profilo sociale locale si articola in 6 paragrafi, supportati da dati e informazioni reperite da diverse fonti per effettuare analisi basate sull'evidenza:

- analisi delle principali tendenze demografiche;
- dimensione socio-economica del territorio nel suo insieme e delle zone sociali, laddove presenti;
- analisi dei fabbisogni sociali e di salute, anche con l'evidenziazione di particolari specificità per le zone sociali;
- ricognizione e analisi sull'attuale sistema di offerta dei servizi sociali e socio-sanitari del territorio (compresi i soggetti che ricevono contributi per finalità sociali anche al di fuori dei fondi del Piano);
- analisi degli impatti della precedente programmazione, con dati relativi sia all'utenza e ai volumi registrati sia alla spesa sociale sostenuta;
- quadro ragionato dei principali fabbisogni rilevati, delle criticità emerse e delle prospettive di miglioramento connesse al nuovo Piano.

2.1. Analisi delle tendenze demografiche

Il fattore demografico è fondamentale per la conoscenza della dinamica di un territorio. L'area dell'Ambito Sociale n. 23 “Fino – Cerrano” si estende su una superficie territoriale di circa 568 Km² e comprende 14 comuni con una popolazione residente complessiva al 01.01.2016 di 66.690 abitanti e con una densità demografica di 117 abitanti per Km². I centri più abitati sono i Comuni della costa la cui densità demografica è: Silvi di circa 781 abitanti per km² e Pineto di circa 395 abitanti per km². Il Comune meno popolato è Arsita con 829 abitanti ed una densità di circa 25 abitanti per km².

L'andamento demografico generale mostra una complessiva tendenza alla stabilità, pur facendo registrare una leggera flessione verso un incremento della popolazione nei paesi costieri, contrariamente a quelli dell'interno. La zona interna che comprende la maggior parte del territorio è caratterizzata da una popolazione con un'età media più alta e da scarso ricambio generazionale che però vede condizioni generali di vita decisamente migliori della media.

Totale della Popolazione residente al 1° Gennaio 2016 per sesso e stato civile Ambito n. 23 Fino-Cerrano

Codice Comune	Comuni	Maschi Coniugati	Maschi Divorziati	Maschi Vedovi	Totale Maschi	Femmine Coniugate	Femmine Divorziate	Femmine Vedove	Totale Femmine	Maschi + Femmine
067003	Arsita	204	5	25	409	200	5	78	420	829
067004	Atri	2714	63	137	5292	2663	71	754	5480	10772
067005	Basciano	638	7	28	1220	621	10	108	1214	2434
067007	Bisenti	486	10	30	974	473	12	190	978	1952
067009	Canzano	493	9	16	948	480	10	129	986	1934
067011	Castellalto	1892	37	80	3768	1867	41	392	3745	7513
067013	Castiglione Messer Raimondo	581	21	43	1167	565	12	171	1157	2324
067014	Castilenti	400	5	15	770	374	3	105	738	1508
067015	Cellino Attanasio	626	8	43	1272	594	11	209	1248	2520
067016	Cermignano	430	6	27	814	416	10	157	835	1649
067027	Montefino	263	7	17	512	241	6	94	515	1027
067033	Penna Sant'Andrea	423	8	22	829	408	9	140	869	1698

067035	Pineto	3842	104	147	7214	3908	150	861	7690	14904
067040	Silvi	3967	135	146	7703	3982	207	859	7923	15626
	TOTALE	16959	425	776	32892	16792	557	4211	33798	66690

Totale della Popolazione residente al 1° Gennaio 2015 per sesso e stato civile Ambito n. 23 Fino-Cerrano

Codice Comune	Comuni	Maschi Coniugati	Maschi Divorziati	Maschi Vedovi	Totale Maschi	Femmine Coniugate	Femmine Divorziate	Femmine Vedove	Totale Femmine	Maschi + Femmine
067003	Arsita	206	5	23	410	206	4	76	421	831
067004	Atri	2747	53	138	5324	2696	64	768	5541	10865
067005	Basciano	636	7	27	1225	624	10	104	1209	2434
067007	Bisenti	514	7	32	1005	493	12	184	997	2002
067009	Canzano	505	9	17	954	487	13	129	1005	1959
067011	Castellalto	1891	35	77	3775	1860	38	402	3744	7519
067013	Castiglione Messer Raimondo	584	21	47	1177	571	10	176	1169	2346
067014	Castilenti	415	5	16	790	389	2	95	745	1535
067015	Cellino Attanasio	625	6	44	1275	607	11	210	1267	2542
067016	Cermignano	442	5	28	830	423	11	165	858	1688
067027	Montefino	266	6	19	515	246	5	95	521	1036
067033	Penna Sant'Andrea	432	6	27	848	426	8	143	886	1734
067035	Pineto	3859	83	149	7181	3909	131	870	7626	14807
067040	Silvi	3942	123	149	7662	3986	184	878	7909	15571
	TOTALE	17064	371	793	32971	16923	473	4295	33898	66869

Totale della Popolazione residente al 1° Gennaio 2014 per sesso e stato civile Ambito n. 23 Fino-Cerrano

Codice Comune	Comuni	Maschi Coniugati	Maschi Divorziati	Maschi Vedovi	Totale Maschi	Femmine Coniugate	Femmine Divorziate	Femmine Vedove	Totale Femmine	Maschi + Femmine
067003	Arsita	211	4	22	416	208	4	72	420	836
067004	Atri	2775	52	134	5354	2738	67	770	5587	10941
067005	Basciano	636	5	26	1214	631	10	103	1220	2434
067007	Bisenti	521	7	31	1017	503	10	189	1003	2020
067009	Canzano	507	12	15	953	488	11	137	1022	1975
067011	Castellalto	1884	35	78	3717	1879	39	402	3740	7457
067013	Castiglione Messer Raimondo	594	16	47	1174	580	9	175	1167	2341
067014	Castilenti	413	5	17	796	390	2	101	752	1548
067015	Cellino Attanasio	646	6	46	1288	626	11	216	1301	2589
067016	Cermignano	448	7	28	847	431	13	166	884	1731
067027	Montefino	280	5	16	529	259	4	93	531	1060
067033	Penna Sant'Andrea	427	5	24	847	424	8	135	882	1729
067035	Pineto	3856	79	144	7153	3948	129	868	7658	14811
067040	Silvi	4000	115	146	7680	4014	175	870	7883	15563
	TOTALE	17198	353	774	32985	17119	492	4297	34050	67035

Dati: demo istat

La struttura della famiglia, in linea con i dati nazionali, ha sempre più ridotto il numero dei suoi componenti, a causa non solo della rapida evoluzione di fenomeni di natura demografica come la riduzione della fecondità e la diminuzione della mortalità che ha indotto un conseguente invecchiamento della popolazione, ma anche a causa dei comportamenti sociali: instabilità matrimoniale, difficoltà economiche che non permettono la costruzione di progetti di vita. Infatti nell’Ambito il numero delle famiglie è leggermente aumentato ma è diminuito il numero dei suoi componenti. Le ridotte dimensioni del territorio, rispetto ad altri sistemi urbani e l’esistenza di reti informali residue, come quelle parentali, riescono ancora a contenere il diffondersi di gravi situazioni di esclusione e di marginalizzazione, pur tuttavia i dati raccolti vanno in questa direzione. Tante sono state le richieste di accesso ai servizi di inclusione sociale, basso, invece è il dato riferito alle richieste di pronto intervento sociale. Ma non per tutti è stato possibile elaborare progetti di intervento integrati, volti all’effettivo reinserimento sociale. Infatti gli interventi effettuati, spesso andavano a tamponare una situazione di difficoltà ma non erano risolutivi.

2.2. Dimensione socio-economica del territorio e delle zone

Un’analisi in chiave di benessere di una determinata compagine sociale non può che annoverare tra i suoi parametri di riferimento gli aspetti connessi alla qualità della vita, considerata sinonimo di crescita inclusiva, all’insegna cioè della coesione territoriale e del contrasto alla povertà, nonché della riduzione del disagio sociale e dei fenomeni di emarginazione. Il tasso di disoccupazione seppur in linea con la media nazionale è in aumento rispetto agli ultimi anni. Un altro parametro che influisce direttamente sulla dimensione del benessere sociale di un determinato assetto è la sicurezza sociale percepita, che in taluni casi può condurre anche a situazioni di allarme sociale. L’incremento del disagio sociale collegato a situazioni di emarginazione e di bisogno, cercano risposte nelle politiche sociali e di integrazione, cui, però molto spesso le istituzioni non sono in grado di fronteggiare. A complicare ulteriormente il quadro che vede l’Abruzzo in recessione vi sono stati gli eventi calamitosi degli ultimi mesi.

Per quanto attiene gli aspetti connessi ai profili della produzione, non si può prescindere dal considerare le dinamiche del PIL che, tra gli indicatori di stretta derivazione economica, rappresenta indubbiamente la più completa misurazione delle attività economiche di una determinata area e, in quanto tale, ha da sempre costituito, anche in via esclusiva nelle impostazioni meno recenti, un indefettibile parametro per rilevare il livello di sviluppo dell’economia di un paese. Le statistiche economiche forniscono dati che vedono il territorio di riferimento in recessione.

L’impiego dei fattori produttivi nell’ambito di un determinato assetto economico avviene attraverso l’imprenditoria, che rappresenta pertanto una preziosa fonte di statistiche sui livelli di sviluppo economico, in primis sotto l’aspetto della c.d. demografia d’impresa. Quest’ultima prende a riferimento la dinamica delle iscrizioni e cessazioni delle imprese registrate: dal saldo di tali movimenti si ricava il tasso di sviluppo imprenditoriale, che a sua volta costituisce un significativo indicatore sintetico degli andamenti dei sistemi produttivi locali.

Il bilancio tra nuove iscrizioni e cessazioni si traduce in un tasso di crescita che risulta alquanto negativo per la provincia di Teramo. A questo quadro generale occorre aggiungere, come evidenziato dalla camera di Commercio che gli accadimenti catastrofici che si sono succeduti nella seconda parte del 2016 lasceranno il segno sul sistema economico teramano per diverso tempo. Dopo il 24 agosto sono cambiate le abitudini, la quotidianità, le aspettative, i programmi di vita, la percezione e l’attrattività del nostro territorio da parte di residenti in altre regioni o nelle altre nazioni. Inoltre bisogna fronteggiare le problematiche relative ai danni fisici delle abitazioni,

scuole, strutture produttive e ricettive... Non meno preoccupante la durata degli effetti indiretti che gli eventi naturali hanno prodotto sul sistema turistico e commerciale del territorio.

Osservando i dati sulle forze lavoro rilasciati dall'ISTAT, riferiti al 2016 si rileva, nella Provincia di Teramo un calo degli occupati in controtendenza con i dati nazionali.

Invece nel 2016 si sono mantenute sostanzialmente stabili l'andamento demografico delle imprese femminili, ossia quelle partecipate in prevalenza da donne, la cui maggiore presenza la si riscontra nel settore dell'agricoltura, nel turismo, nel commercio e nei servizi alle imprese. Ciò vale anche per le imprese giovanili, in cui la partecipazione di persone under 35 risulta complessivamente superiore e quelle riferiti agli stranieri.

Si riporta il rapporto sull'economia provinciale anno 2016 della camera di Commercio di Teramo:

COMUNE	Imprese femminili	Imprese giovanili	Imprese straniere
--------	-------------------	-------------------	-------------------

Ambito Distrettuale Sociale n. 23 “Fino-Cerrano”

Comune di Castiglione Messer Raimondo Prot. n.1449 del 22-03-2018

Comune	Registrate	Attive	Iscrizioni	Cessazioni	Registrate	Attive	Iscrizioni	Cessazioni	Registrate	Attive	Iscrizioni	Cessazioni
TE001 ALBA ADRIATICA	482	400	39	39	227	193	37	25	421	368	48	40
TE002 ANCARANO	66	59	8	10	36	27	7	9	42	37	8	4
TE003 ARSITA	47	46	1	4	6	4	1	1	6	6	0	1
TE004 ATRI	318	295	13	11	111	99	25	10	43	37	2	2
TE005 BASCIANO	56	51	4	3	20	15	3	1	13	12	2	1
TE006 BELLANTE	204	183	12	16	87	79	10	11	106	101	6	7
TE007 BISENTI	81	77	3	5	19	16	2	0	23	23	1	1
TE008 CAMPLI	226	207	14	8	79	67	11	7	151	147	13	6
TE009 CANZANO	67	61	3	1	20	16	2	1	12	10	0	0
TE010 CASTEL CASTAGNA	24	24	1	1	5	5	0	0	3	3	0	0
TE011 CASTELLALTO	238	214	11	7	99	88	19	2	137	127	10	6
TE012 CASTELLI	58	54	1	4	11	7	6	2	11	10	0	1
	114	108	6	6	31	27	4	2	21	17	1	0
TE014 CASTILENTI	63	59	1	1	23	21	0	1	9	9	1	1
TE015 CELLINO ATTANASIO	101	95	4	3	29	28	2	2	19	18	2	0
TE016 CERMIGNANO	49	48	4	3	12	10	2	2	12	11	1	0
TE017 CIVITELLA DEL TRONTO	132	116	11	5	49	41	8	7	77	70	4	6
TE018 COLLEDARA	63	55	2	5	26	22	3	1	8	7	0	0
TE019 COLONNELLA	128	115	12	11	46	40	8	3	67	64	7	5
TE020 CONTROGUERRA	89	79	6	10	25	25	3	3	63	59	8	4
TE021 CORROPOLI	186	161	16	22	73	63	16	11	141	130	25	14
TE022 CORTINO	18	18	1	2	9	9	0	1	1	1	0	0
TE023 CROGNALETO	38	33	1	4	15	14	0	2	11	10	1	1
TE024 FANO ADRIANO	7	7	0	0	2	2	0	0			0	0
TE025 GIULIANOVA	641	559	50	64	277	234	50	19	255	221	16	20
	148	131	7	4	48	42	1	3	22	22	0	0
TE027 MONTEFINO	43	43	1	1	10	10	3	1	11	11	0	0
TE028 MONTORIO AL VOMANO	232	213	11	14	81	70	10	6	48	44	6	5
TE029 MORRO D'ORO	109	105	5	9	36	33	6	2	29	28	2	2
TE030 MOSCIANO SANT'ANGELO	265	237	18	16	129	115	19	14	107	94	9	3
TE031 NERETO	154	136	13	8	60	53	6	8	140	121	12	7
TE032 NOTARESCO	178	166	10	11	73	67	9	7	61	58	7	1
TE033 PENNA SANT'ANDREA	75	71	7	1	18	16	2	3	24	23	2	1
TE034 PIETRACAMELA	12	10	0	0	3	1	1	0	5	3	0	0
TE035 PINETO	346	310	32	24	157	137	23	14	125	113	15	11
TE036 ROCCA SANTA MARIA	16	15	2	1	8	8	2	0			0	0
TE037 ROSETO DEGLI ABRUZZI	643	571	45	36	270	243	48	24	276	241	37	19
TE038 SANT'EGIDIO ALLA VIBRATA	315	280	23	18	128	110	25	11	181	170	20	13
TE039 SANT'OMERO	193	184	13	10	70	66	14	3	138	135	15	9
TE040 SILVI	401	354	34	35	198	174	34	29	320	293	31	32
TE041 TERAMO	1.319	1.145	97	96	547	465	88	47	494	423	38	34
TE042 TORANO NUOVO	55	53	4	4	11	10	1	2	13	12	0	3
TE043 TORRICELLA SICURA	65	60	2	3	24	23	3	2	15	12	0	2
TE044 TORTORETO	372	313	31	21	150	132	27	8	228	209	25	19
TE045 TOSSICIA	36	35	0	0	12	9	1	1	7	7	0	0
TE046 VALLE CASTELLANA	30	27	0	2	6	5	1	0	2	2	0	0
TE047 MARTINSICURO	481	402	49	28	248	211	49	31	453	401	54	29
Grand Total	8.984	7.985	628	587	3.624	3.152	592	339	4.351	3.920	429	310

2.3. Analisi dei fabbisogni sociali e di salute

I forti cambiamenti in atto, la situazione di grandi incertezze economiche, i sempre crescenti elementi di complessità generale confermano l'importanza di nuove politiche di welfare capaci di

dare centralità alle comunità locali in una dimensione di responsabilità collettiva. Il coinvolgimento di una pluralità di attori del territorio per la costruzione di un patto solidaristico e di una democrazia partecipativa mira al rafforzamento del sistema dei servizi e delle iniziative per e con i cittadini. Dall'analisi dei bisogni effettuata nel territorio dell'Ambito n. 23, tramite i tavoli di concertazione, sono emerse importanti indicazioni riguardo alle priorità strategiche di intervento che il Piano Sociale Distrettuale deve perseguire mediante il potenziamento di servizi già esistenti e la creazione di nuovi servizi. Di seguito vengono indicati, per ogni area di intervento, la tipologia dei servizi e/o interventi da realizzare o da potenziare e gli obiettivi da raggiungere.

Il tema delle responsabilità familiari è strettamente connesso a quello delle politiche per i minori e, per la sua ampiezza, coinvolge una molteplicità di bisogni differenti. Dal confronto e dall'esperienza degli operatori è emerso, infatti, un quadro variegato e complesso di bisogni quali la mancanza o carenza di risorse per il soddisfacimento dei bisogni primari dovute ad assenza di reddito e lavoro, nonché la povertà intesa come scarsa capacità culturale di assolvimento dei propri ruoli genitoriali, il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento del tasso di occupazione della donna e talvolta la crisi dei rapporti coniugali, che stanno introducendo rapidi mutamenti nella struttura familiare e nella condizione dei minori. I livelli essenziali di prestazioni saranno assicurati nel mantenimento e potenziamento dei servizi educativi domiciliari di sostegno alla genitorialità, incremento dei percorsi di affidamento e delle forme di accoglienza alternative all'inserimento in strutture residenziali, interventi socio-educativi con finalità di prevenzione, interventi di orientamento e accompagnamento all'inserimento lavorativo, assistenza economica. Occorre potenziare interventi preventivi per la violenza di genere e la creazione di case di accoglienza, potenziare interventi di rete con le scuole mediante servizi di counseling. Un discorso a parte merita la scuola quale agenzia educativa che costituisce l'osservatorio privilegiato e permette di prevenire e intervenire tempestivamente su situazioni di disagio. Gli Istituti scolastici del territorio hanno manifestato il bisogno di avere sportelli di ascolto psicopedagogici e di counseling all'interno degli istituti stessi e la necessità di aumentare le ore dell'assistenza educativa specialistica, anche per gli alunni che, pur non rientrando tra quelli in situazione di gravità (riconosciuti dalla L. 104/93 art. 3 comma 3), presentano particolari problematiche e criticità e, inoltre, la previsione di mediatori culturali e facilitatori linguistici per gli alunni con svantaggio linguistico-culturale. Per l'area inclusione sociale, si propone di potenziare il servizio di social market allargandolo al territorio e favorire la formazione di una rete di professionisti che, in modo gratuito e volontario, mette a disposizione della comunità le proprie competenze. Per l'area della disabilità, il servizio di trasporto attuale è insufficiente per dare risposte ai bisogni. Per l'area anziani occorre uniformare gli interventi sul territorio, supportare le famiglie a rischio burn out. È emersa, inoltre, l'esigenza di far conoscere in modo capillare il sistema dell'accesso ai servizi e alle prestazioni così come il diritto all'informazione; sono tutti aspetti che fanno riferimento alla capacità di coesione ed inclusione che una comunità locale riesce a sviluppare per i suoi componenti. Il sistema di accesso nel suo insieme deve assolvere, infatti, ad una funzione di tipo promozionale e deve attivare una presa in carico personalizzata e mirata ed evitare, attraverso la rete, la duplicazione degli interventi.

In riferimento ai bisogni di salute, come riportato dalla relazione dell'ASL, possiamo affermare che gli ultimi anni hanno segnato un progresso straordinario nella disponibilità ed accessibilità di dati: sui servizi sanitari, sull'uso di prestazioni, sui bisogni sanitari della popolazione, persino sulla percezione che i cittadini hanno del sistema sanitario e del lavoro dei professionisti. Interi settori di conoscenza fino a poco tempo fa improbabili si stanno sviluppando a seguito della informatizzazione e sempre maggiore complessità dei dati correnti e della possibilità di trasmetterli e fruirli in rete. Si apre quindi la possibilità (finalmente!) di utilizzare sistematicamente notizie certe e dati quantitativi per decidere le strategie di sviluppo e di organizzazione dei servizi e del territorio secondo principi razionali, trasparenti, condivisibili. Ma

ecco che proprio qui iniziano i problemi: quali dati, come organizzati ed espressi, rivolti a chi? Si tratta di tematiche centrali, non solo a livello nazionale ma anche internazionale, che richiedono una non semplice elaborazione metodologica. I principali punti in discussione sono:

- Individuare correttamente gli interlocutori, tenuto conto che, come hanno dimostrato almeno 100 anni di ricerche epidemiologiche, la quantità di salute della popolazione non dipende certo solo dalla organizzazione dei servizi sanitari.
- Rendere coerente la massa enorme di informazioni potenzialmente disponibili, con la necessità di arrivare al “centro” delle questioni.
- Rendere coerente la complessità dei metodi di analisi con la necessità di raggiungere per ogni punto una sintesi.
- Trasmettere correttamente l’incertezza insita nei dati epidemiologici, senza con questo paralizzare l’interpretazione dei risultati.
- “parlare” in modo comprensibile a soggetti caratterizzati da una estrema variabilità di retroterra culturale, mantenendo tutto il rigore necessario ai dati scientifici.
- Esprimere i dati in modo “attraente”, nel senso letterale del termine.

Se in passato si poteva pensare che per incorporare i dati e le conoscenze nei processi decisionali bastasse averle, oggi sappiamo che non è così, ma al contrario proprio la ricchezza di conoscenze apre un lungo percorso di ricerca e lavoro per costruire il “ponte”, che è materiale (gli strumenti), ma soprattutto culturale (i contenuti e le loro modalità di comunicazione), fra il mondo dei produttori di dati e quello dei decisori.

E’ in questo campo di ricerca che si inseriscono le esperienze, sempre più numerose e più sofisticate, di costruzione di “fabbisogni di salute” delle diverse popolazioni. I progressi della elaborazione rispetto ai punti sopra elencati sono testimoniati dalla sempre maggiore adeguatezza di questi strumenti, sia dal punto di vista della ricchezza e complessità dei dati, che in termini, appunto, della loro qualità comunicativa. I nuovi profili di salute, fra i quali si colloca a pieno titolo ed in ottima posizione questo “Profilo di Salute della popolazione”, si presentano veramente come una generazione più matura ed avanzata rispetto ai prodotti tradizionali. Essi testimoniano appieno l’accresciuta competenza ed il percorso già fatto dai produttori di dati sulla strada che conduce verso l’uso dei dati per le decisioni.

Le statistiche offrono ormai molti dati sullo stato di salute della popolazione a coloro che se ne occupano per professione, ma è possibile tentare una sintesi fra sensazioni soggettive e disponibilità di servizi, esposizioni a fattori di rischio e frequenza di malattie che permette di orientarsi fra numeri, tabelle e grafici, anche a chi ha poco tempo e non molte competenze specifiche.

Ciò che chiamiamo “salute” è un complesso di fattori che comprende sia l’assenza di malattie che l’adattamento soggettivo all’ambiente sociale in cui ci veniamo a trovare. L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute in senso positivo come una condizione di completo benessere fisico, psichico e sociale e non solo come assenza di malattia. La salute comprende quindi aspetti che hanno a che fare con: gli stili di vita, l’ambiente, la popolazione, le famiglie, l’economia ed il lavoro, l’istruzione, l’informazione e anche la disponibilità di occasioni di divertimento oltre che le principali malattie e cause di morte, i servizi sanitari (ospedali, case di cura, ambulatori, servizi territoriali) che cercano di contrastarle curandole. La salute ha dunque a che fare con una serie di determinanti che, in

maniera diretta o indiretta, possono proteggere dalle malattie o, al contrario, causarle. A complicare il quadro si aggiunge una complessa interazione dinamica fra tutti questi aspetti: fattori di rischio, condizioni sociali, patologie e disponibilità di mezzi per curarle non agiscono singolarmente, ma si intrecciano tra loro. Per definire lo stato di salute quindi non si può prescindere da un’analisi il più possibile completa dei vari determinanti che formano quel contesto generale in cui tutti noi siamo inseriti e che con le nostre azioni noi stessi contribuiamo a definire e modificare.

Contesti:

- **Territoriale:** conoscere dove viviamo è fondamentale per l’influenza che esercita sul nostro modo di vivere. Ad esempio, abitare in montagna o in pianura piuttosto che in una città comporta un diverso modo di spostarsi, un clima meteorologico differente e probabilmente un diverso rapporto con gli altri.
- **Demografico:** la nostra popolazione sta progressivamente invecchiando ed è caratterizzata da flussi migratori, attualmente di prevalente provenienza extracomunitaria. Le famiglie stanno diventando sempre più piccole ed è in aumento il numero di quelle costituite da una sola persona. Questi aspetti comportano una modificazione dei bisogni socio-sanitari della popolazione. Ad esempio, l’invecchiamento della popolazione fa sì che nella nostra realtà le malattie cardio-circolatorie, neoplastiche, degli apparati respiratorio e osteomuscolare siano in aumento, a discapito delle malattie esantematiche tipiche delle età infantili. Allo stesso modo, l’immigrazione straniera, oltre ad aspetti positivi (forza lavoro, arricchimenti culturali, ecc.), richiede di porre l’attenzione su alcuni problemi (povertà, accessibilità ai servizi, abitudini e stili di vita diversi, ecc.), soprattutto in chi presenta difficoltà di integrazione.
- **Culturale:** il livello di istruzione e il grado di fruizione dei mezzi di comunicazione di massa esercitano una grossa influenza sullo stato di salute. Essi, ad esempio, condizionano da un lato la sensibilità verso stili di vita sani e verso comportamenti sanitari appropriati (tempestivo ed appropriato ricorso ai servizi sanitari, ecc.), dall’altro costituiscono essi stessi uno degli aspetti costitutivi del concetto di salute.
- **Economico:** rilevante, ma complesso, il rapporto tra sviluppo economico e salute. Da un lato il benessere economico ed il lavoro sono importanti determinanti di salute. Molti studi hanno evidenziato che le fasce sociali più svantaggiate (poveri, disoccupati, meno istruiti) si ammalano e muoiono di più. Questo contraddice il sentire comune di alcuni cittadini che pensano che negli ultimi decenni le disuguaglianze di salute siano andate riducendosi; recenti ricerche dimostrano il contrario soprattutto in conseguenza del maggior guadagno di salute che si è avuto da parte delle fasce sociali più alte e più istruite. Dall’altro lato lo sviluppo economico non equilibrato può avere ripercussioni negative sulla salute (inquinamento, stress lavorativo, ecc.). Ne consegue che lo sviluppo economico dovrebbe rispondere ai criteri della “sostenibilità”.
- **Ambientale:** fondamentale e complesso è anche il ruolo dell’ambiente; dal momento che tutte le attività umane interagiscono con l’ambiente, spesso modificandolo, ciò inevitabilmente ha influenze positive o negative su tutti gli organismi viventi, uomo compreso. Molte attività umane tendono a compromettere la qualità dell’aria che noi stessi poi respiriamo, contribuendo così all’insorgenza di alcune patologie, come

quelle respiratorie. Analoghe considerazioni possono essere fatte per le acque superficiali e profonde. Le prime, oltre ad avere risvolti dal punto di vista ecologico (vivibilità per l'uomo e per le varie specie animali e vegetali), sono in equilibrio ed influenzano la qualità delle acque profonde, che costituiscono la principale fonte di approvvigionamento idrico potabile. Entrambe risentono fortemente dei vari carichi inquinanti provenienti dalle diverse attività umane civili e produttive, nonché dagli allevamenti di animali. Anche questi esempi, così come la tematica della gestione dei rifiuti e degli agenti fisici (rumori, campi elettromagnetici, ecc.), richiedono il concetto della sostenibilità dello sviluppo delle attività umane.

- Sanitario: comprende l'analisi sia dell'offerta dei servizi sanitari sia dei consumi delle prestazioni sanitarie ospedaliere e di farmaci. Anche l'assistenza sanitaria infatti esercita una forte influenza sullo stato di salute.

Da un lato, la disponibilità di servizi sanitari di elevata qualità (per la prevenzione, la diagnosi e la terapia) è indispensabile per fornire una risposta adeguata ai problemi di salute. Dall'altro lato, un uso inappropriato dei servizi sanitari produce malattia piuttosto che salute. Ad esempio, l'uso di farmaci non necessari può produrre effetti collaterali anche rilevanti; troppi esami diagnostici, così come ricoveri ospedalieri non necessari, prolungano il tempo occorrente per giungere ad una corretta diagnosi ed espongono il cittadino al rischio di potenziali errori diagnostici, generando ansia, preoccupazione e falsi allarmi. Pertanto la ricerca dell'appropriatezza in sanità contribuisce da un lato ad aumentare l'efficacia, dall'altro ad eliminare sprechi economici. Evitare esami o trattamenti non necessari è utile non solo per il singolo cittadino che non corre i cosiddetti rischi “iatrogeni” (effetti negativi degli stessi) ma anche per la collettività: se le risorse sono limitate, lo spreco di alcuni significa non disponibilità per altri.

Oltre a questi contesti generali, la salute è fortemente influenzata dai comportamenti individuali. Uno stato di salute non può quindi prescindere dall'analisi degli stili di vita che, quando non corretti (alimentazione ricca di grassi animali o di zuccheri, povera di frutta e verdura o comunque eccessiva; fumo e alcol; sedentarietà), sono causa o concausa di numerose malattie. Viceversa stili di vita sani (seguire una dieta equilibrata in termini quantitativi e qualitativi, praticare attività fisica costante, non fumare, moderare il consumo di alcolici, ecc...), avere interessi culturali, relazionarsi positivamente con il prossimo (famiglia, amici, colleghi, ecc..) favoriscono il mantenimento di un buono stato di salute evitando l'insorgenza di malattie e permettono di affrontare in modo positivo eventuali patologie facilitandone la guarigione.

Tutte le variabili di contesto e gli stili di vita sono in un equilibrio dinamico e cambiano nel corso degli anni; inoltre essi hanno effetti non solo immediati (traffico/incidenti stradali), ma anche a lungo termine (fumo/tumore del polmone). I profili di salute vivono questo dualismo: da un lato fotografano il contesto ed i determinati attuali, che spesso influenzano le patologie che misureremo tra qualche decennio, dall'altro lato registrano le malattie esito di comportamenti e contesti del passato. Quindi, occorrono alcune avvertenze:

- È necessario valutare i fenomeni patologici mediante tendenze temporali (trend), sapendo che però essi sono spesso la conseguenza di determinanti che hanno agito nel passato;
- Occorre prudenza nell'effettuare confronti geografici tra realtà diverse, perché determinate da contesti diversi (economici, sociali, culturali, ambientali, sanitari o da

diversi stili di vita);

- Bisogna rapportare, quando possibile, i fenomeni patologici ai loro determinanti (es. il numero di infortuni lavorativi in un territorio al numero di addetti ed alle tipologie lavorative prevalenti). Da ciò emerge la necessità dell'utilizzo di tassi (rapporto tra evento e popolazione che lo genera) e delle tecniche della standardizzazione, che permettono di distinguere gli effetti dovuti ai determinanti naturali (come l'invecchiamento) da quelli dovuti ai fattori di rischio;
- Occorre molta prudenza nel leggere le varie “classifiche” provinciali per i motivi che sono stati sopra ricordati:
- Il profilo di salute del Distretto Sanitario di Atri di ambito nel suo complesso e non necessariamente fotografa le peculiarità di tutti gli ambiti territoriali della provincia. D'altronde non sempre è possibile fare analisi su piccoli ambiti geografici per la mancanza di dati o perché su piccoli numeri, come spesso si verifica per molte patologie in ambiti subprovinciali, l'effetto della variabilità dovuta al caso è molto alto ed altera i fenomeni che si vorrebbero osservare, impedendo di raggiungere significatività statistiche.

Ma allora come stanno i residenti dei nostri territori ? Non male, verrebbe proprio da dire, dati alla mano. Eppure, chiedendolo direttamente a loro, ci accorgiamo che i cittadini non ritengono di stare così bene e riferiscono di soffrire di diverse malattie; anche queste informazioni però vanno interpretate con prudenza: come il cittadino sente di stare dipende dalle variabili di contesto che, essendo differenti da una realtà all'altra, rendono difficili i confronti tra i diversi ambiti sociali.

Da queste considerazioni, nel Profilo di salute della provincia di Teramo non può mancare l'analisi dello stato di salute “oggettivo” e “soggettivo” dei cittadini:

- È lo stato di salute oggettivo, cioè quello che si ricava dai dati epidemiologici e che rappresenta la “parola del professionista”, analizza i diversi indicatori:
 - Speranza di vita: è una delle più elevate del Paese; i teramani alla nascita hanno un'attesa di vita di oltre 77 anni per gli uomini e di oltre 83 per le donne.
 - Principali patologie e cause di morte. Quali sono le malattie più frequenti e di che cosa muoiono i cittadini della provincia di Teramo? Se il Profilo vuole essere una fotografia dello stato di salute, l'analisi delle principali malattie (morbosità) e cause di morte (mortalità) ne costituisce il negativo. Malattie cardiovascolari (che nel 1999 rappresentavano il 41% dei decessi), tumori (29%), patologie dell'apparato respiratorio (7%) e di quello digerente (4%) sono le principali cause di morte nel nostro territorio; tuttavia nelle fasce d'età inferiori ai 40 anni, diventano più frequenti le morti per incidenti stradali, tumori e overdose (rispettivamente con il 32%, l'11% e il 7 % nel 1999). Per molte patologie non è possibile avere un dato preciso di morbosità (per averli servirebbero o registri di patologia o sistemi di notifica obbligatoria); pertanto ci si deve accontentare, al momento, di stime desunte dall'analisi dei ricoveri ospedalieri. Questo ovviamente induce una distorsione in quanto in questo contesto vengono analizzate solo le malattie che comportano un ricovero ospedaliero. Anche lo studio delle dimissioni ospedaliere (circa 128.700 nel 1999) conferma che sono ai primi posti per frequenza le patologie cardiovascolari (14% del totale nel 1999), i tumori (11,3%) le malattie muscolo-scheletriche (12%), degli apparati digerente (6,6%) e respiratorio (5,8%) nonché del sistema nervoso

(6,1%). Il progressivo invecchiamento della nostra popolazione spiega in parte l'aumento di queste malattie cronico-degenerative (malattie cardiocircolatorie, tumori, malattie croniche dagli apparati respiratorio e digerente) e ne influenza la dinamica. Lo stato di salute di una popolazione non può essere definito solo in base ai dati di morbosità e mortalità, ma deve prendere in considerazione anche il carico sociale che le diverse malattie invalidanti o mortali hanno sulla popolazione (ad esempio le morti da incidenti stradali sono quelle che provocano il maggior numero di anni di vita perduta, le non autosufficienze e le invalidità acquisite e congenite comportano un elevato carico assistenziale socio-sanitario).

- È lo stato di salute soggettivo, ottenuto attraverso le indagini Multiscopo ISTAT, rappresenta un sondaggio sulla “parola del cittadino”. Circa il 70% delle persone residenti nella provincia di Teramo esprime una valutazione buona o molto buona del proprio stato di salute. Non disponendo attualmente di dati provinciali relativi alle patologie di cui i teramani dichiarano di soffrire con maggiore frequenza, dobbiamo riferirci all'intero Abruzzo. I cittadini della regione riferiscono di essere affetti più frequentemente dalle seguenti malattie: ipertensione arteriosa, infarto, angina pectoris e altre malattie cardiache, bronchite, asma, malattie allergiche, tumori, ulcera, calcolosi del fegato, artrosi, osteoporosi e disturbi nervosi.

Infine, alcuni gruppi di popolazione, per le loro peculiari caratteristiche di vulnerabilità, richiedono un'analisi più approfondita del loro stato di salute: si tratta di anziani, bambine e donne.

- Per gli anziani è particolarmente importante il tema della non autosufficienza e delle malattie croniche-degenerative, molte delle quali sono invalidanti.
- Per i bambini, è importante approfondire alcune tematiche specifiche (malformazioni congenite, disabilità, abuso, ecc.).
- Le donne hanno fasi e momenti importanti della loro vita in cui sono particolarmente vulnerabili (gravidanza, allattamento, menopausa, aborto spontaneo e interruzioni volontarie di gravidanza, neoplasie ed altre patologie dell'apparato riproduttivo); inoltre, come abbiamo visto, le donne hanno una speranza di vita alla nascita maggiore degli uomini e pertanto sono soggette ad una maggiore frequenza di disabilità.

Dal quadro così delineato emerge infine la complessità insita nel tentativo di fotografare lo stato di salute della popolazione residente in ambiti territoriali relativamente poco numerosi.

2.4. L'attuale sistema di offerta

L'assetto organizzativo e la qualificazione del welfare d'accesso al sistema integrato dei servizi ed interventi sociali e socio sanitari hanno contribuito a migliorare la capacità di lettura dell'evoluzione della domanda sociale e, parallelamente, a decentrare sul territorio la funzione di ascolto e presa in carico delle diverse forme di disagio e povertà dei cittadini dell'Ambito. I servizi afferenti all'Area del Welfare d'Accesso attivati rappresentano un elemento di qualificazione del sistema delle politiche sociali locali rispetto alla possibilità, garantita su tutto il territorio, di accogliere la domanda sociale e fornire risposte adeguate ai bisogni espressi, mediante l'attivazione dei servizi alla persona e degli interventi sociali previsti con il Piano di

Zona. In particolare, l’articolazione territoriale del Servizio di Segretariato Sociale ha favorito l’accesso ai servizi ed ha permesso agli operatori sociali di monitorare e tenere aggiornato il quadro dei bisogni sociali del territorio oltre che verificare l’efficienza e l’efficacia dei servizi erogati con la possibilità di renderli sempre più rispondenti ai bisogni dell’utenza. Con riferimento al Servizio Sociale Professionale di Ambito, la stretta connessione tra questo e il Servizio di Segretariato Sociale, ha permesso agli operatori di intervenire sulle singole situazioni con risposte mirate, ottimizzando i tempi della presa in carico e dell’intervento, con progetti individualizzati socio educativi e/o assistenziali. Le nuove competenze trasferite ai Comuni dalle Province e dalla Regione fanno sì che i Servizi sociali professionali debbano essere potenziati. Il numero dei cittadini annui presi in carico dai servizi del welfare d’accesso :

Tipologia di intervento	Numero utenti ex ATS n. 7	Numero utenti ex ATS n. 3	TOTALE
Accessi al PUA	700	690	1390
UVM	650	600	1250
Assistenza domiciliare anziani	40	102	142
Assistenza domiciliare disabili	56	18	74
Assistenza scolastica handicap	85	28	113
Trasporto anziani e disabili	50	437	487
Numero famiglie in carico ai servizi sociali	452	120	572
Numero minori in educativa domiciliare	21	29	50
Numero minori in istituto	16	2	18
Numero minori segnalati dal tribunale	90	35	125

Il consultorio familiare svolge attività in diversi ambiti di intervento: preparazione e sostegno alla genitorialità, corsi di accompagnamento alla nascita, prevenzione agli abusi sui minori e tutela ai maltrattamenti di genere, prevenzione degli incidenti stradali, prevenzione delle dipendenze e quant’altro di competenza.....

Diverse sono le Associazioni che svolgono sul territorio attività di volontariato come l’Arcotenda che gestisce un centro diurno per disabili, l’associazione Abbracciaperte che si occupa di sostegno ai caregiver e familiari di pazienti affetti da demenze/deterioramento cognitivo, la Caritas che si occupa di famiglie svantaggiate e in difficoltà, l’Associazione Nuova Paidea che offre servizi di supporto psico-pedagogico, l’Associazione Nova Civitas che gestisce uno sportello di ascolto contro le violenze di genere, l’Associazione Atletica Vomano che si occupa di promozione dello sport.....

Risulta ancora essere precario il funzionale assetto socio-sanitario di integrazione, in considerazione del fatto che gli attuali servizi sociali e sanitari territoriali non compensano gli elevati fabbisogni. Parimenti, risulta ancora limitata la piattaforma dei servizi rivolti all’infanzia e alle famiglie, così come appare insufficiente l’impianto di inclusione sociale in un comprensorio che registra tassi di povertà e disagio socio-economico particolarmente elevati. Ancora insufficienti e poco strutturati risultano gli interventi per il “dopo di noi”. Il servizio di assistenza scolastica specialistica, in linea con le indicazioni regionali, deve essere uniformato sul territorio.

2.5. Analisi degli impatti della precedente programmazione

Nel corso delle passate programmazioni, gli obiettivi perseguiti si sono snodati all’interno di un percorso evolutivo in continuità rispetto al precedente e di innovazione, per dare garanzie di consolidamento e, insieme, opportunità di sviluppo al sistema dei servizi sociali e sociosanitari

integrati dell'ambito. La consapevolezza che la complessità che deriva dall'esplosione di fenomeni legati alla crescita qualitativa e quantitativa dei bisogni, ma anche all'evoluzione complessiva del ruolo delle politiche sociali locali, richiede strategie di intervento rinnovate e di maggiore ampiezza. Dall'analisi del contesto socio-economico del territorio emerge che sono cambiati i bisogni. Si registra, purtroppo, un indebolimento delle reti di protezione primaria e un maggiore rischio di isolamento ed esclusione sociale, soprattutto per alcuni gruppi e categorie di cittadini. Si rilevano situazioni di bisogno estremo, riconducibili alla presenza di gravi e permanenti disabilità, caratterizzate dalla “multi problematicità” dello stato di disagio, tali da richiedere un ricorso continuo alla struttura dei servizi. Povertà, invalidità gravi ed esclusione sociale, in molti casi, sono correlate e rappresentano il prodotto di un insieme di cause: la mancanza di rapporti primari, a partire anche dalla prima infanzia, l'interruzione di un percorso formativo, l'interruzione di rapporti familiari, la perdita di lavoro, lo sfratto, l'insorgenza di una malattia mentale e l'esperienza di una reclusione o di una dipendenza da alcool o stupefacenti. A volte cause ed eventi si sovrappongono. In alcuni casi hanno durata limitata nel tempo e possono essere superati con supporti temporanei, mentre nei casi più gravi si rende necessaria un'azione concertata dei diversi servizi ed una pluralità di interventi: assistenza economica, accoglienza protetta, inserimento lavorativo, cura e reinserimento sociale. È cambiato anche lo scenario sociale all'interno del quale si svolge l'azione delle famiglie come l'aumento consistente del numero delle donne che lavorano, delle separazioni coniugali, delle famiglie monogenitoriali, della disoccupazione e della precarietà economica. I problemi più rilevanti, anche per molte famiglie “normali”, derivano dalla crisi del mercato del lavoro che genera precarietà nei progetti di vita, soprattutto nei giovani, dalla difficoltà di conciliare le cure familiari e dei figli con impegni lavorativi, dalla mancanza di progetti di orientamento professionale, tirocini formativi e apprendistato, necessari, questi ultimi, nella fase di passaggio dalla scuola al mondo del lavoro. I dati emersi sui bisogni dimostrano quanto sia ricorrente sia la richiesta di aiuti economici dettati dalla presenza di basso reddito, insufficiente a soddisfare i bisogni primari, sia la richiesta di alloggi popolari a causa dell'elevato costo del canone di locazione delle private abitazioni. Gli anziani e le persone con disabilità necessitano di adeguati interventi domiciliari, di sollievo per le famiglie che se ne prendono cura, servizi di accompagnamento presso Uffici, Ospedali o semplicemente per il tempo libero. Pertanto da quanto sopra indicato emerge che bisogna rafforzare ciò che nello scorso triennio ha raggiunto dei buoni livelli di rispondenza ai bisogni, implementando gli interventi già posti in essere ed attivandone dei nuovi al fine di fronteggiare le nuove esigenze della popolazione.

Analizzando i dati riferiti alla spesa sostenuta nel PdZ 2016 dagli ex Ambiti n. 7 “Costa sud 1” e n. 3 “Fino-Vomano” emerge che a fronte di una previsione di spesa di € 1.884.600,00 l'Ambito n. 7 ha impegnato € 1.956.973,00 incrementando la spesa prevista. L'Ambito n. 3 a fronte di una previsione di € 606.059,00 ha impegnato € 576.683,00 con un leggero decremento. Per i Comuni dell'Unione la spesa più alta è rappresentata dall'assistenza domiciliare anziani, € 171.969,39 annui e dal trasporto anziani. I Comuni dell'Ambito n. 7 rilevano una maggiore spesa per l'area minori, giovani e famiglia, in modo particolare per il servizio “Comunità residenziale per minori” raggiungendo un importo di € 326.600,11 annui, quasi interamente a carico del Comune di Silvi. Anche il servizio di “Assistenza scolastica per l'autonomia e la comunicazione dei diversamente abili” per l'Ambito n. 7 è molto alto se confrontato con l'Ambito n. 3. I dati ci evidenziano che l'Ambito n. 3 spende per questo servizio € 83.927,41 annui, per circa 23 utenti con una spesa procapite di € 3.649,01. L'Ambito n. 7 invece, spende € 602.249,59 annui per circa 63 utenti con una spesa procapite di € 9.559,50.

2.6. Quadro dei principali fabbisogni emersi, criticità e prospettive di miglioramento

La programmazione si colloca in un contesto di politiche, di strumenti e provvedimenti che la Regione sta adottando per una riforma del welfare che accentui lo sviluppo delle comunità locali, che trovi nelle alleanze tra gli attori pubblici e gli attori della società, i cittadini, le famiglie, le organizzazioni private profit e no profit e le parti sociali, le energie, le competenze e le risorse per continuare a promuovere opportunità e benessere sociale, rispondendo più adeguatamente all'evoluzione dei bisogni. Le azioni contenute in questo PSD si riconducono alle priorità regionali ed alle relative linee di riforma, assicurando l'estrema coerenza tra la programmazione locale e quella regionale. In un'ottica di miglioramento e continuità si prevedrà il coinvolgimento del terzo settore, sia valorizzando i luoghi della partecipazione (tavolo di concertazione, tavoli tematici, tavolo di monitoraggio e valutazione, cabina di regia, patti di partecipazione), sia prevedendo partnership su temi strategici che saranno oggetto di progettazione sperimentale. Pertanto accanto agli attori, con i quali nel tempo si è costruito un riconoscimento ed una iniziale collaborazione, si avrà attenzione ad individuare nuovi soggetti già attivi ed interessati a mettere in campo partnership, siano esse reti di prossimità o soggetti appartenenti a mondi diversi quali il mercato, la ricerca, etc. Questa attenzione potrà rendere la progettazione e la programmazione dei prossimi anni, più ricca e interessante per tutti i soggetti coinvolti, ciascuno valorizzato per il suo apporto, e più significativi i risultati per i destinatari degli interventi.

SEZIONE 3. LE PRIORITÀ E LE STRATEGIE DEL PIANO DISTRETTUALE SOCIALE

In questa sezione, in coerenza con i fabbisogni emersi nel Profilo, vengono definite le priorità del Piano distrettuale, contenenti: priorità generali per il benessere sociale e di salute dell’Ambito a breve, medio e lungo termine, obiettivi della programmazione (applicazione degli obiettivi della programmazione regionale richiamati al § II.1 e degli obiettivi essenziali di servizio), indicatori di misurazione, valori target da raggiungere per ciascuna annualità, obiettivi ulteriori per singole zone sociali se presenti, strategie generali per l’attuazione degli obiettivi, strategie di sistema per l’integrazione socio-sanitaria con la definizione dei servizi e degli interventi da gestire attraverso la Convenzione socio-sanitaria.

3.1. Priorità generali per il benessere sociale e di salute

L’evoluzione normativa degli ultimi trentanni ha, come unico filo conduttore, la centralità della persona. Questa centralità indirizza le Istituzioni a perseguire obiettivi di salute/benessere/qualità della vita in senso globale. Promuovere la salute, stili di vita adeguati, il benessere delle persone e delle famiglie riduce l’esposizione al rischio di povertà ed esclusione sociale ed incrementa la crescita complessiva. Da tempo, gli ex Ambiti, in linea con le indicazioni Comunitarie, Nazionali, Regionali cercano di costruire un nuovo sistema di welfare, non assistenzialista ma dinamico; in grado cioè di offrire soluzioni più efficaci alle esigenze della comunità. E’ fondamentale riconoscere il ruolo centrale della famiglia, che, nell’attuale fase congiunturale, va protetta dal rischio di impoverimento. La famiglia è al centro della strategia anche attraverso il rafforzamento della rete dei servizi, sia con riferimento al sistema di protezione e di cura per le persone non autosufficienti, sia allo sviluppo dei servizi rivolti ai minori. Si vuole innanzitutto stimolare un cambiamento caratterizzato per essere:

- Welfare diretto alla persona nella sua integrità, per favorire interventi personalizzati, attraverso un modello di integrazione socio-sanitaria, caratterizzato da un’offerta di misure rivolte alla persona e alla famiglia
- Welfare delle opportunità, basato su una virtuosa alleanza tra pubblico e privato, che offrono servizi sociali e prestazioni assistenziali di qualità
- Welfare di partecipazione attiva, a partire dalla fase dell’analisi dei bisogni per finire all’erogazione dei servizi, di famiglie, volontariato, associazionismo, Enti, parrocchie
- Welfare che combatte la povertà per promuovere una società attiva, sostenendo l’inserimento/reinserimento lavorativo, partecipando alla costruzione di strumenti di orientamento e di accesso al lavoro personalizzati.

Un welfare così definito si realizza non solo attraverso le funzioni pubbliche ma riconoscendo, in attuazione del principio di sussidiarietà e del principio della concertazione, il ruolo attivo, nell’ambito della programmazione, organizzazione e gestione del sistema integrato degli interventi, di tutti i soggetti della comunità locale: il volontariato, l’associazionismo, gli enti religiosi, le imprese

Politiche del lavoro, politiche sociali e politiche sanitarie in modo sinergico, debbono integrarsi con adeguate politiche di prevenzione e di sostegno.

Alla luce di quanto esposto, il presente Piano vuole connotarsi, rispetto al Piano del triennio precedente, per l’obiettivo generale di aumentare la partecipazione e di favorire i processi di governance. Pertanto, il PSD rappresenta uno strumento per la definizione di una

responsabilità condivisa, nel rispetto delle singole competenze che consente di usare al meglio le risorse degli enti pubblici e del privato sociale.

3.2. Obiettivi della programmazione

I precedenti Piani di zona hanno permesso, di seppur con modalità differenti, nei due ex Ambiti, di ridisegnare un sistema integrato di servizi ed interventi che nel corso degli anni hanno portato ad un raggiungimento di alcuni obiettivi significativi dal punto di vista strategico ed operativo. Con questa programmazione, si intendono effettuare azioni di finalizzati a migliorare il sistema dell’offerta per rispondere alle esigenze della comunità.

Gli obiettivi generali possono essere così sintetizzati:

- Migliorare la qualità della vita della popolazione
- Garantire il diritto all’informazione e all’accesso ai servizi in modo omogeneo sul territorio, secondo criteri di uniformità, efficacia ed appropriatezza, assicurando priorità di accesso alle persone in situazione di marginalità sociale.
- Miglioramento continuo della qualità dei servizi: i servizi saranno erogati secondo una prospettiva in grado di elevare il livello qualitativo delle prestazioni e degli interventi, attraverso una valutazione interna, ossia dal punto di vista degli operatori che esterna, da parte dell’utente finale.
- Razionalizzazione delle risorse attraverso la gestione integrata dei servizi.

Gli obiettivi essenziali sono quelli individuati dalla Regione:

- OE1 Accesso
- OE2 Presa in carico
- OE3 Pronto intervento sociale
- OE4 Assistenza domiciliare
- OE5 Servizi di prossimità
- OE6 Asili nido ed altri servizi per la prima infanzia e centri di aggregazione polivalenti
- OE7 Comunità/residenze a favore dei minori e persone con fragilità
- OE8 Interventi/misure per facilitare inclusione e autonomia

3.3. Strategie di attuazione

Dall’analisi dei bisogni effettuata nel territorio, tramite i tavoli di concertazione, sono emerse importanti indicazioni riguardo alle priorità strategiche di intervento che il PSD deve perseguire mediante il potenziamento di servizi già esistenti e la creazione di nuovi servizi. Si evidenzia, pertanto, la necessità di assunzione di un immediato e condiviso impegno da parte degli organi preposti, alla creazione di una rete di servizi, finalizzati sia al mantenimento e potenziamento dei livelli essenziali di prestazione, sia allo sviluppo di interventi mirati al sostegno e alla valorizzazione delle risorse dei nuclei familiari e delle capacità genitoriali e alla generalità dei minori oltre a quelli specifici per i casi conclamati di disagi. Infatti, la legge 328/2000 precisa (art. 22, comma 1, lettera c) che gli interventi per la promozione dei diritti dell’infanzia e

dell'adolescenza, nonché gli interventi a sostegno dei minori in situazione di disagio rientrano nel «livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi». Saranno potenziati interventi con la finalità di offrire sostegno alla genitorialità, alla prevenzione del disagio sociale, alla tutela dei diritti della persona, alla mediazione, con particolare attenzione all'attivazione di servizi di formazione e consulenza oltre che con l'obiettivo di creare un luogo fisico destinato e dedicato alle famiglie per attività di aggregazione, di confronto, di incontro, di condivisione e progettazione. L'inaugurazione di un Centro integrato di servizi per la famiglia “Domenico Ricciconti” a cura dell'ASP n. 2 , quale “spazio neutro e di mediazione”, che costituirà uno spazio rassicurante, accogliente e sicuro, per gli incontri tra i bambini di genitori separati ed il/i genitore/i stesso/i in una cornice di neutralità e di sospensione del conflitto. Per le situazioni di genitori in condizione di grave patologia o devianza, l'intervento è finalizzato ad ottenere il rispetto della prescrizione che permette la visita e quindi il mantenimento della relazione, perseguendo anche la finalità di depotenziare quei conflitti che spesso continuano a tormentare la coppia anche a distanza di molti anni dalla separazione o dal divorzio. Di particolare importanza sarà il ruolo dell'ASP n. 2 per la realizzazione degli interventi previsti nel PSD, che rende disponibili i beni patrimoniali che possiede per l'attuazione di specifiche azioni e interventi del PSD.

Gli interventi e i servizi di contrasto alla povertà che riguardano le politiche attive del lavoro e di sviluppo locale, le politiche formative e le politiche di conciliazione tra partecipazione al mercato del lavoro e responsabilità di cura familiare, saranno programmati e realizzati rafforzando l'integrazione tra le politiche economiche, le politiche sociali e le politiche del lavoro, in un quadro di integrazione sociale e re-inserimento socio-lavorativo, in stretta collaborazione con Centri per l'impiego e agenzie formative.

3.4. Strategie di sistema per l'integrazione socio-sanitaria

La rete dei servizi per la presa in carico integrata delle non autosufficienze, per la sua ampiezza, coinvolge una molteplicità di bisogni differenti. Da un lato infatti ci sono le politiche in favore delle persone anziane e disabili, che devono soddisfare variegati bisogni: da quello della socializzazione e relazione a quello di cura e presa in carico nei casi di non autosufficienza e dall'altro vi sono interventi più strettamente sanitari. L'integrazione socio-sanitaria si realizza potenziando il PUA e l'UVM.

La centralità delle prestazioni domiciliari sarà riconfermata anche negli obiettivi strategici di questo PSD in quanto queste producono effetti positivi sia rispetto alla sfera psicosociale dell'assistito sia rispetto alla appropriatezza del progetto di presa in carico, ma ancor più rispetto alla allocazione delle risorse finanziarie e al perseguimento dell'obiettivo della estensione della platea dei beneficiari attraverso il reimpiego delle risorse risparmiate con la riduzione dei ricoveri inappropriati in strutture residenziali. Pertanto, si potenzierà e qualificherà il Servizio di Assistenza Domiciliare ed aumenteranno le prestazioni socio-sanitarie con presa in carico di equipe integrate per l'Assistenza Domiciliare Integrata.

SEZIONE 4. LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE E SOCIO-SANITARIA

Asse Tematico 1 – Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio sociale

In questo Asse Tematico sono definiti gli obiettivi essenziali di servizio e le linee di intervento, secondo quanto previsto nel § II.2. Tali azioni possono essere finanziate con quota parte del Fondo Nazionale Politiche Sociali e del Fondo Sociale Regionale, oltre ai fondi relativi all'integrazione socio-sanitaria.

Descrivere, in generale, il quadro dei servizi inseriti nell'Asse Tematico e le scelte operate in coerenza con i fabbisogni rilevati nel Profilo sociale locale (max 6000 caratteri).

I servizi di welfare di accesso rappresentano una delle priorità strategiche per il sistema locale dei servizi, in quanto costituiscono un'opportunità importante per garantire uniformità alle funzioni di informazione, orientamento e presa in carico. Tutto ciò si rende ancor più necessario alla luce della nuova ridefinizione degli ambiti. Infatti gli ex ambiti nel corso degli anni avevano superato le disomogenee modalità di accesso ai servizi attraverso una standardizzazione delle procedure abbastanza omogenee sul territorio. Ora, alla luce dei nuovi ambiti occorre, riorganizzare ed omogeneizzare i servizi di segretariato sociale, specializzarne il ruolo e favorirne la sinergia con il PUA e con il servizio sociale professionale. L'adozione di un regolamento unico di accesso ai servizi potrà favorire tale processo. Occorre altresì, riorganizzare e sviluppare il funzionamento dei PUA, risorse economiche e professionali permettendo. Infatti per far fronte alle maggiori competenze trasferite dalla Regione ai Comuni (es. integrazione rette per ricovero in strutture socio-sanitarie), gli enti dovranno dotarsi di personale aggiuntivo.

AT 1 – Quadro sinottico dei servizi/interventi e indicatori

Asse Tematico 1- attuazione degli obiettivi essenziali di servizio sociale

Id ¹	Servizio/intervento	Oe	SS ²	Indicatore	Utenti ⁶	Valori target dell'indicatore	
						2017	2018
1	Punto Unico di Accesso	1	X	N. utenti	1400	1400	1400
2	Segretariato sociale	1		N. prestazioni ³	2900	2900	2900
3	Servizio sociale prof.	2		N. utenti in carico	500	500	500
4	UVM	2	X	N. casi valutati in modo integrato	1200	1200	1200
5	Pronto Intervento Sociale	3		N. interventi svolti	5	5	5
6	Assistenza domiciliare	4	X	N. prestazioni AD sociale ⁴	150	150	150
7				N. prestazioni AD Integrata	70	70	70
8	Servizi di prossimità	5		N. utenti raggiunti	40	40	40

1. Inserire il numero di scheda identificativa del servizio. – 2. Barrare la casella in caso di servizio gestito in integrazione socio-sanitaria e rientrante nella Convenzione socio-sanitaria

3. Indicare il numero di prestazioni di informazione e accompagnamento/orientamento offerte nel corso dell'anno. – 4. Per prestazione si intende la singola prestazione di assistenza domiciliare ricondotta alla durata di 1 ora

5. Indicare la denominazione del servizio se presente e aggiungere righe se necessario. - 6. Inserire il numero di utenti medio per anno che il servizio intende raggiungere nel triennio.

Scheda per Azioni dirette* (la scheda deve occupare max. 2 pagine per servizio)

Id¹:1	Servizio²: Punto Unico di Accesso		
Campo di intervento ³ : azione di sistema			
AT ⁴ : 1 Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio sociale		OE ⁵ : 1 Accesso	
Attività ⁶ Il PUA ha sede presso il Distretto Sanitario di base e consente l'accesso alle prestazioni sociosanitarie. L'obiettivo è quello fornire risposte certe, coordinate e tempestive in un sistema di rete integrata. E' rivolto a persone con problemi sociosanitari complessi, cui devono essere garantite risposte multiple di tipo sanitario e sociale. Nel PUA si svolgono attività di: orientamento, informazione, accettazione delle richieste, istruttoria. Le domande vengono effettuate attraverso una specifica modulistica appositamente predisposte ed inviate all'UVM per la valutazione unitaria del bisogno e la presa in carico. Le figure professionali di riferimento che operano nel PUA sono: assistenti sociali messi disposizione dai Comuni e personale amministrativo reso disponibile dall'ASL.			
Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁷ L'ASL mette a disposizione locali adeguatamente attrezzati presso il DSB e il necessario personale amministrativo. L'ASD mette a disposizione Assistenti Sociali. A seconda dell'entità delle risorse assegnate il servizio potrà garantire l'ampliamento degli orari di accesso al pubblico.			
Coerenza con il Piano sociale regionale ⁸ Rientra tra i servizi per l'acceso e la presa in carica da parte della rete assistenziale.			
Modalità di erogazione e di accesso ⁹ L'utente accede direttamente al servizio in giorni ed orari prestabiliti e attraverso la compilazione di una modulistica predisposta ad hoc o su invio di altri servizi ad es. medico di base...			
Modalità di gestione e affidamento del servizio ¹⁰ Il servizio sarà gestito direttamente dall'Ambito per mezzo di propri operatori individuato dall'ECAD e dalla Zona di gestione sociale			
Tipologia di Fondo/Fondi ¹¹ : FNPS-FSR			
	2015	2017	2018
Indicatore ¹² (specificare)	700	1400	1400
Costo ¹³	€ 0 I costi delle assistenti sociali sono indicati nel segretariato sociale	€ 12.500,00	€ 25.000,00

*Utilizzare questa scheda se l'azione è diretta, ovvero finanziata direttamente all'interno del Piano distrettuale sociale (con specifica voce di finanziamento). Per i servizi dell'AT1 e dell'AT2 tutte le azioni devono essere dirette. Per gli altri Assi Tematici è possibile utilizzare la Scheda di Strategia per le Azioni indirette (finanziate con altre tipologie di fondi esterne al Piano distrettuale). Nel corso del triennio è possibile trasformare un'azione indiretta in diretta, senza necessità di approvare nuovamente il Piano distrettuale sociale, qualora tali fondi siano stati effettivamente concessi agli Ambiti all'interno della dotazione ordinaria.

1. Inserire il numero progressivo di scheda del servizio
2. Indicare le denominazione del servizio coerente con la classificazione dei Macrolivelli (cfr. pp. 62-65 PSR)
3. Inserire il campo di intervento (vedi tabelle pp. 56-60 PSR); nel caso di servizi dell'AT1 è possibile anche non indicarlo.
4. Inserire il numero dell'Asse Tematico e la denominazione completa.
5. Inserire il numero di Obiettivo Essenziale di Servizio se in Asse Tematico 1 (cfr. pp. 63-65 PSR); in altri assi è possibile anche non ricondurre il servizio ad un Obiettivo Essenziale, sebbene sia auspicabile che i servizi/interventi siano prioritariamente rivolti a coprire gli OE, fatta salvo l'autonomia degli Ambiti a quantificare “i volumi commisurati alla effettiva domanda sociale del territorio” (pag. 61 PSR 2016-2018).
6. Descrivere l'attività che sarà svolta nell'ambito del Servizio/intervento, indicando l'elenco delle prestazioni e le figure professionali necessarie (titoli di studio e qualifiche). L'attività deve essere svolta secondo standard specifici di servizio.
7. Nel caso di servizi/interventi gestiti in modo integrato con l'Azienda ASL/Distretto occorre specifica il ruolo di ciascun ente nella gestione di parti del servizio e gli impegni in termini di risorse economiche e umane. Tali dati dovranno essere coerenti con quanto previsto nella Convenzione socio-sanitaria.

8. In questo campo occorre ricondurre il servizio/intervento al Piano sociale regionale 2016-2018, descrivendo la sua coerenza con quanto previsto nella parte II del PSR, e, in particolare sia in riferimento alla Tavola 48 che alle politiche di cui ai par. II.4, II.5, II.6, II.7, II.8, II.9, II.10.

9. Descrivere le modalità di erogazione del servizio (sedi di erogazione, modalità, tempi) e di accesso (modalità di accesso coerenti con il Regolamento di accesso dell’Ambito allegato al Piano) da parte dell’utenza.

10. Indicare le modalità di gestione: interna da parte dell’Ambito con proprio personale oppure esterna tramite procedura di affidamento. Per le procedure di affidamento, indicare se il servizio sarà gestito tramite gara di appalto, procedura di co-progettazione, accreditamento (convenzione con strutture accreditate sul territorio, dopo le apposite disposizioni regionali). In ogni caso le modalità di affidamento dovranno essere coerenti con le Linee guida ANAC sul nuovo Codice degli appalti e delle Linee Guida per l’affidamento di servizi a enti del terzo settore e cooperative sociali (Delibera n. 32 del 20.01.2016). Nel caso di Ambiti plurizonali, qualora il servizio fosse gestito dalla Zona sociale, occorre specificare in che modo sarà ripartito il servizio fra le diverse zone, indicando anche i fondi destinati a ciascuna zona.

11. Indicare il fondo o i fondi che andranno a cofinanziare il servizio (oltre ai fondi propri dell’Ambito) fra quelli previsti nella Tavola 50 del PSR.

12. Inserire l’indicatore che sarà utilizzato per misurare la performance del servizio e parametrare il costo standard. Per i servizi i cui indicatori sono già stati forniti si deve far riferimento al Quadro sinottico dell’Asse. Per i servizi per i quali non è fornito l’indicatore, l’Ambito deve sceglierne uno proprio. Va indicato il valore iniziale al 31.12.2015 (se già esistente il servizio) e i valori target dell’indicatore al 31.12. di ogni anno di applicazione del Piano.

13. Inserire i costi complessivi previsti per il Servizio per ciascuna annualità.

Id¹: 2	Servizio²: Segretariato Sociale		
Campo di intervento ³ : azione di sistema			
AT ⁴ : 1 Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio sociale		OE ⁵ : 1 accesso	
Attività ⁶ Il segretariato sociale è un servizio informativo e di orientamento rivolto a tutti i cittadini ed è completamente gratuito. Costituisce la sede di primo ascolto e di accoglienza della domanda. E’ un servizio trasversale che facilita il raccordo organizzativo tra gli interventi sociali e sanitari. L’obiettivo principale è quello di facilitare l’accesso dei cittadini ai servizi attraverso attività di consulenza, orientamento, accompagnamento, favorendo il funzionamento della rete dei servizi integrati. Essendo il servizio più prossimo ai cittadini, svolge anche una funzione di osservatorio sociale. Il servizio fornisce: attività di informazione mirata sulle prestazioni offerte da diversi Enti, Associazioni, organismi pubblici o privati esistenti sul territorio; attività di documentazione sui servizi e sulle prestazioni offerte non solo a livello locale; attività di collegamento e riferimento per le organizzazioni di volontariato; registrazione delle richieste pervenute. Le figure professionali di riferimento sono Assistenti Sociali e/o Operatori sociali.			
Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁷			
Coerenza con il Piano sociale regionale ⁸ Rientra tra i servizi per l’acceso e la presa in carica da parte della rete assistenziale.			
Modalità di erogazione e di accesso ⁹ Il cittadino accede direttamente al servizio in orari e giorni stabiliti e nelle sedi messe a disposizione dai Comuni dell’Ambito.			
Modalità di gestione e affidamento del servizio ¹⁰ Il servizio potrà essere gestito direttamente dall’Ambito per mezzo di propri operatori individuato dall’ECAD e dalla Zona di gestione sociale			
Tipologia di Fondo/Fondi ¹¹ : FNPS- FRS			
	2015	2017	2018
Indicatore ¹² (specificare)	Utenti 2800	2900	2900
Costo ¹³	€ 86.000,00 € 86.000,00	€ 45.000,00	€ 90.000,00

Id¹: 3	Servizio²: Servizio Sociale Professionale		
Campo di intervento ³ : azione di sistema			
AT ⁴ : 1 Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio sociale		OE ⁵ :2 presa in carico	
Attività ⁶ E' un servizio di base finalizzato all'analisi della domanda, presa in carico dell'utente, all'attivazione delle risorse di rete, all'accompagnamento del percorso intrapreso per la risoluzione del problema. E' un servizio gratuito, aperto a tutta la comunità ed è finalizzato ad assicurare prestazioni necessarie a prevenire, rimuovere e/o ridurre situazioni problematiche o di bisogno sociale. A tale servizio spetta la presa in carico dell'utente, l'elaborazione e la gestione del progetto individualizzato di assistenza, e la promozione continua del lavoro di rete. Le attività previste possono essere così sintetizzate: istruire le pratiche per la richiesta dei servizi attivabili; provvedere alla valutazione del bisogno, coinvolgendo l'UMV all'occorrenza; assicurare il supporto psicosociale agli utenti; curare i rapporti con l'Autorità Giudiziaria; curare i rapporti con Enti ed Organismi pubblici e del privato sociale nell'ottica del lavoro di rete; effettuare indagini psicosociali; provvedere alla presa in carico dell'utente. L'équipe è costituita da Assistenti Sociali. L'accesso al servizio può avvenire in modo spontaneo o previo segnalazione documentata dell'autorità giudiziaria, dei servizi territoriali, delle istituzioni pubbliche o private.... Le maggiori competenze trasferite ai Comuni degli ultimi anni impone il rafforzamento del Servizio con l'incremento delle risorse umane.			
Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁷			
Coerenza con il Piano sociale regionale ⁸ Rientra tra i servizi per l'accesso e la presa in carica da parte della rete assistenziale.			
Modalità di erogazione e di accesso ⁹ Il cittadino accede direttamente al servizio in orari e giorni stabiliti e nelle sedi messe a disposizione dai Comuni dell'Ambito.			
Modalità di gestione e affidamento del servizio ¹⁰ Il servizio potrà essere gestito direttamente dall'Ambito per mezzo di propri operatori individuato dall'ECAD e dalla Zona di gestione sociale			
Tipologia di Fondo/Fondi ¹¹ : FNPS-FRS			
	2015	2017	2018
Indicatore ¹² (specificare)	Utenti 450	500	500
Costo ¹³	€ 80.000,00 € 80.000,00	€ 40.000,00	€ 80.000,00

Id¹: 4	Servizio²: UVM		
Campo di intervento ³ : azioni di sistema			
AT ⁴ : 1 attuazione degli obiettivi essenziali di servizio sociale		OE ⁵ : 2 presa in carico	
Attività ⁶ L'Unità Valutativa Multidisciplinare (UVM) si occupa della valutazione di bisogni di tipo complesso, qualora si manifesti una compresenza del bisogno sanitario e sociale. Questa valutazione, a cui partecipano personale sanitario tra cui anche il medico o il pediatra di			

<p>medicina e l’assistente sociale della zona di residenza, ha il fine di individuare, nell’ambito delle risorse disponibili, quali siano gli interventi che meglio rispondono alle effettive esigenze della persona. E’ormai accertato che, per individuare il progetto più adatto per una determinata persona, il metodo migliore è quello di coinvolgere operatori con diverse professionalità perché vengano prese in considerazione tutte le “dimensioni” della persona e non solo gli aspetti puramente sanitari o sociali. L’attivazione di uno specifico processo valutativo è finalizzato a rilevare la situazione globale della persona con riferimento alla dimensione dell’autonomia, alla possibilità di conservazione delle potenzialità accertate e alle condizioni economiche. Il bisogno viene valutato attraverso il confronto con le famiglie, nonché acquisendo ogni notizia utile per la predisposizione del PAI. Nella elaborazione e nella gestione di programmi assistenziali, la famiglia è una risorsa prioritaria che deve essere preservata dal rischio di rottura degli equilibri interni a causa di un eccessivo carico assistenziale. Viene individuato il Referente del PAI che ha il compito di assicurare la realizzazione del progetto, concorrendo ad eliminare gli ostacoli e promuovendo le necessarie verifiche periodiche sulla base di indicatori inclusi nel PAI. Il modello organizzativo utilizzato tende a semplificare i percorsi che i cittadini devono compiere per avere accesso agli interventi garantiti dal PLNA, evitando inutili passaggi, assicurando chiarezza nell’iter, certezza nei tempi di presa in carico e di erogazione delle prestazioni riconosciute nei piani individualizzati.</p>			
<p>Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS)⁷ L’ASL mette a disposizione personale sanitario e l’ADS gli assistenti sociali</p>			
<p>Coerenza con il Piano sociale regionale⁸ Rientra tra i servizi per l’accesso e la presa in carica da parte della rete assistenziale</p>			
<p>Modalità di erogazione e di accesso⁹ Per accedere alla valutazione da parte dell’UVM è necessario che l’utente o un suo familiare, il medico di base, un servizio sociale, uno specialista ospedaliero o altri professionisti inoltrino specifica segnalazione al punto unico di accesso PUA, in orari e giorni prestabiliti.</p>			
<p>Modalità di gestione e affidamento del servizio¹⁰ Gestione diretta</p>			
<p>Tipologia di Fondo/Fondi¹¹: FNPS-FSR- Fondi sanitari</p>			
	2015	2017	2018
Indicatore ¹² (specificare)	n. casi 1000 circa	1200	1200
Costo ¹³	€ 0 € 0	€ 0 (si utilizza il personale del PUA e serv. Soc.)	€ 0

Id¹: 5	Servizio²: Pronto intervento sociale (PIS)		
Campo di intervento ³ : aumento delle fasce di popolazione a rischio di povertà ed esclusione			
AT ⁴ : 3 Strategie per l’inclusione sociale e il contrasto alle povertà		OE ⁵ :3 pronto intervento sociale	
Attività ⁶ E’ un servizio finalizzato a fronteggiare situazioni di emergenza di coloro che si trovano in grave difficoltà con l’obiettivo di affrontare con urgenza i bisogni di sopravvivenza per persone in gravi situazioni di marginalità. Il servizio deve garantire interventi sociali urgenti nell’arco delle 24 ore, consentendo di affrontare tempestivamente i bisogni di coloro che non hanno un luogo dove dormire o mangiare. Le attività sono azioni di prima			

accoglienza a cui si accede contattando i servizi sociali, forze dell'ordine, associazioni di volontariato. Sarà cura dei servizi sociali contattare i centri di prima accoglienza per effettuare l'inserimento temporaneo, a cui può far seguito un progetto di reinserimento sociale. Sarà fondamentale organizzare il servizio in rete con le diverse organizzazioni che operano sul territorio di contrasto alla povertà.			
Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁷			
Coerenza con il Piano sociale regionale ⁸ Rientra tra i servizi rivolti a persone in situazione di povertà estrema e/o senza fissa dimora			
Modalità di erogazione e di accesso ⁹ All'intervento si accede mediante il servizio sociale professionale che effettua al presa in carico, la valutazione del bisogno e l'invio presso centri di prima accoglienza, associazioni volontariato o altri idonei interventi			
Modalità di gestione e affidamento del servizio ¹⁰ Il servizio sociale opererà in rete con le strutture del territorio			
Tipologia di Fondo/Fondi ¹¹ : FNPS- FSR			
	2015	2017	2018
Indicatore ¹² (specificare)	n. interventi 3	5	5
Costo ¹³	€ 1.660,00 € 1.700,00	€ 1.750,00	€ 3.500,00

Id¹: 6/7	Servizio²: Assistenza domiciliare sociale e integrata		
Campo di intervento ³ : tassi superiori alla media nazionale rispetto alla presenza di malattie croniche			
AT ⁴ : 1 attuazione degli obiettivi essenziali di servizio sociale		OE ⁵ : 4 assistenza domiciliare	
Attività ⁶ Il servizio offre un insieme di interventi a domicilio dell'utente con l'obiettivo di fornire un aiuto temporaneo o permanente nello svolgimento delle attività quotidiane legate al governo della propria casa, alla cura della persona e alla vita di relazione. Ha l'obiettivo di migliorare la qualità della vita e di evitare ricoveri in strutture residenziali. Trattasi di assistenza domiciliare integrata (ADI) quando gli interventi non sono solo di carattere socio assistenziale ma integrati con quelli di tipo sanitario erogati a domicilio.			
Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁷ La valutazione delle domande e l'elaborazione dei PAI viene effettuata dall'UVM (formato da personale dell'ASL e dell'ADS) in caso di ADI o dal servizio sociale in caso di assistenza domiciliare socio assistenziale			
Coerenza con il Piano sociale regionale ⁸ Rientra tra i macrolivelli 2: servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio			
Modalità di erogazione e di accesso ⁹ Al servizio si accede presentando domanda al PUA e/o presso i segretariati sociali. A seconda dell'intervento (ADS o ADI) viene effettuata la valutazione del bisogno dal Servizio sociale professionale o dall'UVM, la presa in carico e l'elaborazione del PAI. In caso di ADI l'ASL gestisce e definisce la parte sanitaria e l'ADS la parte sociale.			

Modalità di gestione e affidamento del servizio ¹⁰ Gestione indiretta con affidamento in economia o con procedure ad evidenza pubblica o altre forme previste dalla legge			
Tipologia di Fondo/Fondi ¹¹ : FNPS-FSR			
	2015	2017	2018
Indicatore ¹² (specificare)	Utenti 215	220	220
Costo ¹³	€ 526.000,00 € 526.000,00	€ 290.000,00	€ 580.000,00

Id¹: 8	Servizio²: servizi di prossimità rivolti ad anziani		
Campo di intervento ³ : invecchiamento progressivo della popolazione			
AT ⁴ : 1 attuazione degli obiettivi essenziali di servizio sociale		OE ⁵ : 5 servizi di prossimità	
Attività ⁶ I servizi di prossimità attivabili riguardano un’ampia gamma di ambiti, da coinvolgere con una visione intersettoriale e multidisciplinare. Si pensi ad es. a tutti quei servizi a favore degli anziani es. ricerca badanti, accompagnamento, fornitura di farmaci a domicilio... Si intende coinvolgere e mettere in rete le risorse territoriali del volontariato che faranno riferimento ad uno sportello di raccolta della domanda cui fa seguito una collettiva ricerca di soluzioni in base alla disponibilità del mondo del volontariato.			
Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁷			
Coerenza con il Piano sociale regionale ⁸ Rientra tra gli obiettivi previsti dal piano			
Modalità di erogazione e di accesso ⁹ Vi si accede in orari e giorni stabiliti			
Modalità di gestione e affidamento del servizio ¹⁰ indiretta			
Tipologia di Fondo/Fondi ¹¹ : FNPS-FSR			
	2015	2017	2018
Indicatore ¹² (specificare)	Utenti Nuovo intervento	40	40
Costo ¹³	€ 0,00 € 0,00	€ 3.000,00	€ 6.000,00

Asse Tematico 2 – Interventi e servizi per la non autosufficienza

L’Asse Tematico illustra gli interventi e i servizi per la non autosufficienza dell’Ambito Distrettuale e del Distretto sanitario e declina le politiche del § II.9. Le azioni si dividono in due Aree.

Area 2° – Programma per la non autosufficienza; tale Area contiene gli interventi e i servizi che verranno attivati con l’utilizzo del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze e che, in precedenza, costituivano il Piano Locale per la Non Autosufficienza. Tali interventi devono essere coerenti con il Decreto di riparto del FNNA e prevedere azioni per la non autosufficienza e per la disabilità gravissima.

Area 2B – Interventi sanitari e socio-sanitari per la non autosufficienza; tale Area ricomprende interventi e servizi finanziati con risorse sanitarie (Azienda ASL e Distretto sanitario, Fondo Sanitario Nazionale), con risorse del Fondo per l’integrazione socio-sanitaria per il contributo ai Comuni per la compartecipazione ai costi dell’utenza in strutture socio-sanitarie e con risorse sociali (utilizzo del FNPS, FSR o altri fondi).

Descrivere, in generale, il quadro dei servizi inseriti nell’Asse Tematico e le scelte operate in coerenza con i fabbisogni rilevati nel Profilo sociale locale per ciascuna Area (2° e 2B) (max 6000 caratteri).

Relativamente agli interventi per la Non Autosufficienza, l’Ambito intende proseguire il percorso intrapreso con i precedenti PLNA finalizzato a:

- sviluppare un sistema integrato e flessibile di interventi domiciliari e di sostegno alla cura familiare
- sviluppare un’assistenza personalizzata per lo svolgimento delle attività quotidiane
- assicurare la continuità tra ospedale e servizi territoriali socio-sanitari e socio-assistenziali attraverso l’attivazione di percorsi individualizzati di sostegno ed accompagnamento della persona non autosufficiente e della sua famiglia
- favorire l’emersione del lavoro di cura privato

Gli interventi sono rivolti alle persone in condizioni di non autosufficienza privilegiando, attraverso la presa in carico e la definizione di un progetto individuale, la continuità assistenziale. Le azioni sono rivolte prevalentemente al mantenimento/potenziamento delle competenze, prevenendone il deterioramento. Le azioni si distinguono, anche per l’obiettivo di promuovere e tutelare la qualità della vita, attraverso la creazione di una rete composita ed organizzata di strategie, di risorse ed interventi, per la presa in carico della persona disabile e per il sostegno alla famiglia.

Il PAI (Progetto Assistenziale Individualizzato), che esprime la logica della centralità della persona e orienta la metodologia di lavoro, continua a rappresentare lo strumento principale di intervento; si sviluppa a partire dall’autodeterminazione della persona non autosufficiente e si basa sulla motivazione e sulla partecipazione al progetto dell’utente e della sua famiglia. Il progetto individuale si caratterizza per la condivisione, per l’adeguatezza tra bisogni e risorse disponibili e per la capacità di modificarsi in relazione alle fasi della vita, alle valutazioni e alle verifiche.

Per ciò che attiene all’Area 2B, si intendono portare gli interventi di integrazione socio sanitaria in linea con il DPCM 29 novembre 2001 e con le indicazioni regionali.

AT 2 – Quadro sinottico dei servizi/interventi e indicatori – AREA 2° – Servizi finanziati dal Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze

Asse Tematico 2 – Interventi e servizi per la non autosufficienza

Id ¹	Servizio/intervento	OE	SS ²	Indicatore	Utenti N.A. ⁸	Utenti N.A. disabilità gravissima ⁹	Valori target dell'indicatore	
							2017	2018
1	Assistenza domiciliare	4	X	N. prestazioni AD sociale ³	50		50	50
2				N. prestazioni AD Integrata	15		15	15
3	Centro diurno per persone non autosufficienti (specificare la tipologia e aggiungere righe se necessario) ⁴	6	X	N. persone non autosufficienti in carico x N. ore frequenza annua per persona non autosufficiente ⁵	5		5	5
4	Residenze temporanee e di sollievo per persone non autosufficienti	7	X	N. persone non autosufficienti in residenza ⁶	2		2	2
5	Telesoccorso/Teleassistenza	4	X	N. persone non autosufficienti seguite in telesoccorso ⁷	20		20	20
6	Budget di cura	8	X	N. persone non autosufficienti assistite con assegni di cura	45	45	45	45
	Altro: specificare ¹⁰							

1. Inserire il numero di scheda identificativa del servizio. - 2. Barrare la casella in caso di servizio gestito in integrazione socio-sanitaria e rientrante nella Convenzione socio-sanitaria. Essendo servizi per la non autosufficienza, tutti devono essere svolti in integrazione socio-sanitaria. 3. Per prestazione si intende la singola prestazione di assistenza domiciliare ricondotta alla durata di 1 ora.

4. Indicare la denominazione del servizio se presente e aggiungere righe se necessario (es. Centro diurno per demenze, etc.). - 5. Indicare il numero di persone non autosufficienti che sono in carico al centro, moltiplicato per il numero di ore di apertura giornaliera, per il numero di giorni previsto (ad es.: 10 non autosufficienti X 4 ore giorno x 150 gg di apertura = 6.000). - 6. Indicare il numero preventivato di persone non autosufficienti dell'Ambito accolti in strutture/comunità microresidenziali (cfr. pag. 75 PSR). In tale ambito vanno collocati i ricoveri di sollievo complementari al percorso domiciliare, ma non possono essere inserite le prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea. 7. Indicare il numero preventivato di persone non autosufficienti seguite in Telesoccorso. - 8. Indicare il numero di utenti non autosufficienti che saranno seguiti. - 9. Indicare il numero di utenti con disabilità gravissima accertata secondo quanto previsto dal Decreto ministeriale 2016 (art. 3) di riparto del FNNA. - 10. Inserire eventuali altri interventi che devono comunque rientrare nell'art. 2 del Decreto ministeriale di riparto 2016 del FNNA.

Area 2A - Servizi finanziati dal Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze

Spazio per inserimento Schede di servizio per l’Area 2A vincolata al Fondo Nazionale non autosufficienze. E’ possibile inserire solo Azioni dirette.

Scheda per Azioni dirette FNNA* (la scheda deve occupare max. 2 pagine per servizio)

Id¹:1/2	Servizio²: assistenza domiciliare sociale e integrata		
Campo di intervento ³ : tassi superiori alla media nazionale rispetto alla presenza di malattie croniche/ trend in crescita delle malattie neurodegenerative			
AT ⁴ : 2 interventi per la non autosufficienza		OE ⁵ : 4 assistenza domiciliare	
Attività ⁶ Il servizio di assistenza domiciliare sociale e l’ADI hanno lo scopo di permettere alla persona non autosufficiente di continuare a vivere nel proprio ambiente di vita attraverso l’offerta di prestazioni socio-assistenziali e sanitarie al proprio domicilio secondo quanto stabilito nei PAI. I servizi domiciliari risultano essere un valido mezzo per contrastare il rischio di istituzionalizzazione. Il servizio, di competenza sia dell’ASL che dell’ADS, è fondato sul modello della domiciliarizzazione delle cure e delle prestazioni e si connota per una forte valenza integrativa delle azioni in relazione alla natura e alla complessità dei bisogni a cui si rivolge. Caratteristica essenziale è l’unitarietà dell’assistenza, che deve essere basata su interventi sanitari e di protezione sociale, organicamente inseriti nel progetto assistenziale individualizzato (PAI). La richiesta di intervento va inoltrata, su appositi moduli, presso il PUA o presso i Segretariati Sociali. L’attivazione del servizio avviene a seguito di valutazione multidimensionale da parte dell’UVM. La valutazione dei bisogni è la premessa per la definizione e l’attuazione di interventi mirati ed efficaci e la multidimensionalità costituisce il requisito fondamentale per garantire il rispetto del principio di equità al momento dell’accesso dell’utente alla rete dei servizi.			
Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁷ La valutazione delle domande e l’elaborazione dei PAI viene effettuata dall’UVM (formato da personale dell’ASL e dell’ADS) in caso di ADI o dal servizio sociale in caso di assistenza domiciliare socio assistenziale			
Coerenza con il Piano sociale regionale ⁸ Rientra tra i macrolivelli 2: servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio			
Modalità di erogazione e di accesso ⁹ Al servizio si accede presentando domanda al PUA e/o presso i segretariati sociali. A seconda dell’intervento (ADS o ADI) viene effettuata la valutazione del bisogno dal Servizio sociale professionale o dall’UVM, la presa in carico e l’elaborazione del PAI. In caso di ADI l’ASL gestisce e definisce la parte sanitaria e l’ADS la parte sociale.			
Modalità di gestione e affidamento del servizio ¹⁰ Gestione indiretta con affidamento in economia o con procedure ad evidenza pubblica o altre forme previste dalla legge			
Tipologia di Fondo/Fondi ¹¹ : FNNA			
	2015	2017	2018
Indicatore ¹² (specificare)	n. utenti AD 45 n. utenti ADI 13	50 15	50 15
Costo		€ 116.000,00	€ 232.000,00

Comune di Castiglione Messer Raimondo Prot. n.1449 del 22-03-2018

complessivo ¹³			
Quota disabilità gravissima		€ % 40	€ % 40

Per la legenda degli altri punti, vedi modello in AT1

Id¹: 3	Servizio²: centro diurno per persone non autosufficienti		
Campo di intervento ³ : tassi superiori alla media nazionale rispetto alla presenza di malattie croniche/ trend in crescita delle malattie neurodegenerative			
AT ⁴ : 2 interventi per la non autosufficienza		OE ⁵ : 6 centri diurni per disabili	
<p>Attività⁶</p> <p>Il centro diurno si colloca nella rete dei servizi socio-sanitari con funzione intermedia fra assistenza domiciliare e strutture residenziali; è una struttura semiresidenziale finalizzata alla prevenzione dell'istituzionalizzazione, al sostegno e al sollievo del nucleo familiare.</p> <p>E' rivolto alle persone non autosufficienti che necessitano di un supporto assistenziale e di un sostegno inteso come promozione globale della persona.</p> <p>L'obiettivo è quello di erogare prevalentemente prestazioni assistenziali (cura della persona, autonomia personale) e sociali (animazione e socializzazione) volte a mantenere le condizioni di autonomia e a rallentare il processo degenerativo.</p> <p>Contenere l'evoluzione della malattia e mantenere le abilità residue ancora presenti contribuisce a rendere migliore la qualità della vita del paziente e della sua famiglia operando per un miglioramento dell'autonomia personale.</p> <p>Le modalità di accesso sono quelle previste per l'ADI.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Presentazione della domanda su apposita modulistica al PUA o ai Segretariati Sociali. ➤ Conseguente attivazione dell'UVM che effettua la valutazione del bisogno ed elabora il PAI. <p>Vi opera personale specializzato nel settore della disabilità</p>			
Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁷			
La valutazione delle domande e l'elaborazione dei PAI viene effettuata dall'UVM (formato da personale dell'ASL e dell'ADS)			
Coerenza con il Piano sociale regionale ⁸			
Rientra tra le misure di sostegno alla non autosufficienza			
Modalità di erogazione e di accesso ⁹			
Vi si accede mediante valutazione dell'UVM			
Modalità di gestione e affidamento del servizio ¹⁰			
Gestione indiretta			
Tipologia di Fondo/Fondi ¹¹ :FNNA			
	2015	2017	2018
Indicatore ¹² (specificare)	n. utenti 0 n. ore frequenza annua	5 3000	5 3000
Costo complessivo ¹³		€ 7.500,00	€ 15.000,00
Quota disabilità gravissima		€ %	€ %

Id¹: 4	Servizio²: residenze temporanee e di sollievo per persone non autosufficienti		
Campo di intervento ³ :tassi superiori alla media nazionale rispetto alla presenza di malattie croniche			
AT ⁴ : 2 interventi per la non autosufficienza		OE ⁵ : 8 interventi/misure per facilitare inclusione e autonomia	
Attività ⁶ Si tratta di un accoglimento temporaneo del malato, effettuato all'interno di una struttura residenziale, in un nucleo autorizzato all'accoglimento di persone non autosufficienti dotato di adeguati requisiti di protezione e di sicurezza.Con tale servizio si intende offrire un intervento temporaneo di sollievo per le famiglie. Da un lato vuole essere una concreta risposta a: eventuali problemi di salute del caregiver; all'elevato stress emotivo ed assistenziale a cui sono sottoposti i familiari conviventi di persone affette dalle varie forme di demenza; periodi di assenza di personale privato di assistenza (badante, assistente familiare) e dall'altro fornisce adeguati supporti alla persona disabile.			
Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁷ La valutazione delle domande e l'elaborazione dei PAI viene effettuata dall'UVM (formato da personale dell'ASL e dell'ADS)			
Coerenza con il Piano sociale regionale ⁸ Rientra tra le misure di sostegno alla non autosufficienza			
Modalità di erogazione e di accesso ⁹ Vi si accede mediante valutazione dell'UVM			
Modalità di gestione e affidamento del servizio ¹⁰ indiretta			
Tipologia di Fondo/Fondi ¹¹ : FNNA			
	2015	2017	2018
Indicatore ¹² (specificare)	n. utenti 0	2	2
Costo complessivo ¹³		€ 4.500,00	€ 9.000,00
Quota disabilità gravissima		€ %	€ %

Id¹: 5	Servizio²: telesoccorso/teleassistenza		
Campo di intervento ³ : tassi superiori alla media nazionale rispetto alla presenza di malattie croniche			
AT ⁴ : 2 interventi per la non autosufficienza		OE ⁵ : 4 assistenza domiciliare	
Attività ⁶ Il servizio è rivolto ai cittadini bisognosi di aiuto, soli che temono per la sicurezza della propria salute. Si pone l'obiettivo di tutelare i soggetti esposti a rischi di natura sanitaria e sociale attraverso la predisposizione di un sistema di comunicazione in grado di attivare interventi di prevenzione e controllo, nonché soccorso in caso di emergenza. La richiesta di attivazione dell'intervento va effettuata ai Comuni che, per mezzo dei Servizi Sociali, effettueranno la fase istruttoria e l'invio c/o l'organismo che gestisce il servizio. L'utente			

viene così preso in carico e può usufruire di un recapito telefonico attivo 24 ore su 24. In caso di allarme, l’utente si mette in contatto con una centrale di soccorso che lancia un messaggio di aiuto alle persone che l’utente ha indicato come disponibili ad intervenire se si presenta un’emergenza; in presenza di particolari condizioni di rischio viene attivato l’intervento sanitario.

Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS)⁷
La valutazione delle domande e l’elaborazione dei PAI viene effettuata dall’ADS. L’intervento sanitario viene effettuato durante l’erogazione del servizio in presenza di particolari rischi.

Coerenza con il Piano sociale regionale⁸
Rientra tra le misure di sostegno alla non autosufficienza

Modalità di erogazione e di accesso⁹
Vi si accede mediante valutazione dell’UVM

Modalità di gestione e affidamento del servizio¹⁰
indiretta

Tipologia di Fondo/Fondi¹¹:FNNA

	2015	2017	2018
Indicatore ¹² (specificare)	n. utenti 10	20	20
Costo complessivo ¹³		€ 5.000,00	€ 10.000,00
Quota disabilità gravissima		€ %	€ %

Id¹: 6	Servizio²: budget di cura
Campo di intervento ³ : scarto tra domanda e offerta di servizi a sostegno delle persone con disabilità	
AT ⁴ : 2 interventi per la non autosufficienza	OE ⁵ : 8 interventi/misure per facilitare inclusione e autonomia
<p>Attività⁶ Il servizio prevede l’erogazione di un contributo economico che viene riconosciuto a chi presta direttamente o indirettamente assistenza a un familiare che versa in condizioni di non autosufficienza, consentendogli di rimanere nel proprio domicilio. E’ concesso sulla base delle valutazioni effettuate dall’UVM che elabora, insieme ai destinatari dell’intervento, un progetto assistenziale individualizzato formalizzato attraverso la stipula di un apposito accordo tra le parti. In caso di ricorso ad assistenti familiari esterni, i Comuni acquisiscono copia dei versamenti contributivi trimestrali effettuati. L’importo minimo mensile dell’assegno di cura è stabilito in € 300,00, mentre quello massimo ammonta a € 500,00. Per coloro che sono in condizione di disabilità gravissima e che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio-sanitario nelle 24 ore, come stabilito annualmente dal Decreto del ministero del lavoro, l’importo minimo mensile dell’assegno disabilità gravissime è stabilito in € 800,00, mentre quello massimo ammonta ad € 1.100,00 e viene erogato solo dopo l’effettivo incasso delle somme spettanti da parte dell’Ambito.</p>	

Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁷ La valutazione delle domande e l’elaborazione dei PAI viene effettuata dall’UVM (formato da personale dell’ASL e dell’ADS)			
Coerenza con il Piano sociale regionale ⁸ Rientra tra le misure di sostegno alla non autosufficienza			
Modalità di erogazione e di accesso ⁹ Vi si accede mediante valutazione dell’UVM			
Modalità di gestione e affidamento del servizio ¹⁰ diretta			
Tipologia di Fondo/Fondi ¹¹ : FNNA			
	2015	2017	2018
Indicatore ¹² (specificare)	N. utenti 0	45	45
Costo complessivo ¹³		€ 178.000,00	€ 178.000,00
Quota disabilità gravissima		€ 89.000,00 % 40	€ 178.000,00 % 40

AT 2 - Quadro sinottico dei servizi/interventi e indicatori – AREA 2B - Interventi sanitari e socio-sanitari per la non autosufficienza

Asse Tematico 2 - Interventi e servizi per la non autosufficienza

Id ¹	Servizio/intervento	OE	SS ²	Indicatore	Utenti N.A.	Valori target dell'indicatore	
						2017	2018
1	Contributi a persone non autosufficienti per il sostegno ai costi della residenzialità e semiresidenziali ³	8	X	N. persone non autosufficienti assistite in regime residenziale ⁶	38	38	38
	Servizio: specificare ⁴		X				
	Servizio: specificare ⁴		X				

1. Inserire il numero di scheda identificativa del servizio. - 2. Barrare la casella in caso di servizio gestito in integrazione socio-sanitaria e rientrante nella Convenzione socio-sanitaria. Essendo servizi per la non autosufficienza, tutti devono essere svolti in integrazione socio-sanitaria. 3. Inserire in questa scheda l'intervento di compartecipazione al costo dei ricoveri in strutture residenziali/semiresidenziali di cui al Fondo regionale per la spesa socio-sanitaria. - 4. Inserire altri interventi in attuazione di quanto previsto dal paragrafo sulle politiche per la non autosufficienza del PSR (pag. 75) d'intesa con l'Azienda ASL/Distretto sanitario.

Area 2B - Interventi sanitari e socio-sanitari per la non autosufficienza

Spazio per inserimento Schede di servizio per l'Area 2B. E' possibile inserire schede solo per Azioni dirette.

Id: 1	Servizio²: contributi a persone non autosufficienti per il sostegno ai costi della residenzialità e semiresidenzialità		
Campo di intervento ³ : tassi superiori alla media nazionale rispetto alla presenza di malattie croniche			
AT ⁴ : 2 interventi per la non autosufficienza		OE ⁵ : 8 interventi/misure per facilitare inclusione e autonomia	
Attività ⁶ L'inserimento in regime di semiresidenzialità o residenzialità presso strutture socio sanitarie avviene su valutazione dell'UVM. Dopo una fase istruttoria finalizzata a stabilire la spesa di compartecipazione, i Comuni partecipano alla spesa sociale per quanto di competenza e liquidano gli importi dovuti direttamente alle strutture.			
Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁷ La valutazione delle domande e l'elaborazione dei PAI viene effettuata dall'UVM (formato da personale dell'ASL e dell'ADS)			
Coerenza con il Piano sociale regionale ⁸ Rientra tra le misure di sostegno alla non autosufficienza			
Modalità di erogazione e di accesso ⁹ Vi si accede mediante valutazione dell'UVM			
Modalità di gestione e affidamento del servizio ¹⁰ indiretta			
Tipologia di Fondo/Fondi ¹¹ : Risorse sanitarie- Fondo per l'integrazione socio-sanitaria- risorse comunali			
	2015	2017	2018
Indicatore ¹² (specificare)	n. utenti 35	39	39
Costo ¹³	€ 290.000,00 € 290.000,00	€ 168.500,00	€ 337.000,00

Asse Tematico 3 - Strategie per l'inclusione sociale e il contrasto alle povertà

Questo Asse Tematico comprende interventi e servizi di inclusione sociale e contiene la strategia generale di contrasto alla povertà e all'esclusione dell'Ambito Distrettuale, attuando le politiche di cui § II.8 e II.10. Esso si articola in: Azioni dirette, finanziate con FNPS, FSR, Fondi Comunali, e Strategie (azioni indirette) per il contrasto alla povertà che saranno attuate con l'utilizzo, tramite partecipazione ai bandi e agli avvisi che saranno emanati a livello regionale e nazionale, del Fondo Sociale Europeo (Asse Inclusione del P.O.FSE Abruzzo 2014-2020 e del PON Inclusione, gestito dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali), nonché delle risorse di cui al Fondo nazionale per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale, istituito dalla legge 208 del 2015 (art. 1, comma 386), e del SIA (Sostegno per l'Inclusione Attiva), descrivendo l'attuazione sul territorio delle specifiche linee guida del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali.

Descrivere, in generale, il quadro dei servizi inseriti nell'Asse Tematico e le scelte operate in coerenza con i fabbisogni rilevati nel Profilo sociale locale (max 6000 caratteri).

In uno scenario che vede il welfare strettamente connesso alla condizione lavorativa e messo in crisi dalla precarizzazione del lavoro, occorre investire in azioni di politica attiva del lavoro e su strumenti di accompagnamento e di empowerment del soggetto di fronte alle incertezze di un mercato del lavoro instabile. Il fenomeno della disoccupazione, già evidenziato con lo scorso Piano di Zona, rappresenta ancora un dato preoccupante per il territorio dell'Ambito. Si tratta di persone che, in assenza di un'occupazione stabile, sono a rischio di emarginazione. Tali situazioni mettono in evidenza, oltre l'oggettivo disagio economico anche la difficoltà ad elaborare gli eventi di insuccesso. I tratti che contraddistinguono chi necessita di aiuto, portano ad evidenziare una profonda solitudine ed una difficoltà ad orientarsi verso servizi competenti. Questi dati impongono la necessità di riproporre percorsi di sostegno ed aiuto a coloro che vivono in precarie condizioni economiche e sociali, anche in collaborazioni con altri Enti e privati presenti sul territorio. L'ambito intende proseguire con interventi diretti come borse lavoro ed altre misure di sostegno al reddito che di azioni indirette come il progetto SIA. Il SIA prevede l'erogazione di un sussidio economico a nuclei familiari con minori in condizioni di povertà, condizionale alla adesione ad un progetto di attivazione sociale e lavorativa. Per accedere al SIA è necessaria una valutazione multidimensionale del bisogno dei membri del nucleo familiare e la costruzione di un patto con i servizi che implica, da parte dei servizi, una presa in carico nell'ottica del miglioramento del benessere della famiglia e della creazione di condizioni per l'uscita dalla condizione di povertà. Il S.I.A. si realizza attraverso il sussidio mensile e pone in capo agli Ambiti territoriali la predisposizione, per ciascun nucleo beneficiario della misura, del progetto personalizzato per il superamento della condizione di povertà, il reinserimento lavorativo e l'inclusione sociale; a tal fine richiede che gli Ambiti attivino un sistema coordinato di interventi e servizi sociali (servizi di segretariato sociale per l'accesso; servizio sociale professionale per la valutazione multidimensionale dei bisogni del nucleo e la presa in carico, equipe multidisciplinare; accordi di collaborazione in rete con le amministrazioni competenti sul territorio in materia di servizi per l'impiego, tutela della salute e istruzione/formazione, nonché con soggetti privati attivi nell'ambito degli interventi di contrasto alla povertà, ecc..).

AT 3 - Quadro sinottico dei servizi/interventi e indicatori

Asse Tematico 3 - Strategie per l'inclusione sociale e il contrasto alle povertà

Id ¹	Servizio/intervento	OE	Az. ²	SS ³	Indicatore	Utenti	Valori target dell'indicatore	
							2017	2018
1	Servizio di inclusione sociale ⁴	8	I	X	N. persone in situazione di povertà	17	17	17
2	Misure sostegno reddito	8	D		N. contributi	40	40	40
3	Servizio: Borse lavoro	8	D		N. persone in situazione di povertà	45	45	45
4	Social Market	8	D		N. famiglie in situazione di povertà	80	80	80

1. Inserire il numero di scheda identificativa del servizio. - 2. Indicare se Azione diretta (D) o Indiretta (I) - 3. Barrare la casella in caso di servizio gestito in integrazione socio-sanitaria e rientrante nella Convenzione socio-sanitaria. 4. Inserire in questa scheda il Servizio di inclusione così come disegnato nel PON “Inclusione sociale” con fondi a carico dello stesso PON. - 5. Inserire altri interventi in attuazione di quanto previsto dal paragrafo strategie per l'inclusione del PSR (pag. 78, par. II.8).

Asse Tematico 3 - Strategie per l’inclusione sociale e il contrasto alle povertà

In quest’area possono essere inserite sia Azioni Dirette che Indirette. Per le azioni indirette si fornisce il seguente modello. Per quelle dirette, riprendere il modello presente in AT 1.

Scheda per Azioni Indirette (Strategia)*

Id¹: 1	Servizio/Azione²: Progetto SIA	
Campo di intervento ³ : aumento delle fasce di popolazione a rischio di povertà ed esclusione		
AT ⁴ : 3 strategie per l’inclusione sociale e il contrasto alla povertà		OE ⁵ : 8 interventi/misure per facilitare inclusione e autonomia
Strategia ⁶ La strategia che sottende a quest’azione è quella di responsabilizzare il cittadino ed indurlo ad una vita sociale attiva e partecipativa evitando il rischio di disagio e di emarginazione sociale ma anche l’integrazione tra gli strumenti nazionali individuati dal PON che quelli regionali e le risorse ordinarie per le politiche sociali.		
Attività ⁷ Per accedere allo strumento è necessaria una valutazione multidimensionale del bisogno dei membri del nucleo familiare finalizzata alla definizione di un patto di Inclusione Attiva con i servizi. Il patto implica, da parte dei servizi, una presa in carico nell’ottica del miglioramento del benessere della famiglia e della creazione di condizioni per l’uscita dalla condizione di povertà e prevede, da parte dei beneficiari, un’adesione al patto con la conseguente adozione di una serie di comportamenti virtuosi, quali, ad esempio, la ricerca attiva del lavoro, la partecipazione a progetti di inclusione lavorativa (tirocini, borse di lavoro, ecc.), la frequenza scolastica dei figli minori, l’adesione a specifici percorsi eventualmente individuati dai servizi specialistici (ad es. comportamenti di prevenzione e cura volti alla tutela della salute, percorsi di fuoruscita dalle dipendenze, ecc..).		
Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁸ Collaborazione con consultori familiari e sert ove previsto da progetti individualizzati. Presa in carico da parte dei servizi sociali dell’ADS		
Coerenza con il Piano sociale regionale ⁹ In linea con l’obiettivo regionale di garantire lo sviluppo di misure di sostegno al reddito accompagnate da servizi di inclusione sociale di tipo multidimensionale e globale		
Tipologia di Fondo/Fondi ¹⁰ : SIA- PON		
	2017	2018
Indicatore ¹¹ n. utenti riconosciuti	17	17
Costo ¹²	€ 67.561,75	€ 135.123,50

*Utilizzare questa scheda se l’azione è indiretta, ovvero finanziata o finanziabile con fondi esterni al Piano distrettuale sociale. Per i servizi dell’AT1 e dell’AT2 tutte le azioni devono essere dirette. Per gli altri Assi Tematici è possibile utilizzare questa Scheda di Strategia per le Azioni indirette. Nel corso del triennio è possibile trasformare un’azione indiretta in diretta, senza necessità di approvare nuovamente il Piano distrettuale sociale, qualora tali fondi siano stati effettivamente concessi agli Ambiti all’interno della dotazione ordinaria.

1. Inserire il numero progressivo di scheda dell’azione/servizio
2. Indicare le denominazione del servizio/azione

3. Inserire il campo di intervento (vedi tabelle pp. 56-60 PSR).
4. Inserire il numero dell’Asse Tematico e la denominazione completa.
5. Inserire il numero di Obiettivo Essenziale di Servizio se in Asse Tematico 1 (cfr. pp. 63-65 PSR); in altri assi è possibile anche non ricondurre il servizio ad un Obiettivo Essenziale, sebbene sia auspicabile che i servizi/interventi siano prioritariamente rivolti a coprire gli OE, fatta salvo l’autonomia degli Ambiti a quantificare “i volumi commisurati alla effettiva domanda sociale del territorio” (pag. 61 PSR 2016-2018).
6. Descrivere la strategia sociale che sta dietro all’azione da sviluppare in risposta ai bisogni rilevati nell’analisi e i mezzi che saranno utilizzati per l’attivazione del servizio/azione. Ad esempio, nel caso del SIA (Sostegno Inclusionione Attiva) in AT3, occorre inserire la strategia generale che sarà perseguita per il servizio di accompagnamento gestito dall’Ambito con il PON Inclusionione.
7. Descrivere l’attività che sarà svolta nell’ambito del Servizio/intervento, indicando l’elenco delle prestazioni e le figure professionali necessarie (titoli di studio e qualifiche). L’attività deve essere svolta secondo standard specifici di servizio.
8. Nel caso di servizi/interventi gestiti in modo integrato con l’Azienda ASL/Distretto occorre specificare il ruolo di ciascun ente nella gestione di parti del servizio e gli impegni in termini di risorse economiche e umane. Tali dati dovranno essere coerenti con quanto previsto nella Convenzione socio-sanitaria.
9. In questo campo occorre ricondurre il servizio/intervento/azione al Piano sociale regionale 2016-2018, descrivendo la sua coerenza con quanto previsto nella parte II del PSR, e, in particolare sia in riferimento alla Tavola 48 che alle politiche di cui ai par. II.4, II.5, II.6, II.7, II.8, II.9, II.10.
10. Indicare il fondo o i fondi che andranno a cofinanziare il servizio (oltre ai fondi propri dell’Ambito) fra quelli previsti nella Tavola 50 del PSR.
11. Inserire l’indicatore che sarà utilizzato per misurare la performance del servizio. Per i servizi i cui indicatori sono già stati forniti si deve far riferimento al Quadro sinottico dell’Asse. Per i servizi per i quali non è fornito l’indicatore, l’Ambito deve sceglierne uno proprio. Va indicato il valore iniziale al 31.12.2016 (se già esistente il servizio) e i valori target dell’indicatore al 31.12. di ogni anno di applicazione del Piano.
12. Inserire i costi complessivi previsti per il Servizio per ciascuna annualità qualora già stanziati (ad. Ese. Fondi PON per il SIA, fondi POFSE Abruzzo nel caso di progetto approvato per Abruzzo Include, etc.). Laddove le risorse non siano state ancora assegnate, togliere la riga.

Id¹: 2	Servizio²: Misure di sostegno al reddito		
Campo di intervento³: aumento delle fasce di popolazione a rischio di povertà ed esclusione			
AT⁴: 3 Strategie per l’inclusione sociale e il contrasto alle povertà		OE⁵: 8 interventi/misure per facilitare inclusione e autonomia	
Attività⁶ L’intervento consiste nell’erogazione di un contributo economico per fronteggiare le spese di gestione familiare (utenze, canoni di locazione, beni di prima necessità, medicine...). A seguito della crisi economica è stato usato come misura straordinaria per limitarne gli effetti sulle famiglie più colpite. Purtroppo vista la situazione, quella che doveva costituire una misura di emergenza, è divenuta, in molti casi, un beneficio quasi continuativa per le famiglie in difficoltà economica. Vi si accede su richiesta del cittadino su specifica modulistica e dietro presentazione dell’ISEE. Previa valutazione e presa in carico del servizio sociale, viene erogato il contributo. Rientrano in questo intervento anche gli assegni di maternità e gli assegni nuclei familiari con tre figli che seguono iter specifici.			
Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS)⁷			
Coerenza con il Piano sociale regionale⁸ Rientra tra i servizi di sostegno per famiglie in temporanea difficoltà economica per evitare l’acuirsi delle problematiche			
Modalità di erogazione e di accesso⁹ All’intervento si accede mediante il servizio sociale professionale che effettua la valutazione del bisogno e la presa in carico, in orari e giorni prestabiliti. L’erogazione del contributo viene stabilito in base al regolamento			
Modalità di gestione e affidamento del servizio¹⁰ Gestione diretta in base alle risorse disponibili			
Tipologia di Fondo/Fondi¹¹: FNPS- FSR- FSE-Fondo nazionale lotta alla povertà			
	2015	2017	2018

Indicatore ¹² (specificare)	n. contributi 50	60	60
Costo ¹³	€ 40.000,00 € 40.000,00	€ 25.000,00	€ 50.000,00

Id¹: 3	Servizio²: Borse lavoro		
Campo di intervento ³ : aumento delle fasce di popolazione a rischio di povertà ed esclusione			
AT ⁴ : 3 Strategie per l'inclusione sociale e il contrasto alle povertà		OE ⁵ : 8 interventi/misure per facilitare inclusione e autonomia	
Attività ⁶ Le attività sono suddivise in una serie di fasi: <ul style="list-style-type: none"> • Il servizio sociale effettua la fase istruttoria eventualmente anche in collaborazione con l'Ufficio della Polizia Municipale. • In caso di accoglimento della domanda, il servizio sociale elabora un progetto di reinserimento, condiviso con l'utente. Il progetto può prevedere due possibilità: • Inserimento tramite borse lavoro c/o l'Ente o Cooperative, per un periodo di tempo determinato. La prestazione non instaura alcun rapporto di lavoro ma contribuisce ad un percorso di recupero del soggetto svantaggiato. I dettagli tecnici saranno definiti da appositi regolamenti adottati dall'Ambito. Questa soluzione è rivolta a coloro, che momentaneamente, risultano non inseribili presso attività produttive private, pertanto il percorso di recupero si protrae nel tempo. • Per coloro che, invece, risultano inseribili immediatamente, il percorso di recupero prevede l'invio c/o il CPI che avrà cura di proporre l'inserimento dell'utente c/o un'azienda mediante l'attivazione di un tirocinio formativo, in base alla normativa vigente, o di proporre un percorso formativo. • Il contributo erogato dall'Ambito sotto forma di sussidio nel primo caso, ammonta a € 500,00 lordi mensili, o di rimborso spese nel secondo, ammonta a € 600,00 mensili. 			
Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁷			
Coerenza con il Piano sociale regionale ⁸ Rientra tra i servizi di sostegno per famiglie in temporanea difficoltà economica per evitare l'acuirsi delle problematiche			
Modalità di erogazione e di accesso ⁹ All'intervento si accede mediante il servizio sociale professionale che effettua la valutazione del bisogno e la presa in carico, in orari e giorni prestabiliti. L'erogazione del beneficio viene stabilito in base al regolamento			
Modalità di gestione e affidamento del servizio ¹⁰ Gestione diretta in base alle risorse disponibili			
Tipologia di Fondo/Fondi ¹¹ : FNPS- FSR- FSE-Fondo nazionale lotta alla povertà			
	2015	2017	2018
Indicatore ¹² (specificare)	n. persone 35	40	40
Costo ¹³	€ 64.000,00 € 64.000,00	€ 35.000,00	€ 70.000,00

Id¹: 4	Servizio²: Social market		
Campo di intervento ³ : aumento delle fasce di popolazione a rischio di povertà ed esclusione			
AT ⁴ : 3 Strategie per l'inclusione sociale e il contrasto alle povertà		OE ⁵ : 8 interventi/misure per facilitare inclusione e autonomia	
Attività ⁶ Il Social Market è un supermercato in cui si vendono prodotti, di genere alimentare, del tutto gratuiti, a favore di singoli e famiglie che si trovano in situazioni più o meno gravi di difficoltà economica. Nasce proprio dalla necessità di fornire una risposta concreta all'emergenza alimentare che oggi, stando agli ultimi dati ISTAT, tocca quasi 4 milioni di italiani. Il settore pubblico, da solo, non riesce a far fronte a questa emergenza e da qui deriva l'esigenza di creare e diffondere nuovi strumenti, denominati di secondo welfare, che siano in grado di soddisfare i bisogni primari di una sempre di ampia fascia di popolazione. Al servizio si accede previa valutazione del servizio sociale. Se in possesso dei requisiti (residenza e basso reddito), al richiedente verrà rilasciata una card che garantirà l'accesso gratuito ai prodotti del market, per un periodo ed un importo prestabilito. Il valore della card varierà in base al numero dei componenti del nucleo familiare.			
Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁷			
Coerenza con il Piano sociale regionale ⁸ Rientra tra i servizi di sostegno per famiglie in temporanea difficoltà economica per evitare l'acuirsi delle problematiche			
Modalità di erogazione e di accesso ⁹ All'intervento si accede mediante il servizio sociale professionale che effettua la valutazione del bisogno e la presa in carico, in orari e giorni prestabiliti. L'erogazione del beneficio viene stabilito in base al regolamento			
Modalità di gestione e affidamento del servizio ¹⁰ Gestione indiretta			
Tipologia di Fondo/Fondi ¹¹ : FNPS- FSR- FSE-Fondo nazionale lotta alla povertà			
	2015	2017	2018
Indicatore ¹² (specificare)	n. famiglie 0	80	80
Costo ¹³	€ 0 € 0	€ 4.800,00	€ 9.600,00

Asse Tematico 4 - Sostegno alla genitorialità e alle famiglie, nuove generazioni, prevenzione e contrasto alla violenza domestica

*L'Asse Tematico ricomprende interventi e servizi per il sostegno alla genitorialità e alla famiglia, per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani, per la prevenzione e il contrasto della violenza domestica, declinando le politiche di cui al § II.4 e II.5. Le **Azioni dirette** sono finanziate con FNPS, FSR, Fondi Comunali, Fondo sanitario nazionale (raccordo con i Consultori e con le altre strutture sanitarie); in tale Area devono essere adeguatamente programmati gli interventi e i servizi di integrazione socio-sanitaria nell'area della famiglia, materno-infantile, della protezione dalla violenza contro le donne e i bambini. Le **Strategie** (azioni indirette) descrivono gli indirizzi di attuazione locale per l'utilizzo del Fondo “Provvidenze in favore della famiglia”, istituito dall'art. 16 della L.R. 95/95, per il finanziamento di interventi per la famiglia gestiti dai Comuni, dai Consultori e dalle Associazioni, anche nelle more della revisione della legge, del Fondo Nazionale Politiche della Famiglia, istituito dalla L. 296/2006, per il finanziamento delle azioni in favore delle famiglie, e ripartito annualmente con Decreto del Ministro delle Politiche Sociali, del Fondo Nazionale per le Politiche Giovanili, istituito dalla L. 248/2006, ripartito annualmente con Intesa della Conferenza Stato-Regioni. In questo ambito andranno anche descritti gli interventi relativi al raccordo con i Centri finanziati dal Fondo “Disposizioni per la promozione ed il sostegno dei centri antiviolenza e delle case di accoglienza per le donne maltrattate”, istituito dall'art. 13 della L.R. 31/2006, per il finanziamento dei centri antiviolenza (consistenza 2015: € 175.000,00) e dal Fondo per il finanziamento del “Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere”, istituito dalla L. 119/2013, per il finanziamento di azioni per il contrasto alla violenza di genere.*

Descrivere, in generale, il quadro dei servizi inseriti nell'Asse Tematico e le scelte operate in coerenza con i fabbisogni rilevati nel Profilo sociale locale (max 6000 caratteri).

In linea con il PSR le priorità individuate dall'Ambito relative all'asse tematico 4 sono il rafforzamento e potenziamento della rete dei servizi per la prima infanzia, la previsione di Servizi specifici per la Famiglia, anche in collaborazione con il privato sociale, il rafforzamento dei Servizi Affidato ed Adozione, lo sviluppo di una rete di centri diurni adeguata ed articolata a livello locale, le azioni di contrasto alla povertà infantile ed alla violenza domestica, la prevenzione del disagio e della devianza giovanile.

L'analisi del contesto specifico dell'area ha evidenziato la presenza nel territorio, di un sistema di servizi che opera con una discreta sinergia e che intercetta diversificati target. Da qui la condivisione della necessità di implementare il sistema locale di rete di intervento sociale fondato su servizi e sulle prestazioni complementari flessibili stimolando e valorizzando le risorse locali delle organizzazioni di promozione sociale, del volontariato, del privato. Le azioni di sistema che ci si propone di attuare, in modo sinergico, nel corso del nuovo PSD, si orientano verso la necessità di stipulare protocolli, accordi, iniziative, finalizzate a promuovere l'attività, nel sistema dei servizi territoriali, di associazioni di famiglie, del volontariato, della collaborazione tra vari Enti.

AT 4 - Quadro sinottico dei servizi/interventi e indicatori

Asse Tematico 4 - Sostegno alla genitorialità e alle famiglie, nuove generazioni, prevenzione e contrasto alla violenza domestica

Id ¹	Servizio/intervento	OE	Az. ²	SS ³	Indicatore	Utenti	Valori target dell'indicatore	
							2017	2018
1	Equipe Adozioni/affido familiare	2	D	X	N. famiglie seguite	5	5	5
2	Assistenza domiciliare educativa	4	D		N. prestazioni ADE	50	50	50
3	Centro diurno minori	6	D		N. minori in carico x N. ore frequenza annua per minore ⁴	80	52480	52480
4	Residenza per minori	7	D		N. minori in residenza ⁵	18	18	18
5	Centro servizi per la famiglia	8	I		N. famiglie	100	100	100
6	Mediazione familiare	8	D		n. famiglie	57	57	57
7	Sportello psico-pedagogico clinico/counseling scolastico	8	I		n. utenti	400	400	
8	Sportello di contrasto alla violenza di genere/domestica	8	I		n. utenti	25	25	
9	Sportello di contrasto alle dipendenze	8	I		n. utenti	50	50	

1. Inserire il numero di scheda identificativa del servizio. - 2. - Indicare se Azione diretta (D) o Indiretta (I) - 3. Barrare la casella in caso di servizio gestito in integrazione socio-sanitaria e rientrante nella Convenzione socio-sanitaria. - 4. Indicare il numero di bambini/ragazzi che sono in carico al centro, moltiplicato per il numero di ore di apertura giornaliera, per il numero di giorni previsto (ad es.: 30 minori X 4 ore giorno x 150 gg di apertura = 18.000). - 5. Indicare il numero preventivato di minori dell'Ambito accolti in strutture/comunità sia gestite dall'Ambito che in altre strutture. - 6. Inserire altri interventi in attuazione di quanto previsto dal paragrafo relativo.

Asse Tematico 4 - Sostegno alla genitorialità e alle famiglie, nuove generazioni, prevenzione e contrasto alla violenza domestica

Spazio per inserimento Schede di servizio.

In quest’area possono essere inserite sia Azioni Dirette che Indirette, di cui è possibile riprendere il modello già inserito nei precedenti Assi tematici.

Id¹: 1	Servizio²: Equipé adozioni/affido familiare		
Campo di intervento ³ : azione di sistema			
AT ⁴ : 1 attuazione degli obiettivi essenziali di servizio sociale		OE ⁵ : 2 presa in carico	
Attività ⁶ L’affido familiare è un intervento temporaneo che ha l’obiettivo di garantire ad ogni minore il diritto di vivere in una famiglia. Il servizio viene svolto da un’équipe che si occupa di tutte le diverse fasi previste dall’affido che vanno dall’individuazione e valutazione delle famiglie affidatarie, predisposizione di progetti di interventi, sostegno alle famiglie di origine ed affidatarie lungo tutto il percorso dell’affido Per ciò che riguarda le adozioni, occorre evidenziare che esiste un’équipe territoriale competente per le adozioni avente sede nel comune di Roseto degli Abruzzi. L’équipe provvede alle attività istruttorie e di sostegno in collegamento con il Tribunale per i minorenni, le Regioni, la Commissione per le adozioni internazionali. Il processo strategico intende favorire la più ampia integrazione tra i servizi che prendono in carico la famiglia di origine e quelli che prendono in carico la famiglia affidataria al fine di assicurare un intervento globale per favorire il rientro del minore nella sua famiglia di origine.			
Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁷ Il servizio affido viene garantito dalla sinergia tra gli operatori del Consultorio che hanno il compito di individuare e formare le famiglie affidatarie e i servizi sociali comunali che si occuperanno delle famiglie di origine.			
Coerenza con il Piano sociale regionale ⁸ Rientra tra le azioni finalizzate a favorire una più incisiva integrazione tra le professionalità sociali, sanitarie, giudiziarie, che presiedono i processi di protezione dei minori in situazioni di disagio.			
Modalità di erogazione e di accesso ⁹ Al servizio affido si accede su provvedimento dell’autorità giudiziaria o su segnalazione di una situazione di disagio presso i servizi sociali comunali. Al servizio adozioni su richiesta degli interessati presso l’équipe del Comune di Roseto degli Abruzzi			
Modalità di gestione e affidamento del servizio ¹⁰ Gestione diretta			
Tipologia di Fondo/Fondi ¹¹ : FNPS-FSR			
	2015	2017	2018
Indicatore ¹² (specificare)	n. famiglie 2	5	5
Costo ¹³	€ 2.500,00 € 2.500,00	€ 2.500,00	€ 5.000,00

Id¹: 2	Servizio²: Assistenza domiciliare educativa		
Campo di intervento ³ : incidenza doppia, rispetto alla media nazionale dei casi di violenza sulle donne e sui bambini			
AT ⁴ :4 sostegno alla genitorialità e alle famiglie, nuove generazioni, prevenzione e contrasto alla violenza domestica		OE ⁵ : 4 assistenza domiciliare	
Attività ⁶ Il servizio ha il duplice scopo di consentire la permanenza del minore nel suo ambiente evitando il ricovero in strutture residenziali, e supportare la famiglia nel recupero del proprio ruolo genitoriale, fornendogli gli strumenti per superare le difficoltà esistenti. Le attività educative vengono erogate su indicazione del Servizio Sociale Professionale presso il domicilio del minore, ma all’occorrenza può essere erogato anche al di fuori delle mura domestiche. Il Servizio Sociale svolge una prima analisi dei bisogni ed un progetto di intervento. Gli educatori domiciliari, dopo una prima fase di osservazione, elaborano progetti individualizzati e verificano il raggiungimento degli obiettivi. Periodicamente informano i servizi sociali dell’andamento del percorso utilizzando apposite schede operative.			
Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁷			
Coerenza con il Piano sociale regionale ⁸ Rientra tra le misure per favorire la permanenza a domicilio di minori che vivono una situazione di momentanea difficoltà			
Modalità di erogazione e di accesso ⁹ Al servizio si accede su segnalazione e previa valutazione e presa in carico del servizio sociale			
Modalità di gestione e affidamento del servizio ¹⁰ Gestione diretta o indiretta mediante cooperative			
Tipologia di Fondo/Fondi ¹¹ : FNPS- FSR			
	2015	2017	2018
Indicatore ¹² (specificare)	n. utenti 45 circa	50	50
Costo ¹³	€ 80.000,00 € 80.000,00	€ 41.500,00	€ 83.000,00

Id¹: 3	Servizio²: centro diurno minori		
Campo di intervento ³ : bassi tassi di natalità			
AT ⁴ : 4 sostegno alla genitorialità e alle famiglie, nuove generazioni, prevenzione e contrasto alla violenza domestica		OE ⁵ : 6 asili nido e altri servizi per la prima infanzia e centri di aggregazione polivalenti	
Attività ⁶ I centri di aggregazione polivalenti svolgono un ruolo primario nel processo di socializzazione dei ragazzi. Agiscono sulla sfera dell’autonomia e dell’autostima. Hanno l’obiettivo di : sostenere il minore nel percorso di crescita; offrire risposte ai bisogni di socializzazione ed integrazione; prevenire situazioni di disadattamento e di marginalità; svolgere azioni di supporto alle funzioni genitoriali. Le attività svolte sono differenziate e le proposte operative vengono variate in modo tale che l’offerta possa soddisfare le esigenze dei minori e le loro predisposizioni personali. In generale esse spaziano dal			

sostegno scolastico, ad attività ludiche e di laboratorio. Le attività si svolgono in orari pomeridiani durante il periodo scolastico. Durante il periodo estivo i centri, a seconda delle esigenze possono modificare l'orario di apertura o sospendere le attività. All'interno di ogni organizzazione sono previsti operatori sociali, animatori con adeguate competenze e formazione nel settore educativo/pedagogico. I laboratori sono attivati di volta in volta con personale specialistico (es. laboratorio musicale: docente di musica ...). Svolgeranno la loro attività in rete con le Istituzioni scolastiche, i servizi sociali, le associazioni...

Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS)⁷

Coerenza con il Piano sociale regionale⁸

Rientra tra i servizi per il sostegno alla genitorialità e alle famiglie

Modalità di erogazione e di accesso⁹

Al servizio si accede su richiesta dell'interessato su compilazione di un modello di iscrizione direttamente presso il centro

Modalità di gestione e affidamento del servizio¹⁰

Gestione indiretta mediante affidamento in economia o procedure ad evidenza pubblica o altre forme previste dalla normativa vigente

Tipologia di Fondo/Fondi¹¹: FNPS-FSR

	2015	2017	2018
Indicatore ¹² (specificare)	n. minori circa 70	80	80
Costo ¹³	€ 156.000,00 € 156.000,00	€ 81.500,00	€ 163.000,00

Id¹: 4 | **Servizio²: residenza per minori**

Campo di intervento³: incidenza doppia, rispetto alla media nazionale dei casi di violenza sulle donne e sui bambini

AT⁴: 4 sostegno alla genitorialità e alle famiglie, nuove generazioni, prevenzione e contrasto alla violenza domestica

OE⁵: 7 comunità/residenze a favore dei minori e persone con fragilità

Attività⁶

L'azione ha lo scopo di allontanare il minore da un contesto familiare problematico, in cui è esposto al rischio di emarginazione e di devianza, per consentirgli di vivere in un ambiente che gli garantisca protezione e lo sostenga nel difficile processo di crescita. Ulteriore obiettivo è quello di agire sulla famiglia, eliminando i fattori di rischio e aiutandola a superare le difficoltà iniziali, per favorire il reinserimento del minore. Il servizio sociale professionale predispone l'istituzionalizzazione, nei casi di abbandono o maltrattamento, su indicazione del TM, prevedendo un programma di intervento personalizzato che dovrà tendere alla massima tutela del minore e contemporaneamente al recupero della famiglia.

Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS)⁷

L'Asl interviene fornendo servizi specialistici di neuropsichiatria infantile, psicoterapia e psicologia. L'ADS interviene con la presa in carico per mezzo del servizio sociale professionale.

Coerenza con il Piano sociale regionale⁸

Rientra tra i servizi territoriali a carattere residenziale per le fragilità			
Modalità di erogazione e di accesso ⁹ Al servizio si accede su provvedimento del TM			
Modalità di gestione e affidamento del servizio ¹⁰ Gestione indiretta			
Tipologia di Fondo/Fondi ¹¹ : FNPS-FRS –Fondo per minori in comunità			
	2015	2017	2018
Indicatore ¹² (specificare)	n. minori 17	18	18
Costo ¹³	€ 160.000,00 € 326.000,00	€ 140.000,00	€ 280.000,

Scheda per azioni indirette (strategia)

Id¹: 5	Servizio/Azione²: Centro servizi per la famiglia		
Campo di intervento ³ : aumento delle fasce di popolazione a rischio di povertà ed esclusione			
AT ⁴ :4 sostegno alla genitorialità e alle famiglie, nuove generazioni, prevenzione e contrasto alla violenza domestica		OE ⁵ :8 riduzione del numero delle famiglie in situazione di difficoltà	
Strategia ⁶			
Attività ⁷ Il centro per le famiglie deve essere un punto di riferimento nel quale operatori professionalmente preparati forniscono informazioni utili sui principali servizi, le attività e i progetti per le famiglie offerti sul territorio. Inoltre, vengono fornite indicazioni e riferimenti sulle diverse tematiche: gravidanza, educazione, scuola, relazione genitori –figli.. In base ai bisogni espressi le persone vengono orientate verso servizi specialistici, esistenti anche all’interno del centro stesso.			
Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁸			
Coerenza con il Piano sociale regionale ⁹ Rientra tra i servizi innovativi per il sostegno alla genitorialità			
Tipologia di Fondo/Fondi ¹⁰ : Fondi specifici per le famiglie -LR95/95- L296/2006- L 248/2006			
	2017	2018	
Indicatore ¹¹ (specificare)	n. famiglie 100	100	
Costo ¹²	€ 10.000,00	€ 20.000,00	

Id¹: 6	Servizio²: Mediazione familiare		
Campo di intervento ³ : incidenza doppia, rispetto alla media nazionale dei casi di violenza sulle donne e sui bambini			
AT ⁴ : 4 sostegno alla genitorialità e alle famiglie, nuove generazioni, prevenzione e contrasto alla violenza domestica		OE ⁵ : 8 diminuzione del numero dei conflitti in caso di separazione	
Attività ⁶			

<p>La mediazione familiare si rivolge alle coppie, coniugate o conviventi, in situazioni di crisi, in fase di separazione, già separate o divorziate con difficoltà nella gestione di conflitti. Il mediatore familiare favorisce la comunicazione e l’ascolto reciproco tra le parti. Sostiene i genitori affinché elaborino un accordo di separazione soddisfacente nel rispetto degli interessi dei figli e di ciascun genitore. Vi si accede su invio del servizio sociale professionale.</p>			
Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁷			
Coerenza con il Piano sociale regionale ⁸ Rientra tra i servizi a supporto delle famiglie in difficoltà			
Modalità di erogazione e di accesso ⁹ Al servizio si accede su provvedimento del Tribunale e su invio del servizio sociale professionale			
Modalità di gestione e affidamento del servizio ¹⁰ Gestione indiretta			
Tipologia di Fondo/Fondi ¹¹ : FNPS-FRS			
	2015	2017	2018
Indicatore ¹² (specificare)	n. famiglie 48	57	57
Costo ¹³	€ 14.000,00 € 14.000,00	€ 7.500,00	€ 15.000,00

Id¹: 7	Servizio²: Sportello psico-pedagogico clinico/counseling scolastico		
Campo di intervento ³ : incidenza doppia, rispetto alla media nazionale dei casi di violenza sulle donne e sui bambini			
AT ⁴ : 4 sostegno alla genitorialità e alle famiglie, nuove generazioni, prevenzione e contrasto alla violenza domestica		OE ⁵ : 8 diminuire attraverso i servizi di prevenzione il numero dei minori in situazioni di disagio familiare	
Attività ⁶ Lo sportello di ascolto è presente in orari egiornoi stabiliti presso gli Istituti scolastici; si rivolge a studenti e ai loro familiari e docenti. Le problematiche trattate sono quelle relative a dinamiche intra familiari, intergenerazionali, problematiche relazionali all’interno delle classi ... Gli interventi sono effettuati da pedagogisti clinici e psicologi.			
Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁷			
Coerenza con il Piano sociale regionale ⁸ Rientra tra i servizi a supporto delle famiglie in difficoltà			
Modalità di erogazione e di accesso ⁹ Previo appuntamento o in orari prefissati			
Modalità di gestione e affidamento del servizio ¹⁰ indiretta			
Tipologia di Fondo/Fondi ¹¹ : Fondi specifici per le famiglie- LR95/95- L296/2006- L 248/2006			
	2015	2017	2018
Indicatore ¹² (specificare)	n. utenti circa 350	400	400
Costo ¹³	€ 12.000,00 € 12.000,00	€ 7.500,00	€ 15.000,00

Id¹: 8	Servizio²: Sportello di contrasto alla violenza di genere/domestica		
Campo di intervento ³ : incidenza doppia, rispetto alla media nazionale dei casi di violenza sulle donne e sui bambini			
AT ⁴ : 4 sostegno alla genitorialità e alle famiglie, nuove generazioni, prevenzione e contrasto alla violenza domestica		OE ⁵ : 8 diminuzione del numero delle violenze	
Attività ⁶ Lo sportello, adeguato in base agli standard previsti dalla Conferenza stato Regioni (atto 146/2014), ha la funzione di supportare le vittime di violenza per favorire la denuncia della violenza subita e l'emersione. Personale adeguatamente formato svolge attività di consulenza psicologica, consulenza legale, sostegno, sensibilizzazione e prevenzione, orientamento ed accompagnamento al lavoro, in sinergia con le case rifugio.			
Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁷ Gli sportelli operano in collaborazione con i consultori familiari			
Coerenza con il Piano sociale regionale ⁸ Rientra tra i servizi a supporto delle famiglie in difficoltà			
Modalità di erogazione e di accesso ⁹ Previo appuntamento o in giorni ed orari stabiliti			
Modalità di gestione e affidamento del servizio ¹⁰ indiretta			
Tipologia di Fondo/Fondi ¹¹ : L 119/2013-LR 31/2006			
	2015	2017	2018
Indicatore ¹² (specificare)	n. utenti 0	25	25
Costo ¹³	€ 0 € 0	€ 5.000,00	€ 10.000,00

Id¹: 9	Servizio²: Sportello di contrasto alle dipendenze		
Campo di intervento ³ : difficoltà di integrazione delle giovani generazioni			
AT ⁴ : 4 sostegno alla genitorialità e alle famiglie, nuove generazioni, prevenzione e contrasto alla violenza domestica		OE ⁵ : 8 riduzione del numero dei soggetti a rischio di dipendenze	
Attività ⁶ Le nuove dipendenze rappresentano un problema crescente che colpisce maggiormente in periodi di crisi. L'industria del gioco d'azzardo è concentrata nella sola attività di reclutamento dei potenziali gamblers. I giochi di vario genere si trovano dappertutto. Purtroppo a ciò si aggiungono altre dipendenze riconducibili all'era tecnologica e ai processi di globalizzazione sempre più imponenti. Dipendenza affettiva da internet, dallo shopping, dal sesso, dal lavoro.. rappresentano ormai un rischio per il benessere della persona e della società in generale. Da qui l'esigenza di promuovere uno sportello con personale adeguatamente preparato, che abbia come scopo la prevenzione e il contrasto al proliferare di fenomeni e problematiche legate alla dipendenza.			
Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁷			

Lo sportello opera in rete con i SERT			
Coerenza con il Piano sociale regionale ⁸			
Rientra tra i servizi a supporto delle famiglie in difficoltà			
Modalità di erogazione e di accesso ⁹			
Previo appuntamento o in giorni ed orari stabiliti			
Modalità di gestione e affidamento del servizio ¹⁰ indiretta			
Tipologia di Fondo/Fondi ¹¹ : L 119/2013-LR 31/2006			
	2015	2017	2018
Indicatore ¹² (specificare)	n. utenti 0	50	50
Costo ¹³	€ 0 € 0	€ 5.000,00	€ 10.000,00

Asse Tematico 5 - Strategia per le persone con disabilità

L'Asse Tematico 5 include gli interventi e i servizi per le persone con disabilità, secondo le previsioni di cui alla parte II.6 e II.10 (limitata alla salute mentale) del Piano sociale regionale. Le Azioni dirette sono finanziate con FNPS, FSR, Fondi Comunali, Fondo sanitario nazionale utilizzato dalle Aziende ASL per la disabilità (in tale area devono essere adeguatamente programmati gli interventi e i servizi di integrazione socio-sanitaria nell'area della disabilità). Le Strategie (azioni indirette) prevedono specifici indirizzi per l'utilizzo del FSE (PON nazionale Inclusion e POFSE regionale), tramite partecipazione ai bandi e agli avvisi che saranno emanati a livello regionale e nazionale, del Fondo nazionale sul “Dopo di noi”, istituito dalla legge 208 del 2015 (art. 1, comma 400), del Fondo “Interventi per la Vita Indipendente”, istituito dall'art. 18 della L.R. 57/2012), erogato dagli Enti di ambito per il finanziamento di progetti personalizzati di vita indipendente e direttamente erogato alle persone con disabilità, anche in previsione della semplificazione normativa.

Descrivere, in generale, il quadro dei servizi inseriti nell'Asse Tematico e le scelte operate in coerenza con i fabbisogni rilevati nel Profilo sociale locale (max 6000 caratteri).

La programmazione sviluppata sul territorio pone l'attenzione verso la centralità della persona diversamente abile, e si concretizza nell'organizzazione di un sistema integrato di interventi, tra loro strettamente collegati, con la rete sociale. I servizi proposti tendono a favorire la partecipazione attiva del disabile nella società e si propongono in continuità con il ciclo vitale della persona in filiera tra domiciliarità e residenzialità. Il progetto individuale e la presa in carico divengono riferimenti importanti per la persona e per la sua famiglia che partecipano concretamente all'identificazione del percorso e degli obiettivi. Il settore vede aumentare la richiesta di interventi di anno in anno. La domanda aggregata di servizi per la disabilità, peraltro, è alquanto eterogenea ed investe un'ampia gamma di fabbisogni (assistenza domiciliare, assistenza domiciliare integrata, assistenza scolastica, trasporto, centro diurno, strutture residenziali). A ciò si aggiunge la modesta presenza sul territorio di strutture focali, nonché il disagio prodotto dalle condizioni oro-geografiche dell'ambito. In relazione ai singoli servizi, l'Ambito Territoriale Sociale, nel corso degli anni, ha erogato con continuità e al limite della compensazione tra domanda ed offerta, il servizio di assistenza domiciliare, mentre si sono registrate difficoltà in relazione ai servizi di trasporto, rispetto ai quali gli elevati costi non consentono che la soddisfazione di limitate istanze. Per questa programmazione si ritiene opportuno potenziare la collaborazione con l'Associazionismo e il volontariato, nell'ottica del lavoro di rete. L'Ente Ricciconi, che vede al suo attivo la realizzazione di un Centro diurno e di una Fattoria sociale, rappresenta un risorsa importante per l'Ambito. Altro aspetto da potenziare è l'integrazione socio-sanitaria e il rapporto con l'Istituzione Scolastica. Protocolli operativi definiranno meglio il percorso di collaborazione. In definitiva, l'ottica intorno alla quale il PSD intende svilupparsi è la prospettiva sistemica secondo la quale occorre avere una visione globale dei problemi, cogliendone le interrelazioni con la consapevolezza che il sistema salute non è il risultato della somma di più fattori, bensì un complesso articolato di elementi in forte integrazione reciproca che vanno considerati globalmente.

AT 5 - Quadro sinottico dei servizi/interventi e indicatori

Asse Tematico 5 - Strategia per le persone con disabilità

Id ¹	Servizio/intervento	OE	Az. ²	SS ³	Indicatore	Utenti	Valori target dell'indicatore	
							2017	2018
1	Centro diurno disabili	6	D	X	N. disabili in carico x N. ore frequenza annua per disabile	60	25920	25920
2	Residenza per disabili	7	D	X	N. disabili in residenza	2	2	2
3	Servizio di trasporto	8	D		N. prestazioni di trasporto	500	500	500
4	Servizio autonomia studenti disabili*	8	D	X	N. ore erogate	109	47520	47520
5	Vita indipendente	8	I	X	N. utenti	8	8	8
6	Dopo di noi	8	I	X	n. utenti	2	2	2
7	Centri di inserimento formativo e lavorativo per disabili	8	I		n. utenti	15	15	
8	Servizio di supporto ai caregiver	8	I		n. prestazioni	70	70	

1. Inserire il numero di scheda identificativa del servizio. - 2. - Indicare se Azione diretta (D) o Indiretta (I) - 3. Barrare la casella in caso di servizio gestito in integrazione socio-sanitaria e rientrante nella Convenzione socio-sanitaria. 4. Inserire altri interventi in attuazione di quanto previsto dal paragrafo strategie per l'inclusione del PSR (pag. 78, par. II.8).

*Il servizio di assistenza per l'autonomia e la comunicazione degli studenti con disabilità sarà oggetto di una specifica riformulazione per effetto delle emanande *Linee guida regionali*, previste dal Piano sociale regionale 2016-2018 (pag. 77, Area di innovazione 2, quarto punto). Il Piano distrettuale conterrà, pertanto, misure transitorie atte a garantire la continuità del servizio, limitata ai casi di disabilità grave (pag. 72, punto 6), con il mantenimento degli attuali indici di copertura (in termini di studenti già seguiti nell'anno scolastico 2015-2016).

Asse Tematico 5 - Strategia per le persone con disabilità

Spazio per inserimento Schede di servizio.

In quest'area possono essere inserite sia Azioni Dirette che Indirette, di cui è possibile riprendere il modello già inserito nei precedenti Assi tematici.

Id¹: 1	Servizio²: Centro diurno disabili		
Campo di intervento ³ : scarto tra domanda e offerta di servizi a sostegno delle persone con disabilità			
AT ⁴ : 5 strategie per le persone con disabilità		OE ⁵ : 6 asili nido ed altri servizi per la prima infanzia e centri di aggregazione polivalenti	
Attività ⁶ La finalità del servizio è quella di offrire opportunità ed occasioni di socializzazione ed acquisire capacità ed autonomie. Gli interventi mirano a potenziare quelle capacità cognitive, espressive e relazionali spesso presenti in modo limitato in soggetti poco stimolati. Vuole anche essere un valido sostegno per le famiglie. La strategia utilizzata sarà quella di collaborare con altri Enti presenti sul territorio, in modo particolare con l'Ente Ricciconti che ha da tempo attivato un centro diurno per disabili e si prevede la riconferma del centro per disabili di Pineto. Saranno previste attività volte a fornire risposte adeguate ai bisogni via via emergenti. Potranno essere attivati diversi laboratori quali: di bricolage, di pittura, di psicomotricità ma anche ludico ricreative... I Centri prevedono l'utilizzo di personale qualificato nel settore della disabilità			
Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁷ Integrazione con l'ASL per la predisposizione di progetti individualizzati finalizzati al recupero delle autonomie			
Coerenza con il Piano sociale regionale ⁸ Rientra tra i diversi servizi finalizzati a favorire l'empowerment delle persone con disabilità			
Modalità di erogazione e di accesso ⁹ Si accede al servizio previa compilazione di un modello di iscrizione direttamente presso i centri			
Modalità di gestione e affidamento del servizio ¹⁰ Gestione indiretta mediante procedure ad evidenza pubblica.			
Tipologia di Fondo/Fondi ¹¹ : FNPS-FSR- FSN			
	2015	2017	2018
Indicatore ¹² (specificare)	n. utenti 15	25	25
Costo ¹³	€ 62.000,00 € 62.000,00	€ 68.000,00	€ 136.000,00

Id¹: 2	Servizio²: residenza per disabili		
Campo di intervento ³ : scarto tra domanda e offerta di servizi a sostegno delle persone con disabilità			
AT ⁴ : 5 strategie per le persone con disabilità		OE ⁵ : 7 comunità/residenze a favore di minori e persone con fragilità	
Attività ⁶			

<p>Il servizio è prevede l’inserimento delle persone con disabilità in strutture socio-sanitarie a carattere residenziale, poichè necessitano di assistenza continua e risultano privi del necessario supporto familiare o per i quali la permanenza nel nucleo familiare sia valutata temporaneamente o definitivamente impossibile. Offrono un sostegno ed un aiuto al soggetto disabile e alla sua famiglia, fornendo ospitalità, assistenza, educazione e riabilitazione. Al loro interno vengono svolti interventi socio-sanitari volti alla acquisizione della autonomia individuale nelle attività quotidiane, al mantenimento e potenziamento delle abilità residue e all’integrazione sociale dell’ospite.</p>			
<p>Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS)⁷ Integrazione con l’ASL per la predisposizione di progetti individualizzati finalizzati al recupero delle autonomie</p>			
<p>Coerenza con il Piano sociale regionale⁸ Rientra tra i diversi servizi finalizzati a favorire l’empowerment delle persone con disabilità</p>			
<p>Modalità di erogazione e di accesso⁹ Si accede al servizio previa valutazione e presa in carico del Servizio sociale</p>			
<p>Modalità di gestione e affidamento del servizio¹⁰ Gestione indiretta</p>			
<p>Tipologia di Fondo/Fondi¹¹: FNPS-FSR-FSN</p>			
	2015	2017	2018
Indicatore ¹² (specificare)	n. utenti 0	2	2
Costo ¹³	€ 0 € 0	€ 2.500,00	€ 5.000,00

Id¹: 3	Servizio²: trasporto		
<p>Campo di intervento³: scarto tra domanda e offerta di servizi a sostegno delle persone con disabilità</p>			
<p>AT⁴: 5 strategie per le persone con disabilità</p>		<p>OE⁵: 8 interventi/misure per facilitare inclusione e autonomia</p>	
<p>Attività⁶ Il servizio di trasporto ha l’obiettivo di permettere la piena fruizione dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, educativi e ricreativi a favore di fasce di popolazione spesso isolate e penalizzate da condizioni di fragilità. Sebbene gli obiettivi del progetto sono stati ottimizzati, in alcuni comuni dell’ambito, grazie alla concessione in comodato d’uso da parte della PMG Italia di un automezzo omologato al trasporto di persone con disabilità, e in altri comuni è organizzato in modo autonomo, non si riesce ancora a soddisfare tutte le esigenze del territorio.</p>			
<p>Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS)⁷ La valutazione del bisogno viene effettuata in collaborazione con l’ASL per la predisposizione di progetti individualizzati finalizzati al recupero delle autonomie</p>			
<p>Coerenza con il Piano sociale regionale⁸ Rientra tra i diversi servizi finalizzati a favorire l’empowerment delle persone con disabilità</p>			
<p>Modalità di erogazione e di accesso⁹ Si accede al servizio previa valutazione e presa in carico del Servizio sociale</p>			
<p>Modalità di gestione e affidamento del servizio¹⁰ Gestione indiretta</p>			
<p>Tipologia di Fondo/Fondi¹¹: FNPS-FSR</p>			

	2015	2017	2018
Indicatore ¹² (specificare)	n. prestazioni 450	500	500
Costo ¹³	€ 110.000,00 € 120.000,00	€ 70.000,00	€ 140.000,00

Id¹: 4	Servizio²: servizio autonomia studenti disabili		
Campo di intervento ³ : scarto tra domanda e offerta di servizi a sostegno delle persone con disabilità			
AT ⁴ : 5 strategie per le persone con disabilità		OE ⁵ : 8 interventi/misure per facilitare inclusione e autonomia	
Attività ⁶ <p>Obiettivo fondamentale del servizio è quello di migliorare la qualità della vita e di favorire l'integrazione scolastica di alunni disabili. Il target di riferimento è la popolazione scolastica disabile riconosciuta ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3, per cui si renda necessario l'affiancamento di un assistente per l'autonomia e la comunicazione come individuato dal PDF e dal PEI. Entro il mese di maggio di ogni anno i Dirigenti Scolastici fanno richiesta ai Comuni di Assistenti Specializzati in base al numero degli alunni per cui è stata redatta una Diagnosi funzionale ed un Profilo Dinamico Funzionale (PDF), per cui si rende necessario un assistente ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3. Le modalità di intervento sul singolo alunno sono definite nel PEI (piano educativo individualizzato) ad opera del Gruppo operativo sul singolo alunno (GLHO) di cui fanno parte anche i Rappresentati dei Comuni. L'assistente scolastico ha il compito di sostenere l'alunno nell'ambito dell'autonomia e della comunicazione. L'assistente per l'autonomia non opera in compresenza, salvo per specifiche patologie certificate. Il monte ore settimanale, per ogni singolo alunno, non può essere superiore a 15 ore. Il PSR prevede l'emanazione di Linee guida regionali per il servizio di assistenza alla comunicazione e all'autonomia degli alunni con disabilità.</p>			
Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁷ La valutazione del bisogno viene fatta dal Gruppo H cui fanno parte l'ASL per la parte sanitarie e l'ADS per la parte sociale e l'assegnazione del monte ore			
Coerenza con il Piano sociale regionale ⁸ Rientra tra i diversi servizi finalizzati a favorire l'empowerment delle persone con disabilità			
Modalità di erogazione e di accesso ⁹ La richiesta di accesso al servizio viene fatta entro il mese di maggio dalla Scuola.			
Modalità di gestione e affidamento del servizio ¹⁰ Gestione indiretta mediante procedure ad evidenza pubblica			
Tipologia di Fondo/Fondi ¹¹ : FNPS- FSR			
	2015	2017	2018
Indicatore ¹² (specificare)	n. utenti 86	90	90
Costo ¹³	€ 685.000,00 € 685.000,00	€ 296.500,00	€ 593.000,00

Scheda per azioni indirette (strategia)

Id¹: 5	Servizio/Azione²: interventi per la vita indipendente	
Campo di intervento ³ : scarto tra domanda e offerta di servizi a sostegno delle persone con disabilità		
AT ⁴ : 5 strategie per le persone con disabilità	OE ⁵ : 8 interventi/misure per facilitare inclusione e autonomia	
<p>Strategia⁶ La strategia del progetto è finalizzata allo sviluppo di competenze a favore dell'autonomia delle persone con disabilità. Occorre progettare interventi a valere sul Fondo previsto dalla legge ma anche la diffusione di modelli di intervento che prevedano al sostenibilità economica possibilmente nell'ottica della coprogettazione, collaborazione e cofinanziamento tra famiglie, Enti pubblici e Privato sociale.</p>		
<p>Attività⁷ Per “vita indipendente” si intende il diritto della persona con disabilità all'autodeterminazione della propria vita, e si realizza mediante l'assistenza personale autogestita con l'assunzione di assistenti familiari. Vi si accede presentando istanza annualmente su appositi modelli secondo quanto stabilito dalla LR 57/2012. Una commissione ne valuterà l'ammissibilità e l'erogazione di un contributo mensile fino alla disponibilità delle risorse.</p>		
<p>Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS)⁸ La valutazione del bisogno viene effettuata in collaborazione con l'ASL per la predisposizione di progetti individualizzati finalizzati al recupero delle autonomie</p>		
<p>Coerenza con il Piano sociale regionale⁹ Rientra tra i diversi servizi finalizzati a favorire l'empowerment delle persone con disabilità</p>		
<p>Tipologia di Fondo/Fondi¹⁰:Fondo Vita Indipendente LR 57/2012</p>		
	2017	2018
Indicatore ¹¹ (specificare)	N utenti 8	8
Costo ¹²	€ 65.000,00	€ 130.000,00

Scheda per azioni indirette (strategia)

Id¹: 6	Servizio/Azione²: dopo di noi	
Campo di intervento ³ : scarto tra domanda e offerta di servizi a sostegno delle persone con disabilità		
AT ⁴ : 5 strategie per le persone con disabilità	OE ⁵ : 8 interventi/misure per facilitare inclusione e autonomia	
<p>Strategia⁶ La strategia del progetto è finalizzata allo sviluppo di competenze a favore dell'autonomia delle persone con</p>		

<p>disabilità. Occorre progettare interventi a valere sul Fondo previsto dalla legge ma anche la diffusione di modelli di intervento che prevedano al sostenibilità economica possibilmente nell’ottica della coprogettazione, collaborazione e cofinanziamento tra famiglie, Enti pubblici e Privato sociale.</p>		
<p>Attività⁷ Scopo dell’intervento è quello di garantire la necessaria assistenza ai disabili, che non hanno familiari in grado di prendersi cura di loro. Trattasi di un intervento residenziale per utenza non gestibile a domicilio. Vengono così offerti tutti i servizi essenziali di assistenza di base, per il sostegno alla gestione della vita quotidiana, lo sviluppo delle abilità operative e sociali in rapporto alle capacità e potenzialità individuali, il miglioramento dell’autonomia. Il servizio sociale effettuata la fase istruttoria, individua la struttura disponibile per l’inserimento.</p>		
<p>Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS)⁸ La valutazione del bisogno viene effettuata in collaborazione con l’ASL per la predisposizione di progetti individualizzati finalizzati al recupero delle autonomie</p>		
<p>Coerenza con il Piano sociale regionale⁹ Rientra tra i diversi servizi finalizzati a favorire l’empowerment delle persone con disabilità</p>		
<p>Tipologia di Fondo/Fondi¹⁰: Fondo dopo di noi L 208/2015</p>		
	2017	2018
Indicatore ¹¹ (specificare)	N utenti 2	2
Costo ¹²	€ 12.000,00	€ 24.000,00

Scheda per azioni indirette (strategia)

Id¹: 7	Servizio/Azione²: Centri di inserimento formativo e lavorativo per disabili	
<p>Campo di intervento³: scarto tra domanda e offerta di servizi a sostegno delle persone con disabilità</p>		
AT ⁴ : 5 strategie per le persone con disabilità	OE ⁵ : 8 interventi/misure per facilitare inclusione e autonomia	
<p>Strategia⁶ La strategia del progetto è finalizzata allo sviluppo di competenze a favore dell’autonomia delle persone con disabilità. Occorre progettare interventi a valere sul Fondo previsto dalla legge ma anche la diffusione di modelli di intervento che prevedano al sostenibilità economica possibilmente nell’ottica della coprogettazione, collaborazione e cofinanziamento tra famiglie, Enti pubblici e Privato sociale.</p>		

Attività ⁷ Il centro ha lo scopo di favorire l’inserimento lavorativo di persone con disabilità ma non si può parlare di inserimento lavorativo senza parlare di formazione, non solo come mero apprendimento di abilità o di mansioni. Per andare a lavorare bisogna sentirsi adulti e, lavorando, si continua a costruire la propria identità adulta. È necessario costruire un percorso, prima e durante l’esperienza lavorativa, che aiuti i giovani disabili a riconoscersi adulti e a comportarsi come tali, ad imparare a lavorare e poi ad imparare ad eseguire un lavoro specifico. Attraverso percorsi in aula e mediante laboratori specifici (cucina, informatica...) i disabili potranno arricchire il bagaglio di abilità. Il centro sarà gestito da personale adeguatamente formato.		
Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁸		
Coerenza con il Piano sociale regionale ⁹ Rientra tra i diversi servizi finalizzati a favorire l’empowerment delle persone con disabilità		
Tipologia di Fondo/Fondi ¹⁰ : FSE-PON-POFSE		
	2017	2018
Indicatore ¹¹ (specificare)	n. utenti 15	15
Costo ¹²	€ 15.000,00	€ 30.000,00

Scheda per azioni indirette (strategia)

Id¹: 8	Servizio/Azione²: servizio di supporto ai caregiver	
Campo di intervento ³ : scarto tra domanda e offerta di servizi a sostegno delle persone con disabilità		
AT ⁴ : 5 strategie per le persone con disabilità	OE ⁵ : 8 interventi/misure per facilitare inclusione e autonomia	
Strategia ⁶ La strategia del progetto è finalizzata allo sviluppo di competenze a favore dell’autonomia delle persone con disabilità. Occorre progettare interventi a valere sul Fondo previsto dalla legge ma anche la diffusione di modelli di intervento che prevedano al sostenibilità economica possibilmente nell’ottica della coprogettazione, collaborazione e cofinanziamento tra famiglie, Enti pubblici e Privato sociale.		
Attività ⁷ Con il termine caregiver familiare si intende una persona (di norma il genitore, il coniuge, il figlio o la figlia) che assiste un proprio congiunto (sia esso un anziano non autosufficiente, un bambino disabile, un adulto con problemi psichiatrici, un malato terminale.....) non in grado autonomamente di svolgere gli atti necessari alla vita quotidiana a causa dell’età, di una disabilità. Si tratta di una funzione di grande rilevanza sociale che è però sostanzialmente ignorata dalla politica, dalla società... e dagli stessi caregiver, che spesso non hanno piena consapevolezza del proprio ruolo. Ciò pur essendo scientificamente provato che i caregiver, in		

relazione al loro ruolo, soffrono di stress, disturbi psicologici e problemi di salute connessi alle mutate condizioni di vita che il prendersi cura comporta. Il servizio intende favorire iniziative mirate a far conoscere le attività territoriali a favore dei caregiver familiari, a favorire una maggiore consapevolezza pubblica sulle tematiche del caregiving familiare, a promuovere una azione sul piano individuale, sociale, di governo a sostegno dei diritti del caregiver familiari ed a fornire spazi di supporto psicologico a favore degli stessi.		
Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁸		
Coerenza con il Piano sociale regionale ⁹ Rientra tra i diversi servizi finalizzati a favorire l’empowerment delle persone con disabilità		
Tipologia di Fondo/Fondi ¹⁰ : FSE-PON-POFSE		
	2017	2018
Indicatore ¹¹ (specificare)	n. prestazioni 70	70
Costo ¹²	€ 5.000,00	€ 10.000,00

Asse Tematico 6 - Strategia per l'invecchiamento attivo

Questo Asse Tematico comprende interventi e servizi per favorire l'invecchiamento attivo, secondo quanto previsto nel § II.7 e dalla relativa legge regionale, finanziabili con FNPS, FSR, Fondi Comunali, Fondo sanitario nazionale utilizzato dalle Aziende ASL per la prevenzione della non autosufficienza negli anziani; in tale Area devono essere adeguatamente programmati gli interventi e i servizi di integrazione socio-sanitaria per l'invecchiamento attivo.

Descrivere, in generale, il quadro dei servizi inseriti nell'Asse Tematico e le scelte operate in coerenza con i fabbisogni rilevati nel Profilo sociale locale (max 6000 caratteri).

Dall'analisi dei bisogni è emersa la fragilità del sistema famiglia di fronte ad eventi critici, collegati all'esordio della non autosufficienza. L'aumento di patologie croniche invalidanti evidenzia una fragilità dell'anziano che sottende una capacità organizzativa del sistema dei servizi socio-sanitari flessibili ed integrati. Le attività di programmazione per l'area persone anziane si pone in linea con le attività finora intraprese nei precedenti piani. L'obiettivo generale è quello di garantire i diritti di cittadinanza della popolazione anziana attraverso lo sviluppo di una rete socio-sanitaria efficace, rispondente cioè ai bisogni della popolazione. Occorre pertanto razionalizzare e migliorare i livelli di risposta promuovendo il principio dell'esigibilità dei diritti da parte di tutti attraverso la massima informazione e chiarezza sui percorsi attivabili e favorire la domiciliarità delle persone non autosufficienti, anche attraverso la valorizzazione e la partecipazione del volontariato. Invecchiare non è una malattia e gli anziani possono ricoprire ancora significativi ruoli sociali all'interno della famiglia e della società. Occorre, pertanto, coinvolgere l'anziano nella vita comunitaria, valorizzando le proprie abilità ed esperienze. Rispetto alla precedente programmazione si intende affinare gli strumenti di analisi della domanda e sperimentare soluzioni tecniche per diversificare un'offerta di servizi sempre più flessibile ed articolata. Occorre favorire iniziative che supportino l'invecchiamento attivo, rallentando di fatto il decadimento funzionale e cognitivo. La promozione della partecipazione sociale delle persone anziane può avvenire in diverse forme, per esempio attraverso la promozione del volontariato, della cittadinanza attiva e lo sviluppo di reti sociali.

AT 6 - Quadro sinottico dei servizi/interventi e indicatori

Asse Tematico 6 - Strategia per l'invecchiamento attivo

Id ¹	Servizio/intervento	OE	Az. ²	SS ³	Indicatore	Utenti	Valori target dell'indicatore	
							2017	2018
1	Centro diurno anziani	6	D		N. anziani in carico x N. ore frequenza annua per anziano	185	30525	30525
2	Residenza per anziani	7	D	X	N. anziani in residenza	17	17	17
	Servizio: specificare ⁴							

1. Inserire il numero di scheda identificativa del servizio. - 2. - Indicare se Azione diretta (D) o Indiretta (I) - 3. Barrare la casella in caso di servizio gestito in integrazione socio-sanitaria e rientrante nella Convenzione socio-sanitaria. - 4. Inserire altri interventi in attuazione di quanto previsto dal paragrafo strategie per l'invecchiamento attivo del PSR.

Asse Tematico 6 - Strategia per l'invecchiamento attivo

Spazio per inserimento Schede di servizio.

In quest'area possono essere inserite sia Azioni Dirette che Indirette, di cui è possibile riprendere il modello già inserito nei precedenti Assi tematici.

Id¹: 1	Servizio²: centro diurno anziani		
Campo di intervento ³ : invecchiamento progressivo della popolazione			
AT ⁴ : 6 strategia per l'invecchiamento attivo		OE ⁵ : 6 riqualificare gli interventi dei centri diurni socio-aggregativi per minori, disabili e anziani	
Attività ⁶ I centri diurni presenti sul territorio rappresentano la sede di riferimento e di incontro per la vita comunitaria. Scopo dell'intervento è favorire il mantenimento del benessere psico-fisico dell'anziano, della sua autonomia e di promuovere relazioni sociali. Hanno una funzione di attivare iniziative ed interventi di aggregazione culturale e ricreativa. L'attività consiste nella realizzazione di interventi di tipo culturale, ricreativo, sportivo, da svolgersi anche in collaborazione con le altre organizzazioni presenti sul territorio. Spazierà da attività prettamente ricreative, come serate danzanti, feste a tema, ad attività di carattere culturale come laboratori teatrali. Per conservare il benessere psico-fisico sono previsti incontri con esperti sui temi dell'alimentazione, della cura della persona, dell'esercizio fisico, di diffusione dell'auto-mutuo-aiuto.			
Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁷			
Coerenza con il Piano sociale regionale ⁸ Rientra tra gli interventi finalizzati a contrastare il decadimento psicofisico			
Modalità di erogazione e di accesso ⁹ Ai centri si accede mediante iscrizione in orari e giorni stabiliti			
Modalità di gestione e affidamento del servizio ¹⁰ Gestione indiretta mediante procedure ad evidenza pubblica			
Tipologia di Fondo/Fondi ¹¹ : FNPS-FRS			
	2015	2017	2018
Indicatore ¹² (specificare)	n. utenti 170	185	185
Costo ¹³	€ 109.000,00 € 109.000,00	€ 72.500,00	€ 145.000,00

Id¹: 2	Servizio²: residenza per anziani		
Campo di intervento ³ : trend in crescita delle malattie neurovegetative			
AT ⁴ : 6 strategia per l'invecchiamento attivo		OE ⁵ : 7 comunità/residenze a favore dei minori e persone con fragilità	
Attività ⁶ Scopo dell'intervento è quello di garantire la necessaria assistenza agli anziani soli, non autosufficienti, che non hanno familiari in grado di prendersi cura di loro. Trattasi di un intervento residenziale per utenza non autosufficiente non gestibile a domicilio. Vengono così offerti tutti i servizi essenziali di assistenza di base, infermieristica, sociale, sanitaria,			

riabilitativa, necessari al mantenimento di un dignitoso livello di vita. La fase istruttoria viene effettuata dal servizio sociale e UVM che verifica l’effettivo stato di bisogno e cura la fase del ricovero in idonea struttura. L’integrazione della retta da parte dell’anziano, dovrà consentirgli di conservare una piccola quota della propria pensione per spese personali.

Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS)⁷
 La valutazione per l’inserimento in strutture residenziali viene effettuata in collaborazione con l’ASL per la predisposizione di progetti individualizzati finalizzati al recupero delle autonomie

Coerenza con il Piano sociale regionale⁸
 Rientra tra gli interventi finalizzati a prevenire la non autosufficienza

Modalità di erogazione e di accesso⁹
 Vi si accede su valutazione dell’UVM

Modalità di gestione e affidamento del servizio¹⁰
 indiretta

Tipologia di Fondo/Fondi¹¹: FNPS-PSR

	2015	2017	2018
Indicatore ¹² (specificare)	n. utenti 18	17	17
Costo ¹³	€ 115.000,00 € 115.000,00	€ 50.000,00	€ 100.000,00

Asse Tematico 7 - Strategie per lo sviluppo dei servizi educativi per la prima infanzia

L'Asse descrive la strategia relativa allo sviluppo dei servizi educativi per la prima infanzia, finanziabili con Fondi Comunali, Fondo di Sviluppo e Coesione, Obiettivi di servizio per servizi educativi prima infanzia, Fondo Piano per lo sviluppo del sistema servizi educativi per la prima infanzia, rifinanziato dalla L. 190/2014, FNPS.

Descrivere, in generale, il quadro dei servizi inseriti nell'Asse Tematico e le scelte operate in coerenza con i fabbisogni rilevati nel Profilo sociale locale (max 6000 caratteri).

Coerentemente con il Piano Sociale Regionale e con l'analisi dei bisogni emersi, con il nuovo PSD si intende consolidare la rete di strutture e servizi per la prima infanzia, pubblica e privata, attiva sul territorio, implementare i servizi di conciliazione vita-lavoro e incentivare la sperimentazione di progetti integrati tesi a favorire l'organizzazione dei servizi pubblici e privati, in modo da sostenere indirettamente l'accesso all'occupazione e ad accrescere la partecipazione sostenibile e l'avanzamento delle donne nell'occupazione.

Il sistema pubblico integrato per i servizi alla prima infanzia nell'Ambito 23 si muove nella direzione di una politica di interventi di rete in grado di offrire risposte non frammentarie che affrontino globalmente i bisogni e le aspettative di ciascun minore e delle famiglie. I servizi educativi per la prima infanzia dell'Ambito 23 costituiscono un sistema pubblico integrato che promuove raccordi con le altre istituzioni educative e scolastiche pubbliche e private presenti sul territorio, con i servizi culturali, sociali e sanitari nonché con le altre istituzioni e agenzie le cui attività riguardano l'infanzia.

AT 7 - Quadro sinottico dei servizi/interventi e indicatori

Asse Tematico 7 - Strategie per lo sviluppo dei servizi educativi per la prima infanzia

Id ¹	Servizio/intervento	OE	Az. ²	SS ³	Indicatore	Utenti	Valori target dell'indicatore	
							2017	2018
1	Asili nido	6	I		N. bambini in carico	80	80	80
2	Servizi integrativi per la prima infanzia	6	D		N. bambini in carico	20	20	20
3	Servizi innovativi per il sostegno alla genitorialità	6	I	X	N. interventi	5	5	5

1. Inserire il numero di scheda identificativa del servizio. - 2. - Indicare se Azione diretta (D) o Indiretta (I) - 3. Barrare la casella in caso di servizio gestito in integrazione socio-sanitaria e rientrante nella Convenzione socio-sanitaria. - 4. Inserire altri interventi in attuazione di quanto previsto dal paragrafo “Le politiche per l’infanzia” (pag. 70 PSR).

*Il costo relativo agli asili nido, sostenuto dai Comuni, non viene computato nel Piano sociale distrettuale, rientrando lo stesso nei servizi educativi. Conseguentemente il Servizio Asilo Nido viene descritto con la scheda relativa alle Azioni indirette senza attribuzione di costi sul Piano.

Asse Tematico 7 - Strategie per lo sviluppo dei servizi educativi per la prima infanzia

Spazio per inserimento Schede di servizio.

In quest’area possono essere inserite sia Azioni Dirette che Indirette, di cui è possibile riprendere il modello già inserito nei precedenti Assi tematici.

Id¹: 1	Servizio/Azione²: asili nido	
Campo di intervento ³ : bassi tassi di natalità		
AT ⁴ : 7 strategie per lo sviluppo dei servizi educativi per la prima infanzia		OE ⁵ : 6 asili nido e altri servizi per la prima infanzia e centri di aggregazione polivalenti
Strategia ⁶ Strategia operativa è quella di integrare l’offerta dei servizi privati con quella del sistema pubblico, favorendo l’accessibilità di tutte le famiglie.		
Attività ⁷ I nidi e gli altri servizi educativi per la prima infanzia rappresentano, una fondamentale risorsa per garantire opportunità e qualità alla crescita ed educazione dei bambini. Infatti tali servizi offrono uno spazio fisico ed emotivo che consente ai bambini di maturare esperienze di crescita intellettuale (sviluppo delle abilità) e di crescita emotiva (autonomia, capacità di tollerare il distacco dai genitori...). Rappresentano inoltre, una sostegno per la famiglia, impegnata nel difficile compito educativo. Il progetto educativo è imperniato sulla condivisione di alcune linee fondamentali quali: l’accoglienza, la centralità del bambino, l’attenzione alle pratiche di cura, la partecipazione ed il rispetto delle esigenze familiari, la flessibilità oraria.		
Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS) ⁸		
Coerenza con il Piano sociale regionale ⁹ Rientra tra i servizi di supporto ai neo-genitori per favorire l’incremento delle nascite		
Tipologia di Fondo/Fondi ¹⁰ : FSC-FNPS-L. 190/2014		
	2017	2018
Indicatore ¹¹ (specificare)		
Costo ¹²	€ costi non inseriti nel PSD	€ costi non inseriti nel PSD

Id¹: 2	Servizio²: servizi integrativi per la prima infanzia	
Campo di intervento ³ : bassi tassi di natalità		
AT ⁴ : 7 strategie per lo sviluppo dei servizi educativi per la prima infanzia		OE ⁵ : 6 asili nido e altri servizi per la prima infanzia e centri di aggregazione polivalenti
Attività ⁶ I servizi educativi per la prima infanzia comprendono, oltre i nido, quei centri che offrono		

<p>opportunità educative e ludiche differenziate. Si tratta di servizi flessibili che danno ai bambini un’occasione di educazione alla socialità contribuendo positivamente al loro sviluppo. Generalmente rivolto ai bambini tra 12 mesi e tre anni in cui non è contemplato il servizio mensa.</p>			
<p>Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS)⁷</p>			
<p>Coerenza con il Piano sociale regionale⁸ Rientra tra i servizi di supporto ai neo-genitori per favorire l’incremento delle nascite</p>			
<p>Modalità di erogazione e di accesso⁹ La domanda va fatta direttamente presso i centri educativi</p>			
<p>Modalità di gestione e affidamento del servizio¹⁰ indiretta</p>			
<p>Tipologia di Fondo/Fondi¹¹: FSC-FNPS-L. 190/2014</p>			
	2015	2017	2018
Indicatore ¹² (specificare)	n. bambini 0	20	20
Costo ¹³	€ 0 € 0	€ 5.000,00	€ 10.000,00

Id¹: 3	Servizio/Azione²: servizi innovativi per il sostegno alla genitorialità		
<p>Campo di intervento³: bassi tassi di natalità</p>			
<p>AT⁴: 7 strategie per lo sviluppo dei servizi educativi per la prima infanzia</p>		<p>OE⁵: 6 asili nido e altri servizi per la prima infanzia e centri di aggregazione polivalenti</p>	
<p>Strategia⁶ Strategia operativa è quella di integrare l’offerta dei servizi privati con quella del sistema pubblico, favorendo l’accessibilità di tutte le famiglie.</p>			
<p>Attività⁷ Tra i servizi innovativi a sostegno della genitorialità si pensa a “Nati per leggere”. Si tratta di spazi in giorni e luoghi prestabiliti, a libero accesso previa registrazione. Il servizio offre una programmazione articolata con momenti di lettura ed eventi narrativi in condivisione tra bambini, preferibilmente in età prescolare ed adulti sia essi genitori o nonni...</p>			
<p>Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS)⁸</p>			
<p>Coerenza con il Piano sociale regionale⁹ Rientra tra i servizi di supporto ai neo-genitori per favorire l’incremento delle nascite</p>			
<p>Tipologia di Fondo/Fondi¹⁰: FSC-FNPS-L. 190/2014</p>			
	2017	2018	
Indicatore ¹¹ (specificare)	n. interventi 5	5	
Costo ¹²	€ 2.500,00	€ 5.000,00	

Quadro generale sinottico degli interventi e dei servizi inseriti nel Piano distrettuale

Asse	Id	OE	Servizio	Azione Diretta/ Indiretta
AT1	1	1	Punto Unico di Accesso	D
AT1	2	1	Segretariato Sociale	D
AT1	3	2	Servizio Sociale professionale	D
AT1	4	2	UVM	D
AT1	5	3	Pronto Intervento Sociale	D
AT1	6/7	4	Assistenza domiciliare AD sociale/ADI	D
AT2	1/2	4	Assistenza domiciliare AD sociale/ADI	D
AT2	3	6	Centro diurno per persone non autosufficienti	D
AT2	4	7	Residenze temporanee di sollievo per persone non autosufficienti	D
AT2	5	4	Telesoccorso/ teleassistenza	D
AT2	6	8	Budget di cura	D
AT2	1	8	Contributi a persone non autosufficienti per il sostegno ai costi della residenzialità e semiresidenzialità	D
AT3	1	8	Inclusione sociale (SIA)	I
AT3	2	8	Misure di sostegno al reddito	D
AT3	3	8	Borse lavoro	D
AT3	4	8	Social Market	D
AT4	1	2	Equipe adozioni/affido familiare	D
AT4	2	4	Assistenza Domimiliare Educativa	D
AT4	3	6	Centro diurno minori	D
AT4	4	7	Residenza per minori	D
AT4	5	8	Centro servizi per la famiglia	I
AT4	6	8	Mediazione familiare	D
AT4	7	8	Sportello paicopedagogico clinico/ counseling scolastico	I
AT4	8	8	Sportello di contrasto alla violenza di genere/domestica	I
AT4	9	8	Sportello di contrasto alle dipendenze	I
AT5	1	6	Centro diurno disabili	D
AT5	2	7	Residenza per disabili	D
AT5	3	8	Servizio di trasporto	D
AT5	4	8	Servizio autonomia studenti disabili	D
AT5	5	8	Vita indipendente	I
AT5	6	8	Dopo di noi	I
AT5	7	8	Centri di inserimento lavorativo per disabili	I
AT5	8	8	Servizio di supporto ai caregiver	I
AT6	1	6	Centro diurno anziani	D
AT6	2	7	Residenza per anziani	D
AT7	1	6	Asili nido	I
AT7	2	6	Servizi integrativi per la prima infanzia	D
AT7	3	6	Servizi innovativi per il sostegno alla genitorialità	I
	1		Ufficio di piano	D
	2		Sistema informativo locale sociale	D

SEZIONE 5. L’INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

In questa sezione sono descritte le misure di integrazione socio-sanitaria a livello istituzionale, di servizi e professionale.

5.1. Misure di integrazione istituzionali

I percorsi istituzionali previsti dalla Legge n. 328/00 promuovono l’integrazione socio-sanitaria come una delle principali sfide per la costruzione del sistema integrato dei servizi. Con questo PSD si implementeranno dei rapporti con la ASL e i Distretti Socio Sanitari per sancire un più concreto rapporto istituzionale basato sui principi della collaborazione, dell’integrazione e del coordinamento.

La stipula della convenzione socio-sanitaria e dell’accordo di programma definirà ruoli e competenze di ognuno per una programmazione integrata finalizzata a definire comuni obiettivi di salute.

L’Ambito Sociale Distrettuale n. 23 “Fino-Cerrano” si compone di una zona di gestione sociale e comprende due distretti sanitari (Atri e Teramo). La zona di gestione sociale, gestita dall’Unione dei Comuni del medio Vomano, fa riferimento ai due distretti sanitari, invece i Comuni di Atri, Silvi e Pineto insistono sul distretto sanitario di Atri. Il PUA ha la sua sede presso i distretti sanitari. Il personale dedicato è composto da almeno un medico, un infermiere professionale, due assistenti sociali (ASL e Comune) e un operatore amministrativo. L’assistente sociale è presente in front office, negli orari di apertura del PUA, effettua una prima analisi della domanda e fornisce indicazioni appropriate sull’intervento richiesto. Fornisce assistenza all’utente per la compilazione della domanda e la presentazione della modulistica. Svolge una prima valutazione per definire se trattasi di un bisogno sanitario, sociale o socio-sanitario. Completata una prima istruttoria invia all’UVM per la valutazione. L’UVM opera sul territorio previo appuntamento o direttamente in sede in orari e giorni stabiliti (almeno in tre pomeriggi per circa 3/4 ore e due mattine per circa 3/4 ore, in base alle necessità). L’esito dell’UVM viene inviato al Comune di residenza se trattasi di intervento socio-sanitario per gli adempimenti consequenziali.

Con la stipula della convenzione si intende dare continuità e al tempo stesso aggiornare la convenzione per la gestione associata sociale e socio sanitaria sottoscritta dei Comuni dell’Ambito n. 23 “Fino-Cerrano” e i Distretti sanitari di base di Atri e Teramo sulla base delle nuove disposizioni regionali e delle nuove esigenze gestionali evidenziate in questi ultimi anni. Si intende sviluppare in modo ancora più integrato, per il territorio distrettuale, i servizi e gli interventi sociali e socio-sanitari relativi ai seguenti ambiti di attività: famiglia, minori, giovani, dipendenze e salute mentale, disabili, anziani, povertà e marginalità sociale. Attraverso la stipula della convenzione si intende assicurare la gestione dei servizi e le soluzioni organizzative adeguate per la presa in carico del bisogno sociale e sanitario e garantisce la continuità del percorso diagnostico, terapeutico, sociosanitario e assistenziale. Tutto ciò al fine di rendere la programmazione dell’attività ancor più rispondente ai bisogni della popolazione. In sede di prima applicazione l’integrazione delle funzioni si concentra in particolare su due macro aree, quella

relativa agli anziani e quella dedicata alla disabilità.

Gli Enti firmatari intendono assicurare la progettazione e la realizzazione di un modello di servizi a rete cui contribuiscono i soggetti pubblici firmatari della Convenzione, e favorendo altresì, la partecipazione di tutti i soggetti privati, quali organismi di utilità sociale non lucrativi, organismi di cooperazione, associazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale, associazioni di familiari e di utenti e fondazioni attraverso precise forme di partecipazione.

Come previsto dal Piano Sociale Regionale è stata costituita la CLISS, il cui compito è quello di attuare il raccordo istituzionale in materia di integrazione socio sanitaria, in modo particolare è demandato alla CLISS l'assolvimento dei seguenti compiti: a) definizione degli indirizzi per la programmazione socio sanitaria a livello di ambito; b) individuazione delle azioni comuni ambito/ distretto da inserire nel PSD e nel Programma per le Attività territoriali (PAT) del Distretto; c) coordinamento e vigilanza sull'attuazione delle azioni individuate e delle disposizioni normative in materia.

5.2. Misure di integrazione fra servizi

L'integrazione gestionale riguarda il governo manageriale di risorse e di servizi da integrare in progetti comuni di intervento e si colloca a livello di struttura operativa: in modo unitario nel distretto e in modo specifico nei diversi servizi che lo compongono, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni. Sul piano gestionale vanno incrementati gli approcci multidimensionali, il lavoro per progetti, la definizione di percorsi assistenziali. Le unità multiprofessionali devono tenere conto della ripartizione delle risorse a carico del bilancio sanitario e sociale, sulla base di quanto definito dalle Regioni, utilizzando gli strumenti di contabilità analitica e dei corrispondenti centri di responsabilità. Le azioni di verifica e di valutazione sono ad essi direttamente correlati e devono essere ricavabili dal sistema informativo del distretto; vanno a questo scopo previste procedure idonee a facilitare la valutazione dei servizi da parte degli utenti.

5.3. Misure di integrazione professionale

L'integrazione professionale riguarda la composizione di saperi e abilità per garantire risposte efficaci ed è strettamente correlata all'adozione di linee guida finalizzate a orientare il lavoro interprofessionale e del case management. E' l'integrazione sul campo, sulla frontiera dei bisogni e dei servizi erogati, che dipende in modo decisivo da convinzioni e comportamenti dei professionisti che occorre incentivare e sostenere nelle loro autonomie sul campo, raccordandole con precise responsabilità deontologiche e doveri di rendicontazione. Condizioni necessarie dell'integrazione professionale sono: la costituzione di unità valutative integrate, la gestione unitaria della documentazione, la definizione delle responsabilità nel lavoro integrato, la continuità terapeutica tra ospedale e distretto, la collaborazione tra strutture residenziali e territoriali, la predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie di intervento, l'utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate.



SEZIONE 6. LE AZIONI PER IL MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA LOCALE E LA CO-PROGETTAZIONE

In questa sezione sono descritte le misure per la qualificazione del sistema locale di offerta dei servizi, e in particolare:

- a) la definizione dei servizi e degli interventi che saranno affidati tramite procedura di istruttoria pubblica e di co-progettazione;
- b) le misure per la valorizzazione del terzo settore, dell'economia e dell'impresa sociale sul territorio dell'Ambito distrettuale, con gli indirizzi strategici per la promozione del “secondo welfare”;
- c) i criteri di qualità, le clausole sociali, le procedure che saranno seguite per l'affidamento dei servizi;
- d) le linee guida del regolamento per l'accesso ai servizi (che dovrà essere allegato al Piano);
- e) la composizione e il funzionamento dell'Ufficio di Piano e degli Uffici di Gestione sociale, laddove previsti;
- f) il sistema di monitoraggio, valutazione, controllo dei servizi e degli interventi del Piano distrettuale sociale.

Nel caso di intervento che determina un costo, riportare nella descrizione il costo relativo e caricarlo nel quadro riepilogativo dei costi sulla spesa nella sezione 7.

6.1. Definizione del sistema di affidamento dei servizi e degli interventi

Il sistema dell'affidamento dei servizi sociali segue le linee guida stabilite dall'ANAC con delibera 32/2016. L'Anac ha chiarito che tale delibera, seppure adottata quando era ancora in vigore il D.Lgs. 163/2016, deve ritenersi valida anche conseguentemente all'emanazione del D.Lgs. 50/2016

L'Autorità esordisce riconoscendo importanza al “terzo settore” e riconoscendo che la normativa di settore si presenta molto frastagliata, tanto da rendere difficile una trattazione unitaria, pertanto, le “linee guida si prefiggono lo scopo di fornire indicazioni operative alle amministrazioni aggiudicatrici e agli operatori del settore al fine di addivenire ad aggiudicazioni rispettose della normativa di settore e della normativa nazionale e comunitaria in materia di affidamenti di contratti pubblici”. Di seguito si elenca una serie di strumenti operativi previsti per l'affidamento dei servizi.

Le convenzioni con le associazioni di volontariato

Il corrispettivo reso dalle istituzioni pubbliche che si avvalgono di associazioni di volontariato deve necessariamente limitarsi esclusivamente al rimborso delle spese effettivamente sostenute per la prestazione del servizio, che, solo nei casi eccezionali possono comprendere la corresponsione di una retribuzione per l'attività lavorativa svolta.

L'acquisto di servizi e prestazioni dagli organismi no-profit

- Si può fare ricorso ai soggetti del terzo settore nel caso in cui ciò si renda necessario per garantire i livelli essenziali dei servizi, che non possano essere garantiti direttamente dall'amministrazione
- E' necessario comunque rispettare i principi a garanzia della trasparenza e pubblicità dell'azione amministrativa e della libera concorrenza, richiedendo di definire preventivamente: - le modalità per garantire un'adeguata pubblicità del presumibile fabbisogno di servizi in un determinato arco temporale (programmazione);
- Le modalità per l'istituzione dell'elenco dei fornitori di servizi autorizzati o accreditati che si dichiarano disponibili ad offrire i servizi richiesti secondo tariffe e caratteristiche qualitative

concordate;

- E' necessario predefinire i criteri per l'«eventuale» selezione dei soggetti fornitori sulla base dell'offerta economicamente più vantaggiosa.
- La preselezione dei soggetti da iscrivere nell'elenco dei fornitori deve essere sempre effettuata, verificando, quantomeno, il possesso dei requisiti generali (esplicitati dall'art. 38 del Codice dei Contratti) e delle capacità tecnico- organizzative per gestire il servizio

Le sovvenzioni

Sono subordinate alla predeterminazione, da parte delle amministrazioni procedenti, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, dei criteri e delle modalità cui le amministrazioni stesse devono attenersi

Le procedure per l'acquisto e l'affidamento di servizi sociali agli enti no-profit

- Obbligo di programmazione come strumento fondamentale per garantire la trasparenza dell'azione amministrativa, la concorrenza nel mercato e, per tali vie, prevenire la corruzione e garantire il corretto funzionamento della macchina amministrativa
- Tra i requisiti di partecipazione verificare la “moralità professionale” utilizzando, come parametri di riferimento, i requisiti di moralità individuati dall'art. 38 del Codice dei Contratti
- Sono illegittime le limitazioni territoriali nelle procedure di aggiudicazione, anche in caso di affidamenti di valore inferiore alle soglie comunitarie
- Le convenzioni devono prevedere forme di verifica delle prestazioni e di controllo della loro qualità e verificare innanzitutto il rispetto delle particolari condizioni di esecuzione, tra cui la presenza di determinate categorie di lavoratori, nonché le ulteriori limitazioni poste a carico delle imprese
- Non può essere consentita la proroga e lo spostamento in avanti del termine contrattuale deve essere causato da fattori del tutto limitati, che non coinvolgano la responsabilità dell'amministrazione aggiudicatrice, poiché ciò comporta un affidamento del contratto in via diretta senza il rispetto delle procedure di evidenza pubblica
- In nessun caso carenze nella fase di programmazione possono giustificare la proroga dei contratti in essere,
- Il valore stimato degli appalti e dei servizi pubblici, deve tenere conto di qualsiasi forma di opzione o rinnovo del contratto

Cooperative sociali

- Gli enti possono stipulare convenzioni con le cooperative che svolgono le attività di cui all'articolo 1, comma 1, lettera b), ovvero con analoghi organismi aventi sede negli altri Stati membri della Comunità Europea, per la fornitura di beni e servizi diversi da quelli socio-sanitari ed educativi il cui importo stimato al netto dell'IVA sia inferiore agli importi stabiliti dalle direttive comunitarie in materia di appalti pubblici, purché tali convenzioni siano finalizzate a creare opportunità di lavoro per le persone svantaggiate di cui all'articolo 4, comma 1.
- Le convenzioni sono stipulate previo svolgimento di procedure di selezione idonee ad assicurare il rispetto dei principi di trasparenza, di non discriminazione e di efficienza»
- La scelta deve essere adeguatamente motivata nella determina a contrarre, di cui all'art. 11, comma 2 del Codice, specificando anche le ragioni di convenienza all'utilizzo del “modulo convenzionale
- Nella convenzione debbono essere chiaramente indicati gli obiettivi che l'ente si propone di perseguire grazie alla deroga nella scelta del fornitore di beni o servizi, ciò anche al fine di

permettere i successivi controlli.

- Per gli affidamenti di importo superiore alle soglie, le stazioni appaltanti non possono prevedere affidamenti preferenziali per le cooperative di tipo B, ma devono osservare le procedure ad evidenza pubblica indicate dal Codice
- Le cooperative sociali di tipo B (nonché le cooperative miste per la parte relativa all'attività finalizzata all'inserimento di persone svantaggiate), debbono avere almeno il 30 per cento dei lavoratori (soci o non) costituito da persone svantaggiate ai sensi dell'art. 4 della stessa legge e i consorzi di cooperative sociali, purché costituiti almeno al 70% da cooperative sociali, a condizione che le attività convenzionate siano svolte esclusivamente da cooperative sociali di inserimento lavorativo
- Non è possibile fare rientrare nel suo campo di applicazione contratti diversi da quelli specificamente indicati dal legislatore
- L'oggetto dell'affidamento è qualificato dal perseguimento dell'obiettivo del reinserimento lavorativo di soggetti svantaggiati e non può essere limitato alla mera acquisizione di beni o servizi strumentali.
- Il ricorso al modulo convenzionale è ammissibile soltanto per la fornitura di beni e servizi il cui importo stimato al netto di iva sia inferiore alle soglie comunitarie.
- Il valore degli affidamenti deve essere calcolato in conformità alla disposizione del Codice, includendo, quindi, il valore di eventuali rinnovi, che devono essere espressamente previsti già al momento in cui viene indetta la procedura di scelta del contraente
- L'unica procedura che appare compatibile con gli affidamenti a cooperative sociali di tipo B è quella dell'offerta economicamente più vantaggiosa
- Dovrà essere verificato in corso di esecuzione che la cooperativa impieghi per l'esecuzione dell'appalto un numero minimo di persone svantaggiate, pari almeno al 30% del personale che esegue le prestazioni previste in convenzione.
- Gli affidamenti mediante modulo convenzionale siano soggetti agli obblighi di comunicazione all'Autorità

La coprogettazione

Oltre che nell'attività di programmazione, le organizzazioni del terzo settore hanno un ruolo di rilievo anche in materia di progettazione di interventi innovativi e sperimentali, ai sensi dell'art. 7 del d.p.c.m. 30 marzo 2001 . La co-progettazione si sostanzia in un accordo procedimentale di collaborazione che ha per oggetto la definizione di progetti innovativi e sperimentali di servizi, interventi e attività complesse da realizzare in termini di partenariato tra amministrazioni e privato sociale e che trova il proprio fondamento nei principi di sussidiarietà, trasparenza, partecipazione e sostegno dell'impegno privato nella funzione sociale. Conseguentemente, tale strumento può essere utilizzato per promuovere la realizzazione degli interventi previsti nei piani di zona attraverso la concertazione, con i soggetti del terzo settore, di forme e modalità di: - inclusione degli stessi nella rete integrata dei servizi sociali; - collaborazione fra P.A. e soggetti del terzo settore; - messa in comune di risorse per l'attuazione di progetti e obiettivi condivisi. Al fine di garantire la correttezza e la legalità dell'azione amministrativa, le amministrazioni, nel favorire la massima partecipazione dei soggetti privati alle procedure di co-progettazione, devono mantenere in capo a se stesse la titolarità delle scelte. In particolare, devono predeterminare gli obiettivi generali e specifici degli interventi, definire le aree di intervento, stabilire la durata del progetto e individuarne le caratteristiche essenziali, redigendo un progetto di massima che serve anche a orientare i concorrenti nella predisposizione della proposta progettuale. In, particolare, in linea con i modelli già sperimentati in diverse realtà territoriali, il percorso di coprogettazione potrebbe essere articolato nelle seguenti fasi:

- a) pubblicazione di un avviso di interesse con cui si rende nota la volontà di procedere alla coprogettazione. Nell’avviso sono indicati un progetto di massima, nonché i criteri e le modalità che saranno utilizzati per l’individuazione del progetto o dei progetti definitivi;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti partner dell’ente mediante una selezione volta a valutare i seguenti aspetti: - possesso dei requisiti di ordine generale, tecnici, professionali e sociali (tra cui l’esperienza maturata); - caratteristiche della proposta progettuale;- costi del progetto.
- c) avvio dell’attività vera e propria di co-progettazione, con la possibilità di apportare variazioni al progetto presentato per la selezione degli offerenti;
- d) stipula della convenzione

In questo quadro normativo l’Ambito intende approfondire le diverse soluzioni per l’affidamento dei servizi nel rispetto dell’efficienza, efficacia, della trasparenza e parità di trattamento degli operatori economici. Pertanto, in linea generale, saranno privilegiati gli affidamenti dei servizi mediante procedure aperte da aggiudicare con il criterio dell’offerta economicamente più vantaggiosa, individuata sulla base del miglior rapporto qualità/prezzo. Saranno altresì, vagliate di volta in volta, diverse modalità di affidamento previste dalla normativa vigente. L’Ambito Sociale Distrettuale n. 23 “Fino-Cerrano” si compone di una zona di gestione gestita dall’Unione dei Comuni del medio Vomano, con autonomia decisionale circa le modalità di gestione dei servizi, che presuppone forme separate di gestione rispetto all’ECAD (Comune di Silvi), delegata delle funzioni amministrative in materia di servizi sociali, incluso l’adozione dei provvedimenti amministrativi attinenti l’esercizio della funzione e gli atti di gestione. Pertanto l’ECAD eserciterà le funzioni gestionali dei servizi per i Comuni di Silvi, Atri e Pineto.

6.2. Le misure per la valorizzazione del terzo settore, dell’economia e dell’impresa sociale

Il sistema di welfare italiano è stato oggetto, a partire dallo scorso decennio, di un’importante riforma che ne ha profondamente modificato l’assetto, l’organizzazione e il funzionamento, sia per quanto attiene gli aspetti operativi, sia per ciò che riguarda le modalità di programmazione degli interventi. La legge 328/00 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” ha proposto una ridefinizione sistematica ed unitaria del settore, profilando nuovi ruoli e funzioni agli attori del sistema, regolandone altresì i meccanismi d’interazione tra essi . Il principio di sussidiarietà prevede che gli enti pubblici “promuovano azioni per favorire il ricorso a forme di aggiudicazione o negoziali che consentano ai soggetti operanti nel Terzo Settore la piena espressione della propria progettualità, avvalendosi di analisi e di verifiche che tengano conto della qualità e delle caratteristiche delle prestazioni offerte e della qualificazione del personale”. Le organizzazioni del Terzo Settore entrano così a pieno titolo nel sistema di welfare, sancendo il passaggio da un sistema di erogazione dei servizi tipicamente centralizzato (state), ad uno in cui si integrano le risorse possedute dai soggetti pubblici con quelle disponibili nei soggetti del cosiddetto privato sociale (mix).

Per alcuni l’ampia rete di soggetti chiamati a co-progettare insieme agli enti locali i Piani di zona, richiama ad una co-responsabilizzazione che interessa non solo il piano del sistema regolativo tra attori pubblici e privati, bensì investe anche gli attori del privato sociale con un grado di co-

gestione tale da evocare concetti di welfare community. L'idea è che si possa procedere nella direzione del superamento della giustapposizione e/o integrazione tra pubblico e privato, accordando allo Stato non tanto la regolazione dei meccanismi di mercato, quanto piuttosto un'azione politica di alto profilo, espressa nella costruzione di uno “spazio allargato” dove interagiscono ed operano molteplici attori e principi regolativi. La welfare community è in qualche modo conseguenza della naturale evoluzione della 328 come effetto virtuoso di un sistema effettivamente integrato tra attori, servizi e settori.

Il ruolo di agente sussidiario svolto dal Terzo Settore si traduce nella capacità di stabilire un legame stretto e denso di significato con le fasce deboli e nella capacità di conseguire obiettivi di interesse generale e integrazione sociale dei cittadini. In sintesi è possibile affermare che, all'interno del variegato panorama del non profit, ciascuna tipologia organizzativa opera una particolare scelta funzionale all'interno dell'ampio spettro di bisogni e tutele di associati e utenti. Ogni articolazione del non profit teoricamente si appropria di una funzione prevalente: le Organizzazioni di Volontariato rilevano e denunciano i problemi, organizzando i cittadini nella sperimentazione delle soluzioni e nel controllo dei risultati; alle Associazioni di Promozione Sociale è affidato il ruolo di promuovere la partecipazione dei soggetti più deboli; alle Cooperative spetta l'erogazione e la gestione dei servizi sociali ed infine alle Fondazioni il compito di finanziare e sperimentare l'innovazione. Alla funzione prevalente consegue la distinzione di ambiti d'intervento mirati. Questo passaggio avviene quando la conoscenza delle esigenze dell'utenza è tale da consentire di delimitare più puntualmente l'area d'intervento.

6.3. Linee guida del regolamento per l'accesso dei servizi

Il Regolamento che disciplina l'accesso e l'erogazione degli interventi e dei servizi sociali dell'Ambito Territoriale Sociale n. 23 “Fino – Cerrano” / ECAD - Comune di Silvi con riferimento al PSD è redatto in conformità alle disposizioni di cui alla Legge n. 328/2000, “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali; alle disposizioni di cui alla Legge n. 104/1992, “Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”; alle disposizioni di cui alla D.G.R. n. 285 del 03.05.2016 “Atto di indirizzo applicativo per l'attuazione omogenea e integrata nel territorio della Regione Abruzzo nel settore dei servizi sociali e socio – sanitari della disciplina prevista dal DPCM 159/2013”; alle disposizioni di cui al DPCM 159 del 05.12.2013 “regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'indicatore della situazione economica equivalente – ISEE; alle indicazioni del DPCM del 29.11.2001 – allegato 1:C “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”; alle indicazioni espresse nel “Piano Sociale Regionale 2016/2018” .

Deve perseguire i seguenti obiettivi:

- a) prevenzione, individuazione e rimozione delle cause di ordine economico, psicologico, culturale, ambientale e sociale che possono ingenerare situazioni di bisogno, di disagio individuale e sociale, o fenomeni di emarginazione o disadattamento;
- b) promozione e realizzazione di servizi ed interventi sociali che garantiscono uguaglianza di trattamento a parità di bisogno e correlazione dell'intervento alle specifiche esigenze delle persone nel rispetto delle opzioni individuali compatibilmente con le risorse assistenziali esistenti;
- c) valorizzazione, sostegno ed utilizzazione delle risorse espresse dalla società civile, nella varietà

delle sue libere articolazioni;

d) valorizzazione, promozione, anche attraverso un’informazione corretta e costante in materia di servizi sociali, della partecipazione dei cittadini, degli utenti e delle forze sociali all’individuazione degli obiettivi della programmazione ed alla verifica sulla efficienza ed efficacia dei servizi;

e) promozione ed istituzione di servizi ed interventi che consentano e favoriscano il mantenimento, l’inserimento ed il reinserimento di soggetti nella vita sociale, familiare, scolastica e lavorativa, limitando l’intervento di istituzionalizzazione ai soli casi in cui é indispensabile o disposto dalla magistratura;

f) promozione di servizi e interventi a sostegno della famiglia;

g) coordinamento ed integrazione funzionale ed operativa dei servizi sociali con i servizi educativo-scolastici e con tutti gli altri servizi al fine di concorrere a favorire una risposta unitaria e globale alle esigenze della persona;

h) qualificazione delle prestazioni e dei servizi, professionalità degli interventi, riservatezza;

i) sostegno della famiglia, protezione della maternità, assistenza e tutela dell’infanzia e dell’età evolutiva, con particolare riferimento ai soggetti a rischio di emarginazione, vigilanza della condizione minorile e promozione di nuovi e responsabili comportamenti da parte della collettività;

l) sostegno e integrazione sociale dei cittadini soggetti a rischio di emarginazione;

m) promozione ed attuazione di interventi a favore degli anziani e disabili finalizzati al mantenimento, inserimento o reinserimento nel proprio ambiente di vita;

6.4. La composizione e il funzionamento dell’Ufficio di Piano e degli Uffici di Gestione sociale

L’Ufficio di Piano rappresenta la tecnostruttura dell’ECAD con funzioni programmatiche, amministrative e contabili dei Comuni associati. Fanno parte dell’Ufficio di Piano di ambito risorse umane adeguate a rispondere al fabbisogno di competenze tecniche e di capacità professionali necessarie per svolgere efficacemente ed efficientemente le funzioni ed i compiti assegnati all’Ufficio stesso. All’Ufficio di Piano partecipa in rappresentanza dell’ASL, il Direttore del Distretto sanitario, per le funzioni di integrazione socio-sanitarie. L’Ufficio di Piano avrà sede presso il Comune di Silvi e sarà inizialmente formato dal Responsabile dei Servizi Sociali con funzioni di coordinamento e da un Istruttore direttivo del Comune di Silvi oltre a un Istruttore amministrativo e un Istruttore direttivo da individuare con specifiche competenze nella gestione tecnica-amministrativa e finanziaria-contabile. I Responsabili degli altri Comuni continueranno a dare il loro supporto dall’esterno. Laddove dette risorse non siano sufficienti per coprire il fabbisogno di competenze tecniche e di capacità professionali si potrà fare ricorso ad ulteriori risorse umane esterne a norma di quanto previsto dal D.Lgs. 267/2000. Dal momento che è stata individuata una zona di gestione sociale, la stessa si avvarrà di un proprio Ufficio di Zona sociale gestita dall’Unione “Colline del medio Vomano” le cui risorse umane destinate saranno: un Responsabile/Assistente Sociale e un Istruttore amministrativo.

6.5. Sistema informativo di monitoraggio, valutazione, controllo dei servizi e degli interventi

L’Ambito attiverà un sito internet per i servizi sociali. Sarà cura dell’ufficio di piano e del segretariato sociale provvedere al suo continuo aggiornamento. Sarà previsto un indirizzo e.mail a disposizione dei cittadini per comunicazioni varie. Sarà aggiornata e pubblicata la carta per la cittadinanza sociale. La diffusione di informazioni riguardanti i servizi sociali avverrà anche a mezzo stampa locale. Saranno organizzati anche forum di partecipazione attiva della cittadinanza. Per quanto riguarda la valutazione, l’Ufficio di piano, in collaborazione con il gruppo di piano predispone strumenti operativi per il monitoraggio e la valutazione dei servizi. L’équipe stilerà rapporti annuali da presentare alla Conferenza dei Sindaci.

Il controllo sulla qualità è finalizzato al monitoraggio della qualità percepita dagli utenti dei servizi e alla verifica del rispetto degli standard definiti in sede di programmazione degli interventi. Il processo per la definizione e misurazione degli standard di qualità va collocato all’interno dell’impianto metodologico che le amministrazioni pubbliche devono attuare per sviluppare il ciclo di gestione delle performance, in base alla normativa vigente. La spinta normativa come è noto, ha subito una forte accelerazione in concomitanza con il decreto legislativo n. 150/2009. Il decreto, oltre ad attribuire quale finalità principale della misurazione e valutazione della performance, il miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle PA, indica un sistema di misurazione e valutazione multidimensionale che fa riferimento a differenti fattori:

- Input (efficienza nell’impiego delle risorse)
- Processo (attuazione di piani e programmi, modernizzazione dell’organizzazione, sviluppo delle relazioni con i cittadini, promozione delle pari opportunità)
- Output (qualità e quantità delle prestazioni e dei servizi erogati)
- Risultato (rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti)
- Outcome (attuazione delle politiche rispetto ai bisogno finali della collettività)

Sarà somministrato, in forma anonima, un questionario di valutazione dei servizi sociali, che nel corso del tempo potrà essere rivisto e modificato alla luce delle nuove esigenze, che si allega alla presente, per verificare la qualità percepita degli utenti.

Il questionario è strutturato in 5 sezioni che valutano:

1. La possibilità di accesso al servizio
2. Il rapporto con il personale
3. I tempi di risposta
4. La documentazione fornita
5. Sito web comunale

Vi è poi una domanda aperta per i suggerimenti.

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DEI SERVIZI SOCIALI COMUNALI

Come giudica la possibilità di accesso al servizio?

Orario di apertura	<input type="checkbox"/> Scarso	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> non so
Accessibilità per portatori di handicap	<input type="checkbox"/> scarso	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> non so
Accoglienza e comfort della struttura	<input type="checkbox"/> scarso	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> non so

Come giudica il rapporto con il personale?

Cortesia del personale	<input type="checkbox"/> scarso	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> non so
Capacità di ascolto	<input type="checkbox"/> scarso	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> non so
Competenza degli operatori	<input type="checkbox"/> scarso	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> non so
Chiarezza delle informazioni ricevute	<input type="checkbox"/> scarso	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> non so

Come giudica i tempi di risposta?

Tempi di attesa e tempestività delle risposte/attivazione del servizio	<input type="checkbox"/> scarso	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> non so
--	---------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

Come giudica la documentazione fornita?

Adeguatezza dei materiali informativi	<input type="checkbox"/> scarso	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> non so
Facilità di compilazione e reperibilità della modulistica	<input type="checkbox"/> scarso	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> non so

Come giudica il sito web comunale?

Completezza del sito internet	<input type="checkbox"/> scarso	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> non so
-------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

<i>Vuole suggerirci qualcosa per migliorare la qualità dei servizi offerti?</i>
<p>.....</p> <p>.....</p>
<i>Si ringrazia per la cortese collaborazione</i>

Comune di Castiglione Messer Raimondo Prot. n.1449 del 22-03-2018

6.6. Linee di indirizzo per il bilancio sociale

Per la stesura annuale del bilancio sociale di Ambito si seguono le indicazioni regionali stabilite nel Piano sociale regionale. Scopo del bilancio sociale di Ambito distrettuale è la rendicontazione dei risultati ottenuti attraverso la realizzazione degli obiettivi e delle azioni indicati nel PSD, ma è anche l’occasione per l’Ambito di valutare se le strategie e le ipotesi di soluzioni applicate, su cui si era basata la programmazione, si sono rilevati adeguate e, quindi, possono essere confermate e messe a regime.

Così concepito, il Bilancio sociale è tendenzialmente chiamato a svolgere tre funzioni:

- assicurare piena trasparenza all’azione istituzionale dispiegata su base distrettuale dai vari soggetti/attori coinvolti. In questo senso il bilancio sociale è chiamato ad assumere il ruolo di principale strumento di informazione istituzionale integrata in ambito distrettuale
- integrare e sviluppare i processi di pianificazione e programmazione territoriale:
 - mettendo in evidenza e illustrando il ruolo e le responsabilità proprie a ogni soggetto coinvolto,
 - fornendo elementi utili per il controllo dell’andamento delle attività e degli obiettivi in essi definiti, così da supportare il processo decisionale per l’assunzione di eventuali azioni correttive, a fronte di andamenti diversi da quelli ricercati, e la periodica riattivazione del processo di pianificazione e programmazione integrata (funzione di supporto alla governance);
- consentire processi di monitoraggio e valutazione degli esiti delle attività dispiegate in ambito distrettuale, attraverso l’utilizzo di indicatori.

In questa veste il Bilancio sociale è pensato come strumento a supporto di processi di networking attivati dall’Ambito, permettendo di dare conto di tutto ciò che è stato direttamente o indirettamente realizzato su un territorio da una pluralità di soggetti (pubblici e privati), a favore della comunità che su quel territorio insiste.

Nel corso del 2018 si attiverà il percorso che dovrà portare successivamente alla redazione/costruzione condivisa del bilancio sociale.

SEZIONE 7. LA POLITICA DELLA SPESA E I QUADRI DI PREVISIONE

L’Ambito distrettuale descrive la politica per la spesa e l’utilizzo dei fondi per il triennio, secondo quanto previsto nel § IV.1. Negli ambiti formati da più Zone sociali vengono altresì illustrate le modalità di gestione dei fondi nei limiti di quanto stabilito nel Piano sociale. Uno specifico paragrafo dovrà essere dedicato alla descrizione del processo di acquisizione anche di altre risorse per lo sviluppo del proprio sistema di servizi.

Le risorse finanziarie complessivamente disponibili ai fini della programmazione 2016-2018 che comporranno il quadro finanziario dell’ambito sono il FNPS, nella misura in cui saranno stanziati con le leggi di stabilità annuali, il FSR nella misura in cui saranno stanziati con i Bilanci regionali, il FNNA nella misura in cui saranno stanziati con le leggi di stabilità. Tanto premesso per la programmazione si assumono per certe solo le risorse ordinarie provenienti dai bilanci comunali oltre che con i proventi delle tariffe applicate per i servizi erogati.

Alle risorse ordinarie, devono aggiungersi quelle straordinarie, stanziati da fondi specifici derivanti da finanziamenti esterni al piano Sociale distrettuale, denominate azioni indirette (es. Fondi per il SIA, FSE, PON, POFSE, Fondo dopo di noi L. 208/2015, Fondo Vita Indipendente LR57/2012, LR95/95, Fondo per i minori in comunità, Fondo per l’integrazione socio-sanitaria, Fondo nazionale lotta alla povertà, Fondo sanitario nazionale....). Ovviamente le azioni progettuali previste saranno necessariamente ridotte o non attivati in mancanza di fondi esterni a quelli dei bilanci comunali, ordinari e non. In ogni caso l’Ambito garantirà almeno il 30% della spesa complessivamente prevista per le azioni dirette del PSD.

E’ stata istituita una “Zona di gestione sociale”, con autonomia gestionale circa le modalità di gestione dei servizi. Fanno parte della zona di gestione sociale, il cui Ente gestore è stato individuato nell’Unione dei Comuni “Colline del medio Vomano” con sede presso il comune di Cermignano, che si doterà di un proprio Ufficio di Zona Sociale, i Comuni di Arsita, Bisenti, Castiglione M. Raimondo, Castilenti, Cellino Attanasio, Cermignano, Montefino, Basciano, Canzano, Castellato, Penna S. Andrea; all’ECAD (Comune di Silvi) afferiscono i Comuni di Silvi, Atri e Pineto. L’ECAD si doterà di un Ufficio di Piano. L’ECAD attribuirà le risorse ai Comuni dell’Ambito in base alla popolazione residente, salvo diverse indicazioni regionali.

Il processo di acquisizione delle altre risorse per lo sviluppo dei servizi dovrà tener conto delle diverse esigenze e dell’autonomia gestionale della zona di gestione sociale.

La compilazione e la pubblicazione del quadro complessivo della spesa sociale, sia preventiva che consuntiva, sui siti internet degli ECAD, è una delle condizioni essenziali per l’assegnazione delle risorse finanziarie provenienti dai diversi Fondi.

Nel quadro riepilogativo della spesa sociale devono essere riportati i costi complessivi dei servizi ed interventi suddivisi per ciascun Asse Tematico e per annualità di spesa. I costi gestionali devono essere inseriti nell’apposito riquadro ed essere limitati agli effettivi costi indispensabili per la gestione amministrativa del Piano sociale distrettuale.

Assi Tematici	2017	2018	Costo totale previsto	Quota prevista per disabilità gravissima*
AT 1 - Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio sociale	392.250	784.500	1.176.750	
AT 2 - Interventi e servizi per la non autosufficienza - AREA 2A Servizi finanziati dal FNNA	222.000	444.000	666.000	266.400
AT 2 - Interventi e servizi per la non autosufficienza - AREA 2B Interventi sanitari e socio-sanitari finanziati dal FNNA	168.500	337.000	505.500	
AT 3 - Strategie per l’inclusione sociale e il contrasto alle povertà	132.361,75	264.723,50	397.085,25	
AT 4 - Sostegno alla genitorialità e alle famiglie, nuove generazioni, prevenzione e contrasto alla violenza domestica	300.500	601.000	901.500	
AT 5 – Strategia per le persone con disabilità	534.000	1.068.000	1.602.000	
AT 6 – Strategia per l’invecchiamento attivo	122.500	245.000	367.500	
AT 7 – Strategie per lo sviluppo dei servizi educativi per la prima infanzia	7.500	15.000	22.500	
TOTALE in valore assoluto (A)	€ 1.879.611,75	€ 3.759.223,50	€ 5.638.835,25	€ 266.400
Costi gestionali				
Ufficio di Piano	26.250	52.500	78.750	
Sistema informativo locale sociale	2.500	5.000	7.500	
Altro: specificare				
Altro: specificare				
TOTALE in valore assoluto (B)	€ 28.750	€ 57.500	€ 86.250	€ 266.400
TOTALE COMPLESSIVO (A+B)	€ 1.908.361,75	€ 3.816.723,50	€ 5.725.085,25	€ 266.400

* La quota destinata alle persone con disabilità gravissima non deve essere percentualmente inferiore al 40% del costo totale previsto.

Nota: Le schede finanziarie di dettaglio da allegare saranno fornite dalla Regione con successiva comunicazione relativa alle modalità di monitoraggio e rendicontazione.

SEZIONE 8. ALLEGATI

- Accordo di programma
- Convenzione socio-sanitaria
- Schema di regolamento unitario per l’accesso ai servizi
- Verbale di concertazione con le OO.SS.