

Repubblica Italiana



Regione Siciliana

IL PRESIDENTE

VISTO lo Statuto della Regione;

VISTE le leggi regionali 22 dicembre 1962 n. 28 e 10 aprile 1978 n. 2 e successive modifiche e integrazioni;

VISTA la legge regionale 16 dicembre 2008 n.19;

VISTO il D.P.Reg. 14/06/2016 n. 12 “ Regolamento di attuazione del Titolo II della legge regionale 16 dicembre 2008, n. 19. Rimodulazione degli assetti organizzativi dei Dipartimenti regionali di cui all'art. 49 c.1 della l.r. 7 maggio 2015, n. 9. Modifica del decreto del Presidente della Regione 18 gennaio 2013, n. 6 e successive modifiche e integrazioni”;

VISTO il Decreto Legislativo 23.06.2011 n. 118/2011 e successive modifiche ed integrazioni recante “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio...”;

VISTO l' art. 11 della Legge Regionale 13/01/2015, n. 3, che dispone l' applicazione a decorrere dal 01/01/2015 del sopra citato Decreto Legislativo n. 118/2011 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA la Legge Regionale 8 maggio 2018 n. 8 avente per oggetto “Disposizioni programmatiche e correttive per l' anno 2018. Legge di stabilità regionale”;

VISTA la Legge Regionale 8 maggio 2018 n. 9 pubblicata sul Supplemento Ordinario n. 2 alla G.U.R.S. n. 12 del 18/03/2016, avente per oggetto “Bilancio di previsione della regione siciliana per il triennio 2018/2020”;

VISTA la legge 8 novembre 2000, n. 328 "*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato*

di interventi e servizi sociali" ed, in particolare, l'art. 18 della legge medesima che prevede l'adozione del piano nazionale e dei piani regionali degli interventi e dei servizi sociali;

VISTI il D.P.R.S. del 4 novembre 2002 relativo al documento "*Linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione siciliana*" e successivi atti di programmazione;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 377 del 12/10/2018 con oggetto "*Linee guida per l'attuazione delle Politiche sociali regionali 2018-2019. Apprezzamento*";

Su proposta dell'Assessore regionale per la Famiglia, le Politiche sociali e il Lavoro:

DECRETA

Articolo Unico

In attuazione della Deliberazione della Giunta Regionale n. 377 del 12/10/2018 é approvato il documento "*Linee guida per l'attuazione delle Politiche sociali regionali 2018-2019*" allegato al presente decreto di cui costituisce parte integrante.

Il presente decreto sarà pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana e sul sito web della Presidenza – Segreteria Generale.

Palermo, 26 novembre 2018

F.to L'Assessore per la Famiglia,
le Politiche sociali e il Lavoro
(IPPOLITO)

F.to Il Presidente della Regione Siciliana
MUSUMECI

Linee Guida per l'attuazione delle politiche sociali regionali

2018-2019

Premessa

Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con i Decreti interministeriali del 10 Ottobre 2016 e del 23 Novembre 2017 ha assegnato alle regioni le risorse del F.N.P.S. relative alle annualità 2016 e 2017 prevedendo per la Regione Sicilia un importo complessivo di € 32.047.430,27.

Nello specifico si rileva sull'annualità 2017 una drastica riduzione dell'assegnazione stante la necessità in sede nazionale di destinare cospicue risorse al Fondo povertà, in attuazione della legge 15 marzo 2017, n. 33 “Delega recante norme relative al contrasto della povertà, al riordino delle prestazioni e al sistema degli interventi e dei servizi sociali”.

Riguardo l'utilizzo delle risorse del FNPS relative alle annualità precedenti, la Regione Siciliana con D.P. 376 dell'11 novembre 2013 ha approvato le “*Linee Guida per l'attuazione delle politiche sociali e socio-sanitarie 2013-2015*” (FNPS 2010/2013) e con D.P. 598 del 29 novembre 2016 “Integrazione alle Linee guida per l'attuazione delle Politiche sociali e socio-sanitarie 2013-2015” (FNPS 2014/2015) ha implementato la precedente programmazione dei Piani di Zona, in corso di attuazione, garantendo una copertura dei servizi anche per gli anni 2016/2017.

Con il presente atto di programmazione si intende dunque dare continuità alle politiche sociali territoriali, rafforzando il sistema di *welfare* già avviato a partire dal 2002 e ottimizzando le risorse pubbliche destinate alle politiche sociali e socio-sanitarie per le annualità successive, nei limiti della copertura offerta dalle assegnazioni ministeriali.

Appare indubbio infatti che l'attivazione di altri Fondi Nazionali destinati al settore sociale, non ultimo il Fondo Povertà, renda necessario da parte dei distretti socio-sanitari l'inserimento nei Piani di Zona di Azioni che non trovino adeguate coperture su altre fonti di finanziamento europee, nazionali e regionali.

La programmazione espressa dai distretti socio-sanitari attraverso i Piani di Zona, nel rispetto del principio di autonomia del livello locale sovra comunale, dovrà dunque individuare la destinazione più efficace delle risorse del FNPS tenuto conto dei bisogni rilevati sul territorio e dell'offerta di servizi già attivata o da attivare.

In ogni caso i distretti socio-sanitari dovranno programmare le risorse loro assegnate secondo i macro-livelli e i relativi obiettivi di servizio indicati nei decreti ministeriali sopra citati, di cui alla Tab 1 sotto riportata.

Tab. 1

| MACRO LIVELLO | OBIETTIVI DI SERVIZIO | AREE DI INTERVENTO | | |
|--|--|--------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| | | RESPONSABILITÀ FAMILIARI | DISABILITÀ E NON AUTOSUFF. | POVERTÀ ED ESCLUSIONE SOCIALE |
| SERVIZI PER L'ACCESSO E LA PRESA IN CARICO DA PARTE DELLA RETE ASSISTENZIALE | ACCESSO [1] | | | |
| | PRESA IN CARICO [2] | | | |
| | PRONTO INTERVENTO SOCIALE [3] | | | |
| SERVIZI E MISURE PER FAVORIRE LA PERMANENZA A DOMICILIO | ASSISTENZA DOMICILIARE [4] | | | |
| | SERVIZI PROSSIMITÀ [5] | | | |
| SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA E SERVIZI TERRITORIALI COMUNITARI | ASILI NIDO E ALTRI SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA [6] | | | |
| | CENTRI DIURNI E ALTRI SERVIZI TERRITORIALI COMUNITARI [7] | | | |
| SERVIZI TERRITORIALI A CARATTERE RESIDENZIALE PER LE FRAGILITÀ | COMUNITÀ/RESIDENZE A FAVORE DEI MINORI E PERSONE CON FRAGILITÀ [8] | | | |
| MISURE DI INCLUSIONE SOCIALE - SOSTEGNO AL REDDITO | INTERVENTI/MISURE PER FACILITARE INCLUSIONE E AUTONOMIA [9] | | | |
| | MISURE DI SOSTEGNO AL REDDITO [10] | | | |

[1] A titolo esemplificativo: Segretariato sociale, Telefonia sociale, Centri di ascolto tematici, ecc.
 [2] A titolo esemplificativo: Servizio sociale professionale, Valutazione multidimensionale, Servizio per l'affidamento minori, Servizio per adozione minori, ecc
 [3] A titolo esemplificativo: Interventi quali mensa sociale e servizi per l'igiene personale, attivati per offrire sostegno a specifici target in situazioni di emergenza sociale.
 [4] A titolo esemplificativo: Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio, Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari, ecc.
 [5] A titolo esemplificativo: Servizi accoglienza di adulti e anziani, ecc.
 [6] A titolo esemplificativo: Asili nido, Spazi giochi, Centri per bambini e famiglie, Servizi e interventi educativi in contesto domiciliare
 [7] A titolo esemplificativo: Centri per le famiglie, Centri diurni riabilitativi, Laboratori, Centri di aggregazioni sociali, ecc.
 [8] A titolo esemplificativo: Residenze per anziani, Strutture per disabili, Comunità educativo-assistenziali, ecc.
 [9] A titolo esemplificativo: Supporto all'inserimento lavorativo, Buoni spesa o buoni pasto, Interventi per senza dimora, ecc.
 [10] A titolo esemplificativo: Contributi per servizi alla persona, Contributi economici per alloggio, Contributi economici per i servizi scolastici, Contributi economici ad integrazione del reddito familiare, ecc.

1. Il contesto socio-demografico regionale

Dall'analisi dei dati ISTAT rilevati al 31/12/2016 relativi alla popolazione siciliana emergono alcuni processi la cui lettura diventa uno strumento necessario per l'amministrazione pubblica nella definizione delle politiche sociali.

Nello specifico si riportano di seguito alcuni indicatori statistici che hanno indubbiamente un impatto sul territorio in materia di lavoro, inclusione sociale, istruzione, formazione, servizi sociali e socio-sanitari.

- riduzione popolazione residente
- riduzione della media di componenti per famiglia
- aumento della popolazione anziana e dei soggetti non autosufficienti
- aumento del tasso di disoccupazione
- aumento del n° di inoccupati
- aumento dei flussi migratori verso le altre regioni

Il primo dato riguarda la popolazione residente. Nell'ultimo triennio si è assistito ad un decremento costante dovuto a diversi fenomeni sociali riconducibili agli indicatori sopra riportati.

Graf. 1



L'analisi della struttura per età di una popolazione considera tre fasce di età: **giovani** 0-14 anni, **adulti** 15-64 anni e **anziani** 65 anni ed oltre.

Tab. 2

| | 0-14 anni | 15-64 anni | 65 anni ed oltre |
|------|-----------|------------|------------------|
| 2002 | 16.9 | 66.0 | 17.1 |
| 2003 | 17.2 | 65.9 | 16.9 |
| 2004 | 17.4 | 65.9 | 16.6 |
| 2005 | 17.7 | 65.9 | 16.4 |
| 2006 | 18.0 | 65.9 | 16.2 |
| 2007 | 18.1 | 65.9 | 15.9 |
| 2008 | 18.2 | 66.1 | 15.7 |
| 2009 | 18.3 | 66.3 | 15.5 |
| 2010 | 18.4 | 66.3 | 15.3 |
| 2011 | 18.5 | 66.3 | 15.2 |
| 2012 | 18.9 | 66.2 | 14.9 |
| 2013 | 19.3 | 65.9 | 14.8 |
| 2014 | 19.6 | 65.8 | 14.6 |
| 2015 | 19.9 | 65.6 | 14.5 |
| 2016 | 20.2 | 65.5 | 14.3 |
| 2017 | 20.6 | 65.3 | 14.1 |

Struttura per età della popolazione (valori %)

SICILIA - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Dalla tabella sopra riportata si evince una progressiva riduzione della fascia 0-14 e un costante aumento della popolazione anziana, così come si evidenzia nell'indice di vecchiaia rilevato negli ultimi cinque anni, che rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione siciliana (

nel 2017 l'indice di vecchiaia per la Sicilia indica che ci sono 145,8 anziani ogni 100 giovani).

Lo studio di tali rapporti è importante per valutare alcuni impatti sul sistema sociale, ad esempio sul sistema lavorativo o su quello sanitario.

Si riportano di seguito alcuni indici demografici che rilevano lo stretto rapporto tra popolazione e fenomeni sociali.

Tab. 3

| Anno | Indice di vecchiaia | Indice di dipendenza strutturale | Indice di ricambio della popolazione attiva | Indice di struttura della popolazione attiva | Indice di carico di figli per donna feconda | Indice di natalità (x 1.000 ab.) | Indice di mortalità (x 1.000 ab.) |
|-------------|---------------------|----------------------------------|---|--|---|----------------------------------|-----------------------------------|
| | 1° gennaio | 1° gennaio | 1° gennaio | 1° gennaio | 1° gennaio | 1 gen-31 dic | 1 gen-31 dic |
| 2013 | 131,0 | 51,7 | 106,5 | 107,7 | 23,8 | 8,8 | 9,8 |
| 2014 | 134,2 | 52,0 | 106,8 | 109,2 | 23,6 | 8,8 | 9,8 |
| 2015 | 137,6 | 52,3 | 108,9 | 111,8 | 23,6 | 8,5 | 10,4 |
| 2016 | 141,3 | 52,6 | 111,1 | 114,0 | 23,7 | 8,2 | 9,9 |
| 2017 | 145,8 | 53,0 | 114,1 | 117,0 | 23,9 | - | - |

Secondo le tabelle sopra riportate, in Sicilia nel 2017

- Ci sono 53 individui a carico ogni 100 che lavorano;
- la popolazione in età lavorativa è abbastanza anziana.
- le nascite si riducono
- la mortalità si riduce

La struttura demografica attuale correlata alla riduzione del tasso di natalità e agli accentuati fenomeni migratori delle fasce più giovani della popolazione siciliana, sarà sempre più caratterizzata da un rapido processo di invecchiamento che determinerà un elevato costo sociale, in relazione ai maggiori interventi e servizi necessari agli anziani ultrasessantacinquenni, soprattutto se in condizioni di non autosufficienza; lo sbilanciamento verso l'età avanzata comporterà sfide sempre più complesse per il sistema socio-sanitario regionale.

In aggiunta ai suddetti indicatori, va considerato che in Sicilia si registra il doppio del tasso di disoccupazione rispetto alla media europea (nel 2017 21,96%), ed è la regione al top tra oltre 200 regioni europee per l'alto tasso di Neet, "**Not (Engaged) in Education, Employment or Training**" cioè di giovani fra i 18 e i 24 anni che non studiano e non cercano lavoro, così come rilevato Regional Yearbook 2017 pubblicato da Eurostat.

Tra i Paesi Ue, dove la media dei Neet è del 15,2%, l'Italia si conferma con la quota più elevata (il 26%) e la Sicilia registra un valore pari al 41,4%.

Secondo i dati, l'alto tasso di ragazzi che faticano a trovare una motivazione per continuare a cercare un impiego ha probabilmente la sua origine in un altro dato: in Sicilia, come in altre regioni del Mezzogiorno, lavora meno di una persona su due fra i 20 e i 64 anni.

Ovviamente tutto questo genera un aumento delle persone a rischio di esclusione sociale, anche con forti ripercussioni sullo stato di salute, stante che in diversi casi la mancanza di reddito comporta da parte della persona la rinuncia alla cura.

A conferma del diffuso stato di disagio di parte della popolazione siciliana basta porre attenzione agli indicatori relativi alla povertà assoluta e alla povertà relativa in Sicilia rispetto al territorio nazionale.

Dal rapporto congiunturale della Fondazione Res, la povertà relativa colpisce nella Regione Sicilia l'11,7% delle famiglie a fronte di una media nazionale pari al 6,1%. Nello specifico sono

coinvolte il 10,8% della popolazione (media nazionale 7,6%), cioè circa 550 mila persone.

Anche la povertà assoluta é cresciuta negli anni, raggiungendo in Sicilia livelli massimi: circa 260 mila famiglie e oltre 720 mila persone.

“ Aumentano le diseguaglianze economiche e sociali, che sono fortemente cresciute nella crisi e colpiscono sempre più anche la classe media. Si amplia l’area del disagio sociale e gli indici di povertà e di deprivazione sono i più alti a livello nazionale; il reddito medio familiare è del 29% inferiore alla media italiana e l’ammontare dei redditi dei più ricchi è oltre otto volte superiore a quello dei più poveri”. (Contingenza Res 1/2017).

Tab. 4

Indicatori di povertà assoluta per ripartizione geografica

| | Nord | | Centro | | Mezzogiorno | | Sicilia | | Italia | |
|-----------------------------|-------|-------|--------|-------|-------------|-------|---------|------|--------|-------|
| | 2014 | 2015 | 2014 | 2015 | 2014 | 2015 | 2014 | 2015 | 2014 | 2015 |
| Migliaia di unità | | | | | | | | | | |
| famiglie povere | 515 | 613 | 251 | 225 | 704 | 744 | 367 | 364 | 1470 | 1582 |
| famiglie residenti | 12292 | 12301 | 5292 | 5302 | 8184 | 8185 | 2321 | 2302 | 25768 | 25789 |
| persone povere | 1578 | 1843 | 658 | 671 | 1866 | 2084 | 948 | 947 | 4102 | 4598 |
| persone residenti | 27595 | 27600 | 11997 | 12014 | 20855 | 20827 | 5095 | 5092 | 60448 | 60441 |
| Incidenza della povertà (%) | | | | | | | | | | |
| famiglie | 4,2 | 5 | 4,8 | 4,2 | 8,6 | 9,1 | 10,6 | 11,7 | 5,7 | 6,1 |
| persone | 5,7 | 6,7 | 5,5 | 5,6 | 9 | 10 | 9,2 | 10,8 | 6,8 | 7,6 |

Il contesto di bassa crescita e di recessione che caratterizza da quasi un quinquennio l’economia europea ed italiana ha duramente colpito la Sicilia come rilevabile dagli indicatori sopra indicati.

Appare evidente che la suddetta situazione aumenta il carico economico della famiglia, compresa la famiglia di origine, dove i “nonni” sono con la loro pensione un sostegno alla famiglia dei figli.

Le famiglie sono attraversate da tendenze inclusive e solidaristiche. La solidarietà tra le generazioni continua e si concretizza nello scambio di beni materiali e simbolici: cure, sostegno economico e psicologico, ecc.

Si tratta di “ammortizzatori sociali” importanti, grazie ad una molteplicità di strategie di mutuo aiuto, relazioni che svolgono un ruolo nel prevenire o contenere forme di malessere e di disagio. Nonostante i profondi mutamenti di cui è protagonista, la famiglia rimane un imprescindibile “agente sociale”, in particolar modo in presenza di fenomeni critici acuiti dalla crisi economica, quale ad esempio la disoccupazione, specie quella giovanile.

In Sicilia la solidarietà intergenerazionale nell’ambito della famiglia costituisce dunque una condizione necessaria per limitare le condizioni di povertà assoluta.

In sintesi, i dati testimoniano un profondo cambiamento in atto nel tessuto sociale

riscontrabile in dinamiche quali l'invecchiamento della popolazione, l'incremento della disabilità e delle malattie croniche, i nuovi modelli di composizione delle famiglie, i cambiamenti prodotti dai flussi migratori, la diffusione delle condizioni di povertà e dei rischi di impoverimento, l'acuirsi delle disuguaglianze e dei condizioni di disagio.

L'affermarsi di specifiche tendenze demografiche all'interno della popolazione combinate con gli effetti della difficile congiuntura economica, ha portato a un generale incremento di bisogni nella società, cui è necessario offrire risposte adeguate.

Appare quanto mai necessaria una riflessione condivisa che porti alla costruzione di un nuovo patto per il welfare, in grado di rispondere efficacemente alle istanze della comunità senza arretrare sul terreno della convivenza civile e della coesione sociale.

Da qui l'esigenza di ripensare le *policy* per costruire opportunità che consentano alle persone in condizioni di grave marginalità di recuperare benessere e autonomia, nonché per dar vita a un sistema di *welfare* organico in grado di anticipare la domanda e la programmazione dei servizi (affrancandosi da una logica emergenziale), di tracciare concretamente le direttrici di intervento, di stabilire una pianificazione territoriale, di individuare i livelli essenziali delle prestazioni sociali e le azioni di monitoraggio, di definire nello specifico le competenze tra gli attori istituzionali, gli enti pubblici e privati.

E' necessario inoltre riorganizzare la spesa sociale favorendo un modello non alternativo od esclusivo (o tutto pubblico, o tutto privato), ma al contrario inclusivo e complementare, in cui le diverse esperienze e idee promosse da aziende, cooperative, fondazioni si integrino in una politica condivisa di welfare locale. Attraverso un "bilancio allargato" delle politiche di welfare territoriali si potrà così dar vita a una solida e diffusa rete di protezione dei diritti sociali in grado di incidere su tutte le politiche di sviluppo locale.

2. La programmazione integrata

Ottimizzare l'uso delle risorse pubbliche destinate al sociale e al socio-sanitario é certamente la migliore strategia per rispondere alla molteplicità dei bisogni manifestati dalle diverse fasce di popolazione.

Tutto ciò richiede però un impegno costante da parte dei diversi attori sociali, pubblici e privati, al fine di agire secondo un modello integrato e sinergico in grado di utilizzare in modo efficace ed efficiente le diverse opportunità di finanziamento riguardanti il settore.

La proliferazione dei Fondi pubblici, sia nazionali che europei, e le diverse procedure adottate per accedere agli stessi, negli ultimi anni hanno determinato una "pressione" costante sugli addetti ai lavori, con conseguenze non sempre positive in termini di capacità di "attrazione" della risorsa pubblica e soprattutto di attuazione dei servizi finanziati.

Nel presente documento si ritiene utile richiamare alcuni programmi europei, nazionali e regionali avviati in ambito sociale al fine di focalizzare le opportunità offerte agli ambiti territoriali, le aree di intervento interessate dai vari Fondi, per avere così un quadro complessivo necessario per individuare le priorità da inserire nel Piano di Zona.

I distretti socio-sanitari infatti nell'elaborazione delle politiche sociali e socio-sanitarie territoriali, sono chiamati ad individuare i collegamenti sinergici tra le diverse programmazioni garantendo l'integrazione tra le politiche ordinarie e quelle straordinarie, messe in campo attraverso l'utilizzo dei diversi fondi, soprattutto quelli nazionali ed europei.

2.1 Programmi di contrasto alla marginalità sociale

Sia in sede europea che in sede nazionale in questo ultimo biennio é stata posta particolare attenzione alla lotta alla povertà, con un approccio volto all'inclusione sociale.

Con il [Programma Operativo Nazionale \(PON\) Inclusione 2014-2020](#), cofinanziato dal

Fondo Sociale Europeo, per la prima volta i fondi strutturali intervengono a supporto delle politiche di inclusione sociale. Il PON, in particolare, intende contribuire al processo che mira a definire i livelli minimi di alcune prestazioni sociali, affinché queste siano garantite in modo uniforme in tutte le regioni italiane, superando l'attuale disomogeneità territoriale.

Il PON Inclusione raccordato con i Programmi Operativi regionali, nonché con il [FEAD \(Fondo di aiuti europei agli indigenti\)](#) e con il [PON Città Metropolitane](#), costituisce un'opportunità in questo periodo storico, che come già detto, è caratterizzato da sacche di povertà e di esclusione sociale elevate.

Attraverso l'asse 1 e l'asse 2, il Programma, il cui budget complessivo è pari a circa 1,2 miliardi di euro, viene destinato a supportare in modo considerevole l'attuazione di misure nazionali di contrasto alla povertà.

Attraverso il PON Inclusione, lo Stato ha adottato diversi strumenti per la presa in carico delle persone con particolari fragilità: se da una parte è stata messa in campo una misura di Sostegno al reddito (SIA successivamente sostituita dal REI) che prevede oltre al sostegno economico un intervento di attivazione sociale e lavorativa, concretizzato nel progetto personalizzato di presa in carico, dall'altra attraverso il PON il governo nazionale mira a rafforzare i servizi sociali dei Comuni che in rete con i servizi per l'impiego, i servizi sanitari, i servizi scolastici e con i soggetti privati attivi nell'ambito degli interventi di contrasto alla povertà, possano favorire percorsi di accompagnamento, attivazione e reinserimento lavorativo e sociale dei nuclei beneficiari del sostegno economico.

Con l'Avviso Pubblico n.3/2016 emanato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali nell'ambito del PON Inclusione 2014-2020 sono state destinate alla Sicilia somme pari a € 114.522.636,00 che verranno utilizzate dai territori in linea generale principalmente per

- ✓ potenziare i servizi di segretariato sociale, i servizi per la presa in carico e per gli interventi sociali rivolti alle famiglie beneficiarie del SIA;
- ✓ realizzare interventi sociali quali l'assistenza educativa domiciliare e territoriale, servizi socio-educativi favorendo la conciliazione dei tempi di vita con i tempi di lavoro;
- ✓ favorire inserimenti lavorativi attraverso tirocini, work-experience, auto-imprenditorialità, ecc.

Strettamente correlato al PON Inclusione è il [PO FSE 2014-2020](#) adottato dalla Regione Siciliana e in corso di attuazione.

Attraverso l'**Obiettivo tematico 9 “Promuovere l'inclusione sociale e combattere ogni povertà e ogni discriminazione”** la Regione Siciliana intende:

- attivare interventi di sostegno a persone e nuclei familiari a rischio di povertà sviluppando una rete di servizi multidimensionale finalizzata all'inserimento sociale e lavorativo e, più in generale, migliorando l'efficienza dei servizi sociali per la presa in carico dei soggetti multiproblematici e per la realizzazione di percorsi integrati **”(Ob. 9.1 Riduzione della povertà e dell'esclusione sociale e promozione dell'innovazione sociale);**
- favorire l'inserimento lavorativo delle persone disabili e molto svantaggiate, creando condizioni di pari opportunità e di capacitazione, rafforzando il profilo di occupabilità con azioni di sostegno multiprofessionali e contrastando le condizioni di ostacolo all'integrazione socio lavorativa dei suddetti soggetti **(9.2 Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro delle persone maggiormente vulnerabili);**
- rafforzare l'economia sociale, attraverso la realizzazione specifiche iniziative di consolidamento del tessuto delle imprese del terzo settore e della cooperazione sociale impegnate a vario titolo in politiche di inclusione sociale, in modo da promuovere l'occupabilità attraverso lo sviluppo di sistemi economici inclusivi, con particolare riferimento ai soggetti svantaggiati **(Ob. 9.7 Rafforzamento dell'economia sociale).**

Con la **Priorità 9** la regione intende operare secondo una logica di complementarità ed

integrazione con gli interventi che saranno attuati a valere su il Programma Operativo Nazionale “Inclusione” a titolarità del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, anche in considerazione delle minori risorse di cui dispone il programma rispetto al precedente periodo di programmazione.

Nell'ambito dell'Ob. 9., attraverso i diversi obiettivi specifici, a titolo esemplificativo si prevede di:

- rafforzare i servizi sociali innovativi di sostegno a nuclei familiari multiproblematici e/o a persone particolarmente svantaggiate o oggetto di discriminazione [es. adozione sociale, tutoraggio, mediazione familiare e culturale, “centri territoriali per la famiglia”, prevenzione dell’abuso e del maltrattamento intra-familiare, e della violenza], favorendo progetti di diffusione e scambio di best practices relativi ai servizi per la famiglia ispirati anche al modello della sussidiarietà circolare;
- sostenere persone in condizione di temporanea difficoltà economica anche attraverso il ricorso a strumenti di ingegneria finanziaria, tra i quali il micro-credito, e strumenti rimborsabili eventualmente anche attraverso ore di lavoro da dedicare alla collettività;
- favorire interventi di presa in carico multi professionale, finalizzati all’inclusione lavorativa delle persone con disabilità attraverso la definizione di progetti personalizzati, nonché delle persone maggiormente vulnerabili e a rischio di discriminazione e in generale alle persone che per diversi motivi sono presi in carico dai servizi sociali: percorsi di empowerment [ad es. interventi di recupero delle competenze di base rivolti a tossicodipendenti, detenuti etc.], misure per l’attivazione e accompagnamento di percorsi imprenditoriali, anche in forma cooperativa (es. accesso al credito, fondi di garanzia, microcredito d’impresa, forme di tutoraggio, anche alla pari);
- favorire progetti integrati di inclusione attiva rivolti alle vittime di violenza, di tratta e grave sfruttamento, ai minori stranieri non accompagnati prossimi alla maggiore età, ai beneficiari di protezione internazionale, sussidiaria ed umanitaria e alle persone a rischio di discriminazione;
- rafforzare le imprese sociali e le organizzazioni del terzo settore in termini di efficienza ed efficacia della loro azione [ad es. attività di certificazione di qualità delle istituzioni private e di terzo settore che erogano servizi di welfare, di promozione di network, di promozione degli strumenti di rendicontazione sociale e formazione di specifiche figure relative, di innovazione delle forme giuridiche e organizzative, di sensibilizzazione e formazione per lo sviluppo di imprenditoria sociale];
- rafforzare le attività delle imprese sociali di inserimento lavorativo.

Sempre nell'ambito **l'Obiettivo tematico 9 anche il P.O. FESR 2014-2020** adottato dalla Regione Siciliana prevede specifici interventi di rafforzamento dei servizi sociali e socio-sanitari, promuovendo l’inclusione sociale attraverso un migliore accesso ai servizi sociali, culturali e ricreativi e il passaggio dai servizi istituzionali ai servizi territoriali di comunità.

Attraverso **l'Obiettivo tematico 9 la Regione intende ri-orientare, congiuntamente alla programmazione** del FSE, l’azione regionale maggiormente a favore delle politiche per l’inclusione sociale al fine di ridurre i divari nelle condizioni di vita, intervenendo in particolare sulla qualità dei servizi sociali e socio-sanitari, del tessuto urbano, ecc.

Il Programma promuove, quindi, attraverso tale obiettivo, la diffusione a livello territoriale di servizi qualificati rispondenti a standard strutturali e organizzativi definiti, rivolti a contrastare la marginalità estrema.

Verranno pertanto attivati interventi progettuali per:

- potenziare le infrastrutture (includendo anche le attrezzature necessarie) della rete dei servizi per il pronto intervento sociale
- migliorare il tessuto urbano nelle aree a basso tasso di legalità, e ad alta esclusione sociale.

2.1.1 Programmi per l'integrazione degli immigrati.

La crescente presenza di immigrati sul territorio siciliano, dovuta negli ultimi anni ad un aumento considerevole degli sbarchi clandestini sulle coste della nostra isola, ha determinato un coinvolgimento maggiore delle istituzioni pubbliche investite in modo più pressante da competenze in materia di accoglienza, salute, istruzione, formazione, lavoro, tutela giuridica, sicurezza, ecc.

Stato, regioni, autonomie locali, in collaborazione con le associazioni del settore e con le autorità dei Paesi di origine, favoriscono l'integrazione dei cittadini stranieri che si trovano regolarmente in Italia (articolo 42 del Testo unico immigrazione) attraverso programmi che: prevedono l'informazione sui diritti e opportunità di integrazione oppure reinserimento nei paesi di provenienza; promuovono la formazione linguistica, civica e professionale; favoriscono l'ingresso nel mondo del lavoro.

Da diversi anni si è testimoni di una umanità in fuga da guerre, conflitti, persecuzioni che ha trovato in molti paesi, come l'Italia, una soluzione al suo bisogno di protezione. Ed è intorno a questo bisogno che è nato e cresciuto un sistema multilivello capace di dare, seppure con limiti e criticità, accoglienza a migliaia di richiedenti asilo. In questi anni, istituzioni, enti locali e terzo settore hanno cooperato per raggiungere questo obiettivo, per dare senso alla parola "accoglienza", arricchendola di valore e significato.

Anche il Dipartimento Famiglia ha ritenuto necessario intervenire nel settore attraverso progettualità volte all'integrazione sociale degli immigrati provenienti da paesi terzi e finanziate dal FAMI 2014-2020 (Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione).

Il "**Fondo asilo migrazione e integrazione 2014-2020**" (Fami)" è uno strumento finanziario istituito con [Regolamento UE n. 516/2014](#) con l'obiettivo di promuovere una gestione integrata dei flussi migratori sostenendo tutti gli aspetti del fenomeno: asilo, integrazione e rimpatrio.

Il Fondo offre un supporto agli Stati per perseguire i seguenti obiettivi:

- ✓ rafforzare e sviluppare tutti gli aspetti del **sistema europeo comune di asilo**, compresa la sua dimensione esterna;
- ✓ sostenere la **migrazione legale** verso gli Stati membri in funzione del loro fabbisogno economico ed occupazionale e promuovere l'effettiva **integrazione dei cittadini di Paesi terzi** nelle società ospitanti;
- ✓ promuovere strategie di **rimpatrio** eque ed efficaci negli Stati membri, che contribuiscano a contrastare l'immigrazione illegale, con particolare attenzione al carattere durevole del rimpatrio e alla riammissione effettiva nei paesi di origine e di transito;
- ✓ migliorare la **solidarietà e la ripartizione delle responsabilità fra gli Stati membri**, specie quelli più esposti ai flussi migratori e di richiedenti asilo, anche attraverso la cooperazione pratica.

La strategia di intervento per l'attuazione del Programma Nazionale Fami è:

- *multisetoriale*: capace di integrare politiche, servizi ed iniziative che fanno riferimento ad aree diverse, ma complementari
- *multilivello*: capace di coinvolgere tutti gli attori istituzionali competenti
- *multistakeholders*: capace di coinvolgere tutti i soggetti interessati in modo partecipato
- *attenta alla complementarietà tra i Fondi*: capace di garantire una maggiore sinergia nella gestione delle risorse e di rafforzare la complementarietà degli interventi finanziati a valere su fondi comunitari e nazionali a titolarità delle Amministrazioni centrali e regionali

A valere sul suddetto Fondo il Dipartimento Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali da circa un biennio ha aderito al Programma FAMI con due progettualità: una riguardante la formazione civico-linguistica e una riguardante interventi di integrazione sociale (Progetto Multiazione).

La prima progettualità ha l'obiettivo di consolidare e ampliare l'offerta di servizi di formazione civico-linguistica degli immigrati. Il progetto, coordinato dalla Regione Sicilia

Dipartimento Famiglia e Politiche Sociali ha coinvolto 10 CPIA dell'intero territorio siciliano, le Università di Palermo, Catania e Messina e l'Ufficio Scolastico Regionale.

I principali attori coinvolti sono le Prefetture, le Questure, i Centri di Accoglienza, le cooperative sociali, i Comuni e le scuole di tutto il territorio siciliano.

La capillarità territoriale ha garantito una diffusione del progetto su tutta la regione e ha consentito una distribuzione equa dei corsi.

I corsi realizzati sono stati 85. Sono state formate 184 donne con una età media di 23 anni e 1570 uomini con età media di 19 anni, per complessivi 1754 allievi con età media di 19 anni. 991 allievi sono MSNA con età media di 17 anni.

Punti di forza del progetto sono stati:

- ✓ Modello organizzativo reticolare della comunicazione per l'attuazione del progetto tra gli attori coinvolti
- ✓ La scelta dei tempi di attuazione delle azioni progettuali realizzate in buona parte nel periodo di chiusura estiva delle attività scolastiche ordinarie
- ✓ La collaborazione inter istituzionale

Con il progetto Multiazione si intende, migliorare le condizioni di vita dei migranti, innalzandone il livello di inclusione nel tessuto sociale regionale, sia attraverso una migliore accessibilità ai servizi offerti, sia attraverso la valorizzazione del capitale umano e professionale proprio di ciascuna persona.

Nello specifico il progetto é stato articolato in 4 Azioni:

- ✓ Azione 1 "Inter-azione" - qualificazione sistema scolastico in partenariato con alcuni Istituti scolastici. L'attività mira alla prevenzione dell'insuccesso e ritardo scolastico e l'attivazione di laboratori per alunni stranieri che intendano continuare il percorso di istruzione.
- ✓ Azione 2 " Informa – azione" - promozione accesso ai servizi erogati sul territorio. Attivazione osservatorio regionale sull'immigrazione curato dall'Università di Messina. Obiettivo: innalzamento del livello dei servizi erogati, promozione di un sistema informativo che faciliti l'attività dei servizi già esistenti.
- ✓ Azione 3 "Comunic-azione" -Organizzazione di 10 seminari itineranti, creazione di un net working per la condivisione delle esperienze e best practice.
- ✓ Azione 4 "Idea- Azione"- Attività varie – sport senza frontiere, utilizzo delle strutture sportive universitarie, organizzazione di una olimpiade dell'integrazione, ecc.

Si tratta dunque di progetti che verranno riproposti, seppur con Azioni differenti, anche nei prossimi anni a valere sulla programmazione FAMI 2014-2020.

Si rende pertanto necessario rafforzarne la complementarietà con altri fondi destinati al settore, soprattutto con il FSE che spesso individua i migranti tra i target destinatari degli interventi progettuali. Come sopra evidenziato il programma FAMI va rafforzato attraverso interventi di natura socio -economica in grado di favorire una migliore integrazione dei migranti. In alcuni casi, soprattutto nelle realtà territoriali della nostra Regione particolarmente interessate dalla presenza di stranieri, può essere utile prevedere anche nell'ambito dei Piani di Zona servizi per l'informazione (sportelli) o interventi di mediazione culturale in grado di favorire processi di integrazione e rafforzare così la coesione sociale.

2.2 Programmi a supporto delle politiche di conciliazione

Un altro obiettivo che la Regione si pone con il **P.O. FSE**, sempre nell'ambito dell'Asse Inclusione é quello dell' ***“Aumento/ consolidamento/qualificazione dei servizi e delle infrastrutture di cura socio-educativi rivolti ai bambini e dei servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia e potenziamento della rete infrastrutturale e dell'offerta di servizi sanitari e sociosanitari territoriali”***.

Si tratta di un obiettivo volto a promuovere un welfare delle famiglie, a supporto nelle diverse fasi della vita, con particolare riferimento all'infanzia, alla genitorialità, alle difficoltà socio-economiche, alla disabilità, contribuendo ad ampliare la presa in carico dei bambini, anche individuando nuove modalità di gestione integrata dei servizi di cura per l'infanzia, al fine di fronteggiare una delle principali criticità nel percorso di raggiungimento dei risultati previsti dall'indicatore S05, ovvero la carenza di risorse necessarie a sostenere i costi di gestione dei nuovi asili. Un impegno del FSE a favore dei servizi di assistenza e cura che la Regione assume sulla base dei seguenti principi attuativi: equità nell'accessibilità, centralità del bisogno della persona e della famiglia, sostenibilità.

A titolo esemplificativo le azioni che si intendono attivare sono:

- sostegno a forme di erogazione e fruizione flessibile dei servizi per la prima infanzia, tra i quali nidi
- familiari, spazi gioco, centri per bambini e genitori, micronidi estivi, anche in riferimento ad orari e periodi
- di apertura [nel rispetto degli standard fissati per tali servizi].
- implementazione di buoni servizio [per favorire l'accesso dei nuclei familiari alla rete dei servizi
- sociosanitari domiciliari e a ciclo diurno, e per favorire l'incremento di qualità dei servizi sia in termini di
- prestazioni erogate che di estensione delle fasce orarie e di integrazione della filiera], promozione
- dell'occupazione regolare.
- formazione degli assistenti familiari e creazione di registri di accreditamento e di albi di fornitori di servizi di cura rivolti alle persone anziane e/o non autosufficienti.
- implementazione del Sistema informativo dei servizi e delle prestazioni sociali (questa azione riguarda l'intero sistema sociale).

Anche il P.O. FESR 2014-2020 prevede di finanziare piani di investimento per Comuni associati per realizzare nuove infrastrutture o recuperare quelle esistenti in favore della prima infanzia e degli anziani non autosufficienti nel rispetto delle normative regionali di riferimento

Strettamente correlato agli interventi di conciliazione individuati nei suddetti Programmi Operativi, è il Programma Servizi di Cura Infanzia e Anziani (**PNSCIA**) attivato dal Ministero dell'Interno nell'ambito del Piano di azione e Coesione (**PAC**), già a far data dal 2014.

Come è noto il suddetto Programma interviene in favore delle Regioni Obiettivo Convergenza e destina significative risorse per rafforzare i 'Servizi di cura all'infanzia e agli anziani non autosufficienti'.

Il programma è riservato ai 201 Ambiti/Distretti (1608 Comuni) della Campania, Puglia, Calabria e Sicilia e finanzia la gestione dei servizi quali nidi pubblici e privati, assistenza domiciliare agli anziani. La dimensione finanziaria del Programma, inizialmente di 730 milioni, è stata ridotta a 627 milioni di euro (circa 350 per l'infanzia e 280 per gli anziani) per effetto della legge di stabilità 2015.

Il programma ha previsto due riparti e le relative azioni dovranno completarsi entro il primo semestre 2019.

Le risorse del primo Riparto assegnate alla Regione Siciliana sono state utilizzate per le seguenti Azioni:

Tab. 5 (dati parziali trasmessi dagli ambiti territoriali)

| | Ore erogate in ADI | Ore erogate in SAD | Posti nido finanziati | Posti servizi integrativi | Posti bambino a titolarità pubblica | Posti bambino a titolarità privata |
|----------|--------------------|--------------------|-----------------------|---------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| Anziani | 433.273 | 808.194 | | | | |
| Infanzia | | | 1.587 | 736 | 2.108 | 215 |

Le risorse del primo riparto non utilizzate dai distretti socio-sanitari sono state riprogrammate sul secondo riparto, aumentando così il budget complessivo a disposizione degli ambiti territoriali.

A valere sul secondo Riparto sono stati approvati per la Sicilia n. 54 progetti per la linea d'intervento Anziani e n. 52 progetti per la linea d'intervento Infanzia per un importo complessivo rispettivamente di € 45.643.016, 81 (Anziani) e € 61.755.940,79 (Infanzia).

La riassegnazione delle risorse non utilizzate con il Primo riparto comporterà per la nostra Regione un'assegnazione complessiva (Economie I riparto e assegnazione II riparto) pari a € 55.788.518,12 per la linea anziani e € 81.192.432,75 per la linea Infanzia (Ministero dell'Interno Decreto n. 1945/PAC del 20/11/2017).

In aggiunta ai suddetti interventi sono state previste dal Ministero delle Azioni a titolarità diretta dell'Autorità di gestione rivolte alla Linea Infanzia per il potenziamento di alcuni territori ancora privi o carenti del servizio nido.

In Sicilia sono stati finanziati 16 progetti per un importo complessivo di € 3.537.851,16 per il supporto alla gestione di asili nido realizzati a valere sul FESR e ubicati per lo più in Comuni privi del servizio di asilo nido.

Attraverso il PNSCIA - PAC i distretti socio-sanitari hanno potuto innalzare il livello di offerta degli interventi, ampliando il n° di posti nei servizi per la prima infanzia e garantendo l'assistenza domiciliare in modo più adeguato rispetto al bisogno espresso dal territorio. Il rafforzamento della *governance* territoriale delle politiche di conciliazione ha favorito un miglior livello di appropriatezza dei servizi e una maggiore efficienza ed economicità del sistema.

Appare evidente che la prosecuzione del PAC costituisce un presupposto necessario per il mantenimento dell'offerta pubblica stante la grave carenza di risorse finanziarie da parte delle amministrazioni locali, non in grado di reperire risorse sufficienti sul proprio bilancio.

I suddetti servizi di conciliazione rivolti alla prima infanzia e agli anziani non autosufficienti saranno ulteriormente implementati e prolungati anche attraverso l'utilizzo delle risorse destinate agli "obiettivi di servizio" previsti nell'ambito del Quadro Strategico Nazionale 2007/20013".

In attuazione dell'**Obiettivo di Servizio S06 del QSN 2007/2013**, l'integrazione del sistema delle cure domiciliari sarà perseguito attraverso la realizzazione di due obiettivi operativi riguardanti, rispettivamente, l'attivazione dei Punti Unici di Accesso (PUA) in tutti i 55 distretti socio-sanitari e la costruzione di percorsi di integrazione tra interventi socio-assistenziali, erogati dai Comuni/distretti socio sanitari, e le prestazioni sanitarie, erogate dalle Aziende Sanitarie.

La strategia individuata nel Piano di Azione regionale per l'indicatore S.06, prevede la realizzazione di quattro interventi che complessivamente permettono la piena attuazione del modello di integrazione socio-sanitaria.

Intervento 1) Sistema informativo integrato e cartella socio-sanitaria informatizzata

Intervento 2) Start-Up dei Punti Unici di Accesso Integrati –

Intervento 3) formazione integrata degli operatori del sistema delle cure domiciliari

Intervento 4) Implementazione delle prestazioni di natura socio-assistenziale attivate nell'ambito del servizio di assistenza domiciliare integrata

Relativamente all'intervento 4 con D.D.G. n. 1809 del 10/07/2017 del Dipartimento Famiglia e Politiche Sociali é stato emanato l'Avviso pubblico rivolto ai 55 distretti socio-sanitari della Sicilia, ripartendo la somma di € 16.862.563,59 destinata al Dipartimento per il citato intervento.

3. L'integrazione socio-sanitaria

Con decreto interassessoriale del 31 Luglio 2017 è stato approvato il documento *“Il Servizio socio-sanitario regionale: Piano delle azioni e dei servizi socio-sanitari e del Sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie”*.

Il documento nasce dall'esigenza di definire un nuovo modello di *governance* articolato per responsabilità, funzioni e procedure, volto a superare la dicotomia tra i due ambiti sanitari e sociali, in considerazione della globalità dei bisogni espressi dalla persona e della necessità di offrire una risposta il più possibile unitaria, migliorando la qualità dei processi di presa in carico, l'offerta di servizi secondo livelli progressivi e flessibili per intensità di cura ed evitando così interventi impropri o inefficaci.

Il carattere multidimensionale del bisogno espresso dalla persona e la conseguente domanda sociale di servizi ed interventi, impone alle diverse istituzioni pubbliche coinvolte l'adozione di modelli organizzativi e gestionali in grado di rispettare l'unicità della persona e l'unitarietà dei percorsi assistenziali proposti in risposta alla domanda sociale.

La legge 328/00 individua i Comuni e le ASP quali attori principali nel sistema integrato territoriale dei servizi socio-sanitari.

Partendo dai Livelli Assistenziali (LEA) vigenti in Sanità (D.P.C.M. 2001 e D.P.C.M. 2017), così come peraltro indicato all'art. 10 della l.r. 21 del 12 agosto 2014, vengono affrontati alcuni aspetti connessi all'integrazione socio-sanitaria, individuando specifiche tipologie di servizio e per quelle a carattere residenziale o semiresidenziale, i requisiti organizzativi, strutturali e di personale.

In particolar modo, al fine di valutare l'impatto del nuovo sistema socio-sanitario integrato, vengono individuate delle linee pilota riguardanti la *“Salute mentale”* e la *“Non autosufficienza”* attraverso le quali sperimentare i nuovi modelli di intervento e la tenuta del sistema sotto molteplici aspetti, sia dal punto di vista del beneficiario finale (soddisfazione del bisogno), sia sul piano della programmazione (domanda/offerta), sia dal punto di vista finanziario (sostenibilità).

Tra le priorità d'intervento è stato inserito il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) rivolto ad anziani non autosufficienti, in linea con gli altri programmi nazionali già avviati.

Il documento costituisce uno step iniziale in un percorso complesso; a sostegno del nuovo sistema sarà in ogni caso necessario emanare indicazioni operative ai diversi livelli istituzionali coinvolti (ASP e Comuni), nonché programmare l'offerta pubblica e privata e le risorse destinate al settore.

E' importante rilevare che il documento sull'integrazione socio-sanitaria, nell'ambito della disabilità mentale, non fa esclusivo riferimento all'accoglienza residenziale ma individua linee di azioni volte al progressivo reinserimento sociale della persona.

Nell'ambito della Salute Mentale si pone attenzione all'Inclusione Socio-Lavorativa, quale obiettivo terapeutico-riabilitativo, volta a stimolare e sostenere l'utente a scegliere un percorso di autopromozione personale, a riacquisire le abilità e le competenze necessarie, a formarsi professionalmente e a lavorare responsabilmente, e ad essere così economicamente autonomo e socialmente attivo per abitare e vivere da cittadino nella comunità locale e nelle comunità sociali di appartenenza.

Si tratta di un obiettivo che vede coinvolti in modo sinergico non solo i servizi di Psichiatria dell'ASP, ma anche i Comuni, il Terzo Settore, le imprese sociali, una rete sociale in grado di sostenere la persona fragile in questo percorso riabilitativo.

Come riportato nel documento sull'integrazione socio-sanitaria, si tratta di promuovere metodologie che :

- favoriscano la rete e l'incontro tra strumenti di natura socio-assistenziale e interventi di politica formativa e del lavoro promuovendo la cooperazione tra gli attori pubblici e privati coinvolti dalla normativa di settore;
- promuovano le buone pratiche e la cultura della corresponsabilità tra tutti gli attori coinvolti.

E' necessario implementare azioni e strumenti, non solo inerenti alla malattia (*“prestazioni di*

cura”) ma attivare interventi ricostruttivi e di valorizzazione dei contesti ambientali, sociali e relazionali.

In quest’ottica gli interventi più appropriati ed efficaci sono riferibili alla promozione, costruzione (e/o ricostruzione) e mantenimento della persona, all’apprendimento, all’habitat sociale, alla casa, alla formazione, al lavoro, alle relazioni interpersonali.

Va in questa direzione il “**Budget di Salute**” definito nelle linee del Piano Strategico Regionale sulla Salute Mentale, come “*Dispositivo Comunitario della progettazione terapeutica individualizzata per pazienti con grave patologia mentale (adulti e adolescenti) seguiti dal DSM Integrato e dai Servizi Sociali dei Comuni che necessitano di ulteriori programmi finalizzati all’inclusione abitativa e sociale e di vita indipendente, attraverso azioni di housing sociale, affido omo o etero-familiare nonché organizzazione di gruppi di convivenza con protezione socio sanitaria e ove possibile inclusione lavorativa*”.

L’integrazione socio-sanitaria risulta centrale nell’ambito degli interventi rivolti alla disabilità e oggetto dei Fondi nazionali (FNA) e regionali (l.r. 1 marzo 2017 n. 4, l.r. 9 Maggio 2017 N° 8, l.r. 8 maggio 2018 n. 8 e relativi provvedimenti amministrativi attuativi) destinati al settore.

Al riguardo l’art. 14 della legge 328/2000 e l’art. 21 del DPCM 2017 prevedono la stesura di piani personalizzati individuali quale strumento dell’integrazione tra i rami dell’amministrazione degli enti locali e delle Aziende Sanitarie Provinciali.

La stessa legge regionale n.8/2017 prevede lo strumento del piano individuale di assistenza che verrà realizzato attraverso la sottoscrizione di un “patto di cura” sottoposto a verifiche periodiche

L’Unità di valutazione Multidisciplinare, integrata dai referenti comunali, potrà così elaborare una risposta individualizzata e personalizzata del bisogno delle singole persone con disabilità presenti sul territorio, ottimizzando l’uso delle risorse economiche disponibili attraverso interventi mirati, adeguati alle diverse e complesse situazioni socio-familiari ed economiche in cui vivono le persone con disabilità.

Nell’ambito dell’offerta dei servizi rivolti a soggetti con disabilità vanno ricompresi anche i piani personalizzati di vita indipendente, il cui obiettivo è quello di garantire trasversalmente azioni di supporto alla vita quotidiana del soggetto assistito.

In aderenza all’art. 19 della Convenzione ONU e tenendo conto dei piani personalizzati individuali, i progetti sperimentali di Vita Indipendente hanno l’obiettivo di porre al primo posto la centralità della persona con i suoi bisogni affettivi, relazionali, lavorativi, terapeutici ai fini della più ampia inclusione sociale che si attua solo ed esclusivamente valorizzando l’autonomia e l’indipendenza individuale, compresa la libertà di compiere le proprie scelte.

Il piano personalizzato di Vita Indipendente comprende i seguenti ambiti di intervento:

1. trasporto e mobilità;
2. inclusione sociale (formativa, lavorativa, culturale e sociale etc);
3. “abitare in autonomia”, anche attraverso forme di *cohousing sociale* o gruppi appartamento.

Il piano personalizzato di Vita Indipendente si colloca all’interno di una rete di servizi e progettazioni integrate, espressioni di *welfare di comunità* e nuove forme di inclusione su base comunitaria, anche grazie al supporto delle organizzazioni del terzo settore presenti sul territorio.

Nel percorso assistenziale é dunque centrale l’integrazione socio sanitaria con il coinvolgimento dei Comuni e dei Distretti socio-sanitari e dell’Unità valutativa multidimensionale.

Va in questa direzione anche il Programma “Dopo di noi” approvato dal governo regionale in attuazione della legge nazionale 112/2016 “*Disposizioni in materia di assistenza in favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare*”. La Sicilia potrà disporre per il triennio 2016-2018 15 milioni di euro che verranno utilizzati per interventi innovativi di residenzialità

come il co-housing, ciò al fine di favorire l'indipendenza dei disabili in abitazioni proprie o in altre strutture. Sono previsti per questo anche finanziamenti per abbattimento barriere architettoniche, per l'acquisto di attrezzature, macchinari o strumentazioni a supporto della residenzialità, nonché per la ristrutturazione di immobili che possano garantire l'autonomia alle persone con disabilità privi di supporto familiare.

4. La governance delle politiche sociali e socio-sanitarie: il livello regionale

Nel confermare la governance distrettuale già individuata nelle precedenti programmazioni (tab.6), nel presente documento si ritiene opportuno richiamare la necessità della costituzione dell'organismo di Coordinamento regionale, volto a facilitare il raccordo tra le diverse politiche regionali che “intercettano” il sociale, nonché a rafforzare l'integrazione tra le programmazioni sociali attuate dai diversi servizi del Dipartimento Famiglia e Politiche Sociali, a valere sui diversi Fondi (europei, nazionali, regionali), secondo una logica di sistema.

Tab. 6

| LIVELLO | ORGANISMI | Livello Integrazione | Supporto Tecnico |
|---------------------|--|---|----------------------------|
| DISTRETTUALE | Comitato dei Sindaci | | Gruppo Piano |
| | Comitato dei Sindaci AOD | | Gruppo Piano Area Omogenea |
| REGIONALE | Coordinamento Regionale per le Politiche Sociali | Coordinamento Regionale Dipartimentale per le Politiche Sociali | Ufficio Piano Regionale |

Al riguardo, la Regione con apposito decreto dell'Assessore al ramo istituirà un organismo di coordinamento denominato “*Coordinamento Regionale delle politiche sociali*”, articolato su due livelli:

- politico/esecutivo
- tecnico (Coordinamento Dipartimentale Regionale delle Politiche Sociali).

Il “**Coordinamento Regionale delle politiche sociali**” quale organismo politico a livello regionale, presieduto dall'Assessore della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro e composto dal Dirigente Generale della Famiglia e Politiche Sociali, dal Dirigente del Servizio 2 “Coordinamento dei distretti e servizi socio-sanitari – Ufficio Piano”, da rappresentanti di altri rami dell'amministrazione regionale, nonché dall'ANCI, dalle Organizzazioni Sindacali più rappresentative e dal Terzo Settore, garantisce il processo di consolidamento del sistema di welfare regionale fornendo l'indirizzo operativo e una costante verifica degli stati di avanzamento che permettano di valorizzare tutte le risorse disponibili.

Il rappresentante del Terzo Settore sarà designato dall'associazione degli enti del Terzo Settore più rappresentativa sul territorio regionale in ragione del numero di enti del Terzo Settore ad essa aderenti, aventi sede legale o operativa sul territorio siciliano (criterio individuato dal D. Lgs 117/17).

La composizione del Coordinamento Regionale delle politiche Sociali verrà definita con successivo atto adottato dall'Assessore Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro.

Il livello tecnico del Coordinamento Regionale delle politiche sociali denominato **“Coordinamento Dipartimentale Regionale delle Politiche Sociali”**, presieduto dal Dirigente Generale del Dipartimento Famiglia e Politiche Sociali e composto dai referenti dei Servizi del citato Dipartimento, competenti istituzionalmente alla programmazione delle politiche sociali sul territorio regionale, esamina gli indirizzi strategici e di programmazione proposti dal Coordinamento Regionale delle politiche sociali, contemperandoli con le attività dei singoli Servizi dipartimentali, con specifico riferimento agli interventi finanziari a qualsiasi titolo posti in essere in ambito regionale, mediante utilizzo di risorse regionali, nazionali, europee.

I due organismi di coordinamento si avvalgono del supporto tecnico dell'Ufficio di Piano Regionale, (Servizio 2 “Coordinamento dei distretti e servizi socio-sanitari – Ufficio Piano) con sede presso il Dipartimento della Famiglia e Politiche Sociali che rappresenta la struttura tecnica per le attività di accompagnamento e assistenza, garantendo al contempo le funzioni di segreteria.

A seconda delle tematiche trattate il livello tecnico può essere integrato da rappresentanti di altri rami dell'amministrazione regionale, ai fini di una visione completa e sistemica.

5. Il piano di Zona e le linee di intervento.

Nel rispetto dei macro-livelli individuati dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e tenuto conto delle diverse fonti di finanziamento che intercettano l'area socio-assistenziale e socio-sanitaria, attraverso le risorse del FNPS 2016-2017 si ritiene necessario indirizzare le risorse per:

- **rafforzare le politiche sociali territoriali realizzate attraverso il Piano di Zona;**
- **rafforzare il sistema socio-sanitario**
- **incentivare lo sviluppo di nuove forme associative tra i Comuni componenti il distretto socio-sanitario**
- **attivare una linea di assistenza tecnica a supporto dei distretti socio-sanitari e aggiornamento professionale**

I macro livelli individuano specifici obiettivi di servizio da realizzare attraverso molteplici interventi, che vengono dal Ministero elencati a titolo esemplificativo.

Considerato che numerosi interventi risultano direttamente finanziati con specifiche linee di finanziamento europee (FSE e FESR), nazionali (PON – PAC - FNA – OdS – Fondo Famiglia – Fondo povertà) e regionali (Fondo disabilità – contributi per interventi residenziali, ecc.), si riportano di seguito alcune linee di attività non adeguatamente coperte da altre fonti finanziarie e che pertanto potrebbero essere programmate a valere sul FNPS.

Al riguardo si ritiene opportuno ricordare che il Piano di Zona costituisce l'atto di programmazione nell'ambito del quale, dopo l'analisi dei bisogni territoriali emersa dalla concertazione partecipata attraverso i tavoli tematici, vengono definiti i servizi e gli interventi che si ritengono prioritari per il territorio distrettuale.

Considerato che in questi ultimi anni, diversi Piani di Zona hanno destinato la quasi totalità delle risorse a forme di sostegno al reddito, si ritiene che a fronte dei recenti programmi nazionali di contrasto alla povertà e di inclusione sociale (REI e Fondo povertà) le risorse del piano di Zona debbano essere indirizzate ad altre forme d'intervento, offrendo così un'offerta di servizi più articolata e rivolta a più target.

Pertanto, partendo dai macro-livelli, si richiama l'attenzione su più tipologie di intervento che potrebbero essere attivati in ambito territoriale:

SERVIZI PER L'ACCESSO E LA PRESA IN CARICO DA PARTE DELLA RETE ASSISTENZIALE

L'obiettivo di servizio **“Accesso”** ha la finalità di assicurare a ciascun Ambito una struttura organizzativa in grado di assolvere appieno alle funzioni indispensabili per garantire l'accessibilità al sistema integrato dei servizi sociali.

Esso va perseguito principalmente attraverso l'attivazione di due servizi, peraltro già individuati come servizi base dalla l.r. 22/86 “Segretariato sociale e Servizio Sociale”, che per l'area disabilità andrà strutturato come Punto Unico di Accesso secondo linee guida regionali.

Come è noto il PON Inclusione Avviso 3/2016 ha destinato cospicue risorse per il rafforzamento dei servizi di segretariato sociale, per la presa in carico delle famiglie beneficiarie del SIA (oggi REI), nonché per il potenziamento dei servizi sociali, soprattutto quelli a carattere socio-educativo. All'Azione A “Rafforzamento dei servizi sociali” della scheda “Progettazione Interventi” del suddetto Avviso, i distretti socio-sanitari hanno destinato circa il 50% dell'intero budget destinato alla Sicilia sulla citata linea di finanziamento.

Inoltre già con il precedente atto di programmazione regionale del FNPS (D.P. 29 novembre 2016” **Integrazione alle Linee guida per l'attuazione delle politiche sociali e socio-sanitarie 2013-2015**”) è stata prevista la possibilità da parte dei distretti socio-sanitari di destinare una quota dell'assegnazione 2014-2015 per l'acquisizione della figura professionale dell'assistente sociale per l'attuazione delle azioni previste nel piano di Zona, ciò in considerazione della carenza nelle piante organiche comunali del citato profilo.

Il rafforzamento dell'Ufficio di Servizio sociale consentirebbe al distretto di partecipare attivamente alla definizione dei servizi socio-sanitari da erogare alla persona in condizioni di fragilità, garantendo anche una maggiore partecipazione agli incontri dell'UVM per la stesura del piano personalizzato per disabili.

Come più volte ribadito nel presente documento, si ritiene strategico intervenire in modo integrato con il settore sanitario, ciò al fine di offrire alla persona in condizioni di bisogno, un'offerta completa e efficace. Il servizio sociale professionale inserito presso il distretto socio-sanitario potrebbe essere un anello di congiunzione tra i due sistemi, sanitario e sociale, facilitando la programmazione congiunta e la successiva realizzazione.

Alla luce di ciò il macro-livello potrebbe essere implementato sia attraverso:

- il potenziamento dell'Ufficio piano acquisendo per il periodo di attuazione del PdZ una o più unità di assistente sociale professionale, ciò ai fini dell'accesso e della presa in carico della persona in condizioni di fragilità sociale
- la creazione di sportelli o centri di ascolto per favorire l'informazione e l'accessibilità alla rete dei servizi attivati sul territorio, nonché la presa in carico della persona fragile
- il potenziamento di servizi di pronto intervento sociale, quali:
 - ✓ unità mobile di strada e servizi h 24, in grado di offrire alle fasce più deboli della popolazione, il soddisfacimento dei bisogni primari con il servizio mensa e la distribuzione di pasti, il servizio docce e cambio abiti, accoglienza sia diurna che notturna, nonché sostegno e accompagnamento in percorsi personalizzati di fuoriuscita dalla situazione di marginalità.
 - ✓ interventi di housing sociale

SERVIZI E MISURE PER FAVORIRE LA PERMANENZA A DOMICILIO

Si tratta di un macro livello di rilevante importanza, un'opzione da privilegiare per l'importanza in termini emotivi, affettivi e relazionali che assume la permanenza nell'abituale contesto di vita per la persona beneficiaria del servizio, nonché per evitare soluzioni improprie, (ad es. ricorrendo ai servizi residenziali invece dei servizi territoriali e domiciliari).

Oltre agli interventi domiciliari socio-sanitari, integrati con l'ASP (ADI) già oggetto di diverse linee di finanziamento, é necessario rafforzare anche il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) per "aiuto domestico/familiare" che in quanto intervento di tipo socio-assistenziale per persone disabili, persone anziane e persone con disabilità psichica, consente la gestione a domicilio di condizioni di non autosufficienza che prive di supporto richiederebbero il ricovero in regime di residenzialità, nonché i servizi di educativa familiare, a sostegno della genitorialità”.

Oltre gli interventi domiciliari, nell'ambito del Macro livello vengono individuati i servizi di prossimità.

Si tratta di sviluppare reti di prossimità attivando servizi che, ad integrazione di quelli domiciliari, si pongono l'**obiettivo di mantenere le persone fragili e con minore livello di autonomia, nei luoghi di vita abituali** mediante una “presa in carico” dei loro bisogni grazie al contributo della comunità di appartenenza.

I servizi di prossimità sono inseriti pertanto nel territorio con compiti di: **ascolto**, osservazione e sostegno relazionale, soprattutto verso le persone anziane più fragili o affette da forme iniziali di decadimento cognitivo, non solo tramite la compagnia (telefonica o personale), ma anche creando opportunità di incontro e socializzazione; **promozione di risposte a bisogni concreti** quali ad esempio accompagnamenti e aiuto nelle procedure di accesso ai servizi socio-sanitari, consegna di pasti pronti, spesa, e farmaci a domicilio, accompagnamenti a visite mediche, animazione sociale e culturale .

Questo tipo d'intervento si ispira a principi di solidarietà sociale, pari opportunità, tutela dei diritti e dei beni comuni, e si propone di sostenere e migliorare la qualità della vita della popolazione attraverso interventi territoriali volti a contrastare ogni forma di esclusione sociale.

Questo tipo d'intervento, radicato sul territorio, promuove forme di cittadinanza attiva rendendo le comunità locali realtà solidali aperte, plurali e inclusive .

Va in questa direzione l'esperienza avviata da qualche distretto socio-sanitario denominata “Condominio solidale”.

E' la realtà territoriale, più prossima alla persona fragile che diventa essa stessa co-protagonista nel superamento delle condizioni di marginalità o di esclusione sociale.

I servizi di prossimità pongono al centro dell'operato la dimensione relazionale. Infatti, gli interventi di prossimità includono un vero e proprio *ribaltamento di paradigma*: gli interventi di prossimità raggiungono le persone e i loro bisogni; nella “prossimità” vi è una sorta di “anticipazione della domanda”.

SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA E SERVIZI TERRITORIALI COMUNITARI

I servizi per la prima infanzia negli ultimi anni sono stati oggetto di molteplici fonti di finanziamento: sia in termini di infrastrutturazione che in termini di sostenibilità gestionale, così come peraltro indicato in precedenza.

Pertanto, con riferimento al macro-livello, si ritiene che il Piano di Zona debba porre dovuta attenzione ai servizi aperti, quali centri di incontro – di aggregazione – laboratori – servizi di mutuo-aiuto in grado di sostenere le famiglie nelle loro funzioni principali: cura – sviluppo educativo – assistenza.

SERVIZI TERRITORIALI A CARATTERE RESIDENZIALE PER LE FRAGILITA'

Come già indicato nei precedenti cicli di programmazione, nel Piano di Zona non possono essere inseriti i costi che i Comuni sostengono per l'accoglienza residenziale di alcune fasce di popolazione in condizioni di fragilità sociale (anziani non autosufficienti – disabili – minori sottoposti a provvedimento dell'AGM).

I suddetti costi hanno trovato anche parziale copertura a valere sul bilancio regionale, a seconda della disponibilità finanziaria.

Ciò premesso, si evidenzia però che alcuni distretti socio-sanitari hanno in passato inserito nel Piano di Zona interventi residenziali sperimentali rispetto a quelli già codificati dalla Regione Siciliana con specifici standard.

Si tratta di forme di accoglienza temporanea, rivolta a soggetti in condizioni di fragilità in grado di autogestirsi, ma privi di adeguato supporto familiare e per i quali necessita un intervento temporaneo di sostegno abitativo assistito. In questo caso la dimensione abitativa rappresenta uno spazio cruciale sia per recuperare, mettere alla prova, mantenere la capacità di vita autonoma di chi è fragile sia per affrontare fasi transitorie di difficoltà; l'intervento abitativo, se declinato in modo mirato, può migliorare in modo determinante la condizione di benessere delle persone.

MISURE DI INCLUSIONE SOCIALE - SOSTEGNO AL REDDITO

Considerato i diversi trasferimenti monetari previsti dalle recenti linee di azione nazionali il distretto dovrà evitare sovrapposizioni d'intervento ed eventualmente prevedere forme di sostegno al reddito per quelle persone, anche singole, prive di qualsiasi protezione sociale.

5.1 Supporto al sistema integrato socio-sanitario

Come è noto già da diversi anni l'amministrazione regionale ha avviato un percorso di rinnovamento dell'assetto normativo al fine di definire un sistema socio-sanitario integrato, in grado di rispondere alle molteplici esigenze delle persone in condizioni di fragilità.

Così come riportato in precedenza con decreto interassessoriale è stato approvato il Documento “ **Il Servizio Socio Sanitario Regionale: Piano delle Azioni e dei Servizi Sociosanitari e del Sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie**”, in attuazione dell' art. 10, comma 3 della l.r. n° 21 del 12 agosto 2014.

A sostegno del suddetto sistema integrato i distretti socio-sanitari potranno disporre a valere sul FNPS di una quota da destinare a progettualità volte a favorire l'attuazione di servizi e interventi richiamati nel citato documento, quali a titolo esemplificativo:

- ✓ sostegno al budget di salute in attuazione del Piano delle Azioni e dei Servizi Sociosanitari e del Sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie
- ✓ sostegno all'inclusione socio-lavorativa per persone con disabilità
- ✓ sostegno alla vita indipendente
- ✓ servizi semiresidenziali per persone con disabilità
- ✓ servizi e attività per persone con disabilità
- ✓ assistenza domiciliare integrata
- ✓ attività laboratoriali per lo sviluppo delle capacità e abilità di soggetti in condizioni di disabilità.

Si tratta di interventi progettuali che hanno già trovato spazio nei Piani di Zona precedenti, seppur a macchia di leopardo, e che si intendono implementare per rafforzare la presa in carico congiunta tra sociale e sanitario della persona in condizioni di fragilità.

Il FNPS dovrà in ogni caso essere utilizzato esclusivamente a copertura dei costi socio-assistenziali previsti nel progetto, ad integrazione delle risorse messe a disposizione da parte dell'Azienda Sanitaria Provinciale.

Particolare attenzione dovrà essere posta all'attuazione dell'art. 14 della legge 328/2000

“progetti individuali per le persone disabili”, che come previsto dal comma 2 del citato articolo, comprendono, oltre alle prestazioni di natura sanitaria, “ *i servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale*”. Il citato articolato va senz'altro coordinato, armonizzato ed integrato con la sopravvenuta normativa disciplinante l'integrazione sociosanitaria, quali il DPCM 14 febbraio 2001, il DPCM 12 gennaio 2017 e l'art. 9 della legge regionale 9 maggio 2017, n. 8. In particolare, quest'ultima norma, riconosce e garantisce il diritto della persona con disabilità alla libera scelta per ricevere assistenza in forma diretta e/o indiretta in relazione al Piano di assistenza individuale e, comunque sempre a tutela della medesima persona.

Al riguardo, considerato che alcune linee di intervento vengono garantite a valere sui Fondi nazionali (FNA) e regionali (l.r. 1 marzo 2017 n. 4, l.r. 9 Maggio 2017 N° 8, l.r. 8 maggio 2018 n. 8 e relativi provvedimenti amministrativi attuativi), nel Piano di Zona possono trovare copertura alcuni servizi o interventi funzionali all'attuazione del piano personalizzato, volti a favorire la partecipazione della persona disabile alle attività scolastiche, formative, sanitarie, riabilitative, culturali, ricreative, ecc.

Si tratta di adottare un approccio globale unitario che tenga conto dei diversi ambiti di intervento:

- sanitario o clinico-riabilitativo;
- scolastico - formativo;
- economico o lavorativo;
- sociale e culturale.

5.2. I Distretti socio-sanitari e le Forme associative tra i Comuni.

Così come già inserito nei precedenti atti di programmazione, la Regione Siciliana intende incentivare lo sviluppo di nuove forme associative tra i Comuni componenti il distretto socio-sanitario, ciò al fine di rafforzare il livello istituzionale deputato all'attuazione delle politiche sociali.

Nel rispetto delle autonomie locali, si ritiene strategico che i Comuni facenti parte del distretto socio-sanitario si dotino di strumenti giuridici necessari per rafforzare le proprie capacità di programmazione e gestione associata dei servizi sociali.

Al riguardo si tratta di applicare norme di legge già esistenti che individuano strumenti quali:

- la convenzione (D.lgs. n. 267/2000 art. 30) ;
- il consorzio (D.lgs. n. 267/2000 art. 31);
- l'unione di comuni (D.lgs. n. 267/2000 art. 32).

L'obiettivo che intende promuovere la Regione é quello di rafforzare una “governance responsabile” da parte degli enti locali, chiamati ad avviare processi d'innovazione degli assetti istituzionali, organizzativi e gestionali:

Il sistema regionale di welfare avviato in attuazione della legge 328/2000 si configura come un sistema a responsabilità condivise, che necessita dell'intervento coordinato dei diversi attori istituzionali e sociali presenti sul territorio per esprimere in modo efficace le capacità di risposta alla domanda di servizi dei cittadini. Ognuno di questi attori ha responsabilità precise e deve esercitare in modo leale e collaborativo la propria funzione, con l'obiettivo comune di contribuire allo sviluppo e al corretto funzionamento del sistema locale di servizi sociali e sociosanitari.

I distretti socio-sanitari individuati in attuazione della 328/2000 hanno il compito di pianificare e programmare i servizi sociali dell'ambito territoriale, ciò al fine di riuscire a dare risposte più adeguate ed efficaci ai bisogni dei cittadini mettendo in sinergia le risorse esistenti ed integrando i servizi ed evitando così sovrapposizioni di competenze.

Il suddetto modello di governance ha in questi anni evidenziato alcune problematiche

relative al funzionamento dell'Ufficio piano, soprattutto per il mancato coinvolgimento, in diversi contesti territoriali, dei referenti tecnici e amministrativi dei Comuni facenti parte dell'ambito.

Ciò ha determinato un sovraccarico di lavoro da parte del Comune capofila, con la conseguenza di ritardi nella definizione e attuazione dei Piani di Zona e delle politiche sociali in genere.

Definire una forma associata tra i Comuni giuridicamente più vincolante, è il primo passo per una migliore riorganizzazione del settore e per una maggiore efficacia ed efficienza delle politiche sociali adottate.

Così come già evidenziato nel precedente atto di programmazione la forma associativa della convenzione prevista dall'art.30 TUEELL a differenza delle altre, (consorzio, unione di comuni) appare quale ipotesi più percorribile, in quanto si caratterizza per la sua flessibilità e per il residuo impatto delle spese necessarie per il suo funzionamento.

Si ricorda infatti che la convenzione (D.lgs. n. 267/2000 art. 30) costituisce, senza dubbio, il modello più semplice di riferimento per definire la gestione associata di servizi tra più Enti, oltre a rappresentare lo strumento capace di promuovere e rendere agevoli esperienze di cooperazione per rafforzare l'azione amministrativa.

La temporaneità del rapporto convenzionale e la possibilità di limitarne l'oggetto solo ad alcune attività ne fanno il mezzo più idoneo per una prima sperimentazione di gestione associata anche nell'ambito dei servizi sociali.

Si sottolinea che attraverso la convenzione devono essere individuati specificamente i particolari servizi (o il particolare servizio) oggetto del rapporto convenzionale.

E' possibile prevedere la costituzione di un Ufficio Piano al quale affidare l'esercizio delle funzioni pubbliche in luogo degli enti sottoscrittori dell'accordo.

In tale ipotesi, l'assetto organizzativo e funzionale del suddetto Ufficio deve naturalmente tenere conto dei compiti e delle funzioni e quindi di fatto essere identificato quale Gruppo Piano, che a tal fine ne diventa componente essenziale. Resta fermo che la responsabilità della gestione si intesta unitariamente sul responsabile dell'Ufficio Piano.

Alla luce delle suddette considerazioni si prevede di destinare una quota del FNPS oggetto della presente programmazione ai distretti socio-sanitari che si attivino, in una logica di potenziamento organizzativo, a sottoscrivere una Convenzione distrettuale per la programmazione e la gestione delle associate delle politiche sociali.

Il modello giuridico istituzionale individuato nella Convenzione non risolve il problema dell'assenza del riconoscimento della personalità giuridica dell'ambito, ma in una prima fase può risultare più efficace in quanto trattasi di una forma associativa "leggera" e più facilmente attuabile. Ovviamente il distretto socio-sanitario potrà determinarsi anche verso forme associative più strutturate quali il consorzio o l'unione dei Comuni.

Con le risorse dedicate a questa Linea di intervento la Regione potrà intervenire a sostegno dei distretti socio-sanitari che hanno sottoscritto la convenzione destinando, a seguito di specifico Avviso, risorse per una più funzionale organizzazione degli uffici, sia per il potenziamento della dotazione strumentale (attrezzature) sia per il rafforzamento delle risorse umane destinate al settore.

5.3 Attivazione assistenza tecnica a disposizione dei distretti socio-sanitari e aggiornamento professionale.

Considerate le criticità rilevate negli ultimi anni in merito all'attuazione del Piano di Zona, con ritardi nell'avvio dei servizi, si ritiene utile destinare ai distretti socio-sanitari una somma per la selezione di un'unità di assistenza tecnica da affiancare al Gruppo Piano, in grado di sostenere il distretto socio-sanitario nella fase di definizione delle procedure per l'affidamento dei servizi (atti di gara – regolamenti – Avvisi pubblici, individuazione beneficiari, gestione ed implementazione piattaforme informatiche ecc.), nonché nella fase di avvio degli stessi.

L'obiettivo è quello di rafforzare la capacità tecnica e amministrativa degli uffici deputati all'attuazione del Piano di Zona, attraverso dunque un supporto aggiuntivo alle attività di gestione

della struttura tecnica e amministrativa del distretto socio-sanitario.

Il distretto potrà selezionare l'assistenza tecnica tenuto conto anche dei raccordi necessari con l'ASP, soprattutto per favorire l'istituzione o l'implementazione di piattaforme informatiche in grado di garantire il necessario flusso informativo tra i due sistemi pubblici (Comuni e ASP).

La suddetta azione avrà una durata minima di un anno e dovrà essere avviata entro 60 giorni dal decreto regionale di approvazione del piano di Zona presentato dal distretto socio-sanitario.

La selezione della risorsa professionale e la sua regolare esecuzione rientrano nella sfera di responsabilità del distretto socio-sanitario in via esclusiva e nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative, regolamentari, contrattuali in tema di gestione di rapporti di lavoro, facoltà assunzionali, acquisizione di consulenti esterni, acquisizione servizi secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

Il compenso riconosciuto all'esperto o agli esperti selezionati dovrà essere calcolato secondo parametri che tengono conto dei criteri utilizzati nei casi analoghi e rapportato ad un numero di giornate congruo rispetto alle risorse a disposizione e coerente alle esigenze dell'incarico.

La somma del FNPS destinata all'assistenza tecnica verrà ripartita ai 55 distretti socio-sanitari tenuto conto dell'indicatore demografico "popolazione totale".

Il rafforzamento delle competenze degli operatori impegnati nell'attuazione del Piano di Zona e delle politiche del welfare verrà garantito attraverso specifici momenti formativi programmati dal Dipartimento Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali in favore dei distretti socio-sanitari e degli altri operatori pubblici e privati coinvolti nell'attività di programmazione, gestione e valutazione dei Piani di Zona (gruppo piano).

6. Definizione e approvazione Piano di Zona: la procedura

In continuità con le direttive impartite nei precedenti periodi di programmazione, si riconfermano i contenuti del "Nuovo Indice Ragionato" già adottato dai distretti socio-sanitari nei precedenti cicli di programmazione, con particolare riferimento alle fasi operative per l'approvazione del PdZ e alla documentazione da trasmettere all'Assessorato Famiglia, Politiche Sociali e Lavoro, per l'accesso alle risorse finanziarie.

La procedura dovrà garantire il rispetto dei principi cardine della Legge 328: una programmazione che tenga conto dei reali bisogni rilevati attraverso l'utilizzo di indicatori e strumenti atti a misurarli in maniera il più possibile oggettiva (relazione sociale) e conformità della programmazione adottata alle attività di concertazione (tavoli tematici- conferenze di servizio).

Considerata la riduzione del budget complessivo assegnato ai distretti socio-sanitari, sarà necessario valutare lo stato dell'arte delle annualità dei precedenti Piani di Zona e programmare le Azioni garantendo la continuità dei servizi ritenuti necessari per l'ambito territoriale. Pertanto l'arco di programmazione sarà il biennio 2018-2019, ma le Azioni programmate potranno avere una durata differente, comunque non meno di 12 mesi, in considerazione dell'assegnazione regionale.

Si riporta di seguito lo schema che riassume le diverse fasi da realizzare per l'approvazione del Piano di Zona.

Tab. 7

| Definizione del documento “ Piano di Zona 2018-2019” | | |
|---|---------------------------|---|
| Fasi | Soggetti coinvolti | procedure |
| 1 | Gruppo di piano | 1) aggiorna la relazione sociale redatta in sede di programmazione 2013 2015 secondo i criteri e le linee di indirizzo di cui al “nuovo Indice Ragionato per la predisposizione dei piani di zona” 2) promuove, per il tramite del comune capofila, le attività di concertazione; 3) definisce, sulla base delle risultanze della relazione sociale e delle attività di concertazione, una proposta da inoltrare al comitato dei sindaci che preveda una organica implementazione dei servizi, previsti o non previsti nel piano di zona triennialità 2013/2015 utilizzando le risorse assegnate. |
| 2 | Il comitato dei sindaci | 1. Esamina la proposta del gruppo di piano ed individua, nell’ambito dell’analisi dei bisogni, le priorità e le azioni da attivare nel territorio di competenza, compatibilmente con il budget assegnato. 2. Convoca e coordina la 1^ conferenza di servizi. |
| 3 | Gruppo di piano | 1. Redige, sulla base delle indicazioni di cui al punto precedente, ed utilizzando il formulario del nuovo indice ragionato, le singole azioni del Piano ed il bilancio di distretto integrato; 2. Trasmette i relativi elaborati al Comitato dei Sindaci. |
| 4 | Il comitato dei sindaci | 1. Approva il Piano di Zona. 2. Convoca e coordina la conferenza di servizi per la presentazione della stessa. |
| 5 | I comuni del d.s.s. | Le giunte dei singoli comuni approvano il Piano di Zona ed il bilancio di distretto integrato. |
| 6 | Comune capofila | Il sindaco del comune capofila adotta un atto formale di presa d'atto del Piano e convoca gli enti sottoscrittori dell'accordo di programma. |
| 7 | Comuni /asp/altri enti | Sottoscrivono l'accordo di programma per l'approvazione del Piano di Zona 2018/2019 |
| 8 | Comune capofila | Il sindaco del comune capofila adotta un atto formale di approvazione dell'accordo di programma, disponendone la pubblicazione sulla GURS e l'invio al competente Dipartimento regionale. |

I distretti che, in occasione della redazione dei piani di zona 2013/2015 hanno istituito al loro interno Aree Omogenee Distrettuali, dovranno fare riferimento, per gli adempimenti da porre in essere, a quanto prescritto nel par. 4.3 delle *Linee guida per l’attuazione delle Politiche sociali e socio-sanitarie 2013-2015* adeguando le relative attività alle sopra descritte fasi procedurali.

Il Piano di Zona 2018-2019 dovrà essere presentato all'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro – entro 90 gg. dalla pubblicazione sulla G.U.R.S. del *Decreto Presidenziale di approvazione del presente documento*.

Trascorso infruttuosamente detto termine, il Dipartimento Famiglia e Politiche Sociali si riserva di avviare sul territorio idonee iniziative di supporto tecnico, al fine di accelerare l'approvazione del documento in argomento, non escludendo interventi sostitutivi, come disciplinati dalla normativa vigente, nel caso di prolungata inerzia da parte del distretto socio-sanitario.

A seguito dell'approvazione dei Piani di Zona da parte del Dipartimento della Famiglia e Politiche Sociali, verrà assunto il relativo impegno, ma l'erogazione della somma sarà condizionata

alla *performance* di spesa registrata in attuazione dei precedenti Piani di Zona già finanziati a valere sul FNPS. Con successive direttive da parte del citato Dipartimento verranno definiti i requisiti richiesti per l'erogazione delle risorse del FNPS 2016-2017.

7. Le risorse e le modalità di riparto

Con i Decreti interministeriali del 10 Ottobre 2016 e del 23 Novembre 2017 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha ripartito il F.N.P.S. esercizi finanziari 2016-2017 .

Come rilevabile nella tabella sotto riportata, si registra ancora una volta una riduzione delle risorse nazionali che determina, nell'attuale situazione di crisi economico-sociale, un'ulteriore contrazione dei servizi resi alle fasce deboli della popolazione.

Al fine di accedere alle risorse finanziarie del F.N.P.S., ciascuna Regione é tenuta alla definizione dell'atto di programmazione delle risorse *de quo* e alla *rendicontazione sull'effettiva attribuzione ai beneficiari delle risorse trasferite nel secondo anno precedente al decreto di riparto*.

In ottemperanza a quanto richiesto dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con il presente atto di programmazione si intendono destinare le risorse del FNPS, pari a € **32.199.331,26**, quantificate come indicato nella successiva tab.8.

Tab. 8

| RISORSE PROVENIENTI DAL FONDO NAZIONALE PER LE POLITICHE SOCIALI | |
|---|------------------------|
| ANNO | IMPORTI |
| Anno 2016 | € 25.973.367,62 |
| Anno 2017 | € 6.074.062,65 |
| Riassegnazioni Anni 2015- 2016 | € 151.900,99 |
| TOTALE | € 32.199.331,26 |

In merito ai criteri di riparto della suddetta somma, si ritiene opportuno attenersi a quelli utilizzati dal Ministero competente per il riparto alle regioni, *apportando gli opportuni correttivi finalizzati ad una contestualizzazione più aderente alla realtà regionale e agli effettivi dati disponibili a livello comunale, e riservando una quota per le isole minori e il n° dei Comuni componenti il distretto*.

Gli indicatori utilizzati per il riparto del FNPS e i relativi pesi sono riportati nella seguente tab. 9

Tab. 9

| Criteri di riparto | Modalità di calcolo | Peso assegnato |
|--------------------------|---|----------------|
| Responsabilità familiari | Indicatore demografico “popolazione totale” | 24,7 |
| Diritti dei Minori | Indicatore demografico “popolazione con età inferiore a 4 anni” e “Popolazione con età inferiore ai 18 anni”, entrambi peso pari al 50% | 19,8 |
| Persone anziane | Indicatore demografico “popolazione con età superiore a 65 anni” e “Popolazione con età superiore a 75 anni”, entrambi peso pari al 50% | 43,5 |
| Composizione d.d.s. | Indicatore n° Comuni facenti parte del distretto | 10 |

Pertanto la somma complessiva di € **32.199.331,26** sarà così ripartita:

- **il 70% pari a € 22.539.531,88** sarà destinato ai distretti socio-sanitari per il “*Piano di Zona 2018-2019*” e ripartita secondo i criteri e i pesi riportati nella tabella 9;
- **il 20% pari a € 6.439.866,25** sarà destinato ai distretti socio-sanitari a supporto dell'integrazione socio-sanitaria, anch'essa ripartita applicando gli indicatori sopra riportati;
- **il 2% pari a € 643.986,63** sarà destinato al rafforzamento delle forme associative tra i Comuni; la somma rimarrà nella disponibilità dell'Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro e sarà oggetto di successivo avviso rivolto ai 55 distretti socio-sanitari;
- **il 5% pari a € 1.609.966,56** sarà destinato all'attivazione dell'assistenza tecnica e ripartita ai distretti socio-sanitari tenuto conto esclusivamente dell'indicatore demografico “popolazione totale”.
- **il 3% pari a € 965.979,94** all'aggiornamento degli operatori pubblici coinvolti nelle politiche distrettuali. La somma rimarrà nella disponibilità dell'Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro.