

1. PREMESSA	3
Filosofia, assi portanti e reti di protezione sociale.....	3
Riequilibrio Territoriale	5
Universalismo	5
Promozione	6
Sussidiarietà	7
Trasversalità della politica sociale	8
Responsabilizzazione e compartecipazione	9
Gli EE.LL. e la riorganizzazione del sistema dei servizi	10
Indirizzi per la formazione, l'aggiornamento e la riqualificazione degli operatori	14
2. IL SISTEMA ATTUALE DEI SERVIZI SOCIALI REGIONALI	19
2.1 Il quadro socio-demografico	19
2.2 Il mercato del lavoro	25
2.3 I servizi	27
2.4 La spesa sociale regionale negli anni 1998-2002.....	29
3. I SOGGETTI DELLA PROGRAMMAZIONE DEL SISTEMA SOCIALE REGIONALE	42
3.1 Premessa.....	42
3.2 Il sistema delle responsabilità e le relazioni istituzionali.....	44
3.3 Il ruolo dei cittadini e delle formazioni sociali	46
3.4 Il ruolo del terzo settore e dell'impresa sociale.....	47
3.5 Il ruolo delle Autonomie Locali.....	49
3.6 Il ruolo della Regione.....	55
4. LA PROGRAMMAZIONE DEL SISTEMA SOCIALE REGIONALE	57
4.1 Aspetti generali	57
4.2 Gli ambiti territoriali	59
4.3 Il Piano di Zona	65
5. I LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI SOCIALI.....	67
6. L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	67
7. GLI OBIETTIVI DEL SISTEMA DEI SERVIZI SOCIALI	73
7.1 Obiettivi generali.....	73
7.2 I principi regolativi.....	74
7.3 Il riparto delle risorse finanziarie	75
8. LE AREE DI INTERVENTO	79
8.1 Aspetti generali	79
8.2 Politiche per la Famiglia	80
8.3 Politiche per la tutela dei minori	101
8.4 Politiche per i giovani	117
8.5 Politiche per i disabili.....	121
8.6 Politiche di prevenzione e reinserimento sociale dei soggetti dipendenti da sostanze	139
8.7 Politiche in favore degli Anziani.....	146
9. PROGRAMMI DI INIZIATIVA REGIONALE	168
9.1 Progetto a): Area penale adulti.....	168
9.2 Progetto b): Politiche a favore degli immigrati	172
9.3 Progetto c): Area assistenza persone affette da demenza.....	177
10. PARTECIPAZIONE DELL'UTENZA AL COSTO DELLE PRESTAZIONI... 178	
11. VIGILANZA E VALUTAZIONE DEI SERVIZI.....	179
11.1 Autorizzazione	184

11.2 Il convenzionamento	186
11.3 L'accreditamento.....	187
11.4 Il controllo e la vigilanza.....	190
12. DISPOSIZIONI FINALI	190

1. PREMESSA

Filosofia, assi portanti e reti di protezione sociale

Il Piano Territoriale dei Servizi Sociali trova fondamento nella *Legge-quadro per la realizzazione del sistema integrato delle prestazioni e dei servizi sociali* (L. 328/2000), recependo e realizzando anche quanto dettato dalle seguenti normative:

DLgs 267/00 “Testo unico delle leggi sull’ordinamento degli Enti Locali”;

DPR 616/76 “Attuazione della delega di cui all’art. 1 della L. 382/75”;

L. 241/90 “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi”;

DLgs 502/92 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della L. 421/92”;

DLgs 29/93 “Razionalizzazione dell’organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell’art. 2 della L. 421/92”;

L. 675/96 “Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati sensibili”;

L. 59/97 “Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della Pubblica Amministrazione e per la semplificazione amministrativa”;

DLgs 112/98 “Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della L. 59/97”;

D.Lgs. 229/99 “Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale”;

L. 104/92 “Legge quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale ed i diritti delle persone handicappate” e successive modifiche ed integrazioni (L. 284/97L. 162/98, L. 17/99);

L.68/99 “Norme per l’inserimento lavorativo dei disabili”;

D.P.R. 309/90 “Fondo nazionale per la lotta alle tossicodipendenze”;

L. 285/97 “Fondo nazionale per l’infanzia e l’adolescenza”;

L. 40/98 “Fondo nazionale per le politiche migratorie”;

L.R. 34/99 “Norme sulla ripartizione delle funzioni e dei compiti amministrativi tra la Regione e gli Enti Locali”;

LR 1/00 "Riordino delle attività socio-assistenziali e istituzione di un sistema di protezione sociale e dei diritti sociali di cittadinanza".

L.R. n. 15/2003 « Interventi per la tutela, lo sviluppo e la valorizzazione dei territori montani ».

Il *Piano*, attraverso una nuova metodologia di programmazione monitoraggio e verifica, propone di riorganizzare l'esistente e di orientare il lavoro nel settore sociale secondo i principi di un nuovo *welfare* fondato sulla promozione di processi di autonomia nei singoli e nelle comunità, nonché sulla integrazione dei servizi e delle prestazioni.

I cambiamenti demografici e socio-culturali, il decentramento politico-amministrativo e la necessità di razionalizzazione della spesa hanno portato ad una ridefinizione delle politiche sociali mediante passaggio da un sistema assistenziale ad un sistema di protezione attiva, ossia da un sistema centrato su risposte calate dall'alto e quindi non necessariamente corrispondenti al bisogno dei cittadini ad un sistema fondato sulla programmazione e l'attivazione di risposte dal basso attraverso l'impegno degli stessi cittadini e della comunità civile.

E' ovvio che in questo senso il nuovo sistema dei servizi sociali non può che essere promozionale più che riparativo, e non può che essere centrato sulla persona e sul suo bisogno, più che sulla prestazione.

Il progressivo invecchiamento della popolazione, le nuove forme di povertà, la persistenza del fenomeno della disoccupazione e le caratteristiche di un mondo del lavoro che sempre di più si connota come instabile e precario e richiede competenze sempre più specialistiche e mutevoli nel tempo, le evoluzioni della famiglia e l'aumento dei nuclei monoparentali, le traslazioni sociali rispetto alle età di fuoriuscita dalla famiglia di origine e l'affermazione di una autonomia economica, hanno provocato un acceso e lungo dibattito non solo sui principi che dovrebbero fondare politiche sociali maggiormente efficaci, ma anche e soprattutto sulle metodologie operative e sulle risorse disponibili.

Questo dibattito si inserisce in un processo più ampio che vede impegnata tutta la comunità civile nell'affermazione di quei diritti di cittadinanza ritenuti fondamentali e che sono stati riconosciuti e sanciti da diverse normative (L 241/91, L 675/96). Sono proprio i diritti di cittadinanza, ossia l'autodeterminazione, la trasparenza, la riservatezza, l'equità e l'uguaglianza delle opportunità, l'informazione, la tempestività delle prestazioni, che tali politiche dovranno principalmente perseguire ed affermare.

Alla luce delle suddette considerazioni possiamo indicare quali assi portanti del Piano il riequilibrio territoriale, l'universalismo, la promozione, la sussidiarietà.

Riequilibrio Territoriale

Il decentramento di funzioni e compiti agli Enti Locali, in particolare ai Comuni, avviato già con il DPR 616/77 e perfezionato con le ultime normative sopracitate, ha sancito il passaggio dal centralismo alla "centratura" periferica, individuando nell'unità territoriale di base il nuovo centro delle politiche sociali.

Tale orientamento rispecchia la necessità di recuperare il rapporto col cittadino, di effettuare una realistica lettura dei bisogni e di tarare in maniera adeguata le risposte al fine di avviare processi veramente risolutivi ed ottenere risultati realmente efficaci.

A tale scopo sono state trasferite all'unità territoriale di base competenze e risorse non solo per la realizzazione e la gestione dei servizi, ma anche per la loro programmazione e verifica.

Il decentramento, però, se da un lato garantisce la possibilità di attivare risposte maggiormente adeguate ed aderenti ai bisogni dei cittadini attraverso una razionalizzazione della spesa, dall'altro comporta una maggiore necessità di raccordo e coordinamento per garantire nell'erogazione dei servizi livelli uniformi e omogenei.

Il Piano è certamente uno strumento utile in tal senso perché aiuta a fissare i criteri e gli *standards* di riferimento nell'ambito di un contesto territoriale regionale e in conformità di parametri fissati dal Piano nazionale. Ciò favorisce l'equilibrio nell'organizzazione dei sistemi locali di *welfare*, l'omogeneità nella territorializzazione dei servizi, l'uguaglianza e la pari opportunità nell'accesso alle prestazioni, nel pieno rispetto delle specificità territoriali che anzi potranno in tal modo essere valorizzate.

Universalismo

I cambiamenti sociali relativamente alla longevità, alle traslazioni sociali, alla precarietà del lavoro, all'incertezza di riferimenti etico-morali creano problemi anche alle persone così dette "normali", che oggi possono essere a rischio di emarginazione ed esclusione sociale. Basti pensare alla facilità con cui si può perdere l'occupazione all'interno di un circuito lavorativo sempre più esigente in termini di competenze specialistiche o alle difficoltà di rientrarvi per chi ha un'età abbastanza avanzata e non ha i mezzi e gli strumenti per adeguarsi alle esigenze del mercato del lavoro o ai problemi connessi alle disgregazioni familiari. Pertanto, il sistema dei servizi sociali, in

un'ottica preventiva, dovrà andare al di là delle tradizionali aree di disagio e interessare tutti i cittadini, non solo le fasce deboli con problematiche già conclamate e dovrà considerare anche quelli che non chiedono e che non arrivano ai servizi, attivando reti di sostegno, di vigilanza e controllo soprattutto nei casi di soggetti particolarmente deboli quali anziani, malati mentali, senza fissa dimora.

A tutti e in qualsiasi momento deve essere garantita la possibilità di risollevarsi da una situazione di difficoltà, e a tutti devono essere forniti gli strumenti necessari per contrastare i rischi di un processo di espulsione sociale.

Promozione

Acquisire una *logica promozionale* vuol dire superare quell'assistenzialismo, che per tanti anni ha caratterizzato l'intero sistema dei servizi sociali, attivando risposte uniformemente predefinite nei confronti di bisogni rigidamente codificati. Nella logica assistenzialistica l'attenzione è centrata sulla risposta. Ciò provoca un forte rischio di autoreferenzialità dei servizi che pertanto risultano essere completamente scollegati dalle reali necessità dei cittadini. Passare da una logica assistenziale ad una logica promozionale significa recuperare questo legame tra il servizio e il cittadino cercando di leggere e interpretare correttamente il bisogno di quest'ultimo; significa centrare l'attenzione sulla persona e il suo bisogno offrendo a quest'ultimo gli strumenti necessari per gestire direttamente la propria situazione problematica. Ciò presuppone un processo di responsabilizzazione e informazione del cittadino che in tal modo diviene protagonista attivo del suo percorso.

L'aspetto promozionale, tuttavia, non riguarda solamente il rapporto tra i servizi e i singoli cittadini ma anche quello tra i servizi e l'intera comunità civile. In tal senso per "promozione" si deve intendere la capacità di innescare processi autonomi e alternativi di cambiamento e di risoluzione rispetto a determinate problematiche. Si tratta di stimolare e valorizzare le risposte attivate o che potrebbero essere attivate dall' associazionismo, dal volontariato, dal privato sociale o da altre realtà informali. Si tratta, infine, di stimolare anche nei servizi istituzionali e nelle realtà formali in genere la capacità di lavorare per progetti utilizzando le risorse disponibili in maniera programmata e mirata e superando la logica dell'intervento per pacchetti *standard* adattabili a tutti.

Sussidiarietà

Il principio di sussidiarietà compare per la prima volta nell'enciclica Quadragesimo Anno di Papa Pio XI nel 1931. Esso è così formulato: "Siccome è illecito togliere agli individui ciò che essi possono compiere con le loro forze e l'industria propria per affidarlo alla comunità, così è ingiusto rimettere a una maggiore e più alta società quello che dalle minori e inferiori comunità si può fare". La logica che sottende queste parole costituisce la base della moderna politica sociale ed è rinvenibile nel Trattato di Maastricht in cui sono stati stabiliti i criteri per l'unificazione economica dei Paesi aderenti alla Comunità. Nell'art. 3b del Trattato si sancisce il principio di sussidiarietà come linea direttrice dell'ulteriore integrazione europea. Di fatto si tratta di un processo, già in atto in molte Amministrazioni pubbliche europee, di progressiva devoluzione di competenze e di funzioni ai diversi livelli delle istituzioni.

La recente legge-quadro n. 328/2000 di riforma dei servizi sociali stabilisce che la programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali avviene secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli Enti locali.

Il principio di sussidiarietà è, quindi, uno strumento attraverso cui lo Stato, di fronte alla società (singoli cittadini, famiglie, associazioni, cooperative, imprese), agisce consentendo il rafforzamento delle energie e delle capacità dei soggetti minori, in modo da aumentare l'autonomia di questi ambiti e sfere sociali.

Nella legge 328/2000 si ribadisce la distinzione tra di due tipi di sussidiarietà: "verticale" e "orizzontale". La sussidiarietà verticale, ovvero i rapporti fra gli enti pubblici, esige che agli enti minori vadano lasciati non solo competenze giuridiche e diritti di iniziativa, ma anche i mezzi finanziari e amministrativi. Quando ci si riferisce alla relazione fra istituzioni e società civile si usa l'accezione di sussidiarietà orizzontale. In questo caso, l'art. 5 della legge 328/2000 prevede che le istituzioni forniscano sostegno e qualificazione ai soggetti operanti nelle organizzazioni del Terzo Settore che perseguono il benessere e la crescita della società.

Trasversalità della politica sociale

L'art. 8 della Legge 328/2000, affida alla Regione la "definizione di politiche integrate in materia di interventi sociali, ambiente, sanità, istituzioni scolastiche, avviamento al lavoro e reinserimento nelle attività lavorative, servizi del tempo libero, trasporti e comunicazioni".

Il Sistema Sociale ha, pertanto, la funzione di garantire all'individuo un'esistenza in cui non vengano mai meno degli standard minimi di protezione sociale, mentre le Amministrazioni Regionali dovranno integrare i diversi piani del sistema capaci di garantire il *ben-essere* sociale, che costituisce il principale obiettivo delle politiche sociali. «Le politiche sociali perseguono obiettivi di ben-essere sociale. [...]. Le politiche sociali tutelano il diritto a stare bene, a sviluppare e conservare le proprie capacità fisiche, a svolgere una soddisfacente vita di relazione, a riconoscere e coltivare le risorse personali, a essere membri attivi della società, ad affrontare positivamente le responsabilità quotidiane. Il diritto a stare bene è il fondamento del diritto alle prestazioni e ai servizi sociali» (P.S.N. 2001-2003)

Questa trasversalità può essere compiutamente realizzata dando risposta ad un concetto precedentemente espresso di: "sussidiarietà".

Di conseguenza, al contrario di quanto avvenuto in passato, la generalità delle competenze e delle funzioni amministrative deve essere attribuita in ordine inverso: innanzitutto ai Comuni singoli o associati, alle Province infine alla Regione.

Una particolare attenzione è posta, poi, all'integrazione tra il Piano sociale e quello sanitario; La Legge 328/00 prevede, infatti, che il Piano sociale deve provvedere *«in particolare all'integrazione socio-sanitaria in coerenza con gli obiettivi del piano sanitario regionale, nonché al coordinamento con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro»*. L'esigenza di integrazione tra sociale e sanitario è così sentita che la Legge consente di fornire incentivi laddove ci si muova in quest'ottica tanto che alla lettera a) del comma 3 si legge: *«Nella determinazione degli ambiti territoriali, le Regioni prevedono incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti territoriali di norma coincidenti con i distretti sanitari già operanti per le prestazioni sanitarie, destinando allo scopo una quota delle complessive risorse regionali destinate agli interventi previsti dalla presente legge»*.

Il Distretto costituisce, così, il *locus* della gestione del Sistema Integrato degli Interventi e dei Servizi, attraverso lo strumento dei Piani di Zona previsti dall'art. 19

della Legge 328/00 che costituiscono per le comunità locali l'occasione per programmare, guidare e valutare il proprio futuro. Esso va visto e realizzato come un "piano regolatore" in quanto rappresenta lo strumento per:

- analizzare i bisogni e i problemi della popolazione sotto il profilo qualitativo e quantitativo;
- riconoscere e mobilitare le risorse professionali, personali, strutturali, economiche pubbliche, private (profit e non profit) e del Volontariato;
- definire obiettivi e priorità, nel triennio di durata del piano attorno a cui finalizzare le risorse;
- individuare le unità d'offerta e le forme organizzative congrue, nel rispetto dei vincoli normativi e delle specificità e caratteristiche proprie delle singole comunità locali;
- stabilire forme e modalità gestionali atte a garantire approcci integrati e interventi connotati in termini di efficacia, efficienza ed economicità;
- prevedere sistemi, modalità, responsabilità e tempi per la verifica e la valutazione dei programmi e dei servizi.

Responsabilizzazione e compartecipazione

In coerenza e in correlazione con il principio di sussidiarietà, la progettazione e la gestione del sistema devono essere effettuate tramite una *concertazione*, capovolgendo il vecchio modello di funzionamento dei servizi: non più un modello passivo centrato sull'istituzione che resta in attesa del soggetto portatore di bisogni, ma un modello attivo fondato su conoscenza e intervento.

In tale ottica questo Piano detta le regole che prevedono il coinvolgimento diretto di tutti i soggetti che, a vario titolo e con diverse responsabilità, sono chiamati a costruire il Sistema del Ben-Essere, evitando il ricorso a modelli autocratici, accentrati, verticistici. La possibilità di individuare e definire con precisione gli obiettivi delle Politiche Sociali in ambito regionale non può prescindere dal coinvolgimento di tutti i soggetti che saranno coinvolti nella gestione e nel funzionamento del Sistema Integrato degli Interventi e dei Servizi. Infatti, l'art. 8, della legge 328/2000, al comma 2 richiama il disposto di cui all'art. 3, c. 5 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112: *«Le Regioni, nell'ambito della propria autonomia legislativa, prevedono strumenti e procedure di raccordo e concertazione, anche permanenti, che diano luogo a forme di cooperazione strutturali e funzionali, al fine di consentire la*

collaborazione e l'azione coordinata fra Regioni ed enti locali nell'ambito delle rispettive competenze» e al comma 3 prevede che sia compito della Regione la «determinazione [...] tramite le forme di concertazione con gli enti locali interessati, degli ambiti territoriali, delle modalità e degli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete».

Va riconosciuto, a questo proposito, il ruolo strategico rappresentato da tutte quelle realtà private del Terzo Settore alle quali la Regione riconosce uno spazio significativo nell'ambito del Sistema Integrato degli Interventi e dei Servizi.

In particolare modo la Regione intende garantire la costruzione di una "Rete Sociale" che veda coinvolte tutte le articolazioni più importanti del Terzo settore, cui si debbono aggiungere le «reti» di persone e di famiglie, nonché le «forme di auto-aiuto e di reciprocità e della solidarietà organizzata».

In tal modo sarà possibile:

- garantire la partecipazione del Terzo Settore alla gestione e all'offerta di servizi;
- predisporre provvedimenti che consentano di inserire attivamente tali realtà tra i soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi;
- fornire occasioni per la qualificazione dei propri operatori, anche attraverso politiche formative e interventi per l'accesso agevolato al credito e ai fondi dell'Unione Europea;
- favorire e promuovere il ricorso a forme di aggiudicazione negoziali, che consentano ai soggetti operanti nel terzo settore la piena espressione della propria progettualità;
- adottare specifici indirizzi per regolamentare i rapporti tra enti locali e terzo settore, con particolare riferimento ai sistemi di affidamento dei servizi alla persona.

Gli EE.LL. e la riorganizzazione del sistema dei servizi

A fronte della crisi dell'attuale sistema assistenziale si delinea un sistema di protezione e sicurezza sociale centrato sulla promozione di legami di solidarietà e reciprocità e sull'attivazione di risposte integrate e globali corrispondenti ai reali bisogni dei cittadini considerati quali membri di una comunità che, se supportata e stimolata adeguatamente sar in grado di farsi carico dei problemi che nascono al suo interno. La comunità, infatti, rappresenta un potenziale capitale sociale prodotto proprio dalle relazioni che nascono negli ambienti di vita delle persone che ne fanno parte.

Alla luce delle suddette considerazioni, al centro della riorganizzazione del sistema sociale si pone oggi proprio la comunità, non semplicemente come pluralità di cittadini attivi ma come attore sociale, protagonista attivo, di un nuovo *welfare* costruito dal basso e non più imposto dall'alto e pertanto lontano dalla realtà di vita dei cittadini.

In tale contesto, il centro politico e organizzativo della costruzione comunitaria del sistema di protezione sociale locale è rappresentato dagli Enti locali, in particolare dal Comune che in qualità di rappresentante istituzionale dell'intera comunità acquista un significativo rilievo. Esso, infatti, non è più considerato come il mero esecutore di attività prestabilite ma come soggetto che programma, realizza e verifica le attività in base alle specifiche esigenze territoriali, in autonomia politico-amministrativa, seppure nell'ambito delle linee guida e di indirizzo di una programmazione nazionale e regionale.

Secondo la "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" (L 328/2000) e secondo quanto precedentemente stabilito dal DPR 616/77, dalla legge 267/00 e dal Dlgs 112/98 le funzioni e i compiti istituzionali si articolano secondo le seguenti disposizioni:

- Ai *Comuni* vengono assegnate funzioni di programmazione, realizzazione e verifica del sistema locale dei servizi sociali nell'ambito dei piani territoriali, di erogazione dei servizi e delle prestazioni economiche, di autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei servizi gestiti in collaborazione con Enti privati. I Comuni, inoltre, svolgono funzioni di attivatore delle reti sociali, mobilitatore delle risorse, costruttore delle sinergie, ossia promuovono il collegamento di tutti gli Organismi che si occupano di servizi sociali, il coordinamento delle relative attività e l'integrazione socio-sanitaria. Infine, favoriscono la semplificazione amministrativa, garantiscono la partecipazione dei cittadini nonché degli Organismi del terzo settore al controllo della qualità dei servizi attraverso strumenti innovativi come la carta dei servizi e varie altre forme di consultazione.
- Alle *Province* spettano compiti di raccolta dati e analisi quantitative e qualitative sui vari fenomeni sociali al fine di concorrere all'attuazione del sistema informativo dei servizi sociali e alla definizione dei Piani di zona, nonché di supportare il coordinamento degli interventi. Inoltre, alle Province sono demandati compiti relativi alla formazione di base professionale e all'aggiornamento degli operatori.
- La *Regione* ha funzioni di indirizzo e programmazione generale, di coordinamento e verifica nell'ambito del territorio regionale. In particolare definisce gli ambiti territoriali,

le modalità e gli strumenti per la gestione integrata e a rete del sistema locale dei servizi sociali, promuovendone, laddove è possibile, la coincidenza con i distretti sanitari; definisce i requisiti minimi per l'accreditamento, l'autorizzazione e la vigilanza delle strutture e dei servizi a gestione pubblica, nonché degli Organismi del privato e del privato sociale coinvolti nella gestione dei servizi sociali; provvede all'istituzione di appositi albi o registri di soggetti autorizzati alla gestione di attività sociali sulla base di criteri qualitativi oggettivi; definisce gli *standard* di qualità per l'erogazione delle prestazioni e i criteri di partecipazione degli utenti al costo delle prestazioni; determina i criteri per la definizione delle tariffe che i Comuni devono corrispondere agli organismi accreditati; predispone e finanzia il piano di formazione e aggiornamento del personale addetto alle attività sociali; cura l'assistenza tecnica agli Enti gestori degli interventi socio-assistenziali.

La possibilità di assolvere in maniera soddisfacente ai propri compiti istituzionali è funzione della capacità dell'organo preposto – sia esso Comune, Provincia o Regione - di cogliere con tempestività e completezza le domande che provengono dal territorio. Ciò è possibile solo in presenza di un adeguato Sistema Informativo.

Nel campo dei servizi alla persona, la capacità di gestire le informazioni rappresenta un'esigenza centrale per dare piena realizzazione ai principi di prevenzione, di programmazione e di valutazione degli interventi. Infatti, la capacità di leggere tempestivamente e appropriatamente il territorio consente di tarare i servizi sulle reali esigenze delle persone realizzando al tempo stesso efficacia ed efficienza, cioè una razionale distribuzione e un corretto impiego delle risorse umane, finanziarie ed economiche.

Il costante monitoraggio del territorio permette di tenere sotto controllo l'andamento delle attività, il modificarsi dei bisogni della popolazione, l'allocazione delle risorse tra le diverse attività, l'adeguatezza delle azioni rispetto a quanto programmato. Di ciò ha preso atto lo stesso legislatore, dal momento che ha ritenuto opportuno inserire il riferimento al "Sistema Informativo dei Servizi Sociali" nell'art. 21 della Legge 328/00. Se è ormai certa l'importanza della conoscenza, questa esigenza non risulta altrettanto riconosciuta a livello operativo, infatti, scarsi o nulli si presentano gli Osservatori attivati nelle diverse realtà territoriali della Regione. Altrettanto scarsa, quindi, è la disponibilità di dati e l'analisi della reale situazione nel campo delle politiche sociali. Nulla di sistematico nello spazio e nel tempo, quindi; quando, invece, sarebbe necessario poter contare su flussi informativi esaustivi per un intero territorio

e continuamente aggiornati, in maniera tale da poter seguire l'evoluzione delle pratiche e monitorare l'andamento della spesa.

Proprio per ovviare a tale carenza sarà attivato il sistema informativo regionale. Questo, in linea con quanto previsto e indicato dalla Legge 328/00, avrà le seguenti finalità:

assicurare una compiuta conoscenza:

- dei bisogni sociali;
- del sistema integrato degli interventi e dei servizi;
- disporre tempestivamente di dati e informazioni necessari alla programmazione, gestione e valutazione delle politiche sociali;
- promuovere e attivare progetti europei;
- gestire il coordinamento con le strutture sanitarie, formative, con le politiche del lavoro e con quelle dell'occupazione.

Il Sistema Informativo, quindi, rappresenterà una finestra sul sistema di protezione sociale, sul quale dovranno confluire tutti i dati e le informazioni detenuti dai diversi attori, istituzionali e non, operanti nel settore, ovvero coloro che, secondo la stessa Legge, provvedono alla gestione e all'offerta di servizi: gli Enti locali, le Regioni, lo Stato, nonché le organizzazioni no profit e private attive in campo sociale.

Il Sistema Informativo avrà diverse tipologie di utenza, con distinte abilitazioni d'accesso alle informazioni. Tra queste tipologie, innanzi tutto, quella degli operatori del settore, ovvero le Amministrazioni pubbliche coinvolte ai vari livelli - dai Ministeri fino ai Comuni, comprese le strutture sanitarie e quelle della previdenza – ma anche gli operatori sociali e sanitari, privati e del volontariato. L'altra fascia di utenza del sistema sarà costituita dai beneficiari diretti dei servizi sociali e dai cittadini eventualmente interessati a partecipare ad attività di volontariato, ma anche dal pubblico generico, che potrà essere informato in maniera puntuale delle politiche sociali attuate dai vari soggetti.

Il ruolo specifico di Regione e Province e Comuni, secondo la nuova normativa, sarà quello di "individuare le forme organizzative e gli strumenti necessari ed appropriati per l'attivazione e la gestione del sistema informativo dei servizi sociali a livello locale". Questo concretamente significa, in primo luogo, che i Comuni – in quanto erogatori diretti dei servizi e principali recettori dei bisogni come delle potenzialità del territorio – dovranno organizzarsi per gestire tutte le informazioni in proprio possesso nella maniera più opportuna, in vista dell'integrazione col sistema nazionale. E tale

maniera è senz'altro quella di adottare standard tecnici il più possibile aperti, ma anche di strutturare le informazioni in modo che siano facilmente esportabili verso altri sistemi e integrabili con altre fonti. Si tenga conto del fatto che un siffatto sistema informativo, per rispondere alle finalità assegnategli, dovrà essere basato su strumenti di rilevazione e strumenti *software* omogenei e comuni su tutto il territorio regionale, in modo tale da consentire la comparazione tra le diverse realtà.

Sarà compito della Regione la realizzazione di schede di rilevazione e di valutazione dei servizi standardizzate su tutto il territorio regionale.

Si consideri, infine, che il sistema, una volta realizzato, potrà fungere da portale di accesso a tutte le informazioni utili a chi opera nei servizi sociali: le opportunità di finanziamento, ad esempio – europee, statali o regionali – ma anche la conoscenza delle migliori esperienze realizzate a livello locale, fino a diventare un vero e proprio strumento di formazione permanente e di gestione condivisa delle conoscenze.

Indirizzi per la formazione, l'aggiornamento e la riqualificazione degli operatori

Il dinamismo dei fenomeni che caratterizza l'attuale sistema sociale in continua trasformazione ed evoluzione sia per quanto riguarda i bisogni sia per quanto riguarda le risorse disponibili e il processo di autonomia degli Enti Locali, comporta un'attenzione particolare alla formazione, all'aggiornamento e alla riqualificazione degli operatori sociali.

Negli ultimi anni sono sorte nuove figure professionali quali quelle di *educatore professionale*, di *animatore sociale*, di *mediatore culturale* e così via che oggi già operano, all'interno di molti progetti e servizi, accanto alle figure professionali tradizionali quali l'*assistente sociale*, il *sociologo* e lo *psicologo*.

Tali nuove figure professionali potranno dare un contributo notevole in termini di risposta ai bisogni emergenti, ma soprattutto permetteranno di sperimentare nuovi modelli operativi e nuove metodologie di intervento. In tal senso sicuramente contribuiranno ad arricchire il patrimonio professionale dei servizi sociali offrendo la possibilità di guardare ai problemi da diverse angolazioni e altri punti di vista.

Tuttavia per evitare il rischio di confusione e sovrapposizione di ruoli, competenze e conoscenze è importante che tutte le figure professionali impegnate nel sociale vengano congiuntamente formate a lavorare insieme.

Pertanto dovranno essere previsti dei momenti formativi, preferibilmente già all'interno dei corsi professionali di base ma anche all'interno dei vari servizi, finalizzati ad

acquisire la capacità e gli strumenti necessari per un efficace ed adeguato lavoro d'*équipe*.

Inoltre, poiché il principale modello operativo a cui dovranno far riferimento tutti i servizi sociali è quello di rete verranno incoraggiati momenti di formazione integrata che coinvolgano tutti i servizi formali e informali della rete sociale con particolare riferimento ai servizi sociali e sanitari istituzionali e agli organismi di volontariato e di privato sociale.

Infine, per favorire azioni formative coordinate rispetto alle necessità di una data comunità locale sarà opportuno promuovere un'intesa e una programmazione integrata e condivisa tra tutti gli Enti istituzionalmente preposti alla formazione.

Considerato l'andamento e gli obiettivi delle nuove politiche sociali, la formazione, l'aggiornamento e la riqualificazione del personale dovrà tendere prioritariamente all'acquisizione di competenze e conoscenze relativamente ai seguenti aspetti:

il lavoro di gruppo e d'*équipe* per promuovere la globalità degli interventi;

la pianificazione, programmazione e progettazione degli interventi per garantire l'organizzazione sistematica e razionalizzata degli interventi;

la valutazione e verifica dei risultati, con particolare approfondimento delle analisi economico-finanziarie, per eventuali ridefinizioni dei servizi e per orientare efficacemente le politiche sociali;

la tutela della *privacy* per l'individuazione di strategie corrette rispetto alla nuova normativa in materia di accesso, trattamento e archiviazione di dati personali e sensibili;

l'attivazione e l'implementazione di adeguati sistemi informativi per la creazione di banche dati degli utenti e delle risorse, l'informatizzazione degli strumenti di lavoro, la realizzazione di attività di studio, analisi e ricerca sulle problematiche e sui fenomeni sociali.

Gli strumenti che potranno essere utilizzati per l'acquisizione di conoscenze e competenze relativamente ai suddetti aspetti potranno essere:

- la supervisione tecnico-metodologica da parte di esperti in servizio sociale;
- la consulenza da parte di esperti nelle problematiche e nei fenomeni emergenti;
- i corsi integrati di aggiornamento e qualificazione;

- la formazione permanente;
- la formazione a distanza.

Particolare attenzione dovrà essere posta alla formazione permanente intesa come possibilità di confronto e scambio costante e continuo tra i diversi operatori dei servizi soprattutto in merito alle metodologie di progettazione, di monitoraggio e di verifica, nonché ai corsi periodici di aggiornamento e qualificazione tra gli operatori di servizi diversi finalizzati all'acquisizione di linguaggi e strumenti operativi comuni in relazione all'evoluzione della realtà sociale.

La definizione dei profili professionali e dei percorsi formativi nell'area del sociale deve tenere conto della forte dinamicità e della grande complessità delle tre macro variabili che fanno da sfondo alla questione.

La prima macro variabile è costituita dal trend dei bisogni sociali. Tale trend è in crescita sia dal punto di vista quantitativo (*si veda l'alta percentuale di anziani non autosufficienti*), sia dal punto di vista qualitativo, ovvero della diversificazione delle esigenze che si rinnovano in base alle condizioni dell'utenza.

L'andamento di questa variabile è tale di invitare a pianificare non solo le specifiche modalità di risposta professionale alle necessità odierne, ma soprattutto un impianto metodologico, dato da un "sistema di profili e di percorsi formativi", che sappia fronteggiare in materia duttile e snella la stessa natura dinamica del fenomeno, costituito dalla ricorrente trasformazione dei vecchi bisogni e dall'emersione di bisogni sempre nuovi.

Strettamente correlata alla prima, c'è la seconda macro variabile relativa all'individuazione dei profili professionali nell'area del sociale in una prospettiva non statica. Storicamente, tale processo definitorio si è andato evolvendo in forme sempre meno soddisfacenti. Dopo una stagione iniziale di preminenza del Ministero del Welfare, di concerto con il Ministero della Pubblica Istruzione, nel riconoscimento dei titoli e della "qualifiche", la materia è stata successivamente alimentata da previsioni legislative di vario genere, di livello nazionale prima e regionale poi. Oggi è lo stesso quadro della formazione professionale ad aggiungere con grande prolificità nuove etichette, con risultati spesso precari. Il campo dei profili professionali è dunque segnato da grande confusione, con la complicazione, in parte a fondamento funzionale e in parte di tipo corporativo, prodotta dalla spinta a rinchiodare in recinti istituzionali protetti (*possibilmente con il riconoscimento di ordini professionali e di*

tutele esclusive) ogni minimo nucleo di professionalità in qualche modo differenziato dagli altri.

La terza macro variabile riguarda infine l'inquadramento, la progettazione e la gestione dei percorsi formativi per il conferimento dei titoli professionali. A fronte di esigenze sociali sempre nuove, Stato, Regioni e Privati, e quindi Scuola Superiore, Università e Formazione Professionale, stanno proponendo itinerari formativi in continuo mutamento, non sempre caratterizzati da requisiti minimi di confrontabilità.

Per adeguarsi ad elementari criteri di omogeneizzazione con i sistemi degli altri paesi della Comunità Europea, l'Università Italiana ha avviato, da un biennio, la trasformazione secondo gli indirizzi del MURST del 1998, articolando i titoli universitari sui tre livelli di laurea di base (*triennale*), master (*biennale*) e dottorato (*tri-quadriennale*). Alla luce di tale processo si è avuta un'evoluzione significativa di titoli professionali dell'area sociale, ben definiti in sede universitaria (*Lauree per Sociologi, Psicologi ed Educatori Professionali, Assistenti Sociali*), soprattutto per specializzazioni superiori.

Per gli altri profili, la Regione Molise, con corsi di formazione professionale, ha elaborato finora percorsi sicuramente interessanti, ma spesso eterogenei e soprattutto non consolidabili.

In conclusione, l'attuale stato dell'arte in progress delle tre macro variabili sopra riportate, comporta l'adozione di un doppio criterio per trattare adeguatamente il tema della professionalità e della formazione nel presente Piano Sociale Regionale. Il primo criterio è la dotazione di uno strumento organizzativo "Inter-Enti", che sia in condizione di fronteggiare sistematicamente e di rispondere con la duttilità necessaria agli stimoli, alle proposte e alle esigenze dinamiche di aggiornamento del sistema formativo. Il secondo criterio concerne la messa a punto di una classificazione chiaramente individuata e decisamente semplificata per una definizione, da perseguire nel periodo di attuazione del Piano, dei percorsi formativi nell'area sociale. La concretizzazione del primo criterio passa attraverso l'attivazione di un organismo operativo che gestisca la formazione delle figure professionali occorrenti nel sociale. La costituzione di tale organismo va effettuata sulla base di accordi di programma o di apposite convenzioni, prevedendo, accanto alla Regione Molise, rappresentata dalla due aree delle Politiche Sociali e della Formazione Professionale, la presenza delle due Province, della Direzione Regionale Scolastica, dell'Università del Molise con rappresentanti della Facoltà di Scienze della Formazione Primaria e Secondaria,

degli Ordini delle professioni sociali e delle Organizzazioni di Rappresentanza del Privato Sociale.

Per il suo funzionamento sarà predisposta un'articolazione su doppio livello: Comitato di Rappresentanza e di gestione amministrativa da un lato e Comitato Tecnico Scientifico per la progettazione didattica dall'altra.

Il secondo criterio, che coniuga la necessità di una grande flessibilità con il richiamo ad alcuni profili professionali storicamente consolidati e identificabili con immediatezza dal punto di vista della formazione, fornisce i parametri essenziali circa i percorsi formativi e di riqualificazione da confermare o da perseguire nel periodo di attuazione del Piano Sociale.

In particolare, la filosofia cui ci si ispira presuppone che non si debbano rincorrere all'infinito le nuove esigenze di ridefinizione dei profili professionali, ma che si debbano piuttosto attivare, in maniera snella e puntuale, nuovi moduli formativi di durata differenziata e flessibile da "appoggiare" sugli stessi titoli consolidati. Alla luce di quanto sopra, si ritiene che per il presente Piano Sociale Regionale si debba attuare la seguente classificazione:

FORMAZIONE RICHIESTA DIRIGENZA MANAGER SOCIALE:

- Corso Universitario di durata triennale e/o Alta Specializzazione;
- Mediatore Specializzato Master o Corso/Scuola

FORMAZIONE RICHIESTA QUADRI DIRIGENTI:

- Corso Universitario di durata triennale (Psicologo, Sociologo, Educatore, Assistente Sociale);

FORMAZIONE RICHIESTA PER OPERATORI SOCIO ASSISTENZIALI:

- Scuola Media Superiore
- Corsi di Specializzazione

FORMAZIONE PER OPERATORI DI BASE:

- Scuola dell'Obbligo
- Corsi di Qualificazione

Fermo restando la competenza statale per la definizione dei profili professionali e il ruolo dei Contratti Collettivi Nazionali del Lavoro in materia di inquadramento professionale, al momento dell'entrata in vigore del presente Piano Sociale Regionale, è necessario aprire una verifica dei suoi lavoratori in servizio nell'area sociale, sia come addetti ONLUS che come dipendenti di imprese private che usufruiscono di committenze o di contributi da parte di enti pubblici.

Tale verifica riguarda la corrispondenza tra le mansioni svolte e a titoli formativi con i parametri delle aree di cui sopra.

In caso di corrispondenza puntuale tra i titoli posseduti e quelli previsti dalla classificazione, essi devono considerarsi senz'altro confermati nella qualifica.

Per i lavoratori che non possiedono i titoli formativi previsti nella classificazione o che abbiano attestati ottenuti con corsi professionali di vario tipo, l'Assessorato Regionale alle Politiche Sociali, con proprio atto amministrativo, attiverà una procedura affinché l'organismo Inter-Enti, proceda all'esame dei titoli effettivamente posseduti per determinare, nel caso di documentazione sufficiente, un riconoscimento convalidante la qualifica dichiarata, o, negli altri casi, l'obbligo di messa in regola con la frequenza di corsi già previsti o appositamente organizzati.

Lo stesso organismo regionale di coordinamento provvede a progettare e a promuovere corsi di sensibilizzazione e di aggiornamento per il personale amministrativo che opera nel sociale.

2. IL SISTEMA ATTUALE DEI SERVIZI SOCIALI REGIONALI

2.1 Il quadro socio-demografico

È noto che le trasformazioni demografiche agiscono in modo lento e silenzioso; non è quindi facile trovare gli strumenti necessari per mettere in atto adeguate risposte politiche, culturali e organizzative. Tra i mutamenti demografici verificatisi negli ultimi anni in quasi tutti i Paesi Occidentali riveste un rilievo particolare il progressivo invecchiamento della popolazione, soprattutto per le rilevanti conseguenze che apporta in termini economici e socio-sanitari. Tale fenomeno è determinato dal calo della mortalità e della fecondità. Da un lato i progressi in campo medico hanno comportato l'aumento della speranza di vita alla nascita (corrispondente a 76,6 anni per gli uomini ed a 82,9 anni per le donne); dall'altro il controllo della fecondità ha

determinato un calo del numero medio di figli per donna (1,2), inferiore alla soglia (2,1) che assicura la sostituzione delle generazioni.

Conseguentemente, negli ultimi anni la popolazione ha registrato ingenti modifiche nella sua composizione per sesso ed età; la fascia senile si è evoluta a maggiore velocità superando, intorno alla metà degli anni '90, i giovani con meno di 15 anni.

La crescita ha interessato, in particolare, gli ultrasessantacinquenni, ossia coloro che maggiormente sperimentano condizioni di solitudine, malattia e disagio economico. Se nel 1971, in Italia, gli anziani rappresentavano meno del 4,0% della popolazione, nel 2019 potrebbero ammontare al 12,3%, distanziando i giovani con meno di 15 anni. Oltre a variare la struttura per età della popolazione, è mutata anche la sua composizione per sesso. Infatti, se alla nascita si riscontra un'eccedenza di maschi sulle femmine (106 maschi ogni 100 femmine), nell'età anziana la popolazione femminile è molto più numerosa della popolazione maschile.

Occorre, peraltro, considerare la diversità della struttura demografica su base territoriale, diversità che rimanda a politiche di intervento non univoche, ma mirate alle singole realtà locali. Infatti, se al Sud la percentuale di anziani e vecchi differisce dalla media nazionale, al Centro-Nord si riscontrano scarti positivi. Nella fattispecie, la regione più vecchia d'Italia (la Liguria) presenta, rispetto alla regione più giovane (la Campania), una proporzione di ultrasessantacinquenni quasi doppia. Pertanto, il classico dualismo Nord-Sud in questo caso si inverte, avvantaggiando il Mezzogiorno che sperimenta un invecchiamento meno intenso.

La popolazione residente

La popolazione del Molise al 31.12.2001 ammontava a 320.467 unità, con una prevalenza di persone appartenenti al sesso femminile (51,3).

Rispetto all'ultimo dato censuario si registra una diminuzione di 10433 abitanti della popolazione residente; dei 136 comuni molisani, solo 21 presentano un saldo attivo (14 per la provincia di Campobasso, 7 per quella di Isernia) Più in particolare, questo risultato è dovuto allo scarto tra nati e morti (-876 persone rispetto all'anno precedente) più che a un processo migratorio (66 persone iscritte nelle anagrafi del territorio regionale).

La popolazione residente nella Regione si distribuisce in 136 Comuni prevalentemente di piccole dimensioni: 63 Comuni hanno meno di 1.000 abitanti; 53

comuni hanno una popolazione compresa tra 1.000 e 3.000 abitanti. Il 91,0% circa dei Comuni ha meno di 5.000 abitanti e solo 4 superano le 10.000 unità sono 4 (cfr. Tab. 1).

Tab. 1. Classi di ampiezza dei Comuni della Regione Molise. Anno 2001.

<i>Classi di ampiezza</i>	<i>Comuni 2001</i>	<i>%</i>	<i>Comuni 1991</i>	<i>%</i>
Oltre 10.000	4	2,9	4	2,9
Tra 5.000 e 10.000	8	5,9	8	5,9
Tra 3.000 e 5.000	8	5,9	8	5,9
Tra 1.000 e 3.000	53	38,9	58	42,6
Meno di 1.000	63	46,4	58	42,6
Totale comuni	136		136	

Tale dato costituisce l'indispensabile premessa per la definizione dell'assetto organizzativo del Sistema Integrato dei Servizi e degli Interventi Sociali.

Infatti, proprio la dispersione della popolazione all'interno di realtà comunali scarsamente abitate rende problematica l'attivazione di strutture e servizi sociali che richiedono, in termini di avviamento, risorse finanziarie e umane che esorbitano dalle capacità di questi Comuni.

Una prima analisi sulla popolazione regionale, evidenzia che i minori di 18 anni rappresentano il 18,2% della popolazione, con una prevalenza dei maschi sulle femmine.

Gli anziani, invece, incidono nella misura del 21,6% sull'intera popolazione, sopravanzando l'incidenza della popolazione minorile del 2,4%.

Il tasso di natalità si attesta sull'8,1‰, superiore a Campobasso rispetto a Isernia e tipicamente più maschile che femminile. Il tasso di fecondità si colloca nella media nazionale: ogni 100 donne in età feconda sono nati poco più di 3 bambini (cfr. tab. 2).

Tab. 2. Tasso di natalità nella Regione Molise – Anno 2001

Tasso di Natalità	Maschi	Femmine	Totale
ISERNIA	8,3	6,9	7,6
CAMPOBASSO	8,7	8,1	8,4
REGIONE	8,6	7,7	8,1

Tutto questo conferma quanto già avanzato nella prima parte relativamente al fenomeno di progressivo invecchiamento della popolazione. A livello collettivo si può parlare di invecchiamento della popolazione dal basso (per effetto della riduzione della fecondità e quindi della sempre minor misura con cui viene alimentato il sistema popolazione) e dall'alto (riduzione della mortalità in età avanzate e quindi della sempre maggior permanenza degli effettivi anziani e vecchi nel sistema).

I valori riscontrati nelle due Province mostrano un invecchiamento più pronunciato nel territorio di Isernia rispetto a quanto accade a Campobasso, con uno scarto di quasi due punti percentuali (cfr. tab. 3)

Tab. 3. La popolazione ultra 65enne nella Regione Molise – Anno 2001.

Ultra 65enni	Molise	Campobasso	Isernia	Tot. Popol. Ultra65enni Cbasso	Tot. Popol. Ultra65enni Isernia
Maschi	18,0	17,8	18,8	20536	8377
Femmine	23,2	23,0	24,6	27886	11531
Totale	21,3	20,5	21,8	48422	19902

Ancora più significativo è il dato relativo allo stato civile, dal quale emerge come le donne si equidistribuiscono tra la condizione di coniugata e quella di vedova. Ciò è dovuto da un lato al maggior rischio di morte cui sono sottoposti i maschi a tutte le età della vita, e in misura rilevante anche nelle età anziane e senili. In secondo luogo, al fatto che la popolazione anziana è sempre più composta da donne (nel territorio molisano si riscontra un esubero di oltre 10.000 unità della popolazione femminile rispetto a quella maschile). In Italia, per gli ultraottantenni al 1990 il rapporto tra i due sessi era di due femmine per ogni maschio. Questo aspetto è di fondamentale importanza per alcune considerazioni riguardanti l'assistenza socio-sanitaria, perché gli ultraottantenni e in particolare le donne, rappresentano la fascia di popolazione con i maggiori bisogni assistenziali, dato l'alto grado di co-morbilità e di disabilità che li caratterizza.

Tab. 4. Stato civile della popolazione ultra 65enne nella Regione Molise - Anno 2001

Stato civile	Non coniugato	Coniugato	Divorziato	Vedovo
Maschi	4,6	80,6	0,5	14,2
Femmine	8,7	45,6	0,6	44,9

Per quanto riguarda la struttura della popolazione attiva – data dal rapporto tra la fascia 40-64 anni e quella 15-39, risulta una prevalenza della seconda sulla prima. Cioè la popolazione attiva ha una struttura più giovane che anziana. È vero tra gli uomini più che tra le donne e a Campobasso più che a Isernia.

Infine, considerando l'indice di ricambio – che misura la quota della popolazione in uscita dal mercato del lavoro (60-64enni) rispetto alla quota di popolazione in entrata (15-19enni) – si rileva una situazione di quasi parità: 98 persone in uscita su 100 in entrata. I valori, però, si differenziano sensibilmente se consideriamo le appartenenze di genere: la situazione appare più favorevole per le donne rispetto agli uomini, in quanto per ogni 106 donne che escono 100 ne entrano, mentre per gli uomini, a fronte di 91 uscite abbiamo 100 giovani che sperano di entrare nel mercato del lavoro. Inoltre, le opportunità sono maggiori nel territorio di Campobasso (100 in entrata e altrettanti in uscita) rispetto a quanto accade nel territorio di Isernia (in cui per 93 persone che escono 100 premono per occupare i posti lasciati vacanti).

Nella Tab. 5 vengono indicati alcuni dati di sintesi delle due Province e, là dove possibile, la relativa media regionale.

Tab. 5. Popolazione residente nella Regione Molise e nelle Province di Isernia e Campobasso
 - Anno 2000- (archivio assistiti)

<i>Popolazione</i>	<i>Maschi</i>	<i>Femmine</i>	<i>Totale</i>
ISERNIA	44.691	46.878	91.569
CAMPOBASSO	115.346	121.072	236.418
REGIONE	160.037	167.950	327.987
0-5			
ISERNIA	2.340	2.219	4.559
CAMPOBASSO	6.537	6.098	12.635
REGIONE	8.877	8.317	17.194
0-14			
ISERNIA	6.842	6.531	13.373
CAMPOBASSO	17.982	16.815	34.797
REGIONE	24.824	23.346	48.170
0-17			
ISERNIA	8.522	8.096	16.618
CAMPOBASSO	22.138	20.889	43.027
REGIONE	30.660	28.985	59.645
15-64			
ISERNIA	29.359	28.792	58.151
CAMPOBASSO	77.108	76.914	154.022
REGIONE	106.467	105.706	212.173
65 e oltre			
ISERNIA	8.490	11.555	20.045
CAMPOBASSO	20.256	27.343	47.599
REGIONE	28.746	38.898	67.644
15-39			
ISERNIA	15.825	15.217	31.042
CAMPOBASSO	41746	40840	82586
REGIONE	57.571	56.057	113.628
40-64			
ISERNIA	13.534	13.575	27.109
CAMPOBASSO	35.362	36.074	71.436
REGIONE	48.896	49.649	98.545
15-19			
ISERNIA	2.814	2.655	5.469
CAMPOBASSO	7.040	6.845	13.885
REGIONE	9.854	9.500	19.354
60-64			
ISERNIA	2.398	2.668	5.066
CAMPOBASSO	6.566	7.387	13.953
REGIONE	8.964	10.055	19.019

2.2 Il mercato del lavoro

Analizzando l'andamento del mercato del lavoro nella Regione, si può notare come, fino al 1999, emergono differenti andamenti tra le due Province.

Per Campobasso si assiste a un aumento del numero dei disoccupati, tra il 1997 e il 1999, (da 15.000 circa a circa 16.000). Ad Isernia, invece, nel periodo considerato la disoccupazione diminuisce di circa 2.000 unità. Le forze lavoro, invece, diminuiscono a Campobasso di circa 1.000 unità, mentre aumentano ad Isernia di circa 1.000.

Confrontando invece la situazione al 2002, per Campobasso assistiamo ad un aumento del numero degli occupati da 76.000 a 79.000, con una flessione dei disoccupati da 16.000 ad 11.000, ad Isernia permane il trend positivo per quanto attiene al numero degli occupati (da 30.000 a 31.000), mentre si registra una inversione di tendenza per quanto attiene al numero dei disoccupati (da 4.000 a 5.000).

Tab. 6. Andamento dei principali aggregati del mercato del lavoro nelle Province di Campobasso e di Isernia (2002).

CAMPOBASSO

	<i>Valori assoluti in migliaia</i>		
<i>Anni</i>	<i>Occupati</i>	<i>Disoccupati</i>	<i>Forze lavoro</i>
1997	77	15	92
1998	76	16	93
1999	76	16	92
2002	79	11	90

ISERNIA

	<i>Valori assoluti in migliaia</i>		
<i>Anni</i>	<i>Occup.</i>	<i>Disocc.</i>	<i>Forze lavoro</i>
1997	29	6	35
1998	29	5	34
1999	30	4	34
2002	31	5	36

Fonte: elaborazione su dati Istat

Se si confrontano i principali indicatori riferiti ai livelli territoriali Provinciali, Regionale e Nazionale si osserva che il tasso di attività – che misura il rapporto tra la forza lavoro e la popolazione ultraquattordicenne – si attesta in Regione al 45,3%, 2,6 punti percentuali inferiore al valore nazionale. Opposto, invece, il discorso relativo al tasso di occupazione – dato dal rapporto tra la popolazione occupata e il totale della popolazione ultraquattordicenne in quanto il dato delle due Province vede prevalere quella di Isernia rispetto a quella di Campobasso (39,0% contro il 37,6%). Il parametro regionale, al 1999, risulta inferiore del 4,4% rispetto al valore nazionale, delineando una situazione di difficoltà sul versante occupazionale confermata dal tasso di disoccupazione: il valore nazionale si attesta sull'11,4%, mentre il parametro regionale è del 16,2%. Ancora una volta, tra le due Province esiste una significativa differenza pari al 5,0% che favorisce il territorio di Isernia (cfr. tab. 7). La distanza in termini percentuali si riduce analizzando i dati riferiti all'anno 2002: il tasso di disoccupazione regionale si abbassa al 12,6% (uniforme in entrambe le province) rispetto a quello nazionale attestato al 9%.

Tab. 7. I principali indicatori del mercato del lavoro in provincia di Campobasso e di Isernia (1999).

	<i>Tasso di occupazione</i>	<i>Tasso di disoccupazione</i>
<i>Campobasso</i>	37,6	17,5
<i>Isernia</i>	39	12,5
MOLISE	38	16,2
ITALIA	42,4	11,4

Tab. 8. I principali indicatori del mercato del lavoro in provincia di Campobasso e di Isernia (2002).

	<i>Tasso di occupazione</i>	<i>Tasso di disoccupazione</i>
<i>Campobasso</i>	39,2	12,6
<i>Isernia</i>	41,1	12,6
MOLISE	39,7	12,6
ITALIA	44,4	9,0

Fonte: elaborazione su dati Istat

Un obiettivo forte, assorbente, coagulo di tutte le politiche attive da mettere in campo è la significativa riduzione delle disoccupazione regionale con decrementi che portino all'11,5% nel 2003 e ad una percentuale vicino all'8% entro il biennio 2005-2006 (D.P.E.F. Giunta Regionale – Anno 2003)

2.3 I servizi

Come si è visto, la struttura demografica rivela un maggior peso della componente anziana. L'invecchiamento demografico della popolazione è ormai il destino dei paesi occidentali, cosicché questa fascia della popolazione rappresenterà sempre di più una fonte di richiesta di servizi di assistenza, cura e sostegno.

Se si analizzano i dati relativi alla presenza di strutture residenziali per anziani, emerge che in tutta la Regione esse sono 34, di cui 23 nella Provincia di Campobasso ed 11 in quella di Isernia.

Complessivamente esiste una disponibilità di accoglienza per un totale di 1120 posti letto di cui, ad oggi, 1034 utilizzati.

Tenendo conto della popolazione anziana presente nelle due realtà (68.330) i servizi si bilanciano considerando che i cittadini ultrasessantacinquenni presenti in provincia di Isernia (19.908) sono decisamente inferiori rispetto a quelli residenti nella provincia di Campobasso (48.422). (cfr. tab. 9).

Tab. 9. Strutture residenziali per anziani – Province e Regione – Anno 2002.

	<i>Isernia</i>	<i>Campobasso</i>	<i>Totale regionale</i>
<i>Strutture di riabilitazione</i>	2	1	3
<i>R.SA.</i>	0	0	0
<i>Strutture Residenziali</i>	9	22	31
<i>Totale</i>	11	23	34

Nessuna delle residenze sanitarie assistenziali individuate con il piano di localizzazione di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67, è stata ancora attivata.

Le strutture per disabili mostrano ancora una volta uno sbilanciamento tra le due Province a favore del territorio di Campobasso. Il numero di disabili presenti sul territorio regionale (da sei anni in poi) è di 17.000 unità circa, pari al 5,5% della popolazione regionale, un dato più elevato rispetto a quello nazionale, che si attesta al 5%.

Tremila i soggetti da sei a sessantaquattro anni e quattordicimila con oltre sessantacinque anni di età; quest'ultimo dato conferma come il numero dei disabili si concentri prevalentemente tra gli anziani, a riprova che il rischio di malattie, soprattutto di quelle invalidanti, aumenta in misura esponenziale al crescere dell'età.

Particolare significato assume la percentuale di persone disabili prive di un titolo di studio o in possesso della sola licenza elementare: siamo all'87,6%, un dato che assegna alla nostra regione un non invidiabile primato su scala nazionale (78,2)%.

Per quanto attiene alla realtà molisana disponiamo di dati certi solo relativamente alla fascia 3/18 anni; riferita, cioè, ai ragazzi frequentanti le scuole di ogni ordine e grado: sono complessivamente 527 (anno scolastico 2000/2001), di cui 65 iscritti alla scuola materna, 209 alle elementari e 253 alla scuola superiore di primo grado.

Presso l'Università degli Studi del Molise risultano iscritti 21 studenti in situazione di handicap.

Poche le notizie relative alla fascia di età 0/6 e ancora meno quelle per i minori da 0 a tre anni .

Tab. 10. Strutture residenziali e semiresidenziali per disabili e minori – Province e Regione – Anno 2002.

	<i>Isernia</i>	<i>Campobasso</i>	<i>Totale regionale</i>
<i>Centri diurni e/o di aggregazione</i>	11	35	46
<i>Comunità alloggio per minori e case famiglia</i>	1	11	12
<i>Centri riabilitativi privati</i>	2	7	9
<i>Centri riabilitativi pubblici</i>	0	1	1
<i>Consultori familiari*</i>	2	2	4
<i>Comunità alloggio</i>	1	0	1
<i>Totale</i>	17	56	73

*Nella A.S.L. di Isernia è presente una sede consultoriale a Venafro; nella A.S.L. di Campobasso a Boiano; nella A.S.L. di Termoli a Larino. Gli operatori del consultorio familiare di Agnone svolgono attività itinerante anche a Carovilli.

Tab. 11. Servizi per disabili – Province e Regione – Anno 2002.

	<i>Isernia</i>	<i>Campobasso</i>	<i>Totale regionale</i>
<i>Assistenza domiciliare</i>	2	32	34
<i>Assistenza scolastica</i>	1	22	23
<i>Servizio Trasporto Pr. Isernia</i>	1	0	1
<i>Servizi di sostegno all'autonomia</i>	0	12	12
<i>Servizi individualizzati</i>	35	101	136
<i>Progetti Legge 285/97</i>	4	7	11
<i>Totale</i>	43	174	217

2.4 La spesa sociale regionale negli anni 1998-2002

La spesa sociale della regione Molise nel quinquennio 1998-2002 è stata di € 51.905.288,31 (pari a £. 100.502.652.624).

Il comparto maggiormente interessato è quello relativo alla "Povertà" (ex D.P.R. 616/77), che ha comportato un esborso di 16.407.835,69 euro il 31,6% del totale della spesa nel periodo), seguono il comparto "Minori" e "Giovani", con 12.033.752,54 euro il 23,2% del totale), quello riferito alla "popolazione anziana" 11.538.095,68 euro pari al 22,2% del totale e "disabile" 6.154.524,36 euro cioè l' 11,8% della spesa sociale totale . (cfr. tab. 12).

Non sono mancate spese nel comparto sanitario, i cui importi, però, si riferiscono al settore sociale di questo.

Tab. 12 - La spesa sociale nel quinquennio 1998-2002 (in Lire)

Categoria bisogno sociale	1998	1999	2000	2001	2002
Anziani L.R. 21/90	5.300.000.000	5.000.000.000	5.000.000.000	4.300.000.000	5.200.000.000
Minori L. 285 e D.P.R. 616/77	4.000.000.000	4.000.000.000	4.000.000.000	3.400.000.000	4.400.000.000
Handicap LL. n. 104 -162 - 284	1.906.000.000	2.056.000.000	848.000.000	1.500.000.000	3.200.000.000
Fondo sociale L.R. N.1/2000 (ex D.P.R. 616/77)	6.000.000.000	6.000.000.000	6.000.000.000	7.770.000.000	7.800.000.000
Asili nido L.R. n. 18/73	300.000.000	300.000.000	300.000.000	300.000.000	300.000.000
Rimb. Spese trapiantati L.R. n. 18/2001 (ex L.R. n. 35/99)	300.000.000	400.000.000	500.000.000	1.100.000.000	2.500.000.000
Associazionismo LL.RR. n. 3/95-24/90-10/85	494.000.000	442.000.000	442.000.000	442.000.000	442.000.000
Progetti sperimentali ex art. 12 D.L.lgs. 502/92 (biennale)	500.000.000	1.266.000.000		422.000.000	
Materno infantile (progetti L. n. 34/96)	625.000.000	918.000.000	346.000.000		
Tossicodipendenze D.P.R. 309/90 (Triennio 97/99)	2.381.043.000		671.000.000	888.000.000	889.000.000
Immigrati	83.206.000	95.418.000	302.275.152	312.235.000	312.235.000
Totali in lire	21.889.249.000	20.477.418.000	18.409.275.152	20.434.235.000	24.043.235.000
Totali in euro	11.304.853,66	10.575.703,80	9.507.597,16	10.553.401,64	12.417.294,50

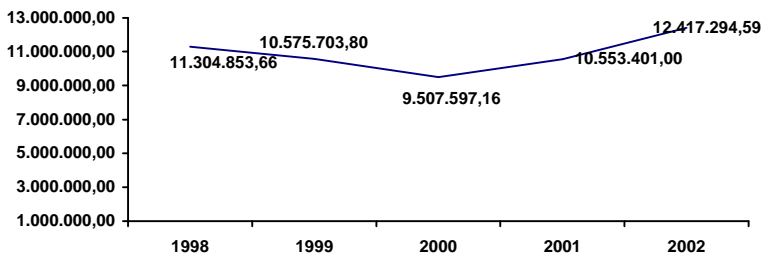
Tab. 13 – La spesa sociale nel quinquennio 1998-2002 per settori (valori in euro e %)

Settore	Euro	%
Povertà	16.407.835,69	31,6
Minori e giovani	12.033.752,54	23,2
Anziani	11.538.095,68	22,2
Disabili	6.154.524,36	11,8
Sanità	2.449.555,07	4,7
Volontariato	1.168.225,51	2,3
Immigrati	570.875,52	1,1
Altro	1.582.423,94	3,1
TOTALE	51.905.288,31	100,0

Al 31.12.2002 la popolazione residente nel Molise era pari a 320.467 unità con una spesa media per abitante di 38,67; nel 2001, a fronte di una popolazione pari a 324.556 di 32,51 euro; nel 2000, a fronte di una popolazione analoga, di 27,74 euro; al 31.12.1999, invece, con una popolazione residente pari a 327.987 persone, la spesa media per abitante corrispondeva a 32,56 euro; al 31.12.1998, infine, a fronte di una popolazione regionale di 328.980 unità, la spesa è stata di 28,19 euro .

Se si considera l'andamento della spesa nel quinquennio e si osserva quanto rappresentato in figura 1, si assiste ad una diminuzione nel secondo e terzo anno, con una ripresa nel 2001 ed un incremento ancor più significativo nel 2002.

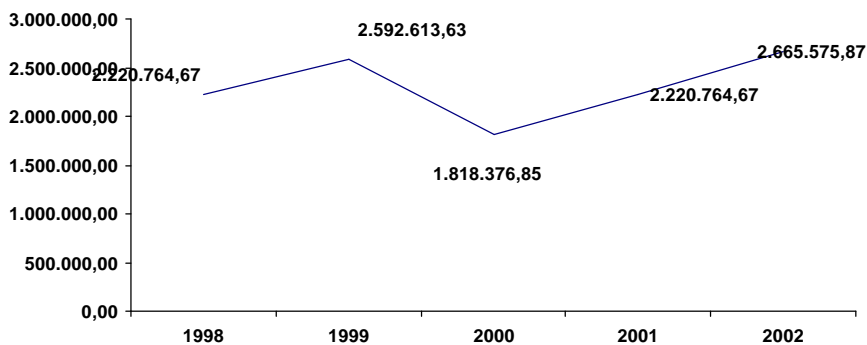
Fig. 1 - L'andamento della spesa sociale nel quinquennio 1998-2002 (in euro)



Area Anziani

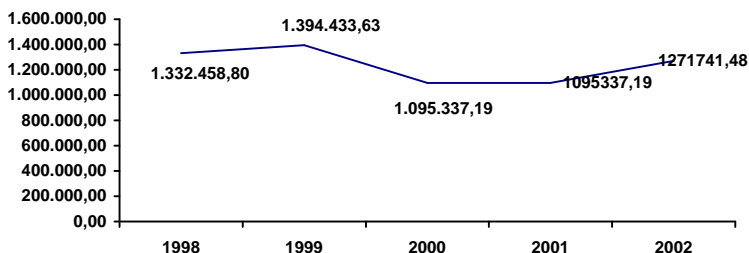
Per quanto riguarda la popolazione anziana la spesa sociale nel quinquennio ammonta a 11.538.095,68 euro secondo l'andamento che viene rappresentato nella figura 2. Come già osservato a proposito della spesa sociale considerata nel suo complesso, si nota un incremento tra il 1998 e il 1999, che si inverte nel 2000, segnalando un importo inferiore anche al primo anno di riferimento. La spesa torna a salire nel 2001 e in maniera ancora più significativa nel 2002.

Fig. 2 - L'andamento della spesa per gli anziani nel quinquennio 1998-2002 (in euro)



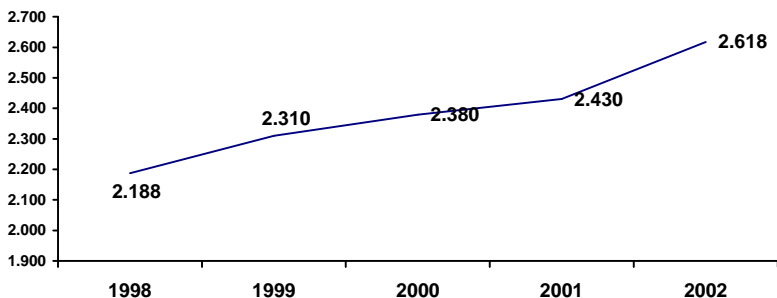
In particolare, la spesa per l'assistenza domiciliare (cfr. Fig. 3) ammonta a 6.189.308,28 euro.

Fig. 3 - L'andamento della spesa per l'assistenza domiciliare agli anziani nel quinquennio 1998-2002 (in euro)



Di contro, l'andamento dell'utenza ha segnato un incremento nel corso dei cinque anni, passando da 2.188 a 2.618 unità (dato riferito a 101 comuni sui 126 interessati, con una popolazione di utenza potenziale pari a 68.330 unità), (cfr. fig. 4).

Fig. 4 - Gli anziani assistiti domiciliariamente nel quinquennio 1998-2002 (in euro)



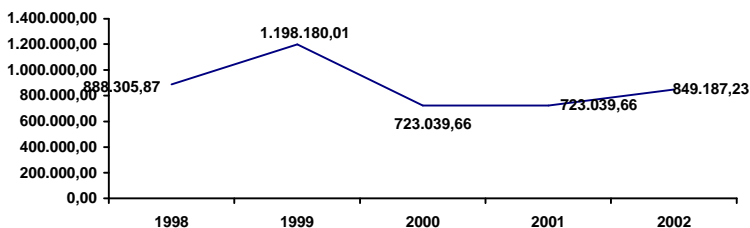
Di conseguenza il costo medio per assistito è diminuito nel quinquennio dai 608,98 euro del 1998, ai 485,76 euro del 2002, (cfr. Fig. 5). *Ciò potrebbe anche essere interpretato come indicatore di una maggiore razionalizzazione della spesa, che consente di soddisfare i bisogni di un numero maggiore di utenti a fronte di un costo inferiore per singolo utente.*

Nel contempo, resta sostanzialmente invariato il numero dei Comuni che, nel corso del periodo hanno fruito dei finanziamenti regionali. Si passa dai 116 comuni del 1998 ai 120 del 2002.

Per quanto riguarda le spese per l'assistenza economica e abitativa, i centri di incontro e i soggiorni per cure termali, si assiste ad una conferma di quanto già

emerso precedentemente: la crescita nei primi due anni, ed ad una sostanziale stabilizzazione nel corso degli altri anni. (cfr. Fig. 5).

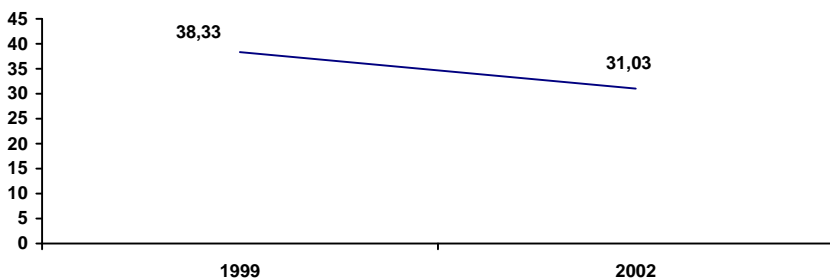
Fig. 5 – Spesa per l'assistenza economica, abitativa, i centri di incontro e i soggiorni termali (in euro)



Il numero di Comuni che hanno beneficiato dei servizi è rimasto sostanzialmente simile: l'89,7% nel 1998 (122 Comuni) e l'88,2% nel 2002 (120 Comuni) con una punta negativa nel 2000 di 81,6% (111 Comuni).

La popolazione anziana ultrasessantacinquenne residente al 31.12.1999 nella Regione Molise ammontava a 67.644 unità, cosicché la spesa pro-capite è stata di 38,33 euro, mentre la stessa spesa al 31.12.2002, a fronte di 68.330 anziani residenti, ammontava a 31,03 euro (cfr. Fig. 6).

Fig. 6- Costo medio per assistito e costo medio nel periodo (in euro)



In aggiunta agli interventi di cui innanzi, la Regione ha anche finanziato interventi per la realizzazione ed il completamento di strutture residenziali per anziani; nell'ultimo riparto sono inseriti i comuni di Tavenna, Civitanova, Petrella, Guardialfiera, Vinchiaturò. La Giunta Regionale ha inoltre approvato il bando per l'attivazione sull'intero territorio regionale del servizio di telesoccorso-teleassistenza con la

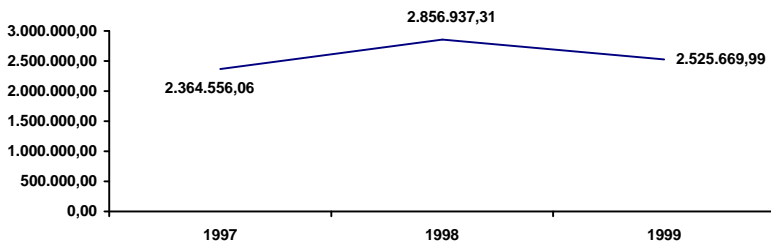
previsione della messa in funzione di 500 punti chiamata per altrettanti anziani soli o privi di adeguato supporto familiare, e per cittadini in condizione di disabilità. La spesa stimata è di Euro 132.824,57.

Il servizio, in presenza di un esito positivo, andrà implementato negli anni successivi attraverso l'eventuale apporto finanziario degli enti locali e dei cittadini coinvolti.

Area Minori

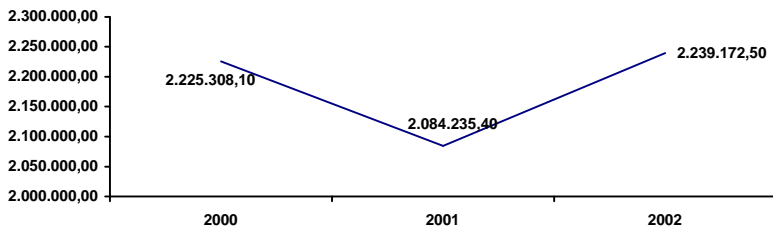
La spesa sostenuta dalla Regione Molise nell'ultimo triennio per i minori ammonta a 7.747.163,38 euro. Anche per i minori si è assistito ad una diminuzione della spesa nell'ultimo anno (-11,6%), anche se tra il 1997 e il 1998 si era avuto un incremento più pronunciato (del 20,8%), tanto che nel 2000 l'importo della spesa è superiore a quello del 1997 (cfr. Fig. 7).

Fig. 7 - La spesa sociale per i minori e i giovani (in euro)



Nello specifico la spesa ha riguardato soprattutto le voci relative alla legge 285/97 e al D.P.R n. 616/77.

Fig. 8 - La spesa sociale prevista nel triennio 2000-02 per i minori e i giovani (in euro)



Nel triennio considerato nella fig. 8, le cifre indicate sono state solo parzialmente trasferite agli enti locali interessati in quanto, la parte più cospicua, relativa alla legge n. 285/97, non è stata utilizzata a seguito dei ritardi della realizzazione della programmazione riferita al triennio precedente. Sono stati recentemente elaborati i progetti di cui al piano stralcio per l'anno 2000 (Euro 1.760.488,90) mentre gli importi già disponibili per gli anni 2001-2002, confluiranno all'interno del fondo sociale regionale funzionale all'attivazione del presente piano.

Tab. 14 – Spesa regionale per i minori. Quinquennio 1998-02 (in euro)

Spesa per i minori	1998	1999	2000	2001	2002
Minori L. 285 e D.P.R. 616/77	900.971,20	2.106.007,94	2.115.602,18	1.928.298,30*	2.084.235,40*
Asili nido L.R. n. 18/73	154.937,07	154.937,07	154.937,07	154.937,00	154.937,00
Materno infantile (progetti L. n. 34/96)	322.785,56	474.107,43	178.694,09	**	**
TOTALE	2.364.556,058	2.856.937,31	2.525.669,99	2.084.235,40	2.239.172,50

* A partire dal 2001, i fondi precedentemente attribuiti ai sensi del D.P.R. n. 616/77 sono ripartiti sulla base delle disposizioni contenute nella L.R. n. 1/2000.

** La legge n. 34/96, che prevedeva fondi finalizzati al potenziamento delle attività delle strutture consultoriali, a partire dal 2001 non è stata più finanziata dallo Stato.

Se si tiene conto delle spese sostenute per l'istituzionalizzazione dei minori (ex D.P.R. 616/77e L.R. n.1/2000), si osserva anche in questo caso un andamento altalenante nel periodo considerato. Questo non è dovuto, però, non alla variazione dello stanziamento, che nel corso del quadriennio 98-2001 si mantiene costante ma alla variazione del numero dei minori ospitati che è di 83 nel 1998, di 91 nel 1999, di 80 nel 2000, di 82 nel 2001, per calare poi drasticamente a 54 nel 2002.

Analizzando, a titolo esemplificativo, la distribuzione dei fondi in base alla suddivisione del territorio in ambiti, secondo le indicazioni della legge 328/00, si osserva che nel corso del triennio la distribuzione dei finanziamenti ha interessato in misura maggiore la zona 4 (con capofila Campobasso) a cui sono andati 1.385.343,68 euro (il 35,6% del totale dei finanziamenti), seguita dalla zona 8 (con capofila Termoli) con 781.714,27 di euro (il 20,1%) e dalla zona 3 (542.356,42 di euro, il 13,9%) – cfr. Tab. 14.

Un'analisi del genere non può essere effettuata per il periodo 2000-02 a causa della mancata utilizzazione dei fondi della L. n.285/97, come già in precedenza indicato.

Tali risorse costituiscono una quota significativa per la realizzazione delle politiche in favore dei minori.

Tab. 15 – Finanziamenti secondo gli ambiti definiti dalla legge 285/97

Arete interessate	1997	1998	Var.-1998-1997	1999	Var. 1999-98	Totale
Venafro	34.086,16	120.850,91	86.764,75	118.637,49	2.213,42	273.575,56
Agnone	26.855,76	86.764,76	59.909,00	84.551,22	2.213,54	198.173,74
Isernia – Frosolone	91.412,87	228.790,41	137.377,54	222.150,14	6640,27	542.356,42
Campobasso Trivento – Riccia	176.628,26	623.879,93	447.251,67	584.831,49	39.048,44	1.385.343,68
Boiano	49.579,86	100.192,64	50.612,78	117.647,45	17.454,81	267.424,95
Palata (Montenero)	28.921,59	100.192,64	71.271,05	86.660,03	13.532,61	215.780,26
Casacalenda (Larino)	33.053,24	95.957,69	62.904,45	97.505,63	1.547,94	226.523,56
Termoli Portocannone	92.962,24	315.038,71	222.076,47	373.705,32	58.666,61	781.714,27
TOTALE	533.499,98	1.671.667,69	1.138.167,71	1.685.688,77	14.021,08	3.890.856,44
TOT + PROV.*	591.097,06	1.796.133,80	1.205.036,74	1.805.728,04	9.594,24	4.192.958,91

* Finanziamenti assegnati ai comuni e alla Provincia

In aggiunta agli interventi innanzi elencati, a livello regionale sono state promosse e realizzate:

- L. 451/97: è stato definito uno specifico protocollo di intesa con gli enti, gli organismi periferici dello Stato e le agenzie presenti su territorio, per l'attivazione dell'osservatorio regionale per l'infanzia e l'adolescenza, con l'obiettivo di raccogliere e monitorare i dati relativi ai minori;
- L. 388/00: è stata prevista la somma di Euro 60.769,58 per gli interventi mirati alla prevenzione del fenomeno dell'abuso sessuale sui minori, con la possibilità di implementare tale fondo di Euro 37.946,67, derivanti dai trasferimenti di cui alla legge n. 269/98 da destinarsi allo stesso scopo;
- L. 476/98: è stato predisposto e sottoscritto un protocollo d'intesa con le ASL, il Comune di Campobasso e Enti autorizzati per la gestione delle istanze presentate dalle coppie; è previsto un fondo di Euro 110.334,17 per realizzare l'informatizzazione dei servizi e attivare un percorso di formazione/aggiornamento per gli operatori ;

- L. n. 53/00: è stata elaborata una proposta di legge regionale di recepimento, mirata al coordinamento dei tempi della città e alla promozione dell'uso del tempo per fini di utilità sociale; ai sensi della legge n. 448/00 è stato assegnato al Molise uno stanziamento di Euro 240.159,66 per la costruzione di nuovi asili nido sui posti di lavoro; si sta predisponendo il relativo piano attuativo;
- L.R. n. 29/2000, è stato istituito l'albo regionale delle ludoteche pubbliche e private, ai fini dell'accesso ai finanziamenti disponibili in bilancio e corrispondenti ad Euro 51.646,00;
- L.R. n. 18/73 e successive modifiche ed integrazioni: sono stati ripartiti ai comuni di Campobasso , Isernia e Termoli, i fondi per il funzionamento e la gestione degli asili nido comunali funzionanti i quei centri;

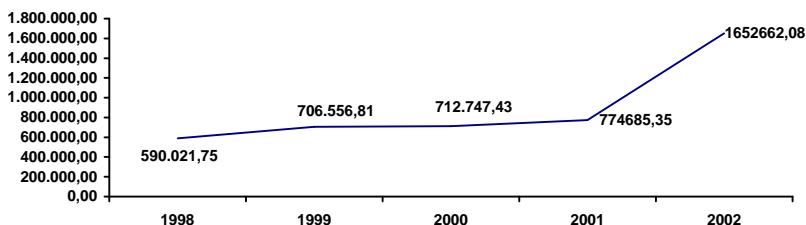
Discorso diverso va fatto per la legge regionale n. 3/2000 "Disposizioni per la tutela della maternità delle donne non occupate": sul capitolo di bilancio, per il corrente anno, non è prevista alcuna disponibilità per far fronte alle richieste pervenute dai comuni e che richiederebbero uno sforzo finanziario considerevole.

Area Disabili

La spesa sociale per i disabili ammonta nel triennio a 2.293.250,81 euro facendo registrare, contrariamente a quanto registrato negli altri settori, una crescita progressiva pari al 20,8% alla fine del triennio.

Fig9 - La spesa sociale per i disabili nel quinquennio

La spesa relativa al periodo 1998-2001 è stata sostenuta utilizzando in maniera



percentualmente sensibile i fondi, trasferiti in misura costante dallo Stato, ai sensi della L. n. 104/92 e 162/98 e, a partire dal 2000, con il fondo sociale nazionale.

L'aumento sensibile registrato nell'anno 2002 è da attribuirsi ad un consistente incremento degli importi posti a carico del bilancio regionale: 604.000,00 euro impiegati per finanziare i progetti della L. n. 104/92 e 214.000,00 euro utilizzati per le iniziative individuali di cui alla L. n. 162/98.

Tab. 15 – La spesa sociale in base alle leggi nazionali

	1998	1999	2000	2001	2002
L. 104/92	639.274,23	663.888,22	594.957,20	594.957,20	594.957,20
L. 162/98	88.314,13	110.144,71	196.672,31	196.672,31	196.672,31

Anche in questo caso si possono distinguere i finanziamenti in base agli ambiti in cui è suddiviso il territorio regionale. Si osserva, così, che, come nel caso dei minori, l'ambito di Campobasso è quello che riceve l'ammontare maggiore di finanziamenti (cfr. Tab. 15): 895.018,80 euro che rappresentano il 44,5% dell'intero ammontare. Seguono le zone di Larino e Termoli con, rispettivamente, il 19,9% (€ 400.758,01) e il 14,7% (€ 294.863,28).

Tab.16 – La spesa sociale per i disabili suddivisa per ambiti

Ambiti	1998	1999	2000	2001	2002
Venafrò	0,00	19.625,36	22.760,73	22.760,73	78.002,21
Agnone	34.904,02	52.704,89	46.481,12	46.481,12	26.118,00
Isernia	0,00	25.822,84	10.014,26	10.014,26	188.399,70
Campobasso	360.811,47	298.117,93	236.089,41	236.089,41	360.932,54
Boiano	25.942,66	52.585,64	74.108,18	74.108,18	94.744,00
Montenero	5.321,57	20.400,05	28.014,59	28.014,59	78.648,00
Larino	125.285,37	116.995,05	158.477,59	158.477,59	270.978,51
Termoli	37.756,67	120.305,05	136.801,56	136.801,56	171.764,91
TOTALE	590.021,75	706.556,81	712.747,43	712.747,43	1.269.587,87

Per quanto riguarda le attività che hanno ricevuto finanziamenti spiccano l'assistenza domiciliare e i servizi di aiuto alla persona, realizzati in 15 dei 23 progetti finanziati; 7 i centri diurni attivati.

12 i progetti individualizzati finanziati con la L. 104/92, per l'acquisto di ausili, attrezzature, autovetture adattate per il trasporto dei disabili; 132 le iniziative personalizzate ammesse a contributo ai sensi della L. 162/98 e finalizzate ad

assicurare a disabili in condizioni di gravità, assistenza domiciliare, scolastica, aiuto personale, fornitura di materiale informatico.

Dei progetti finanziati ai sensi della L. 104/92, per l'anno 2002, usufruiscono 722 utenti ; 148 sono quelli che frequentano i centri diurni.

Ai sensi della L. n. 20/2000 "Interventi a favore degli studenti affetti da patologie che non consentono la frequenza ai corsi di studio", sono stati sostenuti due progetti specifici rivolti ad altrettanti minori (stanziamento di bilancio Euro 25.823,00).

Con la L.R. n. 19/96 « Facilitazioni tariffarie per il trasporto dei disabili », sono stati assicurati, per il tramite delle società concessionarie, sconti per il trasporto urbano di persone in situazione di handicap.

Il Consiglio Regionale, in occasione del 2003, anno europeo del disabile, ha istituito con la L. n. 12 /2003, la giornata regionale dei diritti del disabile, per realizzare una occasione di confronto e di dibattito sulle tematiche afferenti la diversa abilità.

Tra gli elementi di criticità riferiti alla tutela di portatori di handicap, vanno evidenziati i ritardi nell'attuazione della L. n. 68/99 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" , nonostante la disponibilità di risorse finanziarie trasferite dallo Stato.

Discorso diverso va fatto per la legge regionale n. 26/2002 "Istituzione del fondo regionale per l'occupazione dei disabili"; in questo caso, nonostante la costituzione del comitato per la gestione del fondo stesso, nel bilancio per il corrente anno non esistono le necessarie risorse finanziarie. Analoga situazione si registra per la legge regionale n. 25/2002 , integrata dalla n. 35/2002 "Eliminazione barriere architettoniche" per la quale non esiste alcuna copertura finanziaria.

ULTERIORI INTERVENTI REGIONALI DI TUTELA SOCIALE

Appare utile, per offrire un quadro esaustivo delle misure adottate dalla Regione in favore delle fasce deboli della popolazione, sottolineare gli interventi attuati ai sensi della L.R. n. 18 del 17 luglio 2001, "Rimborsi speciali in favore dei soggetti da sottoporosi a trapianto di organi, dei trapiantati e dei cittadini affetti da gravi patologie non curabili nelle strutture sanitarie della Regione Molise" , che ha permesso l'erogazione di aiuti finanziari a molti cittadini costretti a rivolgersi a strutture sanitarie extraregionali ed extranazionali, per sottoporsi ad interventi e cure non fruibili presso le strutture sanitarie regionali.

Si riportano, nella tabella di seguito, le somme spese a tale scopo negli anni 1998-2002, tenendo conto che per l'anno 2003 è stata già assegnata ai comuni richiedenti, la somma di Euro 928.898,82.

1998	1999	2000	2001	2002
154.937,07	206.582,76	258.228,45	568.102,59	1.291.142,25

Terzo settore

Un'ultima notazione va fatta per le realtà del terzo settore. Nel periodo considerato si è assistito a una progressiva e costante crescita delle organizzazioni iscritte nel registro regionale istituito ai sensi della legge regionale n. 3/95 (ad oggi sono circa 180 operanti nel settore socio-sanitario, civile, culturale) e delle cooperative sociali iscritte nell'albo regionale (sezione sociale) di cui alla legge regionale n.17/2000 (ad oggi circa 75 i soggetti iscritti). Proprio gli attori del terzo settore e le cooperative sociali in particolare, concorrono, in maniera rilevante, anche in termini di progettazione, all'erogazione di servizi e prestazioni in favore delle fasce maggiormente esposte ai rischi di disagio e di esclusione sociale: anziani, minori, disabili, dipendenti da sostanze, nuove povertà.

L'ammontare dei finanziamenti regionali diminuisce tra il 1998 e il 1999 del 12,1%, passando da 260.294,258 a 228.790,41 euro (-31.503,87 €), mentre tra il 1999 e il 2002 rimane stabile (cfr. Tab. 17).

Naturalmente le somme indicate fanno riferimento ai soli trasferimenti per iniziative specifiche attuate dalle organizzazioni e dalle associazioni e non comprendono gli importi corrisposti ai soggetti del privato sociale da enti locali ed A.S.L. per l'erogazione di servizi e prestazioni specifiche. (assist. domiciliare, scolastica, aiuto alla persona, segretariato sociale..)

Tab.17 – La spesa sociale per il Terzo Settore

Anni	1998	1999	2000	2001	2002
Importo assegnato	260.294,28	228.790,41	228.790,41	228.790,41	228.790,41

Sulla scorta dell'esperienza maturata in questi anni ed allo scopo di ovviare alle disfunzioni ed alle criticità evidenziate, la Giunta Regionale ha approvato una proposta di revisione della L.R. n. 3/95 che è attualmente all'esame del Consiglio Regionale.

Associazionismo laico e cattolico

Un aiuto ed un sostegno alle persone in condizione di disabilità sociale e, prima ancora, in termini di prevenzione di qualsiasi problema o difficoltà che possa portare all'emarginazione e a situazioni di disagio e di esclusione sociale, viene svolto anche dalla associazioni impegnate soprattutto nell'ambito del mondo cattolico, collegate alle diocesi ed alle parrocchie.

In merito, il Consiglio Regionale ha approvato la legge n. 6 del 27 gennaio 2003, "Riconoscimento della funzione educativa svolta dalle parrocchie e valorizzazione del loro ruolo nella regione Molise", che mira a promuovere e favorire la partecipazione attiva degli oratori, dei centri aggregativi giovanili, delle associazioni parrocchiali già nella fase di programmazione e pianificazione degli interventi di politica sociale.

Un testo normativo di recepimento della legge 383/2000, che disciplina in maniera più generale l'associazionismo di promozione sociale , è stato adottato dalla Giunta Regionale ed è attualmente all'esame del Consiglio Regionale.

Lo stesso D.P.E.F. del 2003 assegna una funzione importante alla "valorizzazione del ruolo del volontariato, dell'economia sociale e dell'associazionismo cattolico e laico".

Ad oggi le iniziative promosse dalle numerose realtà associative presenti sul territorio molisano, in favore di anziani, minori, disabili, dipendenti da sostanza, sono attuate, in molti casi, in forma autonoma, non coordinata rispetto al quadro più generale della programmazione delle politiche sociali posto in essere dalle istituzioni.

Le organizzazioni cattoliche (si pensi alla Caritas) operano spesso nel solo rispetto della gerarchia ecclesiastica, senza collegamenti con le altre realtà operanti sul campo. E' anche vero che negli ultimi anni (si pensi agli interventi in fase di attuazione nella aree colpite dal sisma del 2002) alcune realtà hanno avuto la capacità di proporsi e di promuovere misure in collaborazione con gli enti locali e con la stessa amministrazione regionale, dimostrando come sia possibile realizzare un percorso di sinergia e di coordinamento, che va, attraverso un confronto costante ed una condivisione degli obiettivi , portato a sistema.

3. I SOGGETTI DELLA PROGRAMMAZIONE DEL SISTEMA SOCIALE REGIONALE

3.1 Premessa

Alla luce di quanto esposto in precedenza, si evidenzia l'esistenza di strumenti legislativi sia nazionali che regionali e di direttive attuative che, pur non essendo coordinate e spesso rispondenti ad esigenze settoriali, offrono comunque, varie possibilità di interventi di carattere sociale. Va evidenziato che solo a far data dal gennaio 2000, con la L.R. n. , 1 la Regione Molise si è dotata di uno strumento normativo organico e complessivo in materia di programmazione delle politiche sociali.

Sostanzialmente, ad oggi, tale disposizione normativa ha trovato un'applicazione solo parziale, in quanto per essere operativa necessitava di un piano sociale triennale.

Rispetto a quanto sin qui realizzato, si possono individuare alcuni elementi di criticità nelle politiche regionali poste in essere:

- assenza di una programmazione sia regionale che locale sul medio periodo e interventi finalizzati ad offrire nella quasi generalità dei casi, risposte emergenziali;
- sovrapposizione e duplicazione delle prestazioni e delle attività, con conseguente aggravio dei costi;
- assenza di una seria e sistematica rilevazione dei bisogni presenti sul territorio regionale;
- disomogeneità nell'offerta dei servizi sul territorio, con aree più avanzate e pronte a cogliere le opportunità contenute nella normativa nazionale e regionale in materia ed altre che denotano serie carenze, con conseguente limitazione, se non negazione, di pari opportunità di accesso e fruizione dei servizi per tutti i cittadini titolari di diritti;
- mancanza di un'adeguata verifica e valutazione dei progetti e delle iniziative ammesse a finanziamento con risorse statali o regionali;
- scarsa sensibilità ed attenzione in molti amministratori locali per le questioni che attengono alla promozione dei diritti di cittadinanza, con una tendenza diffusa a delegare ad altre istituzioni (A.S.L.) o a soggetti esterni, (cooperative sociali, volontariato, associazionismo, gruppi cattolici) l'espletamento di compiti propri;

- carenza di informazione e conoscenza delle opportunità offerte dalle disposizioni nazionali e regionali;
- carenza di figure professionali sociali e di adeguati percorsi di formazione e aggiornamento;
- difficoltà degli enti locali a operare in forma associata e a realizzare un percorso concertato e condiviso con gli altri attori impegnati nel settore, con la realizzazione di una "rete sociale";
- mancanza di servizi sociali comunali strutturati (solo 22 comuni su 136 dispongono di un proprio servizio, in molti casi affidato a professionisti o esperti in rapporto convenzionale).
- Si è già sottolineato che, alla luce della nuova Legge-quadro per la *Realizzazione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali* (L. 328/00), il sistema dei servizi non può prescindere dal porre al centro degli interventi i bisogni e i diritti delle persone residenti.

La filosofia di fondo della nuova impostazione concepisce un sistema di interventi nel senso universalistico, non minimalistico né assistenzialista.

Nella situazione attuale, si evidenzia che, accanto alle vecchie povertà, nel tessuto comunitario e sociale si stanno inserendo nuove forme di disagio. Esse sono collegate, per esempio, alla condizione dell'anziano; alle difficoltà di accesso al mercato del lavoro; alla scarsa qualità formativa e al mancato orientamento professionale; all'aumento dei casi di violenza che vedono come vittime i bambini e le donne; all'accettazione di una società multietnica e così via.

Un nuovo sistema di servizi, moderno, efficiente ed efficace, quale risultato di azioni sinergiche programmate e progettate, tra loro interagenti e interscambiabili, pur nella specificità dei ruoli, non può non tenere conto di questa evoluzione sociale.

Ecco perché il Piano regionale deve promuovere azioni in grado di:

- attivare tutte le risorse presenti nella comunità solidale;
- orientare il cittadino verso quei servizi più confacenti ai suoi bisogni lasciandogli, comunque, la legittima facoltà di scelta;
- "ascoltare" le istanze che provengono dal territorio;
- offrire consulenza alla famiglia e alla persona singola puntando sulla qualità professionale degli operatori, sulla esperienza di chi, giornalmente, opera nelle formazioni sociali;

- stimolare il coordinamento tra i diversi livelli istituzionali e, questi ultimi, col volontariato e le altre organizzazioni *non profit*, rendere possibile e attuabile l'armonizzazione tra le esigenze produttive e quelle di riproduzione e di cura;
- salvaguardare le diversità culturali, ambientali, sociali e strutturali presenti all'interno del territorio regionale.

Sono, dunque, questi gli assi portanti del presente Piano Regionale che si identificano nella volontà di:

- superare gli interventi riparatori;
- attuare il principio della sussidiarietà, soprattutto quella verticale;
- assicurare una rete sociale in grado di prendersi cura dell'altro;
- privilegiare l'autonomia e la responsabilità del cittadino;
- stimolare le "reti corte" per consentire alla persona di continuare a vivere nel proprio ambiente;
- attuare l'equità sociale in ogni ambito territoriale della Regione.

La sfida che si ha davanti è quella di avere la capacità di riorganizzare i servizi accostando a quelli già presenti, altri che richiedono nuovi interventi e azioni, nella certezza che solo un lavoro di rete, di messa in rete delle risorse della comunità (istituzioni, privato sociale, famiglia ed altri) potrà consentire che le aspettative diventino certezze.

3.2 Il sistema delle responsabilità e le relazioni istituzionali

Concertazione, integrazione, partenariato e condivisione delle responsabilità rappresentano, più di altre, le parole-chiave alle quali si ispira il presente Piano Territoriale Regionale dei Servizi Sociali, nell'ottica dell'innovazione e del cambiamento nelle politiche sociali, in linea con i principi e gli obiettivi delle leggi nazionali e regionali in materia.

Con il Piano 2004-2006 la Regione Molise intende promuovere un *Welfare delle Responsabilità* costruito sul concetto della "responsabilità condivisa" in base al quale tutti i livelli di governo (*governance*), nell'ambito delle rispettive competenze, concorrono a formulare, realizzare e effettuare la valutazione delle politiche sociali.

Attraverso la sperimentazione di percorsi innovativi in materia di politiche sociali ed utilizzando strumenti e modalità che prevedono il coinvolgimento di tutti i soggetti istituzionali e sociali a vario titolo richiamati dalla L. 328/2000, ci si prefigge lo scopo di realizzare una "rete di interventi" nella quale soggetti pubblici e privati assumono, in

ossequio ai principi di sussidiarietà orizzontale e verticale, un ruolo attivo sia dal lato della progettazione che da quello dell'offerta dei servizi.

Con il presente Piano si intendono, inoltre, consolidare e perfezionare le scelte della Regione Molise in materia di Politiche Sociali, ponendo l'accento:

sul ruolo che i Comuni dovranno avere nella progettazione e nell'erogazione di servizi sociali nel contesto dei Piani di Zona;

sulle possibilità e modalità di partecipazione dei soggetti della società civile alla costruzione della rete dei servizi sociali.

Nello specifico, i soggetti istituzionali, sia centrali che locali, e in particolar modo i Comuni, ai quali spetterà un ruolo strategico per l'attuazione del Piano, avranno il compito di garantire attraverso la promozione, il sostegno, la regolamentazione e la valutazione finale dei risultati, la tutela dei diritti sociali a favore di tutti i soggetti indicati dalla legge 328/2000 in modo da consentire, per ciascuno di essi, livelli accettabili di qualità della vita, non discriminazione, diritto di cittadinanza, inclusione sociale, sicurezza sociale.

Le comunità locali e i singoli cittadini dovranno esercitare un ruolo di cittadinanza attiva attraverso la partecipazione ai processi sociali e alla progettazione dei servizi unitamente ai soggetti istituzionali.

Nell'ottica della costruzione di un sistema di servizi centrato sul riconoscimento dei bisogni e delle risorse del territorio molisano, il Terzo Settore, in tutte le sue forme di esplicazione, è chiamato a partecipare alla programmazione sociale, a contribuire alla progettazione dei servizi e a realizzare gli stessi in maniera concertata con gli altri soggetti.

La Regione Molise attraverso l'adozione del Piano intende realizzare un vero e proprio "circuito della programmazione locale" nel quale: i Comuni, vengono individuati quali soggetti territorialmente deputati alla lettura ed alla ricognizione delle risorse nonché alla indicazione degli obiettivi della rete degli interventi e dei servizi integrati; la Regione, è chiamata a definire, in concorso con gli altri soggetti precedentemente indicati, le grandi linee e gli obiettivi generali della programmazione socio-economica; la Provincia, viene ad essere individuata quale soggetto cui attribuire le funzioni di facilitazione, di promozione dei processi, di coordinamento e supporto della programmazione sociale dei Comuni, soprattutto di quelli di dimensione modesta.

Come più volte affermato, dunque, sono molteplici sia i soggetti e le istituzioni coinvolte in questo processo di creazione della rete, sia le responsabilità in gioco: regionali, provinciali, comunali, delle aziende sanitarie locali, delle comunità montane e di altri soggetti istituzionali e sociali chiamati a realizzare, in ambito locale, una programmazione integrata.

E' proprio attraverso la specificazione delle rispettive responsabilità, la puntualizzazione delle relazioni istituzionali e la capacità di concertare gli interventi che si potranno conseguire, sia qualitativamente che quantitativamente, livelli di soddisfazione sempre più alti con la contestuale ottimizzazione delle risorse impegnate.

3.3 Il ruolo dei cittadini e delle formazioni sociali

Come più volte sottolineato, il principio di sussidiarietà si realizza attraverso il coinvolgimento, nella gestione dei servizi e degli interventi, delle formazioni che compongono il terzo settore: organizzazioni di volontariato e quelle no profit, ma anche la famiglia e il singolo cittadino.

Proprio per il loro lavoro e impegno, fortemente penetrante nel perseguimento degli interessi della società civile, le organizzazioni sociali rappresentative, consentono il superamento dell'ostacolo afferente all'insufficienza delle risorse.

Ai soggetti sociali, pertanto, non può essere assegnato, dalle istituzioni pubbliche, soltanto il ruolo di esecutore di determinati interventi.

Il presente Piano punta a coinvolgerli in un sistema di offerta nel quale venga data loro la possibilità di potersi proporre ed esprimere tutte le capacità progettuali, sulla scorta dell'esperienza acquisita nella gestione del *welfare*.

Infatti, già in molte realtà locali ai soggetti sociali, solitamente considerati privati, viene riconosciuta quella possibilità di acquisire funzioni proprie del settore pubblico.

Ciò non rappresenta confusione di ruoli, ma processo di partecipazione all'attuazione delle funzioni pubbliche, senza per altro intaccare la titolarità delle funzioni che la legge assegna alla Regione e agli altri enti locali, i quali sono chiamati ad individuare le priorità, approvare gli obiettivi della programmazione, stabilire le modalità di verifica dei risultati e così via.

E' così che le formazioni sociali, nelle quali più cittadini si aggregano per partecipare alla promozione e alla tutela della persona in difficoltà, danno valore ad una soggettività che assume rilievo pubblico.

Ad esse, in più, va riconosciuto il merito di stimolare i processi attuativi della politica sociale attraverso:

- alcuni modelli di progettazione ritenuti innovativi;
- la ricerca di un quadro unitario di programmazione con le istituzioni e le altre formazioni;
- la gestione delle risorse sganciata da procedimenti burocratici.

In questa ottica di coinvolgimento e partecipazione a tutto campo, la nuova filosofia del *welfare* vede le organizzazioni di volontariato, le cooperative sociali, il mondo dell'associazionismo laico e cattolico, ma anche, è stato detto, la famiglia e il singolo cittadino così come le stesse cooperative for-profit, come partner irrinunciabili del processo di definizione delle scelte strategiche per la programmazione, progettazione e gestione del sistema degli interventi e dei servizi sociali.

Queste formazioni per la loro radicata presenza in ambito locale, possono fornire un apporto significativo:

- nella definizione del bisogno;
- nello stabilire la dimensione del bisogno;
- nella scelta dell'azione di contrasto al bisogno;
- nelle modalità di contrasto al bisogno;
- nello stimolare nella persona il processo di aiuto e di auto-aiuto;
- nella valorizzazione del proprio intervento, rispetto al bisogno;
- nel sostegno all'azione di intervento degli altri possibili partner.

3.4 Il ruolo del terzo settore e dell'impresa sociale

Come già detto in precedenza, la legge nazionale di riforma introduce rilevanti novità rispetto alle competenze e alla gestione dei servizi sociali, definendo le diverse funzioni affidate agli enti pubblici ed al privato sociale, riconoscendo espressamente a quest'ultimo, un ruolo in termini di coprogettazione dei servizi e di partecipazione concertata alla realizzazione degli stessi.

Coerentemente con questa ipostazione, riconoscendo la sensibile crescita registrata dal terzo settore in ambito regionale, gli enti locali dovranno ricorrere a forme di progettazione e di aggiudicazione dei servizi che consentano ai soggetti impegnati nel terzo settore di esprimere pienamente le proprie capacità anche in termini progettuali.

Questo presuppone, ove possibile e funzionale, il ricorso all'appalto concorso, lo strumento che meglio di ogni altro consente la progettualità dei partecipanti e la possibilità di valutare la qualità delle prestazioni offerte e delle figure professionali che si intendono coinvolgere nella realizzazione dei servizi.

L'apporto del terzo settore diventa "non occasionale" e ciò permette, oltre che di allargare l'offerta, di disporre di servizi flessibili, adattabili alle esigenze della popolazione, promovendo contestualmente anche occasioni di lavoro.

I servizi sociali diventano, in tal senso, un'opportunità in più, come per altro avviene in gran parte dei paesi europei, dove si registra nel campo dei servizi alla persona una percentuale di occupati pari al 14,7%, che scende al 6% in Italia, ed è stimabile al 4% in Molise.

Il ricorso ai soggetti del privato sociale o all'impresa sociale, deve puntare:

- a) a promuovere l'offerta, il miglioramento della qualità e l'innovazione dei servizi e degli interventi, attraverso la definizione di requisiti di qualità ed il ruolo riconosciuto degli utenti, delle loro associazioni, degli organismi di rappresentanza e tutela.
- b) a favorire la pluralità, nell'offerta dei servizi e delle prestazioni, nel rispetto della trasparenza e semplificazione amministrativa;
- c) a favorire forme negoziali o di aggiudicazione che permettano la piena espressione delle capacità progettuali e organizzative dei soggetti del terzo settore;
- d) a favorire forme di coprogettazione tra le amministrazioni pubbliche interessate e i soggetti del terzo settore, per la predisposizione di progetti sperimentali ed innovativi in grado di affrontare specifiche problematiche sociali;
- e) a definire opportuni processi di consultazione con i soggetti del terzo settore ed i loro organismi di rappresentanza.

Gli enti titolari della gestione, ai fini della selezione dei soggetti del terzo settore ai quali affidare l'erogazione dei servizi alla persona, valutano l'offerta quantitativamente ed economicamente più vantaggiosa.

Rispetto al tema della valorizzazione dell'apporto delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di promozione sociale, nell'erogazione dei servizi, la legge di riforma non innova rispetto a quanto previsto dalla L. 266/1991 e dalla L. 383/2000, che non prevedono che le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale traggano profitto dalla erogazione di servizi in un regime di convenzionamento che leghi la qualità delle prestazioni ad un corrispettivo.

Nell'affidamento alle organizzazioni di volontariato e alle associazioni di promozione sociale di interventi o servizi, l'ente locale dovrà dunque prevedere nel contratto (o convenzione) una modalità di rimborso spese coerente con le caratteristiche di gratuità e solidarietà che caratterizzano le organizzazioni di volontariato.

L'ente locale potrà evidentemente anche erogare contributi alle organizzazioni di volontariato e alle associazioni di promozione sociale, regolarmente iscritte nei relativi registri regionali.

L'apporto delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di promozione sociale, anche in relazione a quanto previsto dalle L. n. 266/91 e 383/2000 e dalla L.R. n. 3/95 è particolarmente dedicato ai servizi e alle prestazioni di carattere promozionale e complementari a servizi che richiedono una organizzazione complessa.

I Comuni e le loro Associazioni stabiliscono forme di collaborazione con le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale, avvalendosi dello strumento della convenzione di cui alla L. 266/1991 e 383/2000.

Un' iniziativa da intraprendere per favorire il rafforzamento dei soggetti del Terzo Settore sarà quello sul fronte del credito: andranno sperimentati progetti innovativi che, tramite il coinvolgimento di Banca Etica, possano favorire processi di capitalizzazione delle cooperative sociali (*con maggiore attenzione per quelle di tipo "B"*), così come andrà esaltato il ruolo delle agenzie a partecipazione mista per favorire la concessione di servizi a soggetti del Terzo Settore che hanno difficoltà ad attingere al circuito bancario ordinario.

La Regione Molise, promuoverà forme di confronto e di concertazione con l'obiettivo di facilitare la progettazione di interventi che possano rientrare in piani di finanziamento dell'Unione Europea: tali progetti potranno essere a cura di Enti Locali (*Comuni, Province, Comunità Montane ed Unioni di Comuni*), così come a cura di Organizzazioni del Terzo Settore, o misti. La struttura regionale fornirà soprattutto assistenza tecnica "a tutto campo" dall'accesso alle informazioni, al supporto, alla progettazione.

3.5 Il ruolo delle Autonomie Locali

La programmazione, la progettazione e l'attuazione del sistema degli interventi e dei servizi sociali, in ambito locale richiede, soprattutto, un'azione unitaria da parte degli enti locali.

IL Testo Unico n. 27 n° 267/00 favorisce l'azione unitaria dei diversi enti ed indica le modalità per raggiungere tale unità.

Ciò si realizza nella consapevolezza che ogni ente è, per legge, titolare di compiti e funzioni che ne legittimano la sua stessa natura e che, proprio per questa titolarità, ogni ente locale può programmare, progettare, gestire, controllare, valutare, vigilare, così come affidare, appunto, a terzi (soggetti sociali), proprie competenze.

Il Comune

In attuazione dell'art. 132 comma 1 del D.to L.vo n°112/98 e dell'art 6 della legge n° 328/00, nonché dell'art. 14 della L. R. 1/2000, i Comuni sono titolari di tutte le funzioni amministrative riguardanti gli interventi socio-assistenziali. Inoltre, essi partecipano alle fasi della programmazione regionale in materia.

Infatti al Comune, per eccellenza ente territoriale più vicino al cittadino, spettano funzioni dirette a promuovere il miglioramento della vita dei propri amministrati. L'esercizio delle funzioni in materia di interventi e servizi sociali, può essere svolto dal singolo Comune o dall'associazione di più Comuni, comunque, ricadenti nello stesso ambito territoriale per come definito e individuato successivamente.

Tanto in forma singola quanto in quella associata i Comuni possono delegare alle Aziende Sanitarie Locali e alle Comunità Montane, compiti inerenti l'erogazione di servizi e prestazioni sociali, di progettazione e di realizzazione del sistema di rete dei servizi sociali.

Tale delega deve essere espressamente prevista, unitamente all'indicazione di quali servizi e prestazioni sociali delegare, nel Piano di zona ed essa si concretizza attraverso lo strumento dell'accordo di programma, per come previsto dal Testo Unico n. 267/2000.

Le funzioni più rilevanti spettanti al Comune, all'associazione e/o alle Unioni dei Comuni riguardano le fasi di programmazione, i processi di progettazione, la realizzazione di un sistema a rete dei servizi e degli interventi sociali. Nella sua autonomia e nel rispetto della programmazione regionale, il comune singolo o associato, individua, sulla scorta di una analisi dei bisogni del territorio, le priorità da perseguire e i settori da considerare innovativi. Soprattutto la conoscenza dei bisogni e una programmazione mirata al loro soddisfacimento, rappresentano i punti base per la pianificazione in ambito locale.

In questo quadro si inserisce la progettualità di nuovi servizi tali da stimolare gli aspetti relazionali come, per esempio l'ufficio per la cittadinanza sociale: rivolto alla generalità della popolazione ma, in particolare, agli anziani, minori, ragazze madri, stranieri in difficoltà. Oltre a rappresentare il luogo dove conoscere le varie opzioni e servizi – pubblici e privati - presenti nella comunità, ha la funzione di mettere in immediato contatto la persona in difficoltà, con le offerte in grado di rispondere al bisogno espresso.

Spetta al Comune l'individuazione degli elementi valutativi delle condizioni personali sociali, ambientali ed economiche della persona, per essere ammessa, prioritariamente ai servizi e alle prestazioni erogati dal sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Gli elementi o parametri per la valutazione sono quelli definiti dai criteri generali fissati dal Piano Nazionale di cui all'art 18 della Legge n° 328/00.

Deve essere assicurata la garanzia e la tutela del diritto del cittadino a partecipare al controllo della qualità dei servizi offerti, nonché alla formulazione di proposte atte a predisporre programmi di intervento, secondo le modalità previste nello statuto comunale.

Resta in capo al Comune il coordinamento delle attività e dei programmi, la realizzazione dei collegamenti operativi, tra i vari servizi presenti nella comunità, per razionalizzare gli interventi per l'integrazione sociale. In altri termini, avere la regia delle azioni degli altri attori, in una prospettiva realizzabile di condivisione degli obiettivi e di verifica dei risultati.

La Provincia

Nel sistema delle responsabilità condivise cui si ispira il presente Piano se da un lato Regione e Comuni svolgono un ruolo di "regia", dall'altro non si può non riconoscere che le Province sono chiamate a svolgere un ruolo decisivo nella programmazione sociale a livello locale concorrendo altresì alla formulazione e alla attuazione dei Piani di Zona. In particolar modo, secondo quanto disposto dall'articolo 7 della legge n. 328/2000, la Provincia viene individuata quale ente particolarmente indicato per la lettura del territorio e la rilevazione dei bisogni sociali; inoltre, spetta soprattutto alle Province, soggetti titolari della formazione, qualificazione professionale e avvio all'impiego, sostenere i Comuni nei programmi di reintegrazione sociale e lavorativa di soggetti che siano rimasti fuori dal mercato del lavoro.

La Provincia svolgerà i suoi compiti attraverso la raccolta di dati sui bisogni consolidati ed emergenti nel proprio territorio di competenza, attraverso la partecipazione all'interno dell'Osservatorio Regionale per le politiche sociali, che potrà anche essere organizzato con sottoambiti provinciali, con funzione, appunto, di raccolta ed elaborazione e pubblicazione dei dati sul disagio e sul tipo di offerta presente nelle singole realtà. La raccolta e l'elaborazione dei dati consentirà agli ambiti territoriali, di individuare gli obiettivi strategici e i contenuti per la programmazione.

La raccolta, l'elaborazione dei dati e la loro pubblicazione deve avvenire con cadenza annuale e deve consistere nel:

- fornire, ai Comuni singoli o facenti parte del Distretto Sociale, il supporto tecnico per determinare l'offerta socio-assistenziale sul proprio territorio, e la disponibilità dei dati raccolti dall'Osservatorio Regionale per le politiche Sociali;
- coordinare gli interventi sociali su tutto il territorio di propria competenza: la Provincia assicura le funzioni di coordinamento, mettendo a disposizione dei Comuni singoli o facenti parte dell'ambito territoriale, proprie risorse umane e strumentali utilizzando, per questi ultimi, strumenti e supporti informatici innovativi e reti telematiche, al fine di facilitare il collegamento tra e fra i Comuni e la Provincia stessa;
- promuovere e gestire direttamente o indirettamente la formazione e/o l'aggiornamento degli operatori.

La formazione e/o l'aggiornamento deve potere fornire i supporti necessari per una migliore qualificazione del personale, in riferimento al bisogno dell'utenza e all'offerta erogata, e promuovere la valorizzazione dei rapporti collaborativi tra la struttura burocratica delle istituzioni pubbliche e i soggetti che operano nelle formazioni sociali, come momento essenziale per la buona gestione delle risorse e degli interventi attuati.

La formazione e l'aggiornamento potranno essere assicurate attraverso apposite convenzioni che la Provincia provvederà a stipulare, con enti e strutture, pubbliche e private, in grado di assicurare *know how* formativo, sia in termini teorici che pratici.

La Regione garantirà il sostegno finanziario alla formazione e/o aggiornamento, attingendolo dal fondo sociale, per un importo pari al 70% della spesa totale sulla scorta di un progetto articolato da parte della Provincia, che si farà carico del restante 30%, nel quale vengono individuati:

- i destinatari della formazione e/o dell'aggiornamento;

- l'obiettivo della formazione e/o dell'aggiornamento;
- le modalità e i tempi di partecipazione dell'operatore;
- la durata;
- l'ente o struttura a cui viene affidata la formazione e/o l'aggiornamento;
- il piano di studio e di formazione teorico ed eventualmente anche pratico;
- la sede del corso;
- i costi distinti per voce di spesa.

Il progetto, suddiviso in fasi e azioni, potrà avere durata massima triennale. Esso dovrà essere trasmesso alla Giunta Regionale entro il novantesimo giorno dall'avvenuta approvazione dei piani di zona del primo anno del triennio.

Con separato atto della Giunta Regionale si stabiliranno:

- le modalità di assegnazione del fondo;
- il periodo entro cui questo dovrà essere erogato alla Provincia proponente;
- l'eventuale recupero delle quote non spese;
- le modalità e i tempi per la rendicontazione.

L'ASL

L'esercizio delle funzioni socio-sanitarie deve trovare necessaria integrazione in quello socio-assistenziale, e viceversa.

Infatti, non si può concepire alcun intervento in favore della persona e della famiglia, se esso non prevede azioni congiunte, anche nella specificità dei singoli ruoli assegnati dalle leggi nazionali e da quelli regionali, tra l'ASL e il Comune.

Tuttavia, alla base di queste azioni deve sussistere un progetto unitario e un progetto operativo rivolti a soddisfare il bisogno dell'utenza, evitando sovrapposizioni negli interventi e, appunto, nella gestione degli stessi.

L'intesa e la concertazione tra i Comuni che compongono l'ambito territoriale e l'ASL, costituiscono gli elementi di innovazione su cui si fonda il Piano di zona.

Nello specifico, l'intesa e la concertazione deve essere garantita soprattutto:

per gli interventi afferenti l'integrazione dei soggetti portatori di handicap, attraverso progetti che migliorino la qualità di vita del disabile con servizi alla persona; garantiscano prestazioni di cura e riabilitazione; di recupero della socialità; di aiuto economico; per la facilitazione e accesso ai servizi pubblici. In particolar modo i Comuni, d'intesa con le ASL, dovranno impegnarsi a predisporre su richiesta dell'interessato un progetto individuale per realizzare la piena integrazione della

persona disabile nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro. Tale progetto individuale, deve contenere:

- la valutazione diagnostico funzionale atta a definire le esigenze del caso singolo;
- le prestazioni di cura e riabilitazione a carico del SSN, i servizi alla persona cui provvede il Comune in forma diretta o indiretta impegnandosi, per lo più, sul fronte del recupero e dell'integrazione sociale del soggetto;
- le misure economiche necessarie per il superamento delle condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale derivanti dalla condizione di handicap;
- le potenzialità e gli eventuali sostegni al nucleo familiare del soggetto disabile.
- l'assistenza domiciliare realizzata e assicurata con personale dell'area socio-assistenziale e sanitaria, per favorire la permanenza dell'anziano o del disabile o dell'ammalato nel proprio nucleo familiare riducendo la istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione;
- la valorizzazione delle responsabilità familiari attivando risorse economiche e promuovendo azioni di sostegno per il tramite dei consultori familiari;
- l'attività di contrasto all'uso e consumo di sostanze psicotrope, alcool, sia in termini di cura e riabilitazione quanto di prevenzione, soprattutto nelle scuole, e reinserimento sociale per mezzo di politiche attive (borse-lavoro);
- la salute mentale, con percorsi terapeutici svolti nelle comunità terapeutiche possibilmente situate nel Distretto Sociale o, per i soggetti meno gravi, in strutture sul modello delle case famiglie, ma anche con interventi di sostegno economico e di reinserimento sociale, non ultimo quello lavorativo.

Nel Piano di zona e negli accordi di programma dovranno essere delineati i contenuti della concertazione, rispetto ai precedenti punti.

Tuttavia, a livello di gestione tecnica degli interventi (coordinamento operativo), il raccordo dovrà avvenire tra i servizi sociali dei Comuni dell'ambito territoriale o, in luogo di questi, del Comune capo ambito, e il responsabile o i responsabili dei servizi dell'ASL interessati.

Nel particolare, nell'accordo di programma, dovrà farsi riferimento alle risorse finanziarie, umane e strumentali necessarie a fare fronte agli interventi comuni, per come individuati nei precedenti punti.

La Comunità Montana

Negli accordi di programma, che accompagnano il Piano di zona, può essere prevista la delega per la gestione, in tutto o in parte, degli interventi e dei servizi sociali, alla Comunità Montana ai sensi dell'art. 131, comma 2, del D.lgs. 112/98, della L.R. n. 34/99 e della L.R. n. 15/2003.

La delega può essere conferita solo se la Comunità Montana sottoscrive l'accordo di programma che va a stabilire, tra l'altro, quali funzioni vengono ad essa delegate e quali risorse aggiuntive finanziarie, strumentali e umane sono a suo carico.

Nello specifico, alla Comunità Montana possono essere delegate le funzioni concernenti:

- l'erogazione di sostegni economici a singola persona o nucleo familiare;
- l'inserimento lavorativo per gli ex detenuti, tossicodipendenti o ex tossicodipendenti, alcolisti o ex alcolisti e disabili;
- l'assistenza domiciliare;
- l'assistenza alla persona per i portatori di handicap;
- la gestione di strutture socio-assistenziali.

3.6 Il ruolo della Regione

Con il presente Piano Territoriale Regionale la Regione Molise definisce il sistema delle responsabilità e le modalità per affrontare, in modo innovativo, le problematiche di natura socio-sanitaria ed individua le condizioni affinché siano sperimentate nuove soluzioni alle richieste di integrazione provenienti dalla società.

Il ruolo della Regione nell'organizzazione del sistema degli interventi e dei servizi sociali si esplica, principalmente:

- nella istituzione di un fondo sociale regionale
- nella programmazione;
- nella definizione degli indirizzi;
- nel loro coordinamento;
- nella verifica e controllo della loro attuazione in sede locale.

All'interno di questo scenario di competenza si inseriscono due funzioni di estrema rilevanza:

- la definizione dei processi di affidamento dei servizi alla persona,

- la definizione delle modalità attraverso cui viene valorizzata l'attività del volontariato e dell'associazionismo di promozione sociale e di quella espressione del mondo laico e cattolico.

Alla Regione spetta il compito di fornire indicazioni generali per la determinazione dei parametri necessari alla valutazione del pacchetto di offerte da parte dei soggetti accreditati.

Con il concorso dei Comuni e delle Province, promuove, determina e definisce:

- gli Ambiti Territoriali all'interno dei quali vengono, a loro volta, predisposti i relativi Piani di zona. La Regione definirà, altresì:
- il livello essenziale di servizi da garantire uniformemente negli Ambiti Territoriali;
- la politica di integrazione afferente agli interventi socio-assistenziali, socio-sanitari, del diritto allo studio, della formazione professionale, dell'inserimento lavorativo, della fruibilità del tempo libero. In particolar modo, la Giunta Regionale, in attuazione di quanto contenuto nel presente Piano e di quanto indicato nel Piano Sanitario Regionale dovrà impegnarsi a:
 - le linee guida di supporto alle aziende sanitarie locali e agli enti locali che definiscano gli obiettivi di salute e di benessere di ciascuna comunità;
 - le modalità attraverso le quali si realizza l'integrazione socio-sanitaria individuando servizi e definendo i criteri e i parametri degli oneri di cui al DPCM 14 febbraio 2001, recante "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";
 - i percorsi unitari e comuni sia ai servizi sanitari che a quelli sociali;
 - le metodologie per sistemi innovativi di servizi tra loro interconnessi, al fine di meglio coordinare le risorse umane e finanziarie;
 - le azioni basate sull'assistenza tecnica, in favore degli enti locali, per la gestione così come per l'istituzione di servizi sociali adeguati alle esigenze della persona e della famiglia;
 - i modelli necessari per il controllo gestionale delle risorse;
 - i criteri e le modalità per la concessione, da parte dei Comuni, dei titoli per l'acquisto di servizi sociali dai soggetti accreditati;
 - i requisiti e gli standard necessari al rilascio dell'autorizzazione, accreditamento, nonché vigilanza delle strutture che operano per l'assistenza;

- i tempi di adeguamento, da parte degli enti gestori, agli standard gestionali e strutturali;
- l'istituzione dell'albo regionale relativo ai soggetti autorizzati all'erogazione dei servizi socio-assistenziali;
- gli indirizzi per i Comuni ai fini dell'applicazione dell'ISEE come sistema di accertamento della situazione economica del richiedente prestazioni sociali agevolate. Secondo il principio della sussidiarietà, infatti, persone e famiglie sono chiamate in base alle condizioni reddituali a concorrere al costo dei servizi sociali applicando i criteri dell'ISEE come previsto dall'articolo 25 della Legge 328/2000 e dal Dlgs 109/98 così come modificato dal Dlgs 130/2000;
- i criteri per stabilire le rette o tariffe che i Comuni devono corrispondere ai soggetti accreditati e che offrono servizi;
- il piano per la formazione e l'aggiornamento del personale addetto ai servizi sociali (Tanto la formazione quanto l'aggiornamento avviene col concorso delle amministrazioni Provinciali);
- l'esercizio del potere sostitutivo nel caso in cui i Comuni risultino inadempienti rispetto alle funzioni e compiti che il presente Piano assegna loro.

La Regione, inoltre, nel rispetto delle disposizioni di cui all'art. 24 della L.R. 7 gennaio 2000, n. 1, istituisce, con il concorso dell'Università, degli Enti pubblici, di Enti ed organizzazioni di utilità sociale, un Osservatorio regionale dei fenomeni sociali per raccogliere, elaborare e mettere a disposizione dati quantitativi e qualitativi sui problemi sociali del territorio regionale. L'Osservatorio provvede alla elaborazione di indicatori sui bisogni espressi dal territorio con particolare riferimento alla povertà, ai problemi della famiglia e dei minori, all'integrazione sociale dei portatori di handicap, alla scolarità, all'emarginazione ed al disagio sociale. Potranno essere previste, d'intesa con gli enti interessati, articolazioni provinciali dell'Osservatorio.

4. LA PROGRAMMAZIONE DEL SISTEMA SOCIALE REGIONALE

4.1 Aspetti generali

Ogni intervento socio-assistenziale, anche quello apparentemente più semplice quale può essere l'erogazione di un contributo economico, dovrebbe rientrare all'interno di un percorso programmato caratterizzato da obiettivi e confini ben definiti, seppure non rigidamente.

Tale processo di programmazione aiuta a razionalizzare, circoscrivere, orientare e valutare gli interventi e quindi a responsabilizzare tutti gli attori coinvolti, a chiarire ruoli e competenze e a definire vincoli e risorse.

Si tratta, dunque, di un processo che aiuta a mettere ordine nella realtà riducendone la complessità e semplificando le possibili modalità di risoluzione dei problemi.

Ogni percorso progettuale, per essere veramente efficace ed adeguato, dovrebbe curare soprattutto i seguenti aspetti, considerati elementi fondamentali di ogni progetto:

- la temporaneità;
- la contrattazione;
- la verifica.

Ogni intervento, per responsabilizzare gli attori coinvolti e razionalizzare le risorse, deve avere un limite temporale prestabilito che potrà subire delle modifiche ma solo previa attenta ed approfondita valutazione della situazione da parte degli operatori responsabili del progetto.

Qualsiasi intervento va concordato con l'utente a cui spetta ogni decisione in merito. L'utente deve essere sempre considerato il protagonista principale del percorso e pertanto deve essere messo nelle condizioni di poter effettuare le scelte, relative agli interventi che potrebbero essere realizzati in suo favore, con coscienza e autodeterminazione. L'operatore, dovrà informare l'utente su tutte le opportunità esistenti, sui vincoli e sui rischi legati alle possibili scelte. Effettuata la decisione relativa all'intervento da realizzare, l'operatore e l'utente dovranno «stipulare un vero e proprio contratto» in cui si definiscono chiaramente i compiti che ciascun attore dovrà assolvere, le risorse che ciascuno dovrà mettere a disposizione, i tempi di realizzazione delle prestazioni. Sarebbe preferibile stilare e sottoscrivere tale «contratto» che potrà rappresentare una documentazione utile al momento della verifica e della valutazione finale del progetto oltre che uno strumento di responsabilizzazione degli attori coinvolti, nelle varie fasi dello stesso progetto .

Infine, relativamente ad ogni progetto, si dovrà periodicamente verificare la rispondenza delle azioni realizzate e l'adeguatezza delle risorse utilizzate rispetto agli obiettivi prefissati, al fine di poter riaggiustare il tiro dello stesso in corso d'opera o proporre nuovi progetti maggiormente mirati ed adeguati alla conclusione del percorso.

A titolo esemplificativo si propone uno schema dell'articolazione delle tappe attraverso cui si può rappresentare il percorso di un qualsiasi progetto a prescindere dal contesto, dalla durata, dai destinatari o da altri elementi. Si intende per progetto quel processo complessivo di ideazione, realizzazione e gestione di un intervento e non il prodotto cartaceo o la stesura di un disegno di intervento.

Le tappe che possono essere individuate in un percorso progettuale sono principalmente cinque:

- accoglienza e decodifica della domanda;
- analisi del contesto e individuazione delle risorse;
- ideazione dell'intervento;
- realizzazione dell'intervento;
- verifica conclusiva.

Le suddette tappe, seppure abbiano una sequenzialità logica, non vanno intese in maniera rigida. In un percorso dinamico, attento alle reali esigenze degli utenti e mirato all'attivazione di risposte veramente risolutive, le tappe progettuali possono accavallarsi e talvolta sovrapporsi. Un efficace sistema di monitoraggio e valutazione, relativamente ad ogni tappa del progetto, può rappresentare un validissimo strumento per controllare l'intero percorso progettuale valorizzandone i risultati relativamente ad ogni tappa.

4.2 Gli ambiti territoriali

La suddivisione del territorio regionale in ambiti territoriali deriva dal carattere multidimensionale del *bisogno* che richiede un approccio globale, pertanto è necessario:

- individuare un sistema di collaborazione, programmazione, progettazione e gestione fra i Comuni per la realizzazione di una rete di servizi sociali integrati;
- conferire nuova centralità al territorio come spazio autoreferenziale, dove si possono costruire relazioni significative per un processo di pianificazione graduale.

La legge di riforma tende a far coincidere l'ambito territoriale con i distretti sanitari proprio per rafforzare l'integrazione fra istituzioni diverse (aziende sanitarie, enti locali, ecc) al fine di giungere ad un approccio globale in cui le politiche socio - assistenziali sono strettamente coniugate con dinamiche di prevenzione che uniscono all'aspetto

sanitario anche quello previdenziale, economico, fiscale, del lavoro, della casa, dell'ambiente, della cultura, della formazione.

I Comuni sono chiamati a rispondere ai bisogni della popolazione secondo una logica territoriale che supera i confini amministrativi, proponendosi come garanti del benessere individuale e sociale.

La costruzione degli ambiti territoriali non deve moltiplicare le sedi territoriali di programmazione: quindi gli stessi ambiti del Piano Sociale potranno coincidere, di norma, con i distretti sanitari che saranno definiti in sede di approvazione del nuovo Piano Sanitario Regionale. Al fine di assicurare la piena funzionalità operativa del presente Piano Sociale, in attesa della elaborazione del nuovo strumento di programmazione sanitaria regionale, e della conseguente organizzazione gestionale dei servizi, si individuano i seguenti ambiti territoriali aventi caratteristiche di omogeneità e con una popolazione non superiore a 70.000 abitanti.

AMBITO TERRITORIALE DI CAMPOBASSO		
N.	Comune	Popolazione
1	Campobasso	50450
2	Baranello	2636
3	Busso	1409
4	Castellino sul Biferno	673
5	Ferrazzano	3170
6	Mirabello Sannitico	1811
7	Montagano	1248
8	Oratino	1288
9	Petrella Tifernina	1368
10	Ripalimosani	2588
11	Vinchiaturò	2781
	Totale	69422

AMBITO TERRITORIALE DI BOJANO		
N.	Comune	Popolazione
1	Bojano	8314
2	Campochiaro	634
3	Cercemaggiore	4274
4	Cercepiccola	727
5	Colle d'Anchise	818
6	Guardiaregia	776
7	San Giuliano del Sannio	1076
8	San Massimo	723
9	San Polo Matese	445
10	Sepino	2177
11	Spinete	1433
	Totale	21397

AMBITO TERRITORIALE DI RICCIA		
N.	Comune	Popolazione
1	Riccia	5701
2	Campodipietra	2059
3	Campolieto	1064
4	Gambatesa	1735
5	Gildone	859
6	Jelsi	1917
7	Macchia Valfortore	757
8	Matrice	1067
9	Monacilioni	680
10	Pietracatella	1600
11	S. Giovanni in Galdo	669
12	Sant'Elia a Pianisi	2276
13	Toro	1530
14	Tufara	1120
	Totale	23034

AMBITOTERRITORIALE DI TRIVENTO		
N.	Comune	Popolazione
1	Trivento	5313
2	Casalciprano	635
3	Castelbottaccio	422
4	Castropignano	1145
5	Duronia	507
6	Fossalto	1619
7	Limosano	926
8	Lucito	960
9	Molise	186
10	Pietracupa	259
11	Roccavivara	954
12	Salcito	619
13	San Biase	271
14	Sant'Angelo Limosano	397
15	Torella del Sannio	897
	Totale	15110

AMBITO TERRITORIALE DI MONTENERO DI BISACCIA		
N.	Comune	Popolazione
1	Montenero di Bisaccia	6685
2	Acquaviva Collecroce	800
3	Castelmauro	1901
4	Civitacampomarano	676
5	Mafalda	1334
6	Montecilfone	1588
7	Montefalcone del Sannio	1865
8	Montemitro	468
9	Palata	1940
10	San Felice del Molise	813
11	Tavenna	991
	Totale	19061

AMBITO TERRITORIALE DI TERMOLI		
N.	Comune	Popolazione
1	Termoli	30425
2	Campomarino	6443
3	Guardiafiera	1172
4	Guglionesi	5158
5	Petacciato	3397
6	Portocannone	2544
7	San Giacomo degli Schiavoni	1111
	Totale	50250

AMBITO TERRITORIALE DI LARINO		
N.	Comune	Popolazione
1	Larino	7080
2	Bonefro	1873
3	Casacalenda	2441
4	Colletorto	2474
5	Lupara	651
6	Montelongo	490
7	Montorio nei Frentani	562
8	Morrone del Sannio	757
9	Providenti	166
10	Ripabottoni	673
11	Rotello	1308
12	San Giuliano di Puglia	1163
13	San Martino in Pensilis	4824
14	Santa Croce di Magliano	4936
15	Ururi	3070
	Totale	32468

AMBITO TERRITORIALE DI ISERNIA		
N.	Comune	Popolazione
1	Isernia	20884
2	Castelpizzuto	143
3	Forli del Sannio	833
4	Monteroduni	2392
5	Longano	723
6	Macchia d'Isernia	906
7	Miranda	1080
8	Pesche	1310
9	Pescolanciano	1001
10	Pettoranello del Molise	426
11	Roccasicura	624
12	Sant'Agapito	1331
	Totale	31653

AMBITO TERRITORIALE DI FROSOLONE		
N.	Comune	Popolazione
1	Frosolone	3364
2	Bagnoli del Trigno	877
3	Cantalupo del Sannio	736
4	Carpinone	1254
5	Castelpetroso	1642
6	Chiauci	277
7	Civitanova del Sannio	949
8	Macchiagodena	1961
9	Roccamandolfi	1071
10	Santa Maria del Molise	653
11	Sant'Elena Sannita	277
12	Sessano del Molise	920
	Totale	13981

AMBITO TERRITORIALE DI AGNONE		
N.	Comune	Popolazione
	Agnone	5825
1	Belmonte del Sannio	921
2	Capracotta	1121
3	Carovilli	1522
4	Castel del Giudice	356
5	Castelverrino	130
6	Pescopennataro	386
7	Pietrabbondante	947
8	Poggio Sannita	919
9	San Pietro Avellana	662
10	Sant'Angelo del Pesco	416
11	Vastogirardi	798
	Totale	14003

AMBITO TERRITORIALE DI VENAFRO		
N.	Comune	Popolazione
1	Venafro	11082
2	Acquaviva d'Isernia	468
3	Castel S. Vincenzo	577
4	Cerro al Volturno	1433
5	Colli a Volturno	1405
6	Conca Casale	269
7	Filignano	755
8	Fornelli	1982
9	Montaquila	2471
10	Montenero Val Cocchiara	608
11	Pizzone	328
12	Pozzilli	2199
13	Rionero Sannitico	1128
14	Rocchetta al Volturno	1072
15	Scapoli	949
16	Sesto Campano	3094
	Totale	29820

Nella fase transitoria e fino alla effettiva istituzione dei Distretti socio-sanitari deve essere costituito il Comitato dei Sindaci dei Comuni ricadenti nell'ambito territoriale, che avrà sede presso il comune capofila. Il Comitato elegge al suo interno il Presidente e si dota di un proprio regolamento di funzionamento.

Gli ambiti territoriali si configurano come la sede permanente di raccordo e concertazione tra Regione e Comuni per la programmazione di interventi sociali. La Regione deve promuovere modalità di collaborazione e azioni coordinate con gli Enti Locali per dare luogo a forme di cooperazione che tengano conto del:

- livello di standard previsti dalla programmazione nazionale;
- livello di attuazione della normativa nazionale sul territorio mediante la realizzazione dei piani di zona;
- livello di integrazione dell'attività sanitaria e sociale sul territorio;
- il livello di attuazione e di verifica degli indirizzi della programmazione regionale sul territorio: a tali fine i Comuni, in attuazione degli indirizzi del Piano Sociale Regionale, adottano un piano di zona attraverso il quale coordinare le attività dei singoli Enti e prevedono le forme di collaborazione per i servizi a dimensione sovra comunale;

- dotare tutto il territorio di una rete di servizi essenziali che consente ad ogni persona uguali opportunità di accesso ai servizi e la stessa qualità delle prestazioni a prescindere dal luogo di residenza;
- creare le condizioni per l'integrazione dei servizi guardando non solo al rapporto tra sanitario e social, ma anche al più ampio sistema del welfare: politiche attive del lavoro, formazione professionale e permanente, istruzione, tutela dell'ambiente, sport e tempo libero, integrazione sociale degli immigrati.

4.3 Il Piano di Zona

I contenuti:

- una lettura dei punti di forza e di debolezza del tessuto sociale dell'area interessata (con eventuale riferimenti agli eventuali scostamenti dalla situazione media regionale: es. immigrazione, invecchiamento della popolazione, concentrazione/dispersione territoriale, famiglie con minori, tasso di disoccupazione, ecc.);
- gli obiettivi di promozione e protezione sociale che si vogliono raggiungere nell'arco di validità del Piano Sociale Regionale;
- la descrizione dei servizi sociali propri del Comune, di quelli che, per complessità organizzativa o tecnico-gestionale, hanno necessariamente una dimensione sovra comunale (*di Ambito o di più Ambiti*), nonché delle integrazioni istituzionali e dei servizi sociali attivati in collaborazione con le due Province qualora si tratti di più Ambiti;
- le modalità di confronto e di collaborazione con i soggetti privati e del Terzo Settore esistenti sul territorio;
- i termini e le forme di collaborazione con altri soggetti istituzionali: le province, la Direzione Regionale Scolastica, I Centri per l'impiego, Il Tribunale dei Minori, l'Amministrazione Penitenziaria, l'Università ecc.;
- le risorse impegnate (quelle proprie della Regione Molise o di fonte nazionale ed europea) suddivise per tipologia di welfare e le modalità di compartecipazione degli utenti al costo dei servizi sociali;
- i progetti di innovazione sociale per i quali si richiede il finanziamento a valere del 10% del Fondo Sociale Regionale;

- la qualificazione della spesa per il raggiungimento degli obiettivi fissati, attraverso la mobilitazione e l'attivazione di tutte le risorse disponibili nel contesto territoriale, anche prevedendo la partecipazione di soggetti sociali che concorrono con risorse proprie alla realizzazione del sistema dei servizi sociali;
- la definizione dei criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun soggetto coinvolto nella realizzazione degli obiettivi e degli interventi, anche tenendo conto degli indirizzi del D.P.C.M. del 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";
- la previsione di iniziative di formazione e aggiornamento degli operatori e delle persone coinvolte nel sistema dei servizi sociali.

Strategie per la elaborazione del Piano di Zona

Nella elaborazione del Piano è necessario:

- attivare azioni "responsabilizzanti", in cui sono coinvolti tutti i soggetti sociali rappresentativi della comunità locale e riconosciuti come parte attiva nella realizzazione della rete degli interventi e dei servizi sociali. In tale ottica, nel processo di elaborazione del Piano di Zona una particolare attenzione deve essere rivolta al coinvolgimento attivo di tutti i soggetti dell'art. 1 della Legge 328/00;
- focalizzare l'attenzione sui bisogni dei cittadini e della comunità locale e sulle condizioni per rendere esigibili i diritti sociali. A questo scopo vanno evitati e contrastati gli atteggiamenti di autoreferenzialità in quanto la definizione degli obiettivi va finalizzato al soddisfacimento dei bisogni e alla valorizzazione delle risorse di ogni ambito territoriale.

Vanno altresì fissate, nella fase di programmazione e di pianificazione, le condizioni metodologiche che consentano di effettuare valutazioni di processo e di esito e una definizione chiara ed esplicita del sistema delle responsabilità, delle modalità di gestione delle risorse.

Modalità di presentazione

Il Piano di Zona è trasmesso alla Giunta Regionale del Molise entro 4 (quattro) mesi dalla data di pubblicazione del presente Piano Sociale Triennale sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise.

La Giunta Regionale esamina i Piani di Zona, li approva e provvede al riparto delle risorse disponibili.

Il Piano di Zona ha validità triennale: gli ambiti territoriali possono presentare aggiornamenti annuali (*entro il 31 di marzo di ogni anno*).

I Piani di Zona e gli aggiornamenti annuali saranno uno strumento utile, oltre che per i Comuni, anche per la Regione Molise ai fini della successiva fase della programmazione regionale.

I Piani di Zona sono adottati nel rispetto delle disposizioni di cui al d.lgs 267/2000 "Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti Locali".

5. I LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI SOCIALI

La costruzione di un sistema integrato di servizi prevede un piano minimo di interventi da garantire su tutto il territorio regionale. Un progetto che si articola su cinque livelli assistenziali, icon funzioni differenziate e complementari che vanno dall'ascolto all'orientamento, dal supporto alla tutela, per rispondere ai bisogni normali e straordinari e offrire un'assistenza sufficientemente diversificata.

Le linee di programmazione regionale prevedono, tra li interventi cosiddetti minimi, un servizio di ascolto/orientamento con funzioni di attivare le risorse comunitarie, accoglienza, consulenza, accompagnamento, supporto.;

Un sistema di servizi territoriali, infatti, non può non assolvere in qualche modo all'attività informativa se vuole garantire accessibilità ai propri servizi.

Il Piano si prefigge di assicurare al cittadino l'informazione, l'orientamento e l'assistenza necessaria per la fruizione delle risorse disponibili, nonché la conoscenza delle modalità procedurali per l'accesso alle stesse.

6. L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Con la riorganizzazione dei servizi e degli interventi sociali, si intende intensificare il rapporto fra lo Stato e i cittadini al fine di mantenere e migliorare gli attuali livelli di assistenza e di erogare ai cittadini interventi sempre più incisivi. Gli interventi previsti devono essere uniformi sia nella loro erogazione, che nella loro fruizione. Un ulteriore sforzo in questa direzione dovrà essere fatto al fine di sviluppare nuove iniziative tese a soddisfare le richieste di una utenza diversificata a cui devono essere date risposte personalizzate.

Un punto di riferimento importante in questa direzione è il D. lgs 229/99, che assegna all'integrazione socio sanitaria un ruolo fondamentale. Al fine di assolvere in modo adempiente a questo tipo di integrazione il D.lgs 299/99 definisce, nella fase programmatoria, un insieme di piani che non riguardano solo quello nazionale e regionale, ma comprendono linee programmatiche che privilegiano i Comuni e i Consorzi dei Comuni.

Nel Piano sociale nazionale sono indicate le condizioni necessarie per l'integrazione socio sanitaria a livello *istituzionale*, *gestionale* e *professionale*.

L'integrazione istituzionale mira a promuovere le collaborazioni tra istituzioni di diverso tipo tra cui le aziende sanitarie e le amministrazioni comunali. Tali istituzioni si organizzano per finalità e obiettivi comuni riconducibili al miglioramento dello stato di salute. Gli strumenti giuridici che si possono utilizzare sono le convenzioni e gli accordi di programma.

L'integrazione gestionale fa riferimento ad un livello operativo. In questo caso vengono individuate strutture di organizzazione e coordinamento per garantire che le procedure per l'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie siano adeguate.

L'integrazione professionale si raggiunge attraverso una gestione unitaria della documentazione necessaria a valutare sia l'impatto economico delle decisioni, nella definizione dei ruoli di responsabilità nel lavoro integrato, sia la collaborazione tra le strutture di tipo sociale e socio-assistenziale.

Il Piano sociale nazionale 2001-2003 ha così delineato i criteri della programmazione locale: "Per qualificare le scelte finalizzate all'integrazione socio-sanitaria è necessario garantire unitarietà al processo programmatorio rendendo tra loro compatibili le scelte previste dal Programma delle attività territoriali (di cui all'articolo 3 quater del d.lgs n.229/99) e dal Piano di Zona (di cui all'art. 19 della legge n. 328/00). Il Programma delle attività territoriali è il piano di salute distrettuale in cui sono definiti i bisogni prioritari e gli interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria

necessari per affrontarli. Allo stesso tempo il Piano di zona è lo strumento per definire le strategie di risposta ai bisogni sociali e socio-sanitari. E' pertanto necessario che i due strumenti siano gestiti all'interno di un'unica strategia programmatica, attuata in modo collaborativo tra azienda sanitaria ed enti locali, finalizzata alla promozione e alla tutela della salute delle persone e delle famiglie".

A fronte di ciò devono essere individuati i percorsi per garantire l'efficacia delle prestazioni erogate. Devono essere prefigurate condizioni sia istituzionali che gestionali in grado di coordinare gli interventi dei diversi settori rivolti alla produzione dei servizi. La Regione incentiva la collaborazione istituzionale entro un ambito territoriale adeguato che è quello distrettuale mediante il Piano di Zona dei servizi che diviene strumento per ottimizzare le risorse e facilitare le responsabilizzazioni e le collaborazioni.

L'integrazione socio-sanitaria assume un ruolo di primaria sia nella fase di programmazione che in quella di organizzazione dei servizi. Essa si realizza attraverso diverse forme di accordo:

- a livello istituzionale, tramite accordo di programma tra l'ente che gestisce i servizi assistenziali e l'azienda sanitaria locale;
- a livello programmatico, con riferimento alla predisposizione del Piano di Zona;
- quando avviene a livello di presa in carico integrata del soggetto, con riferimento al luogo territoriale in cui la stessa avviene;
- a livello finanziario con una *puntuale* erogazione dei fondi, sia per quanto riguarda il settore sanitario che quello sociale. L'erogazione dei fondi può essere effettuata correttamente soltanto quando nell'accordo di programma siano state indicate le quote relative a ciascun ente, in relazione alla attività da garantire.

Ai fini della realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria la Regione dovrà utilizzare alcuni strumenti in grado di facilitare questo tipo di prestazione. In questo caso la Regione individuerà le strutture in grado di fornire risposte di tipo integrato in ogni ambito territoriale. La Regione realizzerà, inoltre, delle procedure standard da segnalare agli enti gestori di questo tipo di erogazione integrata; attraverso la definizione di indicazioni in merito alla erogazione dei finanziamenti alle strutture, nonché di strumenti in grado di formare gli operatori che saranno inseriti in queste

strutture e di programmazione delle azioni relative al lavoro territoriale di tipo domiciliare.

Oltre alle collaborazioni tra i soggetti istituzionali è necessario promuovere i diversi soggetti sociali che possono dare nuove spinte nella direzione della programmazione, della gestione dei servizi, della valutazione partecipata dei risultati. I soggetti sociali che hanno un ruolo importante sono quelli del volontariato organizzato, nelle sue diverse espressioni e aree di intervento. E' grazie all'aiuto delle organizzazioni senza fine di lucro che si può prevedere un nuovo sviluppo al sistema regionale dei servizi alla persona. Lo strumento istituzionale che può essere utilizzato in questo caso è il contratto di programma. I contratti di programma complementari agli accordi di programma finalizzati alla attuazione dei piani di zona possono rappresentare a questo scopo uno strumento importante di promozione delle risorse della comunità locale e di potenziamento delle sue radici solidaristiche.

L'associazionismo sociale rappresenta per le amministrazioni locali un interlocutore con cui devono interagire. La sua presenza nel territorio è capillare e spesso garantisce risposte informali che sono premessa e arricchimento delle ulteriori risposte erogate dalla rete dei servizi.

Dal D.lgs. 229/99 art. 3 septies, comma 3) le prestazioni socio-sanitarie comprendono le attività che sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite; mentre le *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria*, sono tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Pertanto le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale consistono in attività finalizzate alla:

- Promozione della salute
- Prevenzione
- Individuazione
- Rimozione
- Contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite ed acquisite.

Le *prestazioni sanitarie ad elevata integrazione sociale* sono caratterizzate da una particolare rilevanza terapeutica e quindi sanitaria e attengono prevalentemente alle aree:

- Materno infantile
- Anziani
- Handicap
- Patologie psichiatriche
- Dipendenza da alcool, droga e farmaci
- Patologie per infezioni da HIV
- Patologie in fase terminale
- Inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico degenerative.

Le attività sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni ed hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità e di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

Il ruolo delle ASL dovrà essere funzionale in merito alle decisioni per fornire adeguate risposte ai bisogni che esprimono le comunità locali, alla allocazione delle risorse e ad una responsabilizzazione economica che li vede sempre più coinvolti. L'integrazione socio-sanitaria deve essere compresa nella fase della programmazione regionale e in quella della pianificazione zonale. Il piano sociale di zona prevederà, oltre alla localizzazione dei servizi e degli interventi socio-sanitari, anche i livelli di integrazione tra le risorse sanitarie e quelle sociali. Il Piano di zona dovrà essere approvato con un accordo fra tutti i Comuni dell'ambito territoriale e si dovrà necessariamente integrare con il programma relativo agli interventi sanitari.

E' evidente che deve esserci una forma di collegamento tra i punti in cui il cittadino può accedere per il tramite dell'ambito territoriale ai servizi sanitari e quelli relativi ai servizi socio-sanitari. Il cittadino che usufruisce di tali servizi deve potersi accedere in modo semplice e deve essere facilitato nell'utilizzo di questo tipo di servizi integrati. Gli utenti del servizio integrato dovranno avere garantita una attenta valutazione del loro effettivo stato di bisogno e l'individuazione di un programma personalizzato di assistenza in relazione alle opportunità che sono presenti nell'ambito territoriale.

Per quanto riguarda la gestione dei servizi socio-assistenziali, essa non deve necessariamente fare riferimento all'ambito territoriale. Le scelte relative alla gestione dei servizi socio-sanitari saranno subordinate alle esperienze territoriali, nonché alle risorse locali esistenti o da attivare e in relazione alle diverse aree di intervento.

I servizi potranno essere gestiti come previsto dal Testo Unico n. 267/2000 dal D.Lgs n. 229/99 da istituzioni, consorzi, aziende speciali e consortili, e/o attraverso la

gestione diretta.. Va da sé che la scelta della forma di gestione dovrà garantire efficienza, economicità, efficacia e perseguire il principio di sussidiarietà.

La gestione dei servizi socio-sanitari sarà perseguita attraverso l'integrazione professionale, predisponendo dei percorsi formativi comuni agli operatori di area sanitaria e a quelli di area sociale, nonché l'attivazione di strumenti per una valutazione interdisciplinare del bisogno e per la valutazione comune di efficacia dell'intervento. Alcune linee di intervento saranno finalizzate al miglioramento della rete dei servizi, in termini quantitativi e qualitativi, agli anziani non autosufficienti.

Per il *sostegno alle famiglie*, si devono privilegiare i luoghi di informazione (consultori familiari) al fine di offrire l'aiuto e la consulenza necessari per offrire una mappa delle opportunità in ordine al tipo di problematiche presentate.

Per il *disagio psicologico* l'integrazione si accentrerà sui interventi mirati che siano funzionali alla soluzione di problematiche conflittuali all'interno della famiglia, in relazione alla preparazione alla genitorialità, alla risoluzione dei conflitti di coppia, di separazione, affidamento, adozione dei minori e così via. In questa direzione, la Regione deve lavorare per promuovere progetti che affrontino la tutela dei diritti dei minori in ordine alle tematiche del maltrattamento e dell'abuso, al fine di costruire dei percorsi orientati alla integrazione dei servizi che uniformino le metodologie degli interventi.

Per le *donne* che hanno subito violenza, si devono prefigurare dei percorsi di aiuto che tengano conto di tutte le implicazioni (sanitarie, psicologiche e sociali) che situazioni di questo tipo riflettono sul vissuto femminile.

Per i *disabili*, si deve prefigurare un percorso di integrazione che coinvolga necessariamente sia il settore sanitario che quello sociale: è proprio nelle reti sociali informali, infatti, che spesso si sostanzia il lavoro necessario a supportare situazioni di tale disagio. I processi riabilitativi di tipo sanitario devono poter contare per essere efficienti ed efficaci di un valido supporto, oltre che dalla famiglia, anche dalle istituzioni scolastiche e dal contributo dei servizi che può arrivare dal privato sociale.

Per gli *immigrati* è necessario prevedere un progetto che tuteli la loro salute, facilitandone l'accesso ai Servizi Sanitari Nazionali in modo da assicurare l'assistenza sanitaria di base. L'accesso alle informazioni da parte di questa fascia di popolazione deve essere agevolato e reso il più semplice possibile.

Per le *patologie da dipendenza*, è necessario sviluppare dei percorsi comuni di tipo socio-assistenziale, che consentano alle persone affette da tali patologie di

recuperare condizioni di vita soddisfacente nei diversi livelli: familiare, amicale, scolastico, lavorativo. Tutto ciò può essere integrato in un percorso di tipo preventivo.

In questo caso gli obiettivi prioritari sono:

- individuare percorsi diversificati in relazione all'evolversi del fenomeno;
- sviluppare il percorso rivolto a raccordare gli atti di programmazione delle aziende unità sanitarie locali e dei comuni al fine di potenziare gli interventi socio-sanitari;
- rispettare le specificità e le competenze dei soggetti istituzionali e non, in un rapporto di collaborazione tra servizi pubblici;
- sensibilizzare le comunità locali verso politiche di promozione della salute e di benessere psicofisico.

E' chiaro che i percorsi relativi alla riabilitazione e al mantenimento delle abilità acquisite sono di competenza e comunque appartengono all'ambito strettamente sanitario, mentre i percorsi relativi alla integrazione sociale, di residenzialità e lavorativi coinvolgono entrambi gli ambiti, sia quello sanitario che quello sociale. Sarebbe opportuno che nella fase di programmazione venissero fornite indicazioni relative alla presa in carico del soggetto in ordine all'ambito territoriale distrettuale, al fine di garantire l'integrazione degli interventi e delle risorse e per meglio rispondere alle richieste dell'utente.

7. GLI OBIETTIVI DEL SISTEMA DEI SERVIZI SOCIALI

7.1 Obiettivi generali

Il D.P.E.F. della Giunta Regionale per il 2003, prevede la necessità di concentrare "interventi e risorse in direzione delle strategie che possano ridisegnare uno sviluppo più equilibrato e solidale"

Alla luce di tali previsioni, gli elementi più importanti del nuovo quadro programmatico sono rappresentati dalla definizione delle caratteristiche e dei requisiti delle prestazioni sociali "essenziali", dalle priorità di intervento attraverso l'individuazione di progetti-obiettivo e di azioni programmate, dalle modalità di attuazione del sistema integrato, dalla costruzione di reti integrate di interventi e servizi.

La necessità di costruire un sistema di azioni che sia mirato per i diversi livelli territoriali prevede che la programmazione regionale non sia prescrittiva in ordine ai

servizi, in quanto questi devono essere la risposta ai bisogni e alle esigenze dello specifico territorio.

Infatti, ogni realtà territoriale matura delle peculiarità che non sarebbe corretto ignorare rispondendo ai bisogni sociali con delle offerte standardizzate. Al contrario, è indispensabile che il piano sia prescrittivo per quanto riguarda le diverse aree di *welfare*, poiché i vari livelli di prestazione sono necessari e interdipendenti e si può parlare di sistema di protezione universalistico solo se questi anelli sono tutti presenti. Un altro standard di protezione sociale riferito all'azione dei sottosistemi territoriali deve riguardare lo sviluppo di una cultura gestionale improntata a forme di controllo, monitoraggio e valutazione dell'intero sistema.

Gli obiettivi del piano regionale, ai quali vanno correlati risultati attesi da identificare, possono essere così sintetizzati:

- costruzione di un sistema di servizi integrati a rete;
- erogazione in ciascun ambito territoriale dei servizi essenziali;
- qualificazione della spesa sociale;
- integrazione a livello territoriale di interventi sociali, sanitari, educativi e formativi;
- promozione di forme di autopromozione sociale.

7.2 I principi regolativi

Il Piano Sociale orienta l'azione sul territorio in virtù di una serie di principi che la legge nazionale delega alle Regioni quali:

- il principio di integrazione costituisce l'imperativo non solo del comparto socio-sanitario, ma anche dei diversi livelli di *welfare* proprio per sviluppare in modo omogeneo le specifiche aree in modo da garantire il naturale sviluppo dell'essere umano. Inoltre, si intende integrare anche le diverse politiche all'interno di uno stesso ambito amministrativo e il lavoro di professionisti e specialisti nei processi lavorativi;
- il principio della qualità fondato su una metodologia di valutazione delle politiche pubbliche in termini di efficacia ed efficienza, con la specificazione di azioni e di strumenti di controllo, monitoraggio e valutazione che l'amministrazione deve attivare sulle offerte prestazionali di interventi e servizi.

Tutto il sistema di valutazione sarà orientato non solo agli adempimenti burocratici, quanto a cogliere la qualità delle prestazioni, la rispondenza alle richieste, la capacità

flessibile e innovativa di rispondere all'utenza, il raggiungimento, anche intermedio, degli obiettivi prefissati.

Alcuni strumenti di monitoraggio sui servizi e/o sugli interventi potranno essere:

- Schede di rilevazioni periodiche sull'andamento delle attività
- Schede di soddisfazione dell'utenza
- Report qualitativi, con cadenza regolare, sulle attività in corso.

Il principio di compartecipazione alla spesa secondo un criterio universalistico selettivo che comporta la selezione delle prestazioni e prevede un impegno nella partecipazione ai costi di sostanziale equità sociale. Quindi, il piano prevederà una serie di servizi universali gratuiti e altri servizi in cui è necessaria una compartecipazione ai costi da parte degli utenti, la cui quota sarà stabilita dai Comuni ricompresi nel Distretto o aderenti al piano di zona, che tenga conto di alcuni parametri di riferimento:

- la condizione economica della persona e/o della famiglia di appartenenza (la compartecipazione non è comunque applicabile a coloro che si trovano al di sotto della soglia di povertà);
- la composizione quantitativa e qualitativa della famiglia;
- lo stato di eventuale dipendenza di soggetti in relazione alle condizioni di salute;
- le condizioni di rischio o di esclusione sociale.

7.3 Il riparto delle risorse finanziarie

La Legge n. 328/00 prevede un sistema di finanziamento plurimo delle politiche sociali cui concorrono, in base a competenze differenziate e con dotazioni finanziarie afferenti ai rispettivi bilanci, gli Enti Locali, le Regioni e lo Stato, ai sensi del Decreto Legislativo 31 marzo 1998 n. 112, secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'Amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli Enti Locali.

Il Piano Sociale Nazionale 2001/2003, attuativo della Legge 328/00, prevedeva l'attribuzione alle regioni e alle province autonome di una quota di risorse indistinte, da utilizzare in ragione delle priorità e delle esigenze definite dalla programmazione regionale in materia di politiche sociali, e di una quota finalizzata all'attuazione e all'erogazione di servizi in favore dei disabili, minori e adolescenti, dipendenti da sostanze, politiche migratorie, responsabilità familiari, persone anziane, povertà,

persone senza fissa dimora. Per gli anni 2001 e 2002 , nel trasferimento delle somme statali stanziare, è stata seguita questa procedura.

La Legge finanziaria per il 2003, all'art. 46, comma 1) ha stabilito che "il Fondo nazionale per le politiche sociali è determinato dagli stanziamenti previsti per gli interventi disciplinati dalle disposizioni legislative indicate all'art. 80, comma 17, della Legge 23 dicembre 2000, n.388, e successive modificazioni, e dagli stanziamenti previsti per gli interventi, comunque finanziati a carico del Fondo medesimo, disciplinati da altre disposizioni. Gli stanziamenti affluiscono al Fondo senza vincolo di destinazione".

Le risorse *indistinte* del Fondo Regionale Politiche Sociali relativo agli anni 2004-2006, comprensive degli importi trasferiti o da trasferire a carico del bilancio statale e degli stanziamenti derivanti da specifiche disposizioni regionali, destinate all'avvio del sistema integrato dei servizi, sono quantificate nella Tabella 18:

Tabella 18 - Risorse indistinte per la realizzazione degli obiettivi del piano sociale regionale (Anni 2005-2007)

Anno	Risorse regionali	Trasferimenti statali di cui alla L. n. 328/00	Totale risorse disponibili
2005	7.500.000,00	6.500.000,00	14.000.000,00
2006	7.500.000,00	6.500.000,00	14.000.000,00
2007	8.500.000,00	6.500.000,00	15.000.000,00

Alle risorse finanziarie di cui alla tabella precedente andranno ad aggiungersi quelle derivanti dalla fiscalità generale, dalla compartecipazione degli enti locali, da finanziamenti comunitari.

Nel prospetto degli stanziamenti utilizzabili per la programmazione 2004-2006, non sono ricompresi fondi destinati alle organizzazioni di volontariato (L.R. n.3/95) all'associazionismo di promozione sociale (il testo di legge adottato dalla Giunta Regionale è, come già detto all'esame del Consiglio), alla cooperazione sociale (L.R.

n. 17/2000), alle associazioni degli Invalidi civili (L.R. n. 24/90), alle associazioni combattentistiche e d'arma (L.R. n. 10/85) quantificabili in Euro 490.000,00 annui.

Le risorse indistinte (Tab. 18) sono attribuite, per l'avvio di servizi comunali e territoriali nel modo seguente:

Una quota pari al 60% del fondo è attribuita ai comuni singoli per garantire la continuità dei servizi e delle prestazioni in sulla baserei seguenti criteri:

- 50% in base alla popolazione residente
- 24% in base alla popolazione anziana (65 e oltre anni)
- 18% in base alla popolazione minorile
- 8% in base alla popolazione disoccupata
 - Una quota pari al 30% delle risorse viene ripartita tra i comuni di ciascuna ambito territoriale come incentivo all'attivazione del piano di zona e alla gestione associata dei servizi sulla base degli stessi criteri indicati per la quota del 60%;
 - Una quota del 10% del fondo, come indicato nella tabella 19, resta nella disponibilità dell'Assessorato regionale competente per il finanziamento di iniziative mirate:
- ad attivare progetti innovativi da sperimentare a carattere regionale;
- a riequilibrare i Piani di Zona laddove i criteri di spesa utilizzati, nella programmazione zonale, non riescano a garantire i livelli essenziali di assistenza;
- a realizzare di un sistema informativo a livello regionale, con il diretto coinvolgimento delle Province, che garantisca la raccolta e gestione delle informazioni, la valutazione della qualità e dell'efficacia degli interventi;
- ad avviare il supporto tecnico della rete a livello regionale e distrettuale;
- ad istituire ed a garantire il funzionamento **dell'Ufficio di Piano** al quale è affidato il compito di promuovere la concertazione sugli obiettivi del piano sociale regionale, il coordinamento delle iniziative su base regionale, l'accompagnamento delle misure finanziate, il monitoraggio complessivo sull'attuazione delle finalità programmatiche.

L'ufficio di piano istituito con deliberazione della Giunta Regionale, è allargato alle altre strutture regionali cui afferiscono le competenze in materia di servizi sociali, pubblica istruzione, sanità, programmazione, politiche attive del lavoro, formazione professionale, turismo, sport e tempo libero. Le attività dell'ufficio coinvolgeranno anche l'ANCI, in rappresentanza dei comuni e degli ambiti territoriali, l'UPROM in

rappresentanza delle province, altri soggetti cointeressati rappresentanti della domanda e dell'offerta, a partire dalla forze sociali più rappresentative. L'Ufficio redigerà, con cadenza semestrale, un rapporto sullo stato di attuazione delle progettualità finanziarie, da trasmettere alla Giunta Regionale, per il successivo inoltro al Consiglio ed alla Conferenza Regionale delle Autonomie Locali di cui all'art. 9 dalla legge Regionale 29 settembre 1999, n. 34.

E' stabilita a carico degli enti locali e/o degli ambiti territoriali, una quota di cofinanziamento non inferiore al 10% della spesa complessiva.

Per quanto attiene a risorse assegnate dallo Stato con vincolo di destinazione, la Regione si riserva di programmare specifici interventi di gestione.

Tabella 19 - Schema generale di riparto delle risorse indistinte FRPS (Anno 2005-2007)

Riferimento normativo	Tipo intervento	Destinatari	%	Importo 2005	Importo 2006	Importo 2007
FRPS	Continuità assistenziale	Comuni	60%	8.400.000,00	8.400.000,00	9.000.000,00
FRPS	Piani di zona	Ambiti territoriali	30%	4.200.000,00	4.200.000,00	4.500.000,00
FRPS	Sperimentazioni e sistemi, gestione, avviamento e supporto tecnico della rete	Regione	10%	1.400.000,00	1.400.000,00	1500.000,00

La soglia percentuale minima di impiego, per Obiettivo di intervento, delle risorse del Fondo Sociale, di cui ai Progetti dei Piani di Zona è riportato nella tabella 20:

Tabella 20 - Percentuale minima di impiego, per Obiettivo di intervento, delle risorse del Fondo Sociale.

Obiettivi di intervento	Fondo Sociale
1 Politiche familiari (compresi interventi per l'inclusione sociale) e sostegno ai diritti dei minori	32%
2 Sostegno e autonomia persone anziane	30%
3 Sostegno e autonomia soggetti con disabilità	15%
4 Interventi per l'integrazione degli immigrati	2%
5 Interventi socio riabilitativi e per l'integrazione nel campo delle dipendenze	6%

6 Interventi a carattere socio-educativo	15%
TOTALE DA ASSICURARE	100%

Lo Stato e la Regione concorrono a sostenere, in via sussidiaria, la spesa sociale per obiettivi qualificati (livelli essenziali) e per lo sviluppo delle reti di servizi sociali nei Distretti Socio-sanitari.

Occorre sostenere, a livello di Ambito territoriale, un piano d'incremento della spesa sociale in modo da avere una dotazione finanziaria adeguata alla complessità e all'ampiezza dei bisogni e della domanda sociale.

8. LE AREE DI INTERVENTO

8.1 Aspetti generali

Le politiche di intervento entro le quali devono essere *modulati, realizzati ed interconnessi*, i programmi e la rete dei servizi sociali, socio-assistenziali e socio-sanitari devono essere finalizzati alla promozione dei diritti ed alla tutela della *famiglia* intesa nella sua accezione più ampia.

La famiglia costituisce, così come previsto dalla L. 328/00, il punto di riferimento costante per la definizione della stessa "rete di servizi". Pertanto, essa costituisce la macro-area all'interno della quale trovano spazio tanto interventi propriamente indirizzati al nucleo familiare, quanto interventi per le fasce deboli e per la loro famiglia.

Il quadro degli interventi del Piano 2004-2006 è così articolato:

- Area Famiglia:
 - Interventi a favore del nucleo familiare;
 - Interventi a favore di Minori e Giovani;
 - Interventi a favore dell'Handicap;
 - Interventi di contrasto alle dipendenze.
 - Interventi in favore degli Anziani

Tutti gli interventi richiedono una forte politica di integrazione tra il sistema socio-assistenziale e socio-sanitario.

8.2 Politiche per la Famiglia

Obiettivi

Le politiche sociali devono caratterizzarsi, sempre più, per gli interventi e le azioni diretti a privilegiare la qualità della vita e il benessere della famiglia, a sostenerne le forze e le energie per garantire cura e sostegno di crescita psico-fisica e materiale di tutti i propri componenti e dei figli in particolare.

Infatti, occorre riconoscere alla famiglia il costo economico che comporta la crescita dei figli, eliminando o riducendo al minimo la vulnerabilità economica attraverso azioni di prevenzione delle condizioni di necessità.

La famiglia, nella sua struttura, rappresenta un elemento importante anche nel lavoro di rete necessario a fare fronte al disagio, così come a promuovere l'inclusione sociale. Per questo la famiglia non può essere considerata come luogo nel quale l'inadeguatezza a curare e gestire i bisogni dei figli, ma anche della persona anziana, è sempre e, comunque, manifesta, bensì come protagonista in positivo nel processo di auto-aiuto, di responsabilità e di sviluppo delle relazioni sociali.

Per queste ragioni l'impegno delle istituzioni pubbliche deve mirare ad un adeguato sistema di sostegno, rafforzandone il ruolo all'interno della comunità.

Azioni

Le azioni in favore della famiglia, individuate nel presente Piano Sociale sono rivolte a:

- ridurre il rischio di emarginazione economica;
- garantire l'accesso e la fruibilità dell'offerta delle strutture socio-educative, presenti sul territorio, per di accompagnarla nel processo di cura e di crescita dei propri figli;
- prevedere servizi di aiuto anche in ambito familiare;
- sostenere la genitorialità;
- sviluppare le capacità di aiuto e di impegno verso l'altro;

- eliminare o limitare il rischio di esclusione sociale per ciascuno dei suoi componenti.

Va in premessa sottolineato che le modalità per la concessione di contributi e ausilli, saranno definite nel piano di zona.

Area Famiglia

	Obiettivi	Azioni
Interventi:	Assistenza economica	Minimo vitale Pronto intervento Pacchetti risorsa
	Servizio nido	Micro nido
	Servizio domiciliare	Assistenza domiciliare
	Assistenza socio-psicologica	Mediazione familiare Ufficio per la cittadinanza sociale Assistenza alla genitorialità e alla funzione educativa

Assistenza Economica

Minimo vitale

Il minimo vitale rientra tra gli interventi di politica passiva che il Comune o l'ambito territoriale Sociale possono attuare per ridurre lo stato di disagio economico del nucleo familiare, spesso a causa della mancanza totale o parziale di reddito.

Si tratta di un intervento primario, calibrato sulle reali necessità dei destinatari, in riferimento alla composizione del nucleo familiare.

Esso può essere erogato per assicurare, comunque, un reddito al nucleo familiare, sia per integrare un reddito insufficiente.

In entrambi i casi l'obiettivo è quello di aumentare le capacità reddituali della famiglia che si trova al di sotto della linea di povertà.

Soggetti beneficiari e requisiti per l'accesso

Possono essere ammessi al *Minimo vitale* i nuclei familiari:

- che denunciano insufficienza di reddito in ragione al numero dei componenti la famiglia;
- al cui interno si registra la presenza di soggetto portatore di handicap, superiore al 66% se adulto e del 50% se minore;

- con capo famiglia per ragioni connesse ad un suo momentaneo precario stato di salute;
- al cui interno si registra l'assenza di uno dei due genitori per morte o cause diverse,
- al cui interno si registra la convivenza di un anziano non autosufficiente.

Per la composizione anagrafica si fa riferimento all'art 4 del DPR 223/89.

Per determinare l'accesso al *M.V.* il capo famiglia (o, se impossibilitato il coniuge), deve produrre domanda al Comune.

Alla domanda deve essere allegata autodichiarazione, in cui vengono riportati i dati relativi:

- alla composizione anagrafica;
- alla condizione patrimonio mobiliare posseduto alla data del 31 dicembre dell'anno precedente alla presentazione della domanda;
- alla consistenza del patrimonio immobiliare posseduto alla data del 31 dicembre dell'anno precedente alla presentazione della domanda;
- al reddito dei componenti la famiglia anagrafica riferito alla dichiarazione dei redditi dell'anno precedente alla presentazione della domanda.
- Attraverso il calcolo della determinazione dell'ISEE, ai sensi dell'art. 2, commi 2 e 3 del D.L.vo 109/98, si stabiliscono le soglie d'accesso al *M.V.*.
- La soglia di reddito considerata per l'accesso al *M.V.* è di € 6.675,50 annui per nucleo familiare composto da due componenti e la metà di tale importo per le famiglie unipersonali.

Il *M.V.* è una misura a carattere temporaneo e potrà essere erogato per un periodo non superiore a quattro mesi consecutivi, annualmente aggiornato in base all'incremento degli indici Istat sul costo della vita.

Il sussidio economico da erogare al beneficiario deve essere determinato in base alla differenza tra la soglia del reddito sopra citato e il reddito effettivo della persona o del nucleo familiare.

Per tenere conto della dimensione del nucleo familiare il Comune farà riferimento alla Scala di Equivalenza di cui alla tabella 2 del D.L.vo n° 109/98 e successive modifiche ed integrazioni.

Ente erogatore

A seguito dell'istruttoria della domanda e sulla scorta degli elementi e dei parametri oggettivi emersi viene stabilita l'ammissibilità o meno al *Minimo Vitale*, con indicazione del *quantum* e la durata massima dell'intervento.

Se il beneficio è ammesso, esso viene erogato dal Comune.

Pronto Intervento

Il *Pronto Intervento* è un'altra misura economica rivolta a fare fronte alle necessità immediate del nucleo familiare o di uno dei suoi membri.

Si attua, soprattutto, nei casi in cui la famiglia o uno dei suoi membri ha immediato bisogno di risorse economiche, in mancanza delle quali le sue condizioni sociali e ambientali potrebbero aggravare una situazione già precaria.

Nel particolare si segnala il *Pronto Intervento* per fare fronte ad una emergenza economica verificatasi per specificate gravi situazioni e, tra l'altro per:

- all'acquisto di farmaci o di altri ausili a tutela della salute della persona;
- al pagamento di bollette per utenze;
- al pagamento di tasse scolastiche e universitarie.

Modalità per l'accesso

Trattandosi di intervento immediato, il capo famiglia (o, in sua assenza, il coniuge), presenta richiesta scritta all'assistente sociale del Comune di residenza, specificando il motivo della richiesta stessa.

Per chi richiede per la prima volta l'intervento del servizio sociale, l'eventuale accertamento dei requisiti, da parte dell'operatore, potrà avvenire anche in una fase successiva.

Nella domanda il richiedente dovrà, comunque, fornire le medesime dichiarazioni richieste per l'accesso al Minimo vitale.

Modalità di erogazione

Gli operatori del servizio, acquisiti gli elementi necessari, inoltrano la richiesta alla struttura comunale o distrettuale competente che provvede alla liquidazione della somma stabilita.

Il beneficiario, successivamente, dovrà dimostrare al servizio concedente, attraverso la presentazione di documenti giustificativi, la utilizzazione della somma ricevuta.

Entità del sostegno economico

L'entità del sostegno economico, per il pronto intervento, non può superare la quota di € 180,76.

Tuttavia, a discrezionalità dell'Ente erogatore, il pronto intervento può essere assegnato, allo stesso beneficiario, più volte nell'arco dell'anno.

Pacchetti Risorsa

I *Pacchetti Risorsa* costituiscono un altro segmento dell'intervento di sostegno economico in favore delle famiglie.

Attraverso tale intervento, costituito da una serie di offerte tra loro collegate o indipendenti, l'Ente deve potere cogliere le diverse esigenze e bisogni all'interno del nucleo familiare: da una parte le necessità dei membri adulti e, all'interno di questo gruppo, quello degli anziani; dall'altra le istanze dei minori, in riferimento al loro diritto di crescita e di fruibilità dei servizi che il territorio offre.

Le offerte dei *Pacchetti Risorsa* sono:

- esenzione o tariffa agevolata per servizi a domanda individuale quali: mensa scolastica, trasporto scuolabus, trasporto urbano e così via;
- esenzione o tariffa agevolata per la fruizione delle utenze comunali quali: gas metano, acqua, rifiuti solidi urbani;
- esenzione o tariffa agevolata per servizi a carattere domiciliare quali: l'assistenza domiciliare, telesoccorso;
- esenzione o tariffa agevolata per la fruizione di strutture sportive di proprietà del Comune o gestiti da terzi per conto dei suddetti enti.
- acquisti di alimenti di prima necessità;
- acquisti ausili didattici;
- buono per canone abitativo;
- buono per acquisto beni strumentali necessari a migliorare la qualità della vita all'interno dell'abitazione.

Soggetti beneficiari e requisiti per l'accesso

Possono beneficiare dei *Pacchetti Risorsa* i nuclei familiari la cui composizione anagrafica è quella risultante all'art 4 del DPR 30/5/1989 n° 223.

Per determinare l'accesso al beneficio il capo famiglia (o, se impossibilitato, il coniuge), deve produrre domanda al Comune.

Alla domanda deve essere allegata dichiarazione sostitutiva di certificazione nella quale devono essere riportati gli stessi dati richiesti per l'accesso al M.V..

Nella stessa, inoltre, il richiedente dovrà indicare un massimo potrà richiedere interventi per un ammontare complessivo non superiore ad €387,34.

In caso di richiesta di esenzione o tariffa agevolata per i servizi a domanda individuale, per le utenze e gli altri servizi, il livello dell'ISEE, calcolato ai sensi dell'art 2, commi 2 e 3 del D.L.vo 109/98, determinerà le modalità del beneficio (esenzione o tariffa agevolata).

Modalità e tempi del beneficio

Durante l'arco di un anno i *Pacchetti Risorsa* possono essere erogati per un massimo di quattro volte, sia per fare fronte agli stessi bisogni, sia per altri interventi, comunque, compresi nel precedente elenco.

SERVIZIO NIDO

Asilo Nido

Attraverso l'*asilo nido* vengono attuati una serie di interventi che afferiscono all'area socio-educativa per una corretta crescita del bambino, sia dal punto di vista psico-fisico che relazionale.

Non possono essere considerate strutture alternative alla famiglia, ma integrative del ruolo di quest'ultima e di cura al processo di crescita del bambino stesso e, non di meno, di sostegno ai genitori tanto per coloro i quali sono impegnati in attività lavorative che per quelli disoccupati.

Tale forma di sostegno alla genitorialità offre la possibilità di attivare nei coniugi una maggiore spinta educativa consolidando, possibilmente, la comunicazione tra l'adulto e il bambino.

Destinatari

L'*asilo nido* è una struttura che accoglie bambini in età compresa tra pochi giorni di vita e 3 anni.

Il servizio nido deve garantire la frequenza anche dopo il compimento del terzo anno di vita e, comunque, sino al momento in cui il minore può accedere alla scuola materna.

Ricettività della struttura

L'*asilo nido* va preferibilmente strutturato in modo tale da potere accogliere: lattanti, semidivezzi e divezzi.

Ogni sezione destinata ai lattanti può ospitare da un minimo di 6 ad un massimo di 10 bambini.

Ogni sezione destinata ai semidivezzi può ospitare da un minimo di 8 ad un massimo di 18 bambini.

Ogni sezione destinata ai divezzi può ospitare da un minimo di 18 ad un massimo di 25 bambini.

Nel caso in cui nella sezione dovesse registrarsi la presenza di un bambino portatore di handicap il numero dei frequentanti scende: per la prima sezione da un minimo di 5 ad un massimo di 8; per la seconda sezione (divezzi), da un minimo di 6 ad un massimo di 14; per la terza sezione da un minimo di 15 ad un massimo di 20.

Modalità di gestione

Ogni *asilo nido* deve avere un proprio regolamento che, comunque, dovrà tenere conto dei seguenti elementi:

- il rapporto operatore/minori deve essere di 1 a 8;
- le ore di attività giornaliere con i minori non può essere inferiore a sei ed essere flessibile;
- l'orario di accoglienza dei bambini parte dalle 7.30;
- riservare non meno di 3 ore settimanali agli incontri con i genitori dei bambini;

- prevedere una dieta giornaliera appropriata su indicazione di un dietologo dell'AUSL o di un pediatra (la dieta dovrà essere affissa nel locale di ricevimento dei genitori per essere, in qualsiasi momento, visionata);
- sottoporre i bambini frequentanti, almeno una volta al mese, a visita pediatrica all'interno della stessa struttura. (la visita, dovrà essere effettuata da parte del medico pediatra del reparto di pediatria dell'AUSL, ovvero da pediatra convenzionato; il bambino che è stato affetto da malattia contagiosa, al momento del rientro all'*asilo nido*, dovrà essere in possesso di certificato del medico curante o specialista appartenente a struttura sanitaria pubblica, nel quale viene attestata la sua guarigione);
- il personale socio-educativo e socio-assistenziale e coloro i quali sono a contatto con i bambini, annualmente si dovranno sottoporre ad analisi per determinare la loro immunità rispetto a malattie come l'Epatite B, l'HIV e così via;
- numero dei posti, sul totale, riservato ai bambini in condizioni di disagio economico;
- favorire i rapporti dell'*asilo nido* con altri servizi, nonché l'accesso di altre figure sociali presenti sul territorio. Tanto i rapporti con le altre strutture quanto l'accesso di altre figure devono essere oggetto di programmazione e organizzazione annuale;
- prevedere un Comitato di Gestione composta da: Responsabile *asilo nido*, 1 rappresentante del personale educativo, 1 del personale ausiliario, 1 rappresentante del comune, 3 rappresentanti dei genitori dei bambini frequentanti il nido. Il Regolamento dovrà prevedere, in modo più analitico, le modalità di nomina dei suddetti rappresentanti, la durata in carica, la loro decadenza, la sostituzione, le modalità di convocazione, l'individuazione del presidente, le competenze spettanti al suddetto Comitato.

SERVIZIO MICRO-NIDO

Definizione

Il micro-nido è un servizio rivolto alla prima infanzia con finalità di socializzazione ed educazione dei bambini e delle bambine, nel quadro di una politica integrata di tutela e

promozione dei diritti dell'infanzia, di armonizzazione dei tempi di lavoro e di cura, in risposta alle esigenze del nucleo familiare.

L'attivazione del micro-nido deve essere concordata con l'Ente locale di riferimento al fine di assicurare il coordinamento con la rete dei servizi per la prima infanzia presenti sul territorio comunale, nonché il raccordo con i servizi sociali del territorio.

Il micro-nido si differenzia dall'asilo nido tradizionale per la minore capacità ricettiva.

Il micro-nido collocato in ambito aziendale è denominato micro-nido aziendale o nido d'azienda. Le aziende proponenti devono evitare sovrapposizioni di interventi o riproposizioni di servizi già avviati dai Comuni, in una logica di integrazione e di utilizzo ottimale delle risorse, nonché di definizione di risposte adeguate ai bisogni emergenti delle popolazioni interessate, attuando il raccordo con gli enti istituzionalmente competenti ed assicurando il confronto con tutti i soggetti interessati nel territorio di appartenenza.

L'apertura dei micro-nidi è concordata tra l'Ente gestore e le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative a livello aziendale e territoriale, secondo una flessibilità organizzativa rispondente alle esigenze del bambino, nell'ambito dei criteri previsti dal presente regolamento.

Destinatari

Bambini di età non inferiore ai 3 mesi e non superiore ai 3 anni.

Capacità ricettiva e orario minimo di apertura.

Le strutture possono accogliere un numero limitato di bambini, fino ad un massimo di 10 fermo restando la possibilità di aumentare tale indice nella misura massima del 20%.

L'orario minimo di apertura e' fissato in 6 ore giornaliere, di norma, per cinque giorni alla settimana.

Personale

Le figure educative operanti nel micro-nido sono in possesso di uno dei seguenti titoli:

- diploma di puericultrice (fino ad esaurimento del titolo);
- diploma di maestra di scuola d'infanzia (fino ad esaurimento del titolo);
- diploma di maturità magistrale (fino ad esaurimento del titolo);

- diploma di liceo psico-pedagogico;
- attestato di educatore per la prima infanzia;
- diploma di dirigente di comunità (fino ad esaurimento del titolo);
- diploma di laurea in scienze dell'educazione indirizzo scolastico.

Il personale ausiliario presente nel micro-nido deve aver conseguito la licenza della scuola dell'obbligo.

Il personale addetto alla cucina deve possedere un attestato di qualifica specifico per lo svolgimento delle mansioni previste.

Il soggetto gestore del micro-nido deve garantire la funzione di coordinamento pedagogico svolta da personale adeguatamente qualificato per il quale è richiesto il possesso del diploma di laurea specifica ad indirizzo socio-pedagogico o socio-psicologico .

Il Coordinatore pedagogico svolge compiti di indirizzo e sostegno tecnico al lavoro degli operatori, anche in rapporto alla loro formazione permanente, nonché compiti di valutazione e promozione della qualità dei servizi.

Tra le figure educative del micro-nido deve inoltre essere individuato un responsabile.

Il rapporto numerico tra le figure educative e i bambini deve essere tale da garantire l'assistenza per tutto l'arco di apertura del servizio ed è da calcolarsi secondo il seguente prospetto:

Per un'utenza composta da bambini semidivezzi:

n. bambini iscritti	n. figure educative	n. operatori ausiliari
da 1 a 6.	1	1
da 6 a 12.	2	da 1 a 2

Per un'utenza composta da bambini lattanti:

n. bambini iscritti	n. figure educative	n. operatori ausiliari
da 1 a 4.	1	1
da 4 a 8.	2	da 1 a 2
da 8 a 12	3	2

Nel caso di presenza di un bambino disabile occorre prevedere la presenza di un operatore specializzato

L'Organico degli operatori va calcolato in base al numero e alla tipologia (lattanti/divezzi) degli iscritti nell'arco dell'anno di frequenza, nonché rispetto alle modalità organizzative del servizio.

Requisiti strutturali e di dimensionamento.

Il micro-nido, ubicato in aree facilmente accessibili alla popolazione interessata al servizio, può essere istituito presso aziende pubbliche o private collocate in Comuni, purché sia garantita la salubrità degli ambienti, nonché presso immobili direttamente pertinenziali delle Aziende stesse (micro-nido aziendale o nido d'azienda);

La struttura di insediamento deve garantire le seguenti caratteristiche:

- a) condizioni di stabilità in situazioni normali ed eccezionali, in conformità a quanto previsto dalle norme vigenti, nonché piena rispondenza alla normativa in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro;
- b) requisiti igienici minimi previsti dalle normative nazionali e regionali vigenti in materia;
- c) condizione di sicurezza degli impianti, anche di prevenzione incendi, nei casi previsti dalla legge;
- d) accessibilità ai soggetti portatori di handicap usufruenti di sedia a ruote, secondo quanto stabilito dal D.P.R. n. 503/1996;
- e) licenza di abitabilità e/o d'uso dei locali.

Nel micro-nido gli spazi essenziali da prevedere, in funzione delle esigenze dei bambini, sono costituiti da:

1. spazi per i bambini;
2. spazi per gli operatori;
3. servizi generali.

L'articolazione analitica di tali spazi è, di norma, la seguente:

Spazi funzionali	Destinazione d'uso	Superficie Utile
Per i bambini	Soggiorno e zona per l'alimentazione	3.00 mq/bamb.
	Zona Riposo	1.00 mq./bamb.
	Servizi Igienici	1.00 mq./bamb.
Per gli operatori	Accettazione e locale pluriuso per il personale	1.00 mq./bamb. con un minimo di 10 mq.
	Spogliatoio personale	1.00 mq./ bamb.
	Servizi Igienici per adulti	0.50 mq./bamb. con un minimo di 5 mq.
Servizi generali	Cucina - dispensa	00 mq./ 1.bamb.
	Ambulatorio pediatrico	0.80 mq./bamb.
	Lavanderia - deposito	0.40 mq./bamb.
Area esterna attrezzata (1)		1.00 mq./bamb.

(1) Standard indicativo

Il dimensionamento degli spazi deve discendere dall'applicazione dei predetti parametri unitari e, nel caso di strutture con limitata capacità ricettiva non deve, di norma, essere inferiore ai seguenti valori minimi:

- spazi per i bambini - 20 mq.
- spazi per operatori – 15 mq.
- servizi generali - 15 mq.

Se il micro-nido ha una capienza ricettiva uguale o inferiore a 10 bambini gli spazi per gli operatori possono essere ricavati in locali che, ancorché non direttamente collegati agli spazi per i bambini, garantiscano comunque la funzionalità dell'attività.

I servizi generali possono essere accorpati con locali destinati al medesimo uso presenti nell'immobile, ferma restando l'indipendenza dell'area attrezzata.

E' ammessa la dislocazione all'esterno dei locali e del servizio di lavanderia nonché l'affidamento a terzi del servizio di predisposizione dei pasti trasportati secondo i limiti di cui al successivo punto 6), in conformità a quanto stabilito dal D.Lgs. 155/97 e s.m.i.

Per la realizzazione del micro-nido in immobili esistenti sono ammesse riduzioni non superiori al 10% dei parametri costruttivi, fermo restando il rispetto del dimensionamento minimo di cui sopra.

In ogni caso, si raccomanda l'organizzazione degli spazi secondo criteri di elevata flessibilità, evitando soluzioni distributive rigide.

Accettazione e locale pluriuso per il personale

Quest'area è organizzata in modo tale da consentire un comodo accesso dei bambini, dotandola dello spazio occorrente per collocare un fasciatoio, nonché di armadietti per il deposito del vestiario.

L'area deve contenere il locale destinato ad ufficio, realizzabile anche con il sistema "open-space".

Soggiorno e zona per l'alimentazione.

Quest'area deve essere organizzata garantendo la possibilità di svolgimento di più attività ricreative differenziate e, in modo fisicamente separato, la somministrazione dei pasti. E' auspicabile, pertanto, la suddivisione dell'area in due locali distinti.

Nel caso in cui il micro-nido accolga anche bimbi lattanti, occorre che sia individuata un ulteriore locale appositamente destinato alla loro permanenza.

Servizi igienici.

I locali igienici devono essere illuminati ed aerati direttamente. Il servizio igienico deve essere dotato di antibagno che può essere aerato artificialmente. Nel locale antibagno è consentito il posizionamento del fasciatoio in uno spazio appositamente adibito all'uso. Il locale deve inoltre consentire il deposito dei materiali igienici fuori dalla portata dei bambini.

I pavimenti devono essere piastrellati e le pareti rivestite di materiale lavabile fino a mt. 2.00 di altezza.

Le tazze WC per i bambini devono essere di dimensioni ridotte, e previste in numero di almeno 1 vaso per 10 bambini, inserito ciascuno in box ispezionabili.

I lavandini, singoli o con vasca allungata per punti multipli di erogazione dell'acqua, anch'essi di dimensioni adeguate, sono da posizionarsi nell'antibagno; l'acqua erogata deve essere premiscelata da un comando unico.

Almeno un servizio igienico per adulti deve essere accessibile ai soggetti portatori di handicap e usufruenti di sedia a ruote, secondo quanto stabilito dal D.P.R. n. 503/1996.

Area esterna attrezzata

Salvo dimostrata impossibilità, deve essere assicurata un'area esterna ad uso esclusivo del micro-nido, anche ricavabile in spazi non direttamente pertinenziali; essa deve risultare attrezzata per la permanenza e il gioco dei bambini.

Servizio alimentare.

L'ammissibilità della somministrazione di pasti trasportati è subordinata all'esito favorevole dell'analisi dei rischi e della valutazione delle procedure di prevenzione e controllo attuate dal produttore alimentare per garantire la sicurezza e l'igiene degli alimenti come richiesto dal D.Lgs. n. 155/97 e s.m.i, ed è realizzabile nel solo caso in cui il micro-nido ospiti bambini di età compresa fra 2 anni e 3 anni.

In tutte le restanti situazioni deve essere almeno garantita una cucina per la preparazione delle pappe, di superficie utile minima di 6 mq.

La preparazione dei pasti deve essere autorizzata ai sensi dell'art.2 della Legge n. 283/62 e deve essere svolta in locali adeguati ai requisiti di cui al D.P.R. n. 327/80.

Ai bambini verranno somministrati pasti in numero e quantità previsti dalla tabella dietetica che appositamente, ogni anno, viene vistata dalle autorità competenti in materia.

Nel caso di somministrazione di pasti veicolati il gestore dovrà produrre all' Azienda Sanitaria competente per territorio la relazione contenente l'analisi-valutazione appropriata dei rischi legati all'attività e del relativo sistema di controllo, in considerazione della particolare utenza.

Requisiti per l'esercizio dell'attività e autorizzazione al funzionamento.

Le persone addette all'attività, anche se in modo temporaneo, devono sottoporsi ai controlli sanitari prescritti dalle A.S.L.

Nei micro-nidi, in ambito aziendale, tutte le attività più propriamente di natura sanitaria dovranno essere assicurate dall'A.S.L. sul cui territorio insiste il servizio.

Ciascun minore deve possedere una cartella personale nella quale registrare ed inserire tutti i dati, notizie e la documentazione che lo riguarda, questa deve essere periodicamente aggiornata.

Il micro-nido deve essere dotato di un registro delle presenze dei bambini, nel quale vanno annotati i singoli nominativi insieme a quello di un parente di riferimento, con il relativo recapito telefonico.

Tale registro deve essere sistematicamente aggiornato, annotando giornalmente la presenza e l'assenza degli utenti dell'asilo.

Il micro-nido deve essere dotato di un regolamento interno di organizzazione e funzionamento indicante almeno:

- i criteri per l'accesso;
- le modalità di funzionamento del servizio, nonché le rette e gli orari;
- gli strumenti previsti per la valutazione del servizio da parte dei fruitori;
- le procedure per assicurare la tutela degli utenti;
- le forme di partecipazione dei genitori all'attività del servizio;
- le forme e gli strumenti di raccordo del micro-nido con i servizi socio-sanitari del territorio e con il Comune di ubicazione.

Per il primo accoglimento al micro-nido, anche nel caso di frequenza occasionale, il genitore o chi ne fa le veci deve presentare un certificato vaccinale aggiornato e una certificazione del pediatra di base che attesti l'assenza di malattie infettive in atto.

L'esercizio dell'attività è subordinata al possesso dell'autorizzazione al funzionamento rilasciata dalle autorità competenti.

Per il rilascio dell'autorizzazione al funzionamento del micro-nido dell'azienda occorre acquisire il parere favorevole del Comune in cui è ubicato.

L'autorizzazione al funzionamento, il regolamento di organizzazione, l'orario di apertura giornaliero e le tariffe applicate vanno esposte in modo visibile nell'ingresso.

Servizio domiciliare

Assistenza domiciliare

L'erogazione del servizio di *assistenza domiciliare* si ispira ad un principio basilare, che è quello di garantire la domiciliazione di alcune prestazioni necessarie ad

assicurare alla famiglia in difficoltà o alla persona una serie di opportunità per il soddisfacimento di esigenze personali, relazionali e domestiche.

Pertanto, in modo quasi esclusivo, l'assistenza al domicilio si deve caratterizzare nel *processo di sostegno al nucleo familiare*, attraverso prestazioni di carattere sociale, di cura delle persone più deboli e degli ambienti. Ciò per aumentare l'autonomia personale e contrastare ogni forma di isolamento ed emarginazione.

Prestazioni

Attraverso *l'assistenza domiciliare* possono essere garantite le seguenti prestazioni in relazione, comunque, al bisogno della famiglia beneficiaria dell'intervento o della singola persona, sia esso minore o adulto:

- assistenza sociale (segretariato sociale), per favorire i rapporti con l'esterno;
- aiuto domestico, per consentire alle persone di vivere in ambienti curati e ordinati;
- assistenza riabilitativa, per assicurare il recupero psico-fisico della persona;
- assistenza infermieristica (anche in associazione all'Assistenza Domiciliare Integrata – ADI), per garantire le prestazioni di cura per evitare l'ospedalizzazione;
- servizio educativo, in quei casi in cui è richiesto un supporto alle carenti capacità educative della famiglia, nei confronti di un proprio membro minorenne;
- altri servizi (servizio pasti a domicilio, lavanderia).

Standard del Personale

Le unità di base per garantire il servizio di *assistenza domiciliare* sono:

- assistente sociale;
- assistente domiciliare;
- terapeuta della riabilitazione;
- infermiere professionale.
- Queste unità, il cui numero potrà variare in ragione delle famiglie o persone da assistere, possono essere integrate con figure come:
 - psicologo;
 - sociologo;
 - assistente sociale;
 - educatore;
 - altre figure ausiliarie.

Il personale destinato all'*assistenza domiciliare* dovrà essere qualificato per garantire qualità, efficienza ed efficacia delle prestazioni.

Modalità di ammissione

Al servizio di *assistenza domiciliare* si accede a richiesta diretta di uno dei membri adulti del nucleo familiare o, ancora, su segnalazione da parte degli operatori dei servizi sociali presenti sul territorio, ovvero da altro soggetto pubblico o appartenente a formazioni sociali.

In presenza di domanda scritta o richiesta verbale l'assistente sociale dei servizi sociali, ovvero dell'unità di base, effettuerà visita domiciliare presso il nucleo familiare per verificarne le condizioni all'ammissione al servizio.

Entro quindici giorni dall'ammissione, le prestazioni dovranno essere erogate per tutto il periodo necessario a rimuovere gli ostacoli o le difficoltà che ne hanno determinato l'ammissibilità, ovvero interrotte su esplicito volere del beneficiario.

Alla domanda per l'accesso al servizio di *assistenza domiciliare*, ovvero su segnalazione da parte di altro soggetto pubblico o appartenente a formazione sociale, dovrà essere allegata autocertificazione attestante:

- la composizione anagrafica;
- la condizione del patrimonio mobiliare posseduto alla data del 31 dicembre dell'anno precedente alla presentazione della richiesta;
- la consistenza del patrimonio immobiliare posseduto alla data del 31 dicembre dell'anno precedente alla presentazione della richiesta;
- il reddito dei componenti la famiglia anagrafica riferito alla dichiarazione dei redditi dell'anno precedente alla presentazione della richiesta.

Organizzazione del servizio

L'organizzazione del servizio di *assistenza domiciliare* spetta al Comune o all'Ambito territoriale, che lo gestisce in forma diretta o affidandolo in regime di convenzione, ad associazioni o cooperative sociali, iscritte negli appositi albi regionali, che abbiano come soci e non, le figure professionali indicate nel paragrafo relativo allo *standard del personale*.

IL servizio deve favorire ogni opportuna forma di integrazione con l'A.D.I., erogata dalla Aziende Sanitarie, allo scopo di evitare sovrapposizione di interventi e dispersione di risorse finanziarie ed umane.

Assistenza socio-psicologica

Mediazione familiare

Accade sempre più spesso che la conflittualità tra i coniugi, in fase di separazione o di divorzio, finisca per riversarsi sui soggetti più deboli all'interno del nucleo familiare.

Gli elementi di disaccordo rappresentano un serio ostacolo allo svolgimento del proprio ruolo di genitore, sino a fare assumere atteggiamenti deresponsabilizzanti, ma anche di mancato riconoscimento dei diritti dei figli a vivere in luogo sereno e idoneo alla loro crescita psico-affettiva.

In queste situazioni si fa sempre più pressante la necessità di salvaguardare i processi relazionali tra le parti: coniuge con coniuge, genitore con i figli e viceversa, per una migliore costruzione dell'identità nell'ambito dello sviluppo armonico della personalità.

La *mediazione familiare* diventa, nei contesti compromessi, l'azione necessaria a rendere meno conflittuali i rapporti tra i coniugi che si separano o che stanno arrivando al divorzio.

E sempre attraverso di essa, inoltre, si cerca di ricreare un clima di fiducia e, soprattutto, di rispetto tra i *partners*, con la consapevolezza di dovere svolgere, comunque, le proprie competenze e le funzioni educative.

Nel prossimo triennio l'obiettivo è quello di garantire questo strumento di supporto alla genitorialità, attivando azioni:

- dirette alla formazione del personale da impegnare nel servizio;
- dirette ad avviare una campagna di informazione;
- dirette a collegare il servizio ad altri interventi e servizi garantiti nella comunità locale.

Ubicazione

Uno sportello di *mediazione familiare* deve essere istituito presso ogni Consultorio familiare pubblico.

Competenze

La competenza dello sportello della *mediazione familiare* prescinde dai compiti che fanno riferimento ad altri interventi come: la consulenza tecnica, che viene disposta dal giudice per determinare, per esempio, la capacità dei due genitori, anche in merito alla possibilità di affidare, ad uno dei due, la prole; oppure la terapia di coppia poiché non punta a fornire elementi sulla personalità dei *partners*.

Lo sportello diventa il punto di riferimento fisico ove i due genitori separati o in fase di divorzio, possono rivolgersi e, attraverso l'aiuto dell'operatore mediatore, tendere alla riappropriazione delle capacità per l'esercizio congiunto della cura dei figli, in un processo paritario e di reciproco riconoscimento delle funzioni fondamentali, tra cui quella affettiva e quella educativa.

Lo sportello di *mediazione familiare* si attiva anche su sollecitazione del tribunale civile, servizi sociali, parrocchia, gruppi di volontariato, fermo restando la volontà dei *partners* a farvi ricorso.

Standard del personale

Presso lo sportello di *mediazione familiare* deve essere impegnata 1 unità in possesso del diploma di laurea in una delle seguenti discipline: psicologia; sociologia, scienze dell'educazione, servizi sociali.

Il personale deve essere in possesso di *curriculum* formativo attinente la *mediazione familiare*.

Compiti del mediatore

Tra i compiti del mediatore familiare vi sono quelli di:

- ricreare il clima favorevole per la presa di coscienza da parte dei *partners* della responsabilità educativa-affettiva che hanno nei confronti e negli interessi dei figli;
- mediare all'interno dei conflitti personali, economici e relazionali che spesso sono alla base della mancata parità tra i due coniugi, nei confronti dei figli;
- stimolare, nelle due parti, obiettivi comuni sui bisogni relazionali, affettivi, educativi che ha la prole per potere crescere in modo armonico dal punto di vista psico-fisico;
- aumentare l'autostima nei genitori in crisi, per consentire un'azione sinergica a tutela delle radici del nucleo.

Ufficio per la cittadinanza sociale

L'*ufficio per la cittadinanza sociale*, di norma abbinabile con il *segretariato sociale*, risponde ai canoni del servizio rivolto alla generalità della popolazione con particolare riguardo agli anziani, ai minori, alle ragazze madri e agli stranieri in difficoltà.

Oltre a rappresentare il luogo dove conoscere le varie opzioni e servizi – pubblici e privati - presenti nella comunità, ha la funzione di mettere in immediato contatto la persona in difficoltà, con le offerte possibili e in grado di fare fronte al bisogno espresso.

Destinatari

I destinatari dell'*ufficio per la cittadinanza sociale* sono tutte le famiglie o le persone che costituiscono l'intera comunità locale, a prescindere dall'età e dal sesso.

Finalità

La finalità principale dell'*ufficio* è quella di supportare la persona e la famiglia nelle proprie strategie di vita, correlandole con le rete dei servizi presenti nella comunità locale.

Funzioni

Per questa precipua finalità l'*ufficio per la cittadinanza sociale* deve:

- ascoltare le istanze della persona e della famiglia;
- fare proprie le istanze per potere organizzare ed utilizzare al meglio le risorse presenti nella comunità;
- sapere collegare il bisogno alla rete delle risorse;
- sostenere, attraverso una buona e qualificata informazione, la persona e la famiglia;
- offrire un valido supporto dal punto di vista della consulenza sociale;
- orientare le scelte attraverso un'approfondita conoscenza del territorio e delle strutture in esso operanti;
- interrelazionarsi col servizio sociale per garantire le prestazioni assistenziali.

Organizzazione

Si rende opportuno istituire un ufficio per la cittadinanza sociale nei comuni con oltre 15.000 abitanti ed in ogni ambito territoriale.

Standard del personale

Il personale da destinare all'*ufficio per la cittadinanza sociale* deve essere in possesso di uno dei seguenti titoli di studio o qualifica:

Sociologia, Scienze dell'Educazione, Psicologia, Servizio Sociale, Scienze Politiche, Scienze delle Comunicazione e Giurisprudenza.

Assistenza alla genitorialità e alla funzione educativa

L'esigenza di garantire un intervento rivolto a sostenere la genitorialità e la funzione educativa dei genitori scaturisce dalla constatazione che la famiglia si ritrova a vivere una sorta di isolamento quando al suo interno insorgono elementi che ne minano l'unità e la funzione educativa.

Ragione per cui occorre sostenere la capacità educativa e di relazione dei genitori; elevare il loro livello di autostima e di autonomia affinché questo bagaglio positivo riesca a riversarsi sui processi di crescita dei figli.

Destinatari

Famiglie con prole che intendono fruire del supporto psicopedagogico di operatori qualificati, al fine di migliorare e ottimizzare le possibilità e le condizioni relazionali ed educative nei confronti dei figli, compresi gli affidati e gli adottati, nonché elevare il livello di auto-aiuto necessario a favorire l'integrazione nella comunità.

I luoghi dell'assistenza

Il *Consultorio familiare* è il servizio deputato all'erogazione di questo intervento; è il luogo privilegiato ove il sostegno alla famiglia, alle giovani coppie, alle donne sole viene assicurato attraverso il supporto multiprofessionale ed ha il compito di prendersi cura della famiglia o della coppia con figli in tenera età, per aiutarli, attraverso incontri periodici guidati e strutturati. L'aiuto e il sostegno si concretizzano in base all'analisi dei comportamenti tra gli adulti all'interno nel nucleo; dei comportamenti dei genitori nei confronti dei figli; sull'esperienza educativa acquisita,

sulle aspettative e sui progetti di vita per i figli, al livello di coinvolgimento dei genitori nei confronti dei bisogni psico-affettivi della propria prole.

Il personale

All'interno delle suddette strutture deve operare, anche in collaborazione ad altre figure professionali, personale in possesso di titolo di studio o di qualifica di: Educatore, Assistente sociale, Psicologo, Sociologo, Legale, Psichiatra, Pediatra.

Organizzazione

Deve essere operativo un Consultorio per ogni Azienda Sanitaria, con l'erogazione del servizio in ambito territoriale a livello distrettuale.

8.3 Politiche per la tutela dei minori

Obiettivi

I minori, insieme agli anziani, costituiscono gli anelli deboli della popolazione.

Soprattutto i primi risultano essere, molto spesso, soggetti privi di diritti e vittime di maltrattamenti, abusi, abbandoni; attori inconsapevoli di una società adulta che spesso toglie loro anche ogni possibilità educativa.

La rete dei servizi, se pur presente sul territorio, talvolta non riesce a fare fronte ai loro bisogni, perché essa punta, soprattutto, a mettere in atto azioni riparative, e non già di prevenzione degli stati di emarginazione socio-psicologica e ambientale.

La L. n° 328/00, all'art. 22, comma 1, lettera c, ribadisce che gli interventi per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza e, dunque, tutte quelle azioni in grado di ridurre lo stato di disagio, devono rientrare nel "livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi".

Non va dimenticato, inoltre, che la L. n° 285/97, relativa ai diritti e alle opportunità per l'infanzia e l'adolescenza, sollecita l'articolazione di programmi e progetti, da parte degli Enti Locali, rivolti ad affrontare tanto le situazioni di disagio conclamato, quanto il disagio evolutivo.

Gli obiettivi da raggiungere, per qualificare al meglio l'offerta degli interventi e dei servizi sociali per i minori, riguardano:

- la cura del disadattamento;
- la prevenzione del disagio e qualsiasi azione di esclusione sociale;
- la promozione di attività rivolte a promuovere opportunità educative e di aggregazione;
- la promozione dell'auto-progettualità;
- la capacità di formare e sostenere un ruolo positivo degli adulti nei confronti dei bambini e degli adolescenti.

Azioni

Quanto detto precedentemente, deve trovare rispondenza in una serie di azioni che devono e possono essere garantite tanto dalle istituzioni pubbliche, cui compete, comunque, la regia degli interventi e dei servizi sociali, quanto dalle formazioni sociali *non profit* o, se necessario, *for profit* in un processo di sussidiarietà verticale rivolto ad azionare le risorse presenti nel distretto sociale.

Minori

	Obiettivi	Azioni
Interventi :	Deistituzionalizzazione	Affido eterofamiliare Centro diurno Casa famiglia Comunità alloggio
	Assistenza socio-psicologica	Ufficio per la tutela dei diritti dei minori Intervento educativo domiciliare Pronto intervento sociale
	Promozione dell'agio	Recupero dell'evasione scolastica Centri di aggregazione e socializzazione

Deistituzionalizzazione

Affido familiare

Intervento presente nel nostro ordinamento legislativo da oltre 15 anni (L. n° 184/83, modificata dalla L. n. 149/01), esso rappresenta una valida risposta al bisogno affettivo-relazionale, ma anche educativo del minore privo di un ambiente familiare idoneo.

Pur essendo rivolto a sostenere il minore in difficoltà, l'*affido* risulta, in tantissimi casi, efficace anche per la sua famiglia d'origine che può trovare, nell'*azione congiunta*

degli operatori che gestiscono il caso e nel nucleo affidatario (anche singola persona), lo stimolo necessario a riappropriarsi del proprio ruolo, messo in discussione da cause ed eventi presenti al suo interno o come fattori esterni.

L'*affido*, quello consensuale, vale a dire disposto dall'Ente Locale e ratificato dal giudice tutelare, rimane un intervento temporaneo, poiché il suo scopo precipuo è quello di fare rientrare il minore in seno alla famiglia, una volta superate le difficoltà che lo avevano determinato.

Standard del Personale e gestione del caso

La gestione dell'affido è affidata ad un *équipe* di operatori composta da:

- 1 assistente sociale, che prende in carico la famiglia affidataria, quella affidante, ed il minore in affido;
- 1 psicologo che assicura il sostegno psicologico al bambino che deve andare in affido, ai genitori di questi e ai membri della famiglia affidataria.

A questi operatori, a secondo dei casi e della loro complessità, se ne possono affiancare altri, operanti anche in altre strutture.

L'*équipe*, sentiti i genitori del minore e i membri della famiglia affidataria, stabilisce le modalità, i tempi e il luogo degli incontri tra le parti, per tutto il periodo di durata dell'affido.

Per ogni minore affidato l'*équipe* dovrà predisporre la Cartella Affidato Familiare (CAF), nella quale dovranno essere riportati i dati personali del minore, l'anamnesi, i dati dei suoi genitori o di chi esercita la patria potestà, la loro anamnesi, i dati dei genitori affidatari, il progetto d'affido, il periodo di affidamento e, eventualmente, i periodi di possibile rinnovo, le schede ove verranno annotati gli elementi più importanti che emergono durante gli incontri e, infine, una sezione dove verrà riportata la motivazione che ha determinato la cessazione dell'affido e il rientro del minore nella sua famiglia.

In base all'art. 80, comma 3, della L. 184/83 e successive modifiche ed integrazioni, il sostegno economico mensile, in favore delle famiglie affidatarie, viene così stabilito:

- € 619,75 per minore in affido con età fino a 5 anni compiuti,
- € 464,81 per minore in affido con età compresa tra 6 e 10 anni compiuti;
- € 361,52 per minore in affido con età compresa tra 11 anni e sino al compimento della maggiore età.

Nell'ambito della programmazione regionale e territoriale, viene data priorità alle famiglie che provvedono all'affido di un minore ospite presso strutture residenziali. Ogni tre anni la Giunta Regionale, con proprio atto deliberativo, determinerà l'aumento del sostegno economico che non potrà, comunque, essere superiore al tasso annuale medio d'inflazione, registrato nel triennio precedente.

Centro Diurno

Il Centro Diurno è una struttura che accoglie minori, anche disabili, in età scolare che necessitano di interventi di tipo assistenziale e, in particolar modo, di sostegno educativo nell'evidenza che i processi di deistituzionalizzazione devono essere accompagnati da azioni mirate a creare forme di prevenzione secondaria del disagio. Per questo i minori che vengono accolti, devono potere fare riferimento ad operatori referenti, in grado di sostenerli attraverso la costruzione di relazioni interpersonali significative.

Tra gli elementi che caratterizzano il Centro Diurno, spiccano:

- la capacità di organizzare e costruire progettualità educative rivolte sia al singolo minore che al gruppo;
- la capacità di prestare ascolto e di accogliere i minori, divenendo per loro referenti sicuri;
- la capacità di attuare interventi di integrazione col territorio, per ridurre i processi di emarginazione.

Il Centro Diurno è una struttura di accoglienza quotidiana a carattere semiresidenziale.

Il minore può essere accolto ed essere sostenuto, sia in modo continuativo che saltuario, nell'arco della giornata compreso tra le 8.00 e le 20.00.

Le ore di permanenza nella struttura sono, comunque, stabilite in base alle necessità del minore e sulla base del progetto di intervento individualizzato.

Oltre a garantire il pranzo e la merenda o colazione, nei giorni che vanno dal lunedì al sabato, nel Centro Diurno devono essere assicurate:

- il sostegno didattico inteso come continuità delle ore curricolari, ma anche come ulteriore possibilità offerta nell'acquisizione del senso critico e della capacità di analisi;

- gioco e attività ludiche, attraverso cui il minore si appropria degli spazi che lo circondano, condividendo con i suoi pari e gli operatori esperienze diverse da quelle scolastiche, familiari e a quelle di strada;
- attività manuali ed espressive per fare crescere il senso dell'estetica, della creatività, nonché le capacità manipolative e di gestione degli strumenti e degli attrezzi.

Ricettività

Il Centro Diurno può accogliere un massimo di 10 unità, sia bambini che bambine, in età compresa tra i 6 e 13 anni, e deve garantire l'apertura per tutti i dodici mesi dell'anno, esclusi i giorni di festa.

Standard del Personale

Per la gestione del Centro Diurno il gruppo di operatori professionali non può essere inferiore a tre. Esso deve essere costituito da:

- 2 educatori di cui uno anche responsabile della struttura;
- 1 animatore o, in alternativa, un assistente sociale, oppure un operatore in grado di assicurare il sostegno scolastico.

A queste tre figure deve aggiungersi un operatore ausiliario per il governo della struttura e la preparazione dei pasti.

La struttura può avvalersi della collaborazione volontaria di altre figure professionali, così come chiedere l'intervento degli operatori dei servizi sociali del Distretto Sociale.

Il personale operante nella struttura deve essere munito di libretto sanitario e di polizza assicurativa, ramo responsabilità civile, per danni che può causare e subire nell'esercizio delle sue funzioni.

Articolazione degli Ambienti

La struttura, che deve corrispondere agli *standard* di civile abitazione, deve essere costituita da:

- locale adibito a cucina e a dispensa, non inferiore a 15 mq;
- n° 2 servizi igienici, di cui uno ad uso del personale e uno per i minori, dotati di doccia o vasca, W.C. bidet, lavandino e di arredamento necessario per la funzionalità dello spazio;

- zona soggiorno per le attività di gruppo, per come in precedenza descritte, non inferiore a 24mq o, in alternativa, due stanze tra loro attigue non inferiori, complessivamente, a 28mq;
- locale adibito a sala da pranzo non inferiore a 18mq;
- locale adibito a studio non inferiore a 15mq;
- n° 1 locale adibito a sala televisiva o mediateca, non inferiore a 12mq.
- Tutti i locali devono essere dotati di finestre o balconi, nonché di impianti di riscaldamento funzionante, ed essere collocati sullo stesso piano.
- Ogni locale, dovrà essere sufficientemente arredato e disporre di tutti quegli ausili (giochi, libri e così via), al fine di consentire il massimo agio ai minori e agli operatori.

Retta

La retta giornaliera, per ogni minore assistito, è fissata in € 15,00.

La Giunta Regionale, con proprio atto deliberativo, annualmente, potrà determinare l'aumento della suddetta retta, entro i limiti del tasso medio annuale di inflazione.

Integrazione con i servizi territoriali

Ai minori accolti nel Centro Diurno dovranno essere garantiti da parte del Comune e/o del Distretto Sociale, servizi quali:

- trasporto su scuolabus;
- accesso o frequenza presso palestre o strutture sportive;
- biblioteche, mostre, teatro di pertinenza dell'Ente;
- fornitura farmaci e/o ausili, nonché indagini diagnostiche non dispensati e assicurati dal S.S.N..

Casa Famiglia

Si colloca come struttura residenziale alternativa e di contrasto al processo di istituzionalizzazione, ma anche come punto di riferimento nella comunità solidale, per l'azione di deistituzionalizzazione dei minori.

La Casa Famiglia, improntata sul modello familiare, pone al centro della sua azione, lo sviluppo e il rispetto della personalità del bambino/a affidato.

La condizione di sofferenza e/o di disagio che determinano l'inserimento del minore nella struttura, necessita di interventi che vanno nella direzione del consolidamento o

ricostruzione del processo educativo, attraverso un approccio che stimoli la maturazione psicologica, sociale e relazionale.

Tale intervento, che si realizza all'interno della casa, deve potere trovare riscontro nelle dinamiche esterne; vale a dire con la sua stessa famiglia, con la scuola, col gruppo dei pari e così via.

Ma ogni minore, presenta una storia a sé, e per tale specificità ha bisogno di essere aiutato sulla base di un progetto individuale finalizzato, in grado di attivare, in suo favore, i circuiti sociali necessari alla sua inclusione.

Ricettività

Nella Casa Famiglia possono trovare ospitalità diurna e notturna (funzionamento permanente), un numero massimo di 8 minori di ambo i sessi, con età non superiore a 18 anni, e con alle spalle esperienze di istituzionalizzazione e/o che hanno bisogno di sostegno educativo e, comunque, di un ambiente – temporaneamente – diverso da quello familiare.

Standard del Personale

Il personale della struttura deve potere soddisfare l'esigenza dei minori in un'ottica di sostegno al suo sviluppo psico-fisico. Pertanto il gruppo minimo di operatori deve essere così costituito:

- 1 psicologo, sociologo o laureato in servizio sociale, che ricopra anche la funzione di responsabile della struttura;
- 2 educatori o, in alternativa, 1 educatore e 1 assistente sociale.

A queste tre figure deve aggiungersi un operatore ausiliario per il governo della struttura e la preparazione dei pasti.

Il personale della struttura può essere affiancato da altre figure di supporto provenienti dal volontariato.

Agli operatori del servizio sociale del Distretto Sociale spetta il compito di garantire il sostegno necessario alla famiglia del minore, attraverso un programma di intervento concordato e programmato con gli operatori della Casa famiglia.

Articolazione degli Ambienti

La struttura, che deve corrispondere agli *standard* di civile abitazione e necessariamente nel perimetro del centro abitato; deve essere costituita da:

locale adibito a cucina e a dispensa, non inferiore a 12 mq;

- n° 2 servizi igienici, di cui uno ad uso del personale e dotato, possibilmente di antibagno, e uno per i minori, ambienti dotati di doccia o vasca, W.C. bidet, lavandino e di arredamento necessario per la funzionalità dello spazio;
- zona soggiorno, per le attività di gruppo, non inferiore a 18mq o, in alternativa, due stanze tra loro attigue non inferiori, complessivamente, a 24mq;
- locale adibito a sala da pranzo non inferiore a 18mq;
- locale adibito a studio non inferiore a 15mq;
- n° 1 stanza da letto per l'operatore, non inferiore a 9mq.

Le camere da letto per i minori ospitati devono essere di non oltre 3 posti letto (esclusi i letti a castello), con una superficie minima di:

- mq 9 per un posto letto;
- mq 16 per due posti letto;
- mq 24 per tre posti letto.

Tutti i locali devono essere dotati di finestre o balconi, nonché di impianti di riscaldamento funzionante, ed essere collocati sullo stesso piano.

Ogni locale, altresì, dovrà essere sufficientemente arredato e disporre di tutti quegli ausili (giochi, libri e così via), al fine di consentire il massimo agio ai minori e agli operatori.

Retta

La retta giornaliera, per ogni minore assistito, è fissata in € 55,00.

La Giunta Regionale, con proprio atto deliberativo, annualmente, potrà determinare l'aumento della suddetta retta, entro i limiti del tasso medio annuale di inflazione.

Modalità di inserimento gestione del caso

La Casa Famiglia accoglie il minore su disposizione del servizio sociale comunale o del Distretto Sociale o, in casi specifici, da parte dell'autorità giudiziaria.

L'autorizzazione all'inserimento, stabilita con l'adozione di atto amministrativo del Comune ai sensi della legge 267/00, o dell'autorità giudiziaria, deve riportare il periodo presumibile di affidamento alla struttura.

L'ulteriore proroga del periodo di inserimento deve seguire le stesse modalità di cui al precedente comma.

Gli operatori della struttura sono tenuti a predisporre, supportati se necessario dagli operatori del servizio sociale comunale o del Distretto Sociale, apposito progetto per il minore accolto, rivolto ad identificare i percorsi di crescita sotto il profilo socio-psicologico.

Il responsabile della struttura dovrà tenere regolare registro nel quale annoterà, volta in volta, eventuali rientri temporanei del minore nel suo nucleo familiare, nonché tutti gli avvenimenti più importanti che possano riguardarlo. Nello stesso registro il responsabile della struttura farà apporre la firma del genitore o di chi da questo delegato, che preleva il minore.

Con cadenza semestrale il responsabile è tenuto ad inviare, al servizio sociale del Comune o del Distretto Sociale, apposita relazione relativa alle dinamiche di crescita socio-psicologica del minore.

Integrazione con i servizi territoriali

L'integrazione tra gli operatori della Casa Famiglia con quelli dei servizi sociali territoriali, nonché con gli operatori scolastici e sanitari, assicureranno ai minori e alle loro famiglie il sostegno necessario a superare le difficoltà che hanno determinato l'inserimento nella struttura.

Ai minori accolti nella Casa famiglia dovranno essere garantiti, in forma gratuita, da parte del Comune e/o del Distretto Sociale, servizi quali:

- trasporto su scuolabus;
- accesso o frequenza presso palestre o strutture sportive;
- accesso a biblioteche, mostre, rappresentazioni teatrali;
- fornitura farmaci e/o ausili, nonché indagini diagnostiche non dispensati e assicurati dal S.S.N.

Comunità alloggio

Al pari della Casa Famiglia, la Comunità Alloggio è una struttura educativa residenziale in grado di accogliere adolescenti con problematiche omogenee.

Oltre a favorire uno sviluppo armonico della personalità dell'adolescente, nella C.A. l'adolescente deve potere acquisire le capacità decisionali e di responsabilità, per accrescere la sua autonomia e le possibilità progettuali.

Infatti, la C.A. accoglie adolescenti che non hanno punti di riferimento, in quanto provenienti da nuclei familiari disgregati o poco attenti ai suoi bisogni di crescita e di

identificazione o, ancora, perché non in grado di stabilire contatti significativi con altri referenti o il gruppo dei pari.

Queste difficoltà lo inducono, spesso, ad avere atteggiamenti di rifiuto delle regole e a collocarlo in una posizione di svantaggio rispetto agli altri.

Ricettività

Nella Comunità Alloggio possono trovare ospitalità continuata, nell'arco delle 24 ore, un numero di minori di ambo i sessi da 7 a 20, (giusta disposizione del Decreto 21 maggio 2001 n. 308) con problematiche omogenee e che necessitano, su indicazione delle autorità giudiziarie, di un ambiente diverso da quello familiare e in grado di stimolare i processi di responsabilizzazione e di autonomia.

Standard del Personale

Il personale della struttura deve potere soddisfare l'esigenze degli adolescenti, in una prospettiva di crescita della loro personalità, attraverso l'acquisizione di regole necessarie ad assicurare i processi di inclusione sociale.

Il gruppo degli operatori è così costituito:

- 1 psicologo, o psicologo, che ricopra anche la funzione di responsabile della struttura;
- 2 educatori;
- 1 assistente sociale.

A queste figure deve aggiungersi un operatore ausiliario per il governo della struttura e la preparazione dei pasti.

Il personale della struttura può essere affiancato da altre figure di supporto, provenienti dal volontariato.

Articolazione degli Ambienti

La struttura, che deve corrispondere agli *standard* di civile abitazione e necessariamente nel perimetro del centro abitato, deve essere costituita da:

- locale adibito a cucina e a dispensa, non inferiore a 15 mq;
- n° 2 servizi igienici, di cui uno ad uso del personale e dotato, possibilmente di antibagno, ed uno per gli adolescenti, ambienti dotati di doccia o vasca, W.C. bidet, lavandino e di arredamento necessario per la funzionalità dello spazio;

- zona soggiorno, per le attività di gruppo, non inferiore a 24mq o, in alternativa, due stanze tra loro attigue non inferiori, complessivamente, a 28mq;
- locale adibito a sala da pranzo non inferiore a 18mq;
- locale adibito a studio non inferiore a 15mq;
- n° 1 stanza da letto per l'operatore, non inferiore a 9mq.
- Le camere da letto per i minori ospitati devono essere di non oltre 3 posti letto (esclusi i letti a castello), con una superficie minima di:
 - mq 9 per un posto letto;
 - mq 16 per due posti letto;
 - mq 24 per tre posti letto.

Tutti i locali devono essere dotati di finestre o balconi, nonché di impianti di riscaldamento funzionante, ed essere collocati sullo stesso piano.

Ogni locale, altresì, dovrà essere sufficientemente arredato al fine di consentire il massimo agio agli adolescenti e agli operatori.

Retta

La retta giornaliera, per ogni minore assistito, è fissata in €55,00.

La Giunta Regionale, con proprio atto deliberativo, annualmente, potrà determinare l'aumento della suddetta retta, entro i limiti del tasso medio annuale di inflazione.

Modalità di inserimento e gestione del caso

La Comunità alloggio accoglie l'adolescente su disposizione del Tribunale per i Minorenni, dietro segnalazione del servizio sociale comunale.

Il periodo di permanenza nella struttura è stabilito in base alle necessità del minore e, comunque, per il periodo strettamente necessario a fargli riacquistare autonomia e capacità progettuali sulla propria esistenza, attraverso percorsi di inserimento scolastico o di tirocinio formativo.

Integrazione con i servizi territoriali

L'integrazione tra gli operatori del Gruppo Appartamento con quelli dei servizi sociali territoriali, nonché con gli operatori scolastici e il mondo della formazione professionale e lavorativo, assicureranno all'adolescente il sostegno necessario a superare le difficoltà che hanno determinato l'inserimento nella struttura.

Assistenza Socio-psicologica

Ufficio per la Tutela dei diritti del minore

Il minore è titolare di diritti e la comunità che lo circonda, in qualsiasi momento e situazione, ha l'obbligo di rispettarli.

I bambini e gli adolescenti sono cittadini al pari di altri, anche se talvolta la società degli adulti tende ad ignorarli. In una società dinamica come la nostra, i minori costituiscono la risorsa più importante su cui costruire il futuro. Questo obiettivo, se pur condiviso a livello di principio, nella pratica incontra seri ostacoli.

Tanti minori diventano vittime degli abusi degli adulti, siano essi familiari che estranei: abusi psicologici, morali e sessuali; violenze fisiche che spesso sono frutto del degrado socio-ambientale e culturale.

Le istituzioni sono chiamate a tutelare ogni diritto (espresso o non) del minore con gli strumenti più opportuni e appropriati. Mettendo a loro disposizione risorse umane, strumentali e finanziarie necessarie a garantire non solo agio, ma anche ascolto.

Con questo intento la Regione Molise individua, tra i possibili interventi di assistenza socio-psicologica, *l'Ufficio per la Tutela dei Diritti del Minore*.

Detto ufficio rappresenta un punto di riferimento sia per il minore, nel caso in cui abbia la percezione che un suo legittimo diritto sia stato leso da una persona adulta o che sia vittima di qualsiasi sopruso, sia per gli adulti.

Collocazione

L'Ufficio per la Tutela dei Diritti dei Minore va istituito presso ogni Ambito territoriale.

Standard del Personale

Presso l'Ufficio per la tutela dei Diritti dei Minori deve essere garantita la presenza di:

- 1 Assistente Sociale per un numero di ore settimanali non inferiore a 24, anche con orario flessibile.
- 1 psicologo, sociologo o laureato in Servizi Sociali per due giorni la settimana, per un numero complessivo di ore non inferiore a 8, anche con orario flessibile;

L'ufficio deve essere dotato di ausili informatici, con indirizzo di posta elettronica, per consentire l'invio di una eventuale *e-mail*, da parte del minore; tale opportunità va adeguatamente pubblicizzata attraverso manifesti, depliant, segnalibro, adesivi e così via, da distribuire presso le scuole e nei luoghi frequentati dai bambini e dagli adolescenti.

Occorre prevedere, in ambito regionale, l'attivazione di un numero verde, con relativa segreteria telefonica, allo scopo di assicurare la possibilità di segnalare eventuali situazioni di disagio, abuso e maltrattamento.

Modalità di gestione del caso

L'operatore, acquisita l'informazione direttamente dal minore o per altre vie (segreteria telefonica, posta elettronica e così via), predispose una cartella nella quale inserisce i primi dati in suo possesso.

Ove l'operatore ritenga di potere intervenire direttamente sentito anche lo psicologo, procede alla gestione del caso, ovvero attiva le risorse presenti sul territorio (ambito parentale, servizio sociale del Comune o dell'AUSL, consultorio, forze dell'ordine, giudice tutelare e così via).

Nel caso in cui l'azione di tutela o di sostegno venga svolta da altra struttura istituzionale e/o da formazione sociale, l'operatore dell'*Ufficio per la Tutela dei Diritti del Minore* trasmetterà, a questi, copia del fascicolo oppure notizie informative opportune.

Intervento Educativo Domiciliare (I.E.D.)

L'Intervento Educativo Domiciliare deve rispondere ad una duplice esigenza:

- accompagnare e aiutare il minore nella sua crescita psico-fisica, con l'obiettivo di accrescere le sue capacità a relazionarsi con gli altri e, per converso, contrastare ogni di rischio di emarginazione;
- sostenere l'azione educativa dei genitori, rafforzandone il ruolo, attraverso la riorganizzazione del rapporto e della dinamica familiare.

L'intervento Educativo Domiciliare, inoltre, si presenta come azione di contrasto verso alcune decisioni che spesso maturano in ambito familiare e che portano a richiedere l'inserimento in istituto di minori; nonché a contrastare le fasi di deresponsabilizzazione educativa da parte dei genitori nei confronti dei figli, nel momento in cui altre situazioni di crisi (mancanza di lavoro e di reddito, malattia, atteggiamenti di frustrazione, alcoldipendenza e così via) minano, appunto, le capacità educative della famiglia o uno solo dei genitori.

Modalità di intervento

Lo *I.E.D.* viene assicurato all'interno dell'ambiente familiare in cui vive il minore, a seguito di segnalazione del servizio sociale comunale o del Distretto Sociale, ma anche di altre istituzioni o sociali.

Al minore viene affiancato un operatore che lo prende in carico o in orario antimeridiano, se per particolari ragioni non frequenta la scuola, ovvero nelle ore pomeridiane.

L'intervento deve essere assicurato giornalmente e, comunque, per un numero non inferiore a 18 ore settimanali, e sino a quando il progetto individuale predisposto per il caso, non abbia fornito i risultati attesi.

Fanno eccezione quei casi che richiedono un intervento parziale e in tal caso l'intervento deve avere un minimo di ore e deve essere assicurato a giorni alterni.

L'operatore deve potere coinvolgere costantemente i genitori nelle scelte e nelle azioni di sostegno educativo verso il figlio, sollecitando la loro collaborazione e stimolandone il ruolo genitoriale, anche attraverso percorsi educativi comuni.

L'ambiente domestico ed extra-domestico devono potere rappresentare i luoghi ove i processi di socializzazione, di tutela e di salvaguardia della personalità del minore trovano gli stimoli necessari.

Standard del Personale

L'intervento Educativo Domiciliare viene assicurato con la presenza della figura dell'Educatore del Comune o del Distretto, ovvero attraverso apposita convenzione.

L'attività dell'educatore può essere condivisa con altri operatori (psicologo, sociologo, assistente sociale, animatore, pedagogista), operanti sia in istituzioni pubbliche che del volontariato.

L'integrazione con altri operatori, ma anche con altri servizi territoriali presenti nella comunità, costituisce quel lavoro di rete necessario a rendere più efficace l'intervento.

Pronto Intervento Sociale (P.I.S.)

Nella pratica quotidiana molto spesso si verificano situazioni in cui occorre garantire un immediato intervento di sostegno sociale alla persona in difficoltà.

Tale intervento è reso ancora più necessario, quando si tratta di individuare e contrastare condizioni di rischio o di abbandono di un minore, sviluppando azioni immediate tali da incidere positivamente sulla situazione di crisi.

Infatti, non è pensabile che la rete di protezione in favore dei più deboli, possa essere vincolata a procedimenti burocratici che la renderebbero meno valida e scarsamente incisiva, sia in termini di tempo, sostegno, efficacia dell'azione, risposta al bisogno.

Il servizio sociale operante sul territorio comunale o nel Distretto Sociale deve, dunque, potere garantire al minore in situazione di crisi psico-fisica e sociale il suo apporto e/o il suo intervento di contrasto alla situazione di crisi e di sostegno al minore, con particolare immediatezza.

Modalità di intervento

L'azione di intervento, attraverso il *PIS*, è assicurata da operatori qualificati che con immediatezza si occupano del caso provvedendo, contestualmente, ad attivare tutte le iniziative necessarie.

Il collegamento con le risorse di rete disponibili nel territorio, nonché con l'Ufficio per la Tutela dei Diritti del Minore, rimane un elemento fondamentale nell'azione dell'operatore.

Una volta attivato e realizzato l'intervento immediato più opportuno, gli operatori che lo hanno effettuato, predispongono apposita relazione sul caso che deve essere messa a disposizione degli organi competenti; per esempio: forze dell'ordine, giudice tutelare, scuola, struttura di accoglienza, Comune di residenza per l'eventuale assunzione delle rette di assistenza e così via.

L'intervento deve potere essere assicurato in qualsiasi ora della giornata. Agli operatori che assicurano il servizio in orario extra ufficio deve essere riconosciuta apposita indennità, stabilita ai sensi della normativa vigente in materia di contratti per il personale degli EE.LL..

Standard del Personale

Il personale che assicura il *Pronto Intervento Sociale* può essere lo stesso che opera nel servizio sociale comunale o del Distretto Sociale, ovvero in regime di convenzione.

Tuttavia lo *standard* professionale minimo è rappresentato da:

- 1 Assistente Sociale;
- 1 Psicologo, Sociologo oppure 1 laureato in Scienze dell'Educazione o in Servizi Sociali.

Alle due unità possono affiancarsi anche altri operatori delle istituzioni pubbliche e del volontariato accreditato.

Promozione dell'Agio

Recupero dell'Abbandono Scolastico

Il fenomeno dell'evasione dell'obbligo scolastico, o della mortalità scolastica che in ambito regionale assume aspetti marginali, (dati 2000-2001 incidenza dello 0,1% sul totale degli iscritti alla scuola dell'obbligo), si lega spesso a situazioni di disgregazione e di difficoltà economiche del nucleo familiare di appartenenza del minore, nonché a condizioni socio-psicologiche di quest'ultimo.

Il minore che, per diverse ragioni, si allontana precocemente dalla scuola si sottrae ai processi di crescita e di maturazione, all'acquisizione di modelli di comportamenti positivi e, di contro, si espone a fattori di rischio e di emarginazione.

L'obiettivo precipuo, pertanto, è quello di ridurre o eliminare definitivamente quelle sacche di evasione dell'obbligo scolastico, attraverso interventi combinati tra la famiglia, la scuola e le istituzioni.

Interventi che vanno nella direzione di creare forme di agio (familiare e sociale o di comunità) e di sostegno al processo di crescita del minore, in stretta collaborazione col suo nucleo familiare.

Con l'attuazione dei programmi e di alcuni progetti della legge n° 285/97, sono stati effettuati interventi contro l'evasione dell'obbligo scolastico che si sono dimostrati validi; tuttavia si ritiene che l'azione di contrasto al suddetto fenomeno debba, comunque, divenire pratica corrente e, pertanto, rientrare tra gli interventi di base.

Modalità di intervento

L'intervento di contrasto non può basarsi sulla semplice azione di riportare il minore a scuola. Esso deve poggiare su tre principali azioni:

- sostenere il nucleo familiare nella responsabilità genitoriale;
- recuperare il minore alla socialità e alla vita di gruppo;
- ripristinare il benessere psico-fisico del minore.

L'intervento è gestito da operatori determinati in base all'incidenza del fenomeno e dei minori coinvolti o potenzialmente coinvolti e deve svolgersi soprattutto nelle ore pomeridiane, extra scolastiche.

Al minore deve essere data la possibilità, col supporto dell'operatore, di potere accedere alle offerte che il territorio presenta, per aumentare il senso della partecipazione, del protagonismo positivo, della socialità.

L'intervento dell'operatore su un minore non può essere inferiore a 18 ore settimanali e avere durata per tutto l'anno scolastico.

E' opportuno che a chiusura della scuola il minore possa continuare a fare riferimento all'operatore che lo ha seguito, oppure possa essere inserito in programmi di attività estive.

Standard del Personale

Per l'attuazione dell'intervento si deve fare riferimento al rapporto 1 operatore per 2/3 minori.

L'operatore deve essere in possesso di una delle seguenti professionalità: Educatore, Assistente Sociale, Pedagogista, Sociologo.

8.4 Politiche per i giovani

Obiettivi

La questione giovanile corre su più binari: i processi formativi e l'inserimento nel mondo del lavoro, l'associazionismo. Nel loro insieme essi costituiscono i nodi su cui puntare l'attenzione, tanto nella fase di programmazione a livello regionale, quanto nell'attuazione dei programmi e nella realizzazione dei progetti, a livello di Comune o di Distretto Sociale.

Per quanto concerne i processi formativi, il collegamento della scuola con la realtà produttiva ed economica del territorio appare sempre più necessario soprattutto in considerazione del fatto che l'esperienza scolastica non può rimanere fine a se stessa.

Formazione e lavoro, dunque, s'intrecciano. La mancanza di un serio orientamento scolastico e la possibilità di far seguire contestualmente allo studio fasi di preparazione professionale o tirocinio formativo non consentono alle aziende la possibilità di valutare positivamente l'assunzione di forza lavoro giovanile.

Barriere di questo genere continuano a generare due fenomeni di rilevanza sociale: l'aumento della disoccupazione giovanile ed il lavoro nero.

Occorre consentire ai ragazzi di fruire e gestire direttamente spazi ove incontrarsi, comunicare, discutere e confrontarsi, nonché quella di accrescere la propria

autonomia e il protagonismo, assume la stessa importanza delle altre due variabili (formazione e lavoro).

Emerge chiaramente il bisogno di promuovere azioni rivolte a ridurre le forme di disagio, che sempre più spesso sono alla base di atteggiamenti di patologie individuali e sociali.

Gli obiettivi prioritari su tutto il territorio regionale devono puntare a:

- sostenere e assecondare le capacità e la creatività dei giovani, dentro e fuori le strutture formative;
- garantire a tutti pari opportunità d'accesso al mercato del lavoro, avendo a proprio carico un bagaglio formativo adeguato e rispondente alle esigenze del mercato;
- promuovere l'inclusione sociale, come processo contro fenomeni di emarginazione individuale e collettiva;
- attivare centri aggregativi e luoghi d'ascolto per favorire i rapporti amicali, di comunicazione e di discussione, sia attraverso l'autogestione sia interagendo con operatori qualificati cui rappresentare ed esprime le proprie difficoltà.

Azioni

Le azioni devono potere mirare a garantire risposte adeguate ai bisogni dei giovani, consentendo il processo di inclusione sociale.

La realizzazione di un sistema a rete, che tocca i punti nodali della formazione scolastica, della formazione lavorativa e dell'associazionismo, dovrebbe portare al superamento della vecchia logica che puntava a concepire qualsiasi azione come fase riparativa di un fenomeno degenerativo già in atto.

La strategia nuova deve potere poggiare sull'opportunità e sull'utilizzo delle risorse incentivando azioni rivolte alla socializzazione, all'ascolto, all'integrazione tra reti e servizi diversi che si occupano di età evolutiva, alla circolazione delle informazioni, all'innovazione anche progettuale.

Giovani

	Obiettivi	Azioni
Interventi:	Prevenzione e promozione	Centri ascolto
		Aiuto per l'accesso alle risorse istituzionali e comunitarie Servizio consultorio giovani

Prevenzione e promozione

Centro ascolto

Il *Centro ascolto* si deve caratterizzare come spazio che nasce al di fuori dei meccanismi istituzionali e non deve essere strutturato senza tenere conto di come effettivamente i giovani lo vorrebbero e di come dovrebbe funzionare.

Infatti, tale struttura, per potere svolgere la sua funzione, che è quella di collegare i giovani tra loro, stimolarne i rapporti amicali e di fiducia, sviluppare il confronto e il dialogo, deve rispondere alle esigenze dei giovani stessi e promuovere le loro capacità progettuali.

Appare opportuno stabilire che esso deve essere possibilmente collocato presso i luoghi maggiormente frequentati dai ragazzi, per potere assumere le funzioni di struttura di riferimento.

Modalità di istituzione

Al fine di progettare un centro ascolto che corrisponda alle aspettative e ai bisogni dei ragazzi, si sollecita la possibilità di fare incontrare, preliminarmente, i gruppi di giovani maggiormente rappresentativi nella realtà locale, o quelli che esprimono particolari esigenze e bisogni rispetto ad altri, con una *équipe* di operatori consultoriali (psicologo, educatore, animatore, assistente sociale e così via), al fine di verificare, tramite colloqui informali e aperti, le aspettative rispetto alla possibilità di potere accedere e/o gestire un centro ascolto.

Standard del personale

Nel *Centro ascolto operano* esperti de3i Consulitori familiari pubblici con l'obiettivo di stabilire contatti e strutturare colloqui con i frequentanti.

Organizzazione

L'organizzazione e l'attivazione dei centri ascolto viene concordata tra i responsabili dei servizi consultoriali e i rappresentanti delle istituzioni e degli organismi interessati, in primo luogo quelli della scuola.

Aiuto per l'accesso alle risorse istituzionali e comunitarie

L'*Aiuto per l'accesso alle risorse istituzionali e comunitarie* s'inquadra nel panorama delle azioni rivolte ad accompagnare, promuovere e assistere il giovane che vuole utilizzare a pieno gli strumenti e le opportunità presenti nel contesto nazionale e comunitario, per sviluppare e attuare un proprio progetto di vita.

Tale azione deve prevedere iniziative rivolte:

- all'attività di orientamento professionale dei giovani;
- all'attività di guida all'avviamento al lavoro;
- all'attività di studio e monitoraggio della domanda e dell'offerta di lavoro;
- all'attività di supporto per l'individuazione degli strumenti legislativi nazionali ed europei, afferenti l'accesso alle risorse finanziarie, per progetti di lavoro autonomo, d'impresa e per idee imprenditoriali giovanili;
- attività di socializzazione all'impresa;
- attività di socializzazione al lavoro.

Beneficiari

L'aiuto per l'accesso alle risorse istituzionali e comunitarie è consentito ai giovani disoccupati o in cerca di prima occupazione, la cui età è compresa tra 18 e 34 anni.

Per quanto concerne l'attività di orientamento possono beneficiarne anche gli studenti compresi nella fascia d'età 14/18 anni.

Collegamenti

La rete di collegamenti ha una sua particolare valenza. A tale proposito si evidenzia la necessità di privilegiare contatti con Comuni, Comunità Montane, Province, Regioni, Ministeri, Uffici delle Comunità Europea, Rappresentanze non governative.

Servizio consultorio giovani

Il *Servizio consultorio giovani* è un intervento che si propone di sostenere il giovane attraverso un approccio relazionale, per aiutarlo a superare situazioni di difficoltà o a colmare eventuali *deficit* di socialità, che spesso sono alla base del disagio familiare e ambientale e, soprattutto, della mancanza di capacità a valorizzare le proprie risorse.

Il suddetto servizio non si sostituisce a quelli tipicamente consultoriali (consultorio familiare), ma esso vuole essere un ulteriore punto di forza nell'azione di assistenza psico-sociale alle fasce giovanili.

Esso guarda, con particolare attenzione, al mondo della scuola; vale a dire agli alunni/studenti spesso vittime di un disagio, appunto, relazionale con i loro pari e con gli altri attori dell'ambito scolastico.

Beneficiari

Il *Servizio consultorio giovani* si rivolge ai giovani, con particolare riguardo agli alunni/studenti.

La fascia d'età da considerare, anche se non in via esclusiva, pertanto, è quella compresa tra 13/24 anni.

Modello organizzativo

Il *Servizio consultorio giovani* viene garantito dagli operatori dei servizi consultoriali pubblici territoriali.

Il servizio svolge la sua attività, prevalentemente, nelle ore antimeridiane, fermo restando la possibilità dell'attivazione di un orario flessibile, sia mattutino che pomeridiano.

Al servizio si può accedere liberamente, in modo diretto o dietro preliminare contatto con l'operatore di riferimento.

Standard del personale

Le attività del consultorio giovani vengono assicurate dagli operatori dei servizi consultoriali pubblici.

8.5 Politiche per i disabili

Obiettivi

Con le leggi n° 104/92, 162/98, 17/99, 68/99 e con la stessa 328/2000, sono stati compiuti passi in avanti nella politica di integrazione del soggetto portatore di handicap, a partire dai suoi primi giorni di vita e sino alla senescenza.

La normativa nazionale e regionale e gli indirizzi regionali in materia hanno promosso l'attivazione di interventi ed iniziative mirati al sostegno ed all'autonomia delle persone in situazione di handicap, con l'obiettivo di rimuovere gli ostacoli che determinano l'emarginazione sociale del disabile; la costituzione del fondo regionale per l'occupazione, previsto dalla L.R. n. 26/02, unitamente a quello previsto dalla legge n.

68/99, potranno favorire l'inserimento lavorativo dei disabili ed aiutare le famiglie a sollevarsi dal compito gravoso della gestione della non autosufficienza.

Gli enti locali, proprio attraverso i piani di zona, devono, in luogo degli interventi occasionali e non coordinati sin qui posti in essere, perseguire una politica di intervento unitaria, integrata collaborativa rivolta al raggiungimento di obiettivi che devono prevedere:

- la promozione e il sostegno dello sviluppo dell'autonomia e della determinazione della persona portatrice di handicap;
- il sostegno alla famiglia che ha al proprio interno un soggetto disabile, anche attraverso iniziative di pronto intervento finalizzate ad assicurare l'accudimento della persona svantaggiata, consentendo, contestualmente, ai genitori ed ai familiari di poter fruire anche di occasioni di svago e tempo libero;
- lo sviluppo degli interventi rivolti all'assistenza domiciliare e la permanenza a domicilio del disabile;
- la qualità degli interventi presso le strutture di sostegno socio-assistenziali, socio-riabilitative e, comunque, di sostegno alla famiglia nella gestione del soggetto portatore di handicap;
- le azioni e le misure rivolte al suo inserimento in ambito scolastico, per la sua formazione compresa quella lavorativa;
- il sostegno e lo sviluppo della vita di relazione sociale ed affettiva;
- la garanzia delle pari opportunità anche in ambito sportivo e ludico.

La programmazione e la progettazione inserita nei piani di zona deve basarsi su scelte strategiche, necessarie a garantire un'offerta più ampia di interventi; nel senso che, attraverso questi ultimi, si possa contrastare ogni forma di emarginazione, si possa promuovere l'inclusione sociale e attivare risorse per costruire l'agio.

Non a caso l'art. 14, comma 2, della citata l. n ° 328/00 prevede che, in favore del portatore di handicap, venga predisposto un *"progetto individuale"* costituito da un insieme di azioni di pertinenza tanto del servizio sanitario nazionale, quanto del Comune, secondo il principio dell'integrazione e collaborazione tra sociale e sanitario; integrazione che va, comunque, attuata a livello istituzionale, gestionale e professionale.

Nel presente Piano Regionale sono previsti obiettivi finalizzati a sviluppare quell'ampio ventaglio di offerte che sono, appunto, alla base di un'azione sinergica tra le istituzioni, le formazioni sociali, per un sostegno qualificato, efficace ed efficiente

ai cittadini in situazione di handicap ed alle rispettive famiglie.. Fondamentale per la concreta integrazione delle persone in situazioni di handicap, è l'attivazione di servizi "aperti", ai quali possono accedere anche famiglie e persone "normali".

Handicap

	Obiettivi	Azioni
Interventi:	Assistenza domiciliare	Servizio domestico Intervento educativo domiciliare
	Centri documentazione e risorse handicap	Assistenza, formazione, informazione, documentazione
	Centri di accoglienza	Comunità alloggio Strutture residenziali (dopo di noi) Centro socio-educativo
	Promozione dell'agio	Trasporto Vacanza e turismo assistito
	Educazione/formazione	Sostegno scolastico socio-psico-pedagogico Borsa lavoro

Assistenza domiciliare

Servizio domestico

Il principio cardine su cui si devono fondare gli interventi rivolti alla permanenza in famiglia dei portatori di handicap, è rappresentato dalla necessità di garantire loro condizioni di vita uguali a quelle che vivono le persone che non versano in situazione di disabilità.

Per quanto concerne le famiglie, alle stesse deve essere fornito, da parte delle istituzioni, il sostegno necessario al fine di non minare la loro resistenza psico-fisica e, allo stesso tempo, ad elevare la qualità della vita all'interno del nucleo familiare.

Il *servizio domestico* diventa, dunque, uno dei pilastri su cui costruire i processi di aiuto alla persona handicappata e alla sua famiglia.

Beneficiari

Possono usufruire del servizio domestico i cittadini, con indice di disabilità medio-grave, a prescindere dall'età e dal tipo di handicap.

Modalità organizzative

Il *servizio domestico* deve potere fare fronte a tre esigenze:

- assistenza domestica;
- sostegno alla persona;
- sostegno infermieristico/riabilitativo.

Il *servizio domestico*, che ha come obiettivo quello di sgravare la famiglia dai compiti afferenti la pulizia degli ambienti e la preparazione dei pasti, si può realizzare con le modalità previste per l'assistenza domiciliare.

Il sostegno alla persona portatrice di handicap, invece, prevede una serie di azioni rivolte a garantire l'autonomia, la responsabilità e il potenziamento dei processi di indipendenza.

Ciò può essere previsto attraverso l'apporto di figure professionali specifiche, a seconda dell'età e del grado di inabilità del portatore di handicap.

Esso può esplicitarsi tanto all'interno dell'abitazione dell'assistito, sia al suo esterno (scuola, luogo di lavoro o dove avviene la formazione, strutture di accoglienza diurna, centro sportivo, ecc.), garantendo un numero di ore ottimali al bisogno della persona e della sua famiglia.

Pertanto, il sostegno deve essere:

- quotidiano, in orario diurno e pomeridiano e, ove si riscontri una particolare necessità, anche in orario serale;
- diversificato, nel senso dell'impiego anche di più operatori con specifiche professionalità;
- dinamico, con particolare riguardo alle diverse esigenze del portatore di handicap;
- stimolante, in merito alla crescita psico-fisica ed affettiva dell'assistito, nonché della ricerca di elementi di autonomia.

Sul versante del sostegno infermieristico/riabilitativo al portatore di handicap deve essere garantita la possibilità di poterne usufruire anche a domicilio, in particolare per le persone più anziane.

Entrambi gli interventi si possono realizzare attraverso la collaborazione tra il Comune o il Distretto Sociale con l'ASL.

Anche in questo caso si tratta di garantire le azioni in orari diversificati e, comunque, in sintonia ai bisogni del portatore di handicap e della sua famiglia.

Il *servizio domestico*, nelle forme precedentemente descritte, è di competenza del Comune o del Distretto Sociale in collaborazione all'ASL.

Gli interventi possono essere garantiti dall'ente attraverso:

- proprio personale;

- affidandoli ad associazioni del volontariato o cooperative sociali, iscritte negli appositi albi regionali;

Standard del personale

Il servizio domestico, per essere qualificato, necessita dell'apporto di figure specialistiche e non. Nello specifico:

- assistenza domestica:

le unità di base per garantire il servizio sono:

- 1 assistente domestico ogni due portatori di handicap da assistere, con attività quotidiana non inferiore a 6 ore;
- 1 assistente ogni tre assistiti, con attività quotidiana non inferiore a 6 ore;
- sostegno alla persona:
 - le unità di base per garantire il servizio sono:
 - 1 operatore d'appoggio ogni sei portatori di handicap, con attività quotidiana non inferiore a 6 ore;
 - 1 assistente a portatore di handicap ogni sei assistiti, con attività quotidiana non inferiore a 6 ore;
 - 1 educatore ogni tre portatori di handicap, con attività quotidiana non inferiore a 4 ore giornaliere;
 - 1 assistente sociale ogni quindici portatori di handicap, con attività quotidiana non inferiore a 4 ore;
 - 1 psicologo ogni venti portatori di handicap, con attività quotidiana non inferiore a 4 ore;
 - sostegno infermieristico/riabilitativo:
 - 1 infermiere professionale ogni quindici portatori di handicap, con attività quotidiana non inferiore a 6 ore;
 - 1 terapeuta della riabilitazione ogni sei portatori di handicap, con attività quotidiana non inferiore a 6 ore;

Il personale destinato all'assistenza domiciliare dovrà essere qualificato per garantire qualità, efficienza ed efficacia delle prestazioni.

Modalità d'accesso

Al servizio domestico si accede mediante domanda presentata dal richiedente o chi ne fa le veci, al Comune di residenza.

Intervento educativo domiciliare

L'*intervento educativo domiciliare* consente di sostenere il portatore di handicap, soprattutto minori in età scolare, nei processi socializzanti.

Tali processi si concretizzano in azioni che coinvolgono altri soggetti, si pensi ai coetanei e alla rete parentale, per la realizzazione di progetti personalizzati miranti a sviluppare, nella persona beneficiaria dell'intervento, capacità cognitive, manipolative, logiche, creative, affettive e così via.

Beneficiari

Beneficiari dell'intervento educativo domiciliare sono i portatori di handicap con difficoltà medio-lievi, soprattutto in età scolare che, per le loro condizioni fisiche e/o socio-ambientali, hanno difficoltà a correlarsi col mondo esterno.

Modalità organizzative

L'intervento educativo domiciliare si esplica soprattutto presso l'abitazione del beneficiario, in orario antimeridiano o pomeridiano, ovvero con orario flessibile e, comunque, per un numero di ore non inferiore a 4.

Tuttavia esso può concretizzarsi anche con interventi al di fuori dell'ambito domestico. L'operatore o gli operatori che svolgono l'intervento educativo devono predisporre, per il portatore di handicap, apposito progetto riportante :

- i contenuti del programma stesso;
- gli obiettivi da raggiungere;
- i tempi di realizzazione del programma;
- gli interventi e le attività da svolgere;
- il metodo d'approccio al/i problema/i;
- le persone, i servizi e le strutture da coinvolgere nel processo;
- gli ausili e supporti da utilizzare;
- i risultati attesi;
- la valutazione finale;
- eventuale rimodulazione.

Per la realizzazione del progetto ci si può avvalere di strutture e servizi presenti sul territorio.

La fornitura di strumenti e ausili necessari alla gestione dell'intervento e di specifiche attività, sono a carico del Comune o del Distretto Sociale, fatte salve la fornitura di

attrezzature specifiche che possono essere di pertinenza di altre istituzioni (ASL, scuola) o già in possesso del soggetto beneficiario.

Standard del personale

Il *servizio educativo domiciliare* può concretizzarsi attraverso l'apporto professionale di figure come: educatore, animatore, pedagogista, sociologo.

Il rapporto operatore/assistito è di 1 a 1.

Alle figure professionali indicate si possono affiancarne altre, in relazione alla specificità dei casi trattati.

Modalità d'accesso

Al *servizio educativo domiciliare* si accede mediante domanda presentata dal richiedente o chi ne fa le veci al Comune o al Distretto Sociale.

Centri di accoglienza

Comunità alloggio

Questo tipo di struttura rappresenta la risposta residenziale del portatore di handicap, quando si riscontrano per lui situazioni pregiudizievoli all'interno del nucleo familiare.

Nella *comunità alloggio* il rapporto tra il gruppo e gli operatori viene impostato e strutturato in modo tale che le interrelazioni, i comportamenti autonomi e differenziati, il recupero dello stato di tranquillità da parte del disabile, nonché l'attivazione di progetti condivisi, portino ad un elevato grado di soddisfazione.

Destinatari

Sono destinatari della struttura i portatori di handicap non gravi, ma che per ragioni ambientali e di risposta ad altri interventi domiciliari hanno difficoltà a potere gestire la loro vita.

Caratteristiche

La *comunità alloggio* può ospitare da un minimo di 7 ad un massimo di 20 unità, soprattutto in relazione alle dimensioni della struttura.

Quest'ultima deve essere ubicata nell'area urbana, oppure in zone in fase di espansione urbanistica, servita da mezzi pubblici e che consente facilità d'accesso ai presidi sanitari di base e a strutture sociali

Essa può essere collocata anche in un condominio, privo delle barriere architettoniche, preferibilmente tra il piano terra e primo, ovvero su un piano superiore ma fornito di ascensore che può accogliere contemporaneamente persona e carrozzella.

Articolazione degli ambienti

Tutti gli ambienti, compresi i corridoi ed eventuali piattaforme non devono prevedere alcun dislivello e devono rispettare le norme contenute nel DPR 384/78.

Gli standard minimi cui devono corrispondere gli ambienti sono:

- camera da letto pari a 10 mq per 1 posto letto, che diventano 18 mq in caso di due letti, arredate con letti non a castello, comodini e armadi, uno per ospite;
- 1 bagno ogni 4 ospiti dotato di servizi igienici con dimensioni appropriate, per consentire tutti i movimenti possibili anche ad ospiti in carrozzina. Il bagno, inoltre, deve essere fornito di doccia senza alcun dislivello tra la pedana e il pavimento. Lungo i muri devono essere installati gli opportuni corrimano e la stanza fornita di campanello d'allarme.
- sala da pranzo, preferibilmente comunicante col soggiorno; deve prevedere una superficie ad utente non inferiore a 3.00 mq;
- soggiorno deve avere una superficie minima non inferiore a mq 18 mq;
- cucina di mq 12 fornita di tutte le suppellettili necessari. Il lavello deve essere a mensola con lo spazio sottostante libero per consentire all'utente con carrozzina di accostarsi il più possibile;
- ripostiglio di mq 6;
- locale per guardaroba-lavanderia e stireria non inferiore a 6 mq.

Tutti gli arredi di cui deve essere dotata la struttura, devono possedere le caratteristiche per consentire la massima sicurezza agli ospiti disabili.

Modalità di ammissione

Il disabile viene ammesso nella *comunità alloggio* previa domanda, presentata al Comune di residenza. Nel caso in cui trattasi di minore, la domanda viene presentata dall'esercente la patria potestà.

Standard del personale

La dotazione del personale deve essere corrispondente al tipo di utenza. In linea di massima lo *standard* minimo deve prevedere:

- la figura del responsabile della struttura che può coincidere anche con un operatore, in possesso di qualifica superiore. Egli avrà il compito di organizzare la struttura; verificare la qualità della gestione delle attività; tenere il registro delle presenze; tenere le cartelle personali degli utenti;
- 1 operatore di base ogni 3 utenti che assicuri prestazioni giornaliere con orario non inferiore alle 6 ore;
- 1 educatore/animatore/assistente sociale ogni 4 ospiti che assicuri prestazioni giornaliere con orario non inferiore alle 6 ore;
- 1 infermiere ogni 8/12 ospiti che assicuri prestazioni giornaliere con orario non inferiore alle 6 ore. L'intervento dell'infermiere deve potere essere assicurato anche in orario notturno, attraverso la reperibilità.
- 1 terapeuta della riabilitazione ogni 8/12 utenti, che assicuri prestazioni giornaliere con orario non inferiore alle 6 ore.

Residenze protette per disabili gravi senza adeguato sostegno familiare (dopo di noi).

La Regione, ai sensi della legge n. 388/2000, ha emanato apposito bando per la realizzazione di almeno due strutture, una per ogni provincia, destinate ad offrire risposte residenziali a disabili gravi privi di sostegno familiare o di adeguato supporto familiare.

La struttura deve essere a valenza socio-educativo-riabilitativa e finalizzata a garantire una vita quotidiana significativa, sicura e soddisfacente a persone maggiorenni di ambo i sessi, in situazione di grave compromissione funzionale e con limitata autonomia, che on richiedono interventi sanitari continuativi.

La struttura offre prestazioni di tipo alberghiero e tutelare, interventi di sostegno e di sviluppo di abilità individuali, nella prospettiva della massima autonomia ed attività di integrazione sociale e comunitaria.

Capacità ricettiva

Ogni struttura è dimensionata per accogliere non meno di otto e fino a dodici persone, due posti vanno riservati per accogliere situazioni di sollievo ed emergenza.

Requisiti strutturali

La struttura di accoglienza deve essere inserita in normali edifici o anche all'interno di unità immobiliari collocate nell'ambito di zone destinate ad uso residenziale ed urbanizzato e deve possedere i requisiti strutturali di cui al D.M. n. 308/2001.

Nel caso si trovi in zone immediatamente periferiche deve essere collegata con il centro urbano con mezzi pubblici di trasporto che garantiscano regolarità.

Requisiti organizzativi

La struttura, funzionante 24 ore su 24, per tutto l'anno, deve integrarsi con la rete dei servizi territoriali e garantire una soluzione residenziale sostitutiva della famiglia quando quest'ultima viene meno o non può più rispondere ai bisogni del proprio congiunto.

La struttura di tipo familiare, deve rispondere al meglio alle esigenze di vita ed ai bisogni del disabile e consentirgli di condividere con altri le esperienze quotidiane.

Deve essere collocata, quanto più possibile, nel territorio di appartenenza dei soggetti ospiti proprio per consentire loro di mantenere rapporti con parenti e conoscenti.

Standard del personale

La struttura deve prevedere nel suo organico:

- un coordinatore, referente per i progetti educativi e per l'organizzazione delle attività, con laurea in Discipline Sociali o Umanistiche, o Diploma di educatore professionale ed almeno tre anni di esperienza specifica nel settore o laurea, non specifica e cinque anni di esperienza documentata nel settore;
- personale educativo in rapporto alla tipologia dell'utenza e all'organizzazione delle attività socio-educative, in possesso del titolo di educatore professionale conseguito dopo un corso di studi di durata almeno triennale, ovvero diploma di scuola media superiore ed almeno tre anni di esperienza nel settore;
- operatori addetti all'assistenza per assicurare le funzioni di base in possesso del diploma della scuola dell'obbligo e titolo specifico conseguito attraverso corsi di formazione riconosciuti.

Centro Socio Educativo

Il *centro socio educativo* è una struttura non residenziale, che ha la funzione di accogliere disabili che hanno scarsa autonomia.

Due sono gli obiettivi primari:

- contribuire alla crescita evolutiva del disabile, pur sapendo di potere fare leva soltanto su residue capacità dell'assistito;
- fornire il necessario appoggio alla famiglia, contribuendo ai processi educativi e socializzanti.

Questi obiettivi possono essere raggiunti attraverso specifiche attività programmate e gestite all'interno del centro, tra le quali:

- attività educative miranti a facilitare la comunicazione del disabile, in funzione di una migliore organizzazione del suo spazio temporale, attraverso le fasi della pulizia personale, del consumo dei pasti, del vestirsi ecc;
- attività psico-motoria attraverso cui il portatore di handicap partecipa alla presa di coscienza del suo corpo, gestendo, secondo le sue possibilità, manipolando e partecipando ad iniziative pittoriche, di drammatizzazione, d'ippoterapia, di musicoterapia ed altro;
- attività di socializzazione con interventi sia all'interno che all'esterno del centro (visite guidate, passeggiate, incontri con altri ragazzi di pari età, ecc);
- terapia occupazionale attraverso la manipolazione di materiale, il loro assemblaggio, o l'acquisizione dei metodi per facilitare alcuni gesti quotidiani come tenere correttamente tra le dita la penna, la forchetta, fare un nodo ecc;
- attività sanitarie quali quelle riabilitative e terapeutiche, ma anche infermieristiche.
- La realizzazione delle attività qui sommariamente descritte richiedono la partecipazione attiva dei membri del nucleo familiare, come approccio partecipativo e conoscitivo ai bisogni del disabile.

Destinatari

Il *centro socio educativo* si rivolge, soprattutto, a quella fascia di portatori di handicap che hanno scarsa autonomia nelle funzioni elementari.

Per tale ragione l'utenza non è catalogabile per fascia d'età.

Caratteristiche

Il *Centro socio educativo* deve essere ubicato nell'area urbana, facilmente raggiungibile con mezzi propri, pubblici o gestiti sotto altra forma.

Deve potere accogliere da 10 a 20 unità e garantire un'apertura giornaliera, anche con orario flessibile, non inferiore alle 8 ore.

Del numero complessivo di ore mensile, è opportuno riservarne almeno 4 per gli incontri dell'operatore con i familiari dell'assistito.

Articolazione degli ambienti

Tutti gli ambienti, compresi i corridoi ed eventuali piattaforme non devono prevedere alcun dislivello e devono rispettare le norme contenute nel DPR 384/78. Anche le scale devono essere a norma di legge.

Gli standard minimi devono prevedere, oltre alla sala da pranzo (se è prevista la mensa):

- un locale per attività collettive;
- locali per attività di socializzazione;
- laboratorio per attività manipolative e cognitive;
- stanza per lo svolgimento di attività individualizzate.
- Pertanto, la superficie minima ad utente, esclusi i bagni, non può essere inferiore a 12 mq.

Il CSE deve essere dotato, inoltre, di:

- 1 bagno ogni 5 utenti con i servizi di dimensioni appropriate, per consentire tutti i movimenti possibili anche ad ospiti in carrozzina. Il bagno, inoltre, deve essere fornito di doccia senza alcun dislivello tra la pedana e il pavimento. Lunghi i muri devono essere installati gli opportuni corrimano e la stanza fornita di campanello d'allarme. La superficie non deve essere inferiore a 12 mq;
- 1 bagno, con relativo antibagno per il personale, per una superficie complessiva di 14 mq;
- 1 spogliatoio con superficie non inferiore a 8 mq.

Tutti i locali devono essere dotati di mobilio e attrezzature ed ausili idonei a garantire attività socio-riabilitative assistenziali e, dunque:

- attività indirizzate al sviluppare l'autonomia personale del disabile;
- attività terapeutiche-riabilitative per consentire un migliore rapporto del disabile con il proprio corpo e capacità di gestione dei movimenti;

- attività di socializzazione;
- attività di terapia occupazionale.

Modalità di ammissione

Il disabile viene ammesso alla frequenza del centro a seguito di propria domanda, presentata al Comune di residenza o al Distretto Sociale. Nel caso in cui trattasi di minore, la domanda viene presentata dall'esercente la patria potestà.

Standard del personale

Il personale, che deve operare stabilmente nel *centro socio educativo*, deve essere coordinato da un responsabile con qualifica superiore (sociologo, psicologo, pedagogista).

Lo *standard* minimo del personale è rappresentato dal rapporto di 1 operatore ogni 3 disabili.

Esso deve prevedere le seguenti figure:

- assistente alla persona;
- addetto al sostegno
- animatore;
- assistente sociale;
- terapeuta della riabilitazione, o terapeuta occupazionale;
- infermiere professionale.

Il centro si può avvalere anche della presenza di altre figure, come i maestri d'arte, ippoterapisti, musicologo e così via.

Promozione dell'agio

Trasporto

Il *servizio trasporto*, in favore dei portatori di handicap, rappresenta uno degli interventi rivolti a favorire la loro inclusione sociale.

Infatti, per il disabile che non può usufruire del trasporto, la sua capacità di potersi relazionare col mondo esterno, fuori dalle quattro mura di casa, diventa molto difficile e aumenta i processi di emarginazione.

In alcuni casi il servizio trasporto diventa essenziale, rispetto ad altre forme di intervento. Basta pensare agli alunni con handicap che frequentano le scuole e alle persone che, pur potendo svolgere un'attività lavorativa, soprattutto nei grandi centri urbani, hanno difficoltà a spostarsi se non hanno un proprio mezzo.

Destinatari

I destinatari del *servizio trasporto* sono i disabili che hanno difficoltà a deambulare e che non hanno mezzi di trasporto propri adeguati.

Modalità di gestione

Il *servizio trasporto* per i disabili può essere assicurato direttamente dal Comune.

Lo stesso può essere affidato anche a formazione sociale o cooperativa sociale senza fini di lucro.

Il servizio deve essere espletato con mezzi di trasporto idonei, vale a dire attraverso mezzi quali: minibus, taxi, scuolabus idoneamente attrezzati al trasporto delle persone disabili.

Il mezzo di trasporto, infatti, deve essere dotato di pedana sollevatrice (in caso di utenti con carrozzella), ma anche delle barre di fissaggio, di queste ultime, all'interno dell'abitacolo.

Il *servizio trasporto*, soprattutto per i disabili medio-gravi, deve essere domiciliare e garantito giornalmente e, comunque, secondo le necessità dell'utenza.

I Comuni singoli l'ambito territoriale, sulla scorta di conoscenze specifiche circa i bisogni di trasporto delle persone disabili, organizzeranno il servizio.

Modalità d'accesso

Il disabile può accedere al servizio trasporto dietro propria richiesta, presentata al Comune di residenza o al Distretto Sociale. Nel caso in cui trattasi di minore, la richiesta viene presentata dall'esercente la patria potestà.

Il servizio trasporto deve correlarsi al servizio di segretariato sociale e/o allo sportello per l'informa handicap, al fine di consentire l'accesso all'offerta da parte dell'utente.

Sarà proprio compito di questi due servizi offrire la opportuna assistenza al disabile e/o ai suoi familiari.

Il servizio trasporto è gratuito.

Standard del personale

Se il *servizio trasporto* viene garantito attraverso minibus o scuolabus, sugli stessi occorre la presenza di due operatori:

- l'assistente alla persona, che fornisce al disabile, durante tutto il tragitto, l'assistenza necessaria;
- l'operatore d'appoggio che provvede, in collaborazione con l'assistente alla persona, alla salita e alla discesa del disabile, in particolare modo se lo stesso è su una carrozzina.

Entrambi, comunque, provvedono ad accompagnare l'assistito dalla sua abitazione all'automezzo e viceversa.

Vacanza e turismo assistiti

Con la promozione degli interventi rivolti a garantire periodi di vacanza e turismo assistito al disabile, si concretizzano una serie di azioni tra cui quelle di:

- promozione alla socialità;
- sviluppo dei rapporti interpersonali;
- integrazione socio-psicologica;
- promozione del protagonismo e della partecipazione.

Queste azioni, ovviamente, passano attraverso la partecipazione di persone normodotate, le quali condividono con il portatore di handicap tutte le fasi dell'esperienza.

Beneficiari

Possono essere soggetti beneficiari della vacanza e turismo assistiti i disabili, fisici e sensoriali che, comunque, hanno un grado di autonomia medio-alto.

Modalità organizzative

Tale intervento può essere organizzato direttamente dal Comune o dall'ambito territoriale, ma anche da formazioni sociali che hanno esperienza nel campo dell'assistenza ai disabili.

Elemento irrinunciabile è rappresentato dalla partecipazione all'azione di persone normotate al fine di creare quel giusto collegamento ed integrazione.

L'organizzazione, sia essa predisposta dell'ente o dal privato sociale, deve tenere conto:

- dell'età dei disabili coinvolti;
- delle loro capacità psico-fisiche;
- dell'accessibilità dei luoghi, tanto quelli all'aperto quanto quelli al chiuso (da visitare) le strutture che permettono l'accoglienza (alberghi ed altro);
- del coinvolgimento del disabile nella scelta dell'itinerario e del luogo;
- dell'idoneità dei mezzi di trasporto, sia pubblici che privati;

Tanto l'istituzione pubblica quanto la formazione sociale che intendono attivare la vacanza e turismo assistiti, devono provvedere a dare massima diffusione dell'iniziativa e del programma, consentendo in tal modo la più ampia partecipazione alle persone in situazione di handicap.

Nel caso in cui l'intervento è rivolto ai disabili che frequentano le scuole, la programmazione dell'iniziativa deve vedere come parte attiva la scuola attraverso gli insegnanti e/o l'équipe socio-psico-pedagogica.

Modalità d'accesso

Il disabile può accedere alla fruizione della *Vacanza e turismo assistiti* dietro propria richiesta, presentata al Comune di residenza o al Distretto Sociale. Nel caso in cui trattasi di minore, la richiesta viene presentata dall'esercente la patria potestà.

Standard del personale

Per facilitare l'autonomia e la partecipazione del disabile occorre prevedere delle figure di sostegno che affiancheranno i genitori o parenti accompagnatori, oppure gli insegnanti/professori.

Gli accompagnatori avranno il compito di gestire tutto le fasi e le azioni quotidiane del disabile.

Lo *standard* minimo del personale deve essere costituito da 1 operatore ogni 2 disabili. Le figure richieste sono:

- operatore d'appoggio, oppure, assistente alla persona;
- assistente sociale, che rappresenta la figura referente per il disabile e la sua famiglia.

Educazione/formazione

Sostegno scolastico socio-psico-pedagogico

La legge 104/92 e successive modifiche ed integrazioni, sollecita gli Enti Locali, la scuola e l'ASL ad attivare tutte le risorse necessarie, per l'inserimento scolastico dell'alunno portatore di handicap.

Il processo di inserimento nell'ambito scolastico per i disabili fisici e sensoriali rimane una delle azioni più importanti ed irrinunciabili nel panorama degli interventi per l'inclusione sociale e la formazione.

Non sfugge il fatto che un minore portatore di handicap, che ha la possibilità di essere inserito in un contesto scolastico, con la presenza di altri ragazzi normodotati, reagisce positivamente a stimoli di natura affettiva, relazionali, di apprendimento, manipolative, di analisi ecc.

Tuttavia questo processo ha bisogno di essere accompagnato attraverso un servizio di assistenza e di sostegno che può concretizzarsi sia all'interno della scuola che al suo esterno (in famiglia). Per quest'ultima ragione, infatti, il sostegno scolastico socio-psico-pedagogico diventa un intervento anche in favore della famiglia.

Attraverso di esso si vuole fare superare all'alunno tutti quegli ostacoli di ordine curricolari, socio-psicologici e pedagogici che potrebbero determinare una sua emarginazione a livello scolastico e di risposta negativa agli stimoli affettivi in ambito familiari.

Beneficiari

Alunni con disabilità motoria e sensoriale che hanno bisogno di sostegno, ai fini dell'integrazione scolastica.

Modalità organizzative

L'azione di *sostegno scolastico socio-psico-pedagogico* viene garantita, giornalmente, all'alunno disabile e, comunque, per il tempo curriculare, ovvero anche in orario extra scolastico presso la propria abitazione. Quest'ultima condizione viene stabilita caso per caso.

Titolare dell'intervento è il Comune in collaborazione con gli altri servizi territoriali, tra cui quelli dell'ASL e la scuola.

La collaborazione tra i diversi livelli permette di contare sull'apporto professionale di più figure, i cui metodi operativi (si pensi al pedagogo) costituiscono il percorso di aiuto al disabile e ai suoi referenti (insegnanti, professori, rete parentale).

- L'intervento, pertanto, deve essere:
- programmato secondo dati ed elementi obiettivi (tipo di disabilità, potenzialità psico-fisiche dell'alunno ecc);
- personalizzato;
- costante per tutto il periodo scolastico;
- multidisciplinare;
- contestuale ad altre azioni rivolte all'integrazione sociale del disabile.
- L'intervento deve essere assicurato nelle scuole di ogni ordine e grado.

Modalità d'accesso

L'accesso al servizio *sostegno scolastico socio-psico-pedagogico* avviene su richiesta, al Comune di residenza, da parte dei genitori dell'alunno disabile, ovvero su indicazione di altri servizi territoriali (consultorio, ecc), o per intervento diretto della scuola frequentata dall'alunno.

Una volta segnalato, l'alunno viene preso in carico dagli operatori che, unitamente, agli insegnanti stabiliscono il percorso di intervento più opportuno.

Standard del personale

L'*équipe* che deve assicurare il *sostegno scolastico socio-psico-pedagogico* deve essere costituita dalla seguenti figure professionali:

- 1 psicologo, sociologo o laureato in Servizi Sociali o Scienze dell'Educazione;
- 1 sociologo
- 1 assistente sociale e/o educatore.

Borsa lavoro

La borsa lavoro è un'azione rivolta a garantire, anche se temporaneamente, l'inserimento lavorativo del disabile.

Ovviamente, si tratta di un intervento attivato per consentire il processo di inclusione sociale e, appunto, lavorativo di chi viene reputato non in grado di svolgere determinate attività.

Essa ha altri due obiettivi:

- garantire risorse economiche al disabile, attraverso la produzione di attività in cui egli diventa attore;
- alleviare la famiglia dal peso di gestione della quotidianità del disabile.

Beneficiari

Possono essere beneficiari i portatori di handicap in grado di svolgere attività lavorativa, confacente alle potenzialità e capacità proprie.

Modalità organizzative

L'azione è di competenza del Comune che la esercita direttamente, assegnando il disabile presso uffici e strutture di propria pertinenza, o attraverso aziende private.

Con comunicazione del Comune, che deve essere sottoscritta per accettazione dal disabile, vengono indicati:

- la sede di assegnazione;
- la data di inizio e fine servizio;
- il nominativo del tutor;
- le condizioni economiche previdenziali assicurative;
- gli obblighi di servizio.

La durata della borsa lavoro è di massimo 60 giorni, rinnovabile per un massimo di quattro volte in un anno.

Modalità d'accesso

L'accesso alla *borsa lavoro* avviene dietro richiesta, al Comune, da parte dell'interessato e se minore, ma in età lavorativa, da chi esercita la patria potestà.

Alla stessa deve essere allegata certificazione, rilasciata dai competenti uffici del SS.N., dalla quale risulti l'idoneità fisica a svolgere attività lavorativa, con riferimento allo specifico settore d'impiego.

8.6 Politiche di prevenzione e reinserimento sociale dei soggetti dipendenti da sostanze

Azioni

Il fenomeno dell'uso e del consumo degli stupefacenti rappresenta, nel nostro Paese, una grande emergenza sociale, in quanto esso coinvolge un numero sempre più consistente di adolescenti e giovani, nonché le famiglie, la scuola, il mondo del lavoro, le istituzioni in generale, il volontariato e la chiesa.

Se l'equazione "consumo di droga uguale disagio e viceversa", risponde a quello che è lo *standard* del fenomeno tra i più giovani, appare chiaro come il problema va affrontato da più angolazioni con un lavoro sinergico e di corresponsabilità.

Gli obiettivi da raggiungere sono molteplici:

- attuare interventi che non si limitino soltanto ad azioni di prevenzione;
- accrescere le offerte pedagogiche;
- garantire interventi formativi, educativi, lavorativi, sportivi e culturali;
- favorire l'associazionismo;
- promuovere i rapporti interpersonali tra i giovani, all'interno di un sistema di competizione leale tra le diverse capacità;
- accrescere il senso della responsabilità e con questo sviluppare l'autonomia personale.

Nel triennio di valenza del presente Piano sociale, non occorrerà fare solo prevenzione, come momento massimo d'impegno da parte delle istituzioni, delle famiglie e delle formazioni sociali, poiché la prevenzione, se non supportata da altre azioni di accompagnamento e di sostegno, rischia di rimanere fine a se stessa. Si dovrà puntare, soprattutto, sui processi di inclusione sociale e di assistenza.

Le comunità locali, il Comune, le ASL dovranno attuare il massimo sforzo per programmare e progettare azioni e misure di ampio respiro, collegate e collegabili ad altri interventi (promozione dell'agio, formazione e inserimento nel mercato del lavoro per i giovani, sostegno alla responsabilità genitoriale e così di seguito).

Gli interventi di prevenzione primaria possono comprendere:

- progetti adolescenti e giovani;
- progetti integrati con enti, istituzioni ed associazioni private che intervengono nell'area del disagio giovanile e delle dipendenze patologiche;
- progetti integrati con istituzioni culturali, ricreative e sportive pubbliche e private che migliorino le potenzialità educative e le informazioni in tema d'uso e abuso delle sostanze;
- progetti integrati con le agenzie di formazione e progetti occupazionali mirati;
- informazione nelle scuole e formazione degli insegnanti;

- attività di formazione, informazione, consulenza e sostegno alle famiglie.

Dipendenze

	Obiettivi	Azioni
Interventi:	Prevenzione	Assistenza socio-educativa Centro di riferimento per la prevenzione
	Reinserimento sociale e lavorativo	Assistenza psicologica Borsa lavoro Aiuto per l'accesso alle risorse istituzionali e comunitarie
	Assistenza economica	Minimo vitale Pronto intervento Pacchetti risorsa Risorsa famiglia

Prevenzione

Assistenza socio-educativa

L'*assistenza socio-educativa* rappresenta un'azione di supporto per quei ragazzi che, per storia personale, familiare o sociale, hanno compromesso il proprio livello di autostima ed hanno un basso il livello di socialità, per cui la loro reazione agli stimoli familiari o esterni è improntata ad atteggiamenti di rifiuto delle regole e delle proprie responsabilità. L'uso e il consumo degli stupefacenti diventa un effimero rifugio allo stato di malessere.

Con il supporto dell'*assistenza socio-educativa* si offrono quegli appigli necessari a ricostruire la storia del giovane, attraverso i vari passaggi costituiti dal tempo famiglia, dal tempo amicale e dal tempo comunità.

Portare, altresì, ad elevare la propria autostima favorendo incontri strutturati con lo psicologo e, contestualmente, acquisire il senso della responsabilità verso se stesso e verso l'ambiente di vita.

Destinatari

Possono usufruire dell'*assistenza socio-educativa*, soprattutto, i giovani compresi nella fascia d'età 14/29 anni che fanno uso di sostanze stupefacenti.

Modalità organizzative

L'intervento socio educativo, di pertinenza del Comune, non deve essere considerato come un servizio a sé. Esso può essere istituito ed organizzato all'interno dell'ufficio dei Servizi Sociali, ricorrendo alle figure professionali già in esso operanti.

Per tale considerazione l'intervento è assicurabile tutti i giorni nell'orario di lavoro previsto per il suddetto ufficio.

L'intervento socio-educativo, se richiesto, può essere garantito, secondo modalità e tempi che stabiliranno gli operatori impegnati, anche presso il domicilio del richiedente, o di un suo familiare.

L'intervento deve potere assicurare il supporto psicologico ed educativo necessario, estensibile anche alla rete parentale più vicina alla persona assistita, qualora sussistano elementi e fattori di opportunità.

L'intervento socio-educativo deve potersi correlare ad altri interventi in favore della persona che ne beneficia.

Modalità di ammissione

L'ammissione all'intervento avviene su richiesta del beneficiario, in presenza di un soggetto minorenni, su richiesta di chi esercita la patria potestà.

Può, inoltre, farne richiesta anche la scuola, fermo restando l'acquisito parere da parte di chi esercita la patria potestà nei confronti di quell'alunno.

Standard del personale

Lo standard minimo del personale è composta da:

- 1 psicologo o [sociologo](#);
- 1 educatore;
- 1 assistente sociale.

Centro di riferimento per la prevenzione

Il suddetto Centro può essere definito un intervento di primo livello, nel senso che esso rappresenta il luogo deputato a svolgere azione di informazione e orientamento per i giovani e le famiglie che si trovano a dovere affrontare problematiche connesse al consumo e uso degli stupefacenti.

Le sue finalità sono quelle di fornire sostegno socio-psicologico a coloro i quali, direttamente o indirettamente, hanno comunque a che fare col mondo perverso delle dipendenze.

Per tale ragione il Centro di riferimento per la prevenzione, è collocato tra i servizi che il Comune eroga alla stessa stregua di altri servizi ritenuti indispensabili nel contesto della comunità locale.

Nell'ambito del Centro di riferimento possono essere istituite le Unità di strada come strumenti "itineranti" sul territorio con funzioni di informazione e sostegno principalmente, ma non solo, per i casi di marginalità sociale legati alla tossicodipendenza.

Destinatari

Tutte le persone, giovani ed adulti che vivono, anche se per situazioni diverse, problemi collegati al consumo di stupefacenti.

Modello organizzativo

La titolarità dell'attivazione del *Centro di riferimento per la prevenzione* è il Comune attraverso la gestione diretta o per il tramite di organismi del privato sociale.

Tanto nell'uno che nell'altro caso il centro deve essere allocato in una struttura che garantisca la massima riservatezza, alla persona che vi si rivolge.

Esso deve essere funzionante tutti i giorni, escluse le festività, per un numero di ore non inferiore alle 6, anche con orario flessibile (compreso orario serale).

Tra i suoi compiti vi sono quelli di:

- fornire ascolto alla persona che vi si rivolge;
- instaurare un rapporto di fiducia con l'utente;
- sostenerlo a livello socio-psicologico;
- attivare nei suoi confronti le azioni necessarie a soddisfare tutte le sue esigenze;
- indirizzarlo e sostenerlo verso scelte rivolte a garantirgli, direttamente o indirettamente, la massima assistenza;
- presentargli le offerte socio-assistenziali e socio-sanitarie possibili, presenti nella comunità;
- ricercare l'integrazione con le strutture che hanno competenze per quanto concerne le attività di cura e reinserimento sociale e lavorativo.

Tali compiti devono essere svolti da personale qualificato che provvederà, per ogni contatto, predisporre una prima scheda di rilevazione che conterrà i dati personali della persona che ha stabilito il contatto, fermo restando l'osservanza della norma stabilita con la L. 675/96, nonché la/le motivazione/ni che hanno determinato il contatto stesso.

La scheda dovrà essere custodita in un apposito archivio (cartaceo) oppure su supporto magnetico. La scheda consentirà di monitorare:

- il numero dei contatti in un determinato periodo;
- la persona che ha effettuato il contatto (età, sesso, condizione sociale, ecc);
- motivazione del contatto;
- qualità dell'intervento;
- eventuale servizio o struttura verso cui è stato indirizzata.

Può essere istituito un *Centro di riferimento per la prevenzione* nei Comuni con popolazione residente non inferiore a 15.000 abitanti o per ogni ambito territoriale.

Standard del personale

Nel Centro devono potere operare almeno due operatori, vale a dire:

- 1 Assistente sociale;
- 1 Psicologo o sociologo;

entrambi gli operatori devono avere comprovate esperienze in materia di intervento e sostegno a persona con problemi socio-psicologici derivanti dall'uso e consumo di stupefacenti.

Reinserimento sociale e lavorativo

Assistenza psicologica

L'*Assistenza psicologica*, s'ispira, soprattutto, ad azioni di sostegno in favore sia del tossicodipendente o alcolidipendente, sia per le persone che gli vivono accanto.

Molto spesso sono proprie le barriere psicologiche che finiscono per accentuare il dramma della persona che fa uso di stupefacenti ed alcol, così come per i familiari che si sentono fiaccati nelle loro capacità di gestire situazioni di emergenza e di convivenza.

L'*assistenza psicologica*, in questi casi, rappresenta lo strumento su cui fare leva per sostenere atteggiamenti e situazioni di crisi e di conflittualità, sia in ambito domiciliare che in quello comunitario.

Pertanto, attraverso essa si deve:

- sostenere il processo di uscita dalla dipendenza;
- accrescere il livello della propria autostima;
- sostenere un possibile progetto di vita;
- sostenere il ruolo dell'auto-aiuto della sfera parentale;
- accrescere la capacità 'del potere fare in ognuno dei membri del nucleo.

Destinatari

I destinatari dell'*assistenza psicologica*, è stato detto, sono gli stessi soggetti affetti da dipendenza da stupefacenti ed alcol, ma anche gli stessi familiari, almeno per coloro i quali occorre un intervento di sostegno.

Modalità organizzative

L'*assistenza psicologica* può essere garantita presso il Centro di riferimento per la prevenzione.

Il Comune è titolare dell'intervento, che può essere affidato anche ad organismi del privato sociale in possesso di adeguata esperienza nel settore.

Il modello organizzativo può essere uguale a quello previsto per il richiamato Centro di Riferimento. Così come lo standard del personale.

Borsa lavoro

Per quanto attiene le modalità di detta azione si rimanda a quanto già stabilito per lo stesso intervento nell' Area Handicap.

Assistenza economica

Per quanto attiene agli interventi riguardanti il minimo vitale, il sostegno economico, il pronto intervento, e le modalità di dette azioni, si rimanda a quanto già stabilito nell' Area Famiglia.

Per quanto attiene ai pacchetti risorsa e alla risorsa famiglia, si rinvia a quanto determinato per l'area Anziani.

8.7 Politiche in favore degli Anziani

Obiettivi

Le reti familiari stanno subendo una profonda modificazione, soprattutto per il peso che la popolazione anziana sta assumendo, sia nei macro contesti che in quelli di piccole dimensioni.

Non va dimenticato che gli anziani rappresentano, insieme ai minori, l'altro grande anello debole del *Welfare* italiano.

Anziani che vivono al di sotto della soglia di povertà, in una condizione socio-economica precaria e deprivata, sempre più spesso quale prodotto di una serie di deprivazioni affettive, parentali, amicali, culturali e così via, che pongono la terza e quarta età in una posizione di dipendenza e subalternità rispetto alla "società degli efficienti".

La legge regionale 2 maggio 1990, n. 21, promuove l'istituzione, lo sviluppo e la qualificazione di servizi al fine di assicurare alle persone anziane, mediante la prevenzione e la rimozione di situazioni di bisogno e di emarginazione anche inesprese, dignitose condizioni di vita, nonché la permanenza nell'ambito familiare e sociale.

Per tale motivo all'art. 15 comma 1 della Legge-quadro si prevede che nell'ambito del Fondo nazionale per le politiche sociali è riservata una quota di finanziamento in favore dei servizi alle persone anziane non autosufficienti, per favorirne l'autonomia e sostenere il nucleo familiare nell'assistenza domiciliare.

Ciò nella considerazione di una visione positiva dell'anziano nel contesto familiare e della comunità, da qui la necessità di:

- tutelarlo in qualsiasi contesto esso si trovi;
- prevenire, così come rimuovere nei suoi confronti, qualsiasi elemento o situazione di bisogno;
- preservarlo dalle forme di emarginazione e di disagio, tanto a livello individuale che familiare;
- sostenerlo, così come il suo nucleo di appartenenza o che lo accoglie, in caso di reddito insufficiente;

- garantirgli la permanenza nel suo ambiente, evitando ogni forma di istituzionalizzazione;
- attuare nei suoi confronti interventi per il tempo libero e l'aggregazionismo e per mantenere vive le sue capacità relazionali;
- aiutarlo a sviluppare i processi di auto-mutuo aiuto.

Il raggiungimento di questi obiettivi di base richiede un sforzo corale da parte delle Istituzioni (Comune, ASL), delle stesse famiglie e delle formazioni sociali impegnate a garantire agli anziani migliori ed efficienti *standard* di vita.

La comunità solidale nei loro confronti deve, pertanto, potere svolgere il ruolo di garante del benessere; consentire all'anziano di potere fruire di una serie di servizi, rivolti ad accrescere la loro inclusione sociale.

Il principale obiettivo del Piano Sociale Regionale è caratterizzare la rete di offerta secondo le diverse tipologie di servizi per meglio collegare i bisogni alle risposte.

L'invecchiamento della popolazione porta ad un aumento della solitudine della condizione anziana, mentre le modifiche della struttura e dell'organizzazione familiare rendono critica la permanenza al domicilio. Infatti, la diminuita estensione della struttura delle convivenze (*gli anziani costituiscono la stragrande maggioranza delle famiglie unipersonali*) e la diminuita permanenza nello stesso nucleo dei familiari componenti tendono a far scomparire il sostegno della famiglia.

La senilizzazione della popolazione rende molto accentuata, all'interno della struttura economica, la polarizzazione tra popolazione attiva e usciti dal sistema produttivo.

Permane e purtroppo aumenta la correlazione tra vecchiaia e malattia, tra vecchiaia e dipendenza, che rende gli anziani maggiori "utilizzatori" dei servizi socio sanitari.

Si mantiene elevata la correlazione tra invalidità e vecchiaia.

Rimane e non riesce ad essere sufficientemente compensata dal nostro sistema previdenziale, la correlazione tra vecchiaia e povertà che purtroppo aggiunge alla non autosufficienza funzionale la non autosufficienza economica.

La scelta preferenziale è la cura della persona anziana e della persona con disabilità che riducono l'autonomia personale, all'interno dell'ambiente fisico, sociale ed emozionale in cui è vissuta, nel rispetto della sua individualità e della sua storia personale. Tale scelta risponde sia a valenze culturali, che nel nostro Paese riconoscono alla famiglia una funzione di cura, di punto di riferimento e di protezione nel tempo, che affettive, attraverso il rapporto con i propri spazi vitali e le proprie memorie.

Obiettivi Generali:

- evitare il ricorso alle istituzionalizzazioni mantenendo l'anziano nel suo abituale ambiente di vita;
- prevenire processi di autoemarginazione;
- realizzare una migliore integrazione sociale incentivando un ruolo più adeguato ad attivo all'anziano.

Modalità e Strumenti:

- interdisciplinarietà degli interventi necessari per una presa in carico globale delle problematiche degli utenti tramite una mirata erogazione di aiuti che possano garantire un tenore di vita dignitoso.
- programmazione di attività che mirino ad incentivare la partecipazione dell'anziano alla vita sociale, culturale e ricreativa mantenendo quindi, un ruolo attivo.
- valorizzare il territorio locale attraverso le attività dei Centri Sociali, per consentire agli anziani di vivere la propria stagione di vita con serenità mediante una rete di amicizia, contatti e rapporti dentro il territorio in cui hanno vissuto.

In linea ai principi e nello spirito della citata legge-quadro, nonché a quanto prevede il Piano Nazionale degli interventi e dei servizi, i piani di zona dovranno tenere conto delle seguenti indicazioni:

Area Anziani

	Obiettivi	Azioni
Interventi:	Assistenza economica	Minimo vitale Sostegno economico Pronto intervento Pacchetti risorsa
	Assistenza domiciliare	Servizio domestico e infermieristico Servizio mensa Telesoccorso/teleassistenza
	Accoglienza extrafamiliare	Comunità Alloggio Casa di riposo Residenza protetta
	Promozione dell'agio	Centro sociale Servizio termale Turismo sociale
	Servizio mutualità	Segretariato sociale

Assistenza economica

Per le modalità di intervento per le azioni del minimo vitale, del sostegno economico, del pronto intervento e dei pacchetti risorsa, si rimanda a quanto già previsto per l'area famiglia.

Assistenza Domiciliare

Servizio domestico e infermieristico

L'Assistenza Domiciliare è l'insieme delle prestazioni e degli interventi che rispondono a bisogni di tipo sociale sulla base di un piano di assistenza multiprofessionale.

Tal servizio domiciliare, ai sensi della Deliberazione di Consiglio Regionale del Molise 14 settembre 1999, n. 329, è rivolto alle persone anziane o in condizione di precoce invecchiamento degli organi.

Il servizio di Assistenza Domiciliare si propone, da un lato di rispondere ai bisogni immediati di situazioni carenti sotto l'aspetto socio assistenziale e dall'altro di contribuire al superamento dell'isolamento sociale mediante un'azione di informazione e di attivazione di forme di relazione sociale.

Gli scopi del servizio di Assistenza Domiciliare sono così schematizzabili:

- evitare o contenere i ricoveri in Strutture Residenziali e ospedalizzazioni improprie di tipo alberghiero;
- assicurare prestazioni che consentano, restando al proprio domicilio, di condurre un'esistenza libera anche se parzialmente protetta;
- mantenere l'unità del nucleo familiare evitando l'emarginazione dei membri più deboli;
- rompere l'isolamento sociale per inserire e rendere partecipi gli utenti alla vita comunitaria;
- sostenere il nucleo familiare nella propria funzione assistenziale ed educativa, laddove sia carente.

Il lavoro dell'assistente domiciliare presuppone lo svolgimento di mansioni integrate quali:

- assistenza diretta alla persona (mobilitazione, pulizia personale, aiuto per il bagno, vestizione, nutrizione, accompagnamento dal medico) e consulenza ai familiari sulle corrette norme igieniche;

- aiuto per il governo della casa (cure delle condizioni igieniche dell'alloggio, riordino del letto e delle stanze, cambio biancheria, aiuto della preparazione dei pasti e per le spese);
- prestazioni di segretariato sociale (accompagnamento per la riscossione della pensione, disbrigo pratiche sanitarie, distribuzione a domicilio di ausili sanitari, ecc.);
- interventi tendenti a favorire la socializzazione dell'assistito a seguito di precise indicazioni dell'Assistente Sociale incaricato;
- contributo alla programmazione delle attività di Assistenza Domiciliare e al piano di lavoro nei confronti di ogni singolo utente.

Le prestazioni del servizio vengono integrate con altri interventi quali la fornitura di pasti a domicilio e il servizio lavanderia e stireria.

Servizio mensa

Il Servizio mensa rientra negli interventi attivati all'interno del servizio di assistenza domiciliare. A detto servizio sono ammesse le persone:

- con gravi difficoltà motorie e sensoriali;
- con difficoltà di ordine psicologico;
- incapaci di prepararsi il pasto per gravi motivi fisici;
- i cui familiari sono impossibilitati, per gravi motivi personali, a provvedervi direttamente.

Nel caso che si evidenzia la necessità di fornire il pasto per brevi periodi, in situazioni non espressamente previste dal presente Piano Sociale, sarà compito del Servizio Sociale dell'Ente Pubblico valutare la richiesta.

Telesoccorso

Il servizio di Telesoccorso consiste nella pronta risposta ad impellenti necessità dell'anziano da parte degli operatori addetti al Centro Operativo, i quali provvedono ad attivare tempestivamente il soccorso coinvolgendo i Servizi sociali del Comune territorialmente competente e le altre eventuali strutture pubbliche (*Vigili del fuoco, ASL, etc.*). Il servizio dovrà essere costantemente monitorato da personale specializzato nella gestione di servizi di teleassistenza, messo a disposizione dal soggetto attuatore, che dovrà produrre, con cadenza, un report sullo stato di attuazione dell'iniziativa, evidenziando eventuali disfunzioni e criticità. Il servizio di

Telesoccorso nasce dall'esigenza di integrare e qualificare la rete dei servizi sul territorio a disposizione dei soggetti più in difficoltà, in condizioni di limitata autonomia personale e a rischio sanitario.

La teleassistenza costituisce, infatti, un supporto essenziale al sistema di Assistenza Domiciliare garantendo un monitoraggio continuo dei soggetti a rischio per i quali l'unica alternativa possibile sarebbe un ricovero presso Strutture Sanitarie o Residenze Sociali. Essa si propone lo scopo di fornire una copertura assistenziale operata mediante telefono, a favore di quei soggetti che, per l'età avanzata, le condizioni psicofisiche, lo stato di solitudine, presentano situazioni di grave rischio sociale, sanitario potenziale e/o economiche disagiate, rispetto al quale la struttura operativa della Teleassistenza costituisce fattore di rassicurazione, controllo e garanzia per l'emergenza e sarà erogato 24 h/ 24, per dodici mesi l'anno.

Accoglienza Extrafamiliare

Strutture a carattere comunitario

Le strutture a carattere comunitario sono caratterizzate da bassa intensità assistenziale, bassa e media complessità organizzativa, destinate ad accogliere anziani autosufficienti e parzialmente autosufficienti, privi del necessario supporto familiare e per la quale la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente o definitivamente contrastante con il piano personalizzato di assistenza. Per i requisiti minimi strutturali ed organizzativi si fa riferimento al D.P.C.M. 21 maggio 2001, n. 308 e alla Deliberazione di Consiglio Regionale del Molise 14 settembre 1999, n. 329.

Comunità Alloggio per Anziani.

La Comunità Alloggio per Anziani (C.A.) è organizzata funzionalmente come comunità a carattere familiare; è destinata ad ospitare un ristretto numero di anziani autosufficienti e parzialmente autosufficienti: da un minimo di sette ad un massimo di venti, in rapporto alle dimensioni degli ambienti, compresi eventuali due posti per l'emergenza.

La Comunità Alloggio per Anziani si propone di mantenere l'equilibrio tra anziano e Istituzione e tende a garantirgli un sistema integrato di servizi socio assistenziali e socio sanitari. Detto sistema, permette all'anziano, ospite della Comunità, il mantenimento di normali condizioni di vita, con la possibilità di permanere nel proprio

ambiente familiare, ove è possibile, oppure offrendogli una vita di comunità attraverso la realizzazione di strutture di ridotte dimensioni.

La Comunità Alloggio, quindi, tende a far vivere l'anziano in un ambiente simile a quello familiare, garantisce all'ospite una vita comunitaria parzialmente autogestita, favorendo la reciproca solidarietà fra gli ospiti stessi. Cerca di contenere il declino dell'anziano e, per favorire il mantenimento dell'autosufficienza, stimola l'ospite a svolgere autonomamente una serie di utilità e di occupazioni quotidiane e favorisce l'integrazione sociale con il modo esterno. Le caratteristiche strutturali della Comunità Alloggio, sono le più idonee per rispondere in modo adeguato alle esigenze socio assistenziali e psicologiche dell'anziano; infatti, essa si caratterizza in un complesso di mini appartamenti per anziani autosufficienti e parzialmente autosufficienti, collegata ad una struttura centralizzata di servizi comuni (*lavanderia, cucina, mensa, soggiorno, sala ricreativa, ecc.*). Deve essere insediata in edifici abitativi ubicati in zone che consentano l'agevole accesso ai servizi ricreativi, culturali e socio sanitari nel territorio. Per ciò che attiene all'assistenza sanitaria ed infermieristica la Comunità Alloggio si avvale delle prestazioni del medico di medicina generale e dei servizi distrettuali.

La Comunità Alloggio deve garantire le condizioni di sicurezza previste dalla normativa vigente e deve, inoltre, rispettare le disposizioni in materia di eliminazione di barriere architettoniche (*Legge n. 104/92 e successive modificazioni ed integrazioni*).

Caratteristiche Strutturali.

La superficie minima di ogni Comunità Alloggio deve essere di mq. 150: le camere da letto devono poter ospitare fino ad una massimo di due persone ed avere le seguenti superfici:

- mq. 9,00 per un posto letto;
- mq. 16,00 per due posti letto.

I servizi igienici devono essere collegati alle camere in numero di uno per ogni camera, di dimensioni tali da permettere l'ingresso e la rotazione delle carrozzine. Deve essere presente un bagno attrezzato per la non autosufficienza ogni quattro posti letto. I bagni devono essere forniti di tutti gli impianti igienico-sanitari, dei supporti ed ausili necessari e della chiamata d'allarme.

La Struttura, se si sviluppa su più livelli, deve essere dotata di ascensore con caratteristiche tecniche e dimensionali tali da trasportare le carrozzine.

Nella Comunità Alloggio vanno previsti degli ambienti dove vengono erogati servizi comuni e precisamente:

Sala da Pranzo.

Il locale destinato a sala da pranzo deve avere un aspetto molto invitante, tenendo cura in alcuni accorgimenti come quelli di evitare pareti smaltate, tavolini in formica, luce fredda e poco illuminante.

Per il dimensionamento del locale deve essere valutato il rapporto pari a 1,50 mq. per ospite e comunque la superficie totale della sala da pranzo non dovrà essere inferiore a mq. 20,00.

Soggiorno.

Il locale destinato a soggiorno vedrà la realizzazione di attività socio educative e socio ricreative. E' l'ambiente idoneo per attività di integrazione sociale con la comunità locale attraverso attività di animazione, videoteca, lettura ecc.. Per il dimensionamento del soggiorno deve essere valutato il rapporto pari a mq. 1,50 per ospite e comunque non inferiore a mq. 20,00.

Cucina.

Il locale destinato a cucina centralizzata deve avere una superficie spaziosa per garantire la preparazione delle vivande, la cottura dei cibi ed il lavaggio delle pentole.

La cucina deve essere collegata facilmente con l'esterno attraverso un percorso breve, tale da permettere al personale addetto, tutte quelle operazioni di carico e scarico, senza sforzi eccessivi. Il locale destinato a ripostiglio deve essere annesso al locale cucina.

Nella cucina i fornelli ed i piani di lavoro devono essere posti alla medesima altezza e presentare una superficie per far scorrere i recipienti bollenti, anziché alzarli.

Lavanderia.

Il locale destinato a lavanderia e stireria, deve avere una superficie minima di mq. 14,00, con annesso il locale per il deposito della biancheria sporca.

Impianti Tecnologici.

Gli impianti tecnologici a servizio della Comunità Alloggio per Anziani devono essere realizzati a regola d'arte e devono rispettare la normativa vigente in materia impiantistica ed essere dotati di certificazione alle Norme UNI e ISO.

Pavimentazione

I pavimenti devono essere antisdrucchiolevoli, in particolar modo nei bagni e nella cucina.

Modalità Gestionale

In riferimento all'art. 1, comma 5, della Legge n. 328/2000, la gestione delle Comunità Alloggio per Anziani può essere affidata a soggetti del privato sociale iscritti ad apposito Albo Regionale, con un'esperienza almeno triennale nel campo della gestione delle Strutture Residenziali per Anziani e Disabili.

La direzione della Comunità Alloggio deve essere affidata ad un Assistente Sociale che coordina le attività del personale e provvede alla conduzione patrimoniale ed economica della C.A..

La dotazione organica deve prevedere:

- un assistente geriatrico ogni 10 ospiti, che deve garantire il servizio sociale nell'arco delle 24 ore;
- un assistente di base ogni 10 ospiti, che deve garantire il servizio di base tra le ore 7,00 e le ore 20,00;

l'Assistenza Sanitaria ed Infermieristica è garantita dal medico di medicina generale e dai servizi distrettuali.

Dovranno essere erogate le seguenti prestazioni:

- somministrazione pasti;
- assistenza agli ospiti nell'espletamento delle normali attività e funzioni quotidiane;
- attività aggregativa e ricreativo culturali;
- eventuali prestazioni sanitarie in relazione alle specifiche esigenze dell'utenza ospitata, assimilabili alle forme di assistenza rese a domicilio.

Modalità di Ammissione e Dimissioni.

L'accesso alla Comunità Alloggio avviene a seguito di domanda da presentare ai Servizi Sociali del Comune di residenza; alla domanda deve essere allegata la seguente documentazione:

- autocertificazione, ai sensi del D.P.R. 445/2000, attestante la composizione del nucleo familiare ed il reddito del nucleo familiare al 31 dicembre dell'anno precedente;
- certificazione medica con eventuale cartella clinica.

L'Assistente Sociale del Comune o dell'Ente gestore della C.A. provvede, a seguito di visita domiciliare, a predisporre una Relazione Sociale con relativo Piano Personalizzato dell'intervento sociale.

Nell'eventualità di lista di attesa si deve dare precedenza ai casi più bisognosi di assistenza, dove il parere del medico di famiglia e dell'Assistente Sociale diventa vincolante.

La dimissione dell'anziano può anche avere carattere temporaneo, in caso di breve rientro in famiglia, con diritto di riammissione.

Retta.

La retta giornaliera presso la Comunità Alloggio è determinata da una quota a carico del Fondo Sociale Regionale e una quota di compartecipazione a carico dell'anziano.

La quota a carico del Fondo Sociale Regionale è determinata in Euro 10 al giorno per ogni anziano ospite

- La quota di compartecipazione a carico dell'anziano è fissata in:
- Euro 20,00 (*venti*) al giorno per l'anziano autosufficiente;
- Euro 23,00 (*ventitre*) al giorno per l'anziano parzialmente autosufficiente.

Strutture a prevalente accoglienza alberghiera

Le strutture a prevalente accoglienza alberghiera sono caratterizzate da bassa intensità assistenziale, media e alta complessità organizzativa in relazione al numero di persone ospitate, destinate ad accogliere anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti. Per i requisiti minimi strutturali ed organizzativi si fa riferimento al D.P.C.M. 21 maggio 2001, n. 308 e alla Deliberazione di Consiglio Regionale del Molise 14 settembre 1999, n. 329.

Casa di Riposo.

La Casa di Riposo è una struttura residenziale che offre standard assistenziale agli anziani autosufficienti e parzialmente autosufficienti.

La Casa di Riposo è organizzata funzionalmente come struttura a carattere comunitario; è destinata ad ospitare fino ad un massimo di ottanta anziani, compresi eventuali posti per l'emergenza.

La Casa di Riposo si propone di dare stimoli ed aiuto per sviluppare il grado di autonomia dell'anziano per la realizzazione di attività socio ricreative, culturali e di manipolazione.

La casa di riposo deve essere ubicata possibilmente all'interno del centro abitato, o in un luogo del territorio comunale urbanizzato con possibilità di facile accesso ai servizi comunali ed extra comunali. Deve essere priva di barriere architettoniche che possano delimitare l'autonomia dell'anziano.

Caratteristiche Strutturali.

Le camere da letto possono essere singole o doppie; devono avere una superficie non inferiore a mq. 20,00. Nel caso in cui si tratta di camera singola la superficie minima è di mq. 12,00.

I servizi igienici costituiti da bagni, devono essere collegati alle camere in numero di uno per ogni camera, di dimensioni tali da permettere l'ingresso e la rotazione delle carrozzine. E' da prevedere un bagno dotato di tutti i confort, degli ausili necessari a favorire l'autosufficienza come i sostegni e i maniglioni, per ogni due stanze da letto. Per ogni posto letto deve essere installato il campanello di chiamata.

La Struttura, se si sviluppa su più livelli, deve essere dotata di ascensore con caratteristiche tecniche e dimensionali tali da trasportare le sedie a rotelle.

I locali della Casa di Riposo devono essere adeguati alle modalità organizzative adottate per il servizio lavanderia, guardaroba e ristorazione. Inoltre, deve essere installata una linea telefonica per gli ospiti.

Nella Casa di Riposo vanno previsti i seguenti ambienti:

- l'area soggiorno, al fine di consentire i rapporti interpersonali tra gli ospiti. La superficie minima disponibile non deve essere inferiore a mq. 18,00;
- l'ambiente per le attività ricreative deve avere una superficie minima disponibile non inferiore a mq. 20,00;

- la sala da pranzo deve avere una superficie minima per ospite non inferiore a mq. 1,50;
- Vanno ancora previsti i seguenti ambienti:
- il locale adibito a spogliatoio per il personale;
- il bagno per il personale, dotato di tutti i servizi;
- il locale biancheria con annesso il deposito della biancheria sporca;
- il locale cucina, con annesso il ripostiglio;
- l'ambulatorio, con annesso bagno, con una superficie non inferiore a mq.20,00;
- ingresso ove allocare la Reception.

Ogni ambiente deve essere dotato della chiamata d'allarme.

Cucina.

Il locale destinato a cucina centralizzata deve avere una superficie minima di mq. 30,00; deve essere spaziosa per garantire la preparazione delle vivande, la cottura dei cibi ed il lavaggio delle pentole.

La cucina deve essere collegata facilmente con l'esterno attraverso un percorso breve, tale da permettere al personale addetto, tutte quelle operazioni di carico e scarico, senza sforzi eccessivi. Il locale destinato a ripostiglio deve essere annesso al locale cucina.

Nella cucina i fornelli ed i piani di lavoro devono essere posti alla medesima altezza e presentare una superficie per far scorrere i recipienti bollenti, anziché alzarli.

Impianti Tecnologici.

Gli impianti tecnologici a servizio della Casa di Riposo devono essere realizzati a regola d'arte e devono rispettare la normativa vigente in materia impiantistica. Devono essere dotati di certificazione alle Norme UNI e ISO.

Pavimentazione

I pavimenti devono essere antisdrucchiolevoli, in particolar modo nei bagni e nella cucina. Eventuali corridoi devono essere dotati dei necessari corrimano.

Modalità Gestionale

In riferimento all'art. 1, comma 5, della Legge n. 328/2000, la gestione delle Case di Riposo può essere affidata a soggetti del privato sociale iscritti ad apposito Albo Regionale, devono avere un'esperienza, almeno triennale, nel campo della gestione delle Strutture Residenziali per Anziani e Disabili.

La direzione della Casa di Riposo deve essere affidata ad un Assistente Sociale munito del titolo riconosciuto ai sensi del DPR n. 14 del 15 gennaio 1987, comma 4°, punto a), e in attuazione del Regolamento sul profilo professionale dell'Assistente Sociale, a norma dell'art. 12, comma 2, della Legge 8 novembre 2000, N. 328. L'Assistente Sociale coordina le attività del personale e provvede alla conduzione patrimoniale ed economica della Casa di Riposo.

Il personale impegnato nella Casa di Riposo deve garantire tre livelli di assistenza:

- sociale, attraverso la presenza dell'Assistente Sociale che deve garantire un numero di ore settimanali non inferiore a 30;
- geriatrica, per mezzo di un operatore sociale ogni 10 ospiti. L'assistenza geriatrica deve essere garantita nell'arco dell'intera giornata, l'assistenza di base, per mezzo di un operatore sociale ogni 10 ospiti. L'assistenza di base deve essere garantita nell'arco dell'intera giornata;
- infermieristica, con la presenza diurna di un infermiere ogni 20 ospiti. Deve essere reperibile per la turnazione notturna.

L'Assistenza Sanitaria è garantita dal medico di medicina generale e dai servizi territoriali.

Le caratteristiche strutturali, organizzative e tecnologiche devono permettere l'erogabilità delle seguenti prestazioni:

- somministrazione pasti;
- assistenza tutelare diurna e notturna;
- attività aggregative e ricreativo culturali;
- eventuali prestazioni sanitarie programmate in relazione alle specifiche esigenze dell'utenza ospitata assimilabili alle forme di assistenza rese a domicilio.

Modalità di Ammissione e Dimissioni.

L'accesso alla Casa di Riposo avviene a seguito di domanda da presentare ai Servizi Sociali del Comune di residenza; alla domanda deve essere allegata la seguente documentazione:

- autocertificazione, ai sensi del D.P.R. 445/2000, attestante la composizione del nucleo familiare ed il reddito del nucleo familiare al 31 dicembre dell'anno precedente;
- certificazione medica con eventuale cartella clinica.

L'Assistente Sociale del Comune provvede, a seguito di visita domiciliare, a predisporre una Relazione Sociale con relativo Piano Personalizzato dell'intervento socio sanitario.

Il Comune Sociale provvederanno ad adottare proprio atto deliberativo ai sensi della Legge n. 267/2000 per la necessaria autorizzazione al ricovero dell'anziano.

Nell'eventualità di lista di attesa si deve dare precedenza ai casi più bisognosi di assistenza, dove il parere del medico di famiglia e dell'Assistente Sociale diventa vincolante.

La dimissione dell'anziano può anche avere carattere temporaneo, in caso di breve rientro in famiglia o di ricovero presso altra struttura sanitaria, con diritto di riammissione.

Retta.

La retta giornaliera presso la Casa di Riposo non deve essere inferiore ad Euro 20,00.

Strutture protette

Le strutture protette sono caratterizzate da media intensità assistenziale, media e alta complessità organizzativa, destinate ad accogliere utenza non autosufficiente Per i requisiti minimi strutturali ed organizzativi si fa riferimento al D.P.C.M. 21 maggio 2001, n. 308 e alla Deliberazione di Consiglio Regionale del Molise 14 settembre 1999, n. 329.

Residenza Protetta.

La Residenza Protetta è una struttura socio sanitaria residenziale extraospedaliera, pubblica o privata, finalizzata a fornire ospitalità ad anziani parzialmente autosufficiente e in stato di dipendenza da altre persone, non bisognosi di cure sanitarie continuative e non altrimenti assistibili al proprio domicilio.

La funzione prevalente di detta struttura è di sviluppare nel paziente il massimo grado di autonomia possibile in ambiente controllato e protetto.

Qualora l'ospite perda in parte o in totale la propria autosufficienza è garantita la continuità assistenziale.

La durata del ricovero può avere carattere permanente o temporaneo.

La Residenza Protetta può ospitare fino ad un massimo di 80 posti letto organizzati in nuclei fino a 20 ospiti.

La Residenza Protetta deve essere ubicata in zona urbanizzata, integrata con il preesistente contesto o ben collegata mediante mezzi pubblici a centri urbani dotati di spazi da adibire ad attività motorie e ricreative.

Può essere collocata in un unico immobile o in immobili distribuiti, purché aggregati o aggregabili.

Caratteristiche Strutturali.

Le camere da letto possono essere singole e doppie; devono avere una superficie non inferiore a mq. 20,00. Nel caso in cui si tratta di camera singola la superficie minima è di mq. 12,00.

Le camere da letto devono essere dotate di arredi e attrezzature idonee alla tipologia degli ospiti ed in particolare devono essere garantiti a tutti gli ospiti che ne presentano la necessità:

- letti articolati regolabili in altezza;
- materassi e cuscini antidecubito.

I servizi igienici costituiti da bagni, devono essere attrezzati per la non autosufficienza collegati alle camere in numero di uno per ogni camera, di dimensioni tali da permettere l'ingresso e la rotazione delle carrozzine. E' da prevedere un bagno dotato di tutti i confort, degli ausili necessari a favorire l'autosufficienza come i sostegni e i maniglioni, per ogni due stanze da letto. Per ogni posto letto deve essere installato il campanello di chiamata.

La Struttura, se si sviluppa su più livelli, deve essere dotata di ascensore con caratteristiche tecniche e dimensionali tali da trasportare le lettighe.

I locali della Residenza Protetta devono essere adeguati alle modalità organizzative adottate per il servizio di ristorazione, guardaroba, lavanderia, stireria ed appositi locali per dispense, magazzini, ambulatorio medico e locali per servizi tecnici e, inoltre, una stanza singola di isolamento per i casi particolari.

Nella Residenza Protetta sono previsti i seguenti ambienti:

- palestra dotata di attrezzature idonee alla riabilitazione, di ausili per facilitare l'accesso alle attività riabilitative e di servizi igienico sanitari;
- l'area soggiorno, al fine di consentire i rapporti interpersonali tra gli ospiti. La superficie minima disponibile non deve essere inferiore a mq. 20,00;
- l'ambiente per le attività ricreative devono avere una superficie minima disponibile non inferiore a mq. 20,00;
- la sala da pranzo deve avere una superficie minima per ospite non inferiore a mq. 1,50;
- la camera mortuaria;

Vanno ancora previsti i seguenti ambienti:

- il locale adibito a spogliatoio per il personale;
- il bagno per il personale, dotato di tutti i servizi;
- il locale biancheria con annesso il deposito della biancheria sporca;
- il locale cucina, con annesso il ripostiglio;
- l'ambulatorio, con annesso bagno, con una superficie non inferiore a mq.20,00;
- ingresso ove allocare la Reception.

Ogni ambiente deve essere dotato della chiamata d'allarme.

Cucina.

Il locale destinato a cucina centralizzata deve avere una superficie minima di mq. 30,00; deve essere spaziosa per garantire la preparazione delle vivande, la cottura dei cibi ed il lavaggio delle pentole.

La cucina deve essere collegata facilmente con l'esterno attraverso un percorso breve, tale da permettere al personale addetto, tutte quelle operazioni di carico e scarico, senza sforzi eccessivi. Il locale destinato a ripostiglio deve essere annesso al locale cucina.

Nella cucina i fornelli ed i piani di lavoro devono essere posti alla medesima altezza e presentare una superficie per far scorrere i recipienti bollenti, anziché alzarli.

Il locale cucina deve rispettare i requisiti del DPR n. 327/1980 e successive integrazioni e modificazioni.

Impianti Tecnologici.

Gli impianti tecnologici a servizio della Residenza Protetta devono essere realizzati a regola d'arte e devono rispettare la normativa vigente in materia impiantistica. Devono essere dotati di certificazione alle Norme UNI e ISO.

Pavimentazione

I pavimenti devono essere antisdrucchiolevoli, in particolar modo nei bagni e nella cucina. Eventuali corridoi devono essere dotati dei necessari corrimano.

Modalità Gestionale

In riferimento all'art. 1, comma 5, della Legge n. 328/2000, la gestione delle Residenze Protette può essere affidata a soggetti del privato sociale iscritti ad apposito Albo Regionale, devono avere un'esperienza, almeno triennale, nel campo della gestione delle Strutture Residenziali per Anziani e Disabili.

Il coordinamento delle attività socio sanitarie espletate presso la Residenza Protetta deve essere affidata ad un Assistente Sociale.

Il personale impegnato nelle attività socio assistenziali ed organizzative della Residenza Protetta è il seguente:

- un medico responsabile con rapporto di collaborazione professionale. Nelle ore notturne e nei giorni prefestivi e festivi è attivo il servizio di guardia medica;
- un responsabile amministrativo supportato dal altro personale amministrativo in base alla capacità ricettiva della struttura residenziale;
- un terapeuta della riabilitazione ogni 20 posti ospiti parzialmente non autosufficienti, che necessitano di terapie di riabilitazione
- un infermiere ogni 20 posti. Dovrà essere prevista, per questa figura, la reperibilità notturna.
- un addetto alla cucina;
- un assistente di base ogni 10 ospiti;
- un assistente geriatrico;

Le caratteristiche strutturali, organizzative e tecnologiche devono permettere l'erogabilità delle seguenti prestazioni:

- somministrazione pasti;
- assistenza agli ospiti nell'espletamento delle normali attività e funzioni quotidiane;
- attività aggregative e ricreativo culturali;

- prestazioni sanitarie programmate in relazione alle specifiche esigenze dell'utenza ospitata.
- prestazioni terapeutiche, riabilitative ed educative.

Modalità di Ammissione e Dimissioni.

L'accesso alla Residenza Protetta avviene a seguito di domanda da presentare ai servizi sociali del Comune di residenza o al Distretto Sociale. Alla domanda deve essere allegata la presente documentazione:

- autocertificazione, ai sensi del D.P.R. 445/2000, attestante la composizione del nucleo familiare ed il reddito del nucleo familiare al 31 dicembre dell'anno precedente;
- certificazione medica;

L'Assistente Sociale del Comune provvede, a seguito di visita domiciliare, a predisporre una relazione sociale con relativo piano personalizzato dell'intervento socio sanitario. Per la programmazione delle attività socio sanitarie, dovrà essere coinvolta l'Unità di Valutazione Geriatrica territorialmente competente.

Il Comune provvede ad adottare proprio atto deliberativo ai sensi della Legge n. 267/2000 per la necessaria autorizzazione al ricovero dell'anziano.

Nell'eventualità di lista di attesa si deve dare precedenza ai casi più bisognosi di assistenza, dove il parere del medico di famiglia e dell'Assistente Sociale diventa vincolante.

La dimissione dell'anziano può anche avere carattere temporaneo, in caso di breve rientro in famiglia o di ricovero presso altra struttura sanitaria, con diritto di riammissione.

Retta.

La retta giornaliera presso la Residenza Protetta, è determinata, così come previsto nella delibera del Consiglio Regionale del 14 settembre 1999, n. 329, in Euro 22,21 quale quota sanitaria, non meno di Euro 20,66 e non più di Euro 30,99, quale quota sociale.

Promozione dell'agio

Centro Sociale

Il *Centro sociale* si configura come struttura aggregativa-ricreativa, ove l'anziano ha la possibilità di mantenere rapporti significativi con altre persone, nonché usufruire, anche come protagonista diretto, di momenti dinamici e di socializzazione.

E' un servizio territoriale diurno, aperto alla comunità locale degli anziani rivolto a perseguire le seguenti funzioni:

- attivazione e sostegno alla socialità dell'anziano, tanto per chi è inserito in un contesto familiare idoneo, sia per chi vive in solitudine;
- operare gli opportuni collegamenti con le strutture socio-sanitarie e riabilitative presenti nella comunità;
- garantire il protagonismo dell'anziano attraverso attività culturali, ricreative, sociali, sportive;
- stabilire un collegamento con l'ambito parentale dell'anziano, come punto di riferimento e di supporto.

Modalità istitutive

Il *Centro Sociale* viene istituito con atto del Comune o del Distretto Sociale, attraverso l'approvazione di un Regolamento di funzionamento.

Le spese per la gestione (canone fitto, utenze, arredi) sono a assunte dal Comune.

Nel Regolamento dovranno essere previste, tra l'altro:

- le modalità di nomina del presidente e degli altri membri che compongono il Direttivo del *Centro Sociale*. A loro viene affidata la gestione del centro e delle attività programmate al suo interno ed esterno. I membri del Direttivo vengono eletti dall'Assemblea;
- le competenze del Presidente e degli altri membri del Direttivo;
- l'Assemblea che deve essere costituita da tutti gli anziani regolarmente iscritti;
- le competenze dell'Assemblea nella gestione del *Centro Sociale*;
- le modalità d'iscrizione da parte dell'anziano;
- l'eventuale quota di iscrizione;
- le modalità di eventuale partecipazione ad attività ed iniziative che richiedono particolare impegni di spesa.
- la data entro cui sottoporre all'Assemblea, per la sua approvazione, il programma delle attività ed iniziative da svolgere nell'anno di riferimento;
- le modalità di rendicontazione annuale.

Ubicazione

La sede del *Centro* deve essere ubicata possibilmente in locali a piano terra o, comunque, facilmente accessibili e preferibilmente con aree all'aperto.

Strutturazione degli ambienti

Per consentire la fruibilità e la diversificazione delle attività ed iniziative il *Centro Sociale* non deve essere costituito da un solo, grande ambiente. Esso deve essere suddiviso in più stanze nelle quali è possibile, tra l'altro, istituire:

- mediateca;
- sala lettura;
- sala giochi;
- sala conferenza.

Il centro deve essere dotato di servizi igienici sia per gli uomini, sia per le donne.

Modalità organizzative

Il *Centro Sociale* viene gestito direttamente dagli anziani. Esso deve essere funzionante ogni giorno, comprese le festività e deve garantire l'apertura sia in orario diurno che pomeridiano/serale.

All'interno della struttura può essere prevista la presenza di un'assistente sociale, oppure di un educatore o di un animatore.

Ciò consentirà di garantire prestazioni come il segretariato sociale, attività socio-culturali, ma anche altri servizi.

Il *Centro* potrà relazionarsi con i servizi territoriali: Comune, (servizio sociale, servizio sport-turismo e cultura), l'ASL (servizio di geriatria, di riabilitazione, infermieristico, ecc.) o con strutture private.

Servizio termale

Modalità di gestione

Il *Servizio termale* può rientrare tra le iniziative previste dal centro sociale; la gestione ed il finanziamento è affidata al Comune, fermo restando la compartecipazione alle spese da parte degli anziani.

In ogni caso fanno capo ai due suindicati enti le spese di organizzazione, fermo restando la compartecipazione alle stesse da parte degli anziani, con una percentuale non superiore al 36%.

Per l'anziano il cui livello ISEE risulti essere inferiore a € 4.648,11 la quota di partecipazione è completamente a carico del comune.

Il servizio termale può essere organizzato anche in più periodi.

Modalità di accesso

L'anziano viene ammesso al *Servizio termale* a seguito di domanda presentata al Comune di residenza o al Centro sociale, ove questo è funzionante.

Alla domanda deve essere allegata autodichiarazione, in cui vengono riportati i dati relativi:

- alla composizione anagrafica;
- alla condizione del patrimonio mobiliare posseduto alla data del 31 dicembre dell'anno precedente alla presentazione della domanda;
- alla consistenza del patrimonio immobiliare posseduto alla data del 31 dicembre dell'anno precedente alla presentazione della domanda;
- al reddito dei componenti la famiglia anagrafica, riferita alla dichiarazione dei redditi dell'anno precedente alla presentazione della domanda.

Turismo sociale

Il *turismo sociale* si è andato sempre diffondendo all'interno delle realtà locali, soprattutto collegato alle iniziative programmate e gestite dai *Centri Sociali*.

Infatti, esso risulta essere un intervento di massa; con gli anziani che diventano direttamente i protagonisti di proprie scelte, comprese gli itinerari e i luoghi da visitare.

Un'azione, dunque, rivolta a consolidare il processo di agio di cui l'anziano ha bisogno, per allontanare la solitudine, l'emarginazione e la sofferenza.

Modalità di gestione

Come per le cure termali la gestione del turismo sociale può essere affidato, dal Comune o al centro sociale se questo è funzionante.

Il Comune, stabilisce la percentuale di partecipazione al costo del servizio, da parte dell'anziano, in base alle capacità reddituali e, comunque, non oltre la soglia del 64%.

Per l'anziano il cui livello ISEE risulti essere inferiore a € 4.648,11 la quota di partecipazione è completamente a carico del Comune.

Modalità di ammissione

Per le modalità di ammissione valgono le stesse indicazioni previste per il servizio termale.

Servizio mutualità

Segretariato Sociale

Vari bisogni, che potrebbero essere affrontati positivamente dal sistema dei servizi sociali, rimangono inevasi per mancanza di orientamento idoneo a facilitare la conoscenza delle risposte di cui la persona e la famiglia avrebbero diritto.

La conformazione del territorio regionale, le difficoltà di collegamento, l'invecchiamento della popolazione, lo spopolamento della montagna non facilitano le relazioni fra le persone, le famiglie e i servizi. Rischiano di essere penalizzati soprattutto i soggetti più deboli.

La Regione Molise nel Piano Sociale Regionale intende potenziare, per ambiti territoriali, il servizio di segretariato sociale, in molti comuni, già attivato con le risorse trasferite ai sensi della L.R. n. 21/90.

Per garantire i requisiti di qualità indicati nel Piano Sociale Nazionale, il segretariato sociale deve essere configurato come porta unitaria di accesso a tutti i servizi di ambito. Per questo deve essere radicato nella comunità con le diverse risorse che questa esprime. Deve essere inoltre ben identificabile, i locali devono essere attrezzati con arredi e ambienti che assicurino riservatezza e rapporti personalizzati con le persone.

Il servizio di segretariato sociale deve essere accessibile, con orari di apertura che tengano conto dei ritmi di vita della famiglia. Deve essere accessibile anche a distanza: per telefono, posta elettronica e sportello telematico.

La funzione professionale di segretariato sociale risponde al bisogno di informazione degli anziani con l'obiettivo di promuovere l'esigibilità dei diritti sociali. E' strumento per divulgare tutte le risorse della comunità, pubbliche, del terzo settore e del volontariato, a pagamento e a titolo gratuito.

La funzione di osservatorio garantita dal segretariato sociale risponde all'esigenza di avere uno strumento idoneo a capire come evolvono i bisogni, sia da un punto di vista qualitativo che quantitativo. A questo obiettivo il segretariato sociale può dare un

contributo sistematico, raccogliendo i dati relativi alla domanda e alle modalità di risposta ai bisogni.

Il segretariato sociale è indispensabile per mettere in atto azioni concrete, a livello di ambito, finalizzate alla creazione del punto unico di accesso all'intera rete dei servizi sociali alle persone anziane. Il punto unico di accesso è una risorsa a disposizione degli anziani e degli operatori sociali, per individuare i percorsi più efficaci per affrontare i bisogni di ordine sociale in modo unitario e integrato con i servizi socio sanitari.

9. PROGRAMMI DI INIZIATIVA REGIONALE

L'innovazione e la sperimentazione nell'offerta dei servizi è uno degli obiettivi del sistema dei servizi sociali e un'azione strategica del presente Piano.

L'innovazione caratterizza in modo trasversale la programmazione sociale regionale ai diversi livelli di funzionamento del sistema di protezione sociale, proponendo nuove tipologie di servizi o implementando quelli esistenti in risposta a quelle che possono essere le nuove esigenze dell'azione sociale e le problematiche emergenti in termini di nuovi bisogni. Le aree che in questa fase si ritiene di individuare per attuare programmi di iniziativa regionale che rispondano ad esigenze innovative e sperimentali, sono individuate in:

- reinserimento sociale dei soggetti con problematiche di giustizia;
- accoglienza e inserimento sociale degli immigrati;
- assistenza a persone affette da demenza.

Per realizzare i programmi a gestione regionale sopra indicati, i cui obiettivi vengono di seguito specificati, si farà ricorso a parte delle risorse (10%) attribuite dal presente Piano alla diretta gestione regionale.

Per quanto attiene agli immigrati, verranno utilizzate anche le somme non impiegate per le stesse finalità negli anni precedenti.

9.1 Progetto a): Area penale adulti

Obiettivi

Le politiche sociali hanno anche il dovere di considerare una fascia di popolazione, quella dei soggetti in esecuzione penale, che deve essere oggetto di valutazione e di interventi. Pertanto la società civile ha il preciso compito di prendere in carico queste

persone che, a pieno titolo, fanno parte della comunità. E' necessario quindi programmare una serie di interventi mirati al reinserimento sociale di tali soggetti attraverso la costituzione di un sistema integrato di servizi.

Azioni

Le azioni da porre in essere per la realizzazione di tali obiettivi possono essere garantite da una sinergia di interventi che siano frutto di una programmazione concordata tra vari attori sia pubblici sia privati.

AREA PENALE ADULTI:

	OBIETTIVI	AZIONI
INTERVENTI	Reinserimento sociale dei condannati	Costituzione e attivazione del servizio di rete Indicazione di indirizzi operativi tra i vari attori sociali Formazione professionale e inserimento lavorativo
	Creazione di validi punti di riferimento abitativo	Strutture di accoglienza
	Assistenza familiare	Sostegno alle famiglie Assistenza post-penitenziaria
	Giustizia riparativa e mediazione penale Formazione operatori	Istituzione di un centro di mediazione Corsi di aggiornamento e formazione permanente

REINSERIMENTO SOCIALE DEI SOGGETTI CON PROBLEMATICHE DI GIUSTIZIA

Costituzione e attivazione del servizio di rete

Affinché l'esecuzione penale sia non solo momento di espiazione di pena ma anche opportunità di autoriflessione e di reinserimento nel tessuto sociale, è opportuno creare ed attivare un sistema di servizi, sia pubblici sia privati, che operi in un'ottica di rete. I soggetti interessati, infatti, fanno parte di una fascia debole della società, fascia portatrice non solo di problematiche giudiziarie ma anche di problematiche attinenti ad altre sfere della propria vita. Di fronte ad una complessità di istanze, quindi, non è possibile rispondere in maniera settoriale ma è necessario, attraverso una programmazione di azioni integrate e fattive tra i diversi attori sociali, offrire interventi ad ampio raggio.

INDICAZIONE DI INDIRIZZI OPERATIVI TRA I VARI ATTORI SOCIALI

Per rendere operativa la rete tra enti locali, amministrazione penitenziaria (Centro di Servizio Sociale per Adulti, e Istituti Penitenziari), ASL e terzo settore è necessario promuovere iniziative e concordare indirizzi operativi attraverso protocolli d'intesa, accordi di programma, convenzioni, etc. Formalizzare un tale sistema di interventi fa sì che l'operatore sociale non eroghi prestazioni occasionali, isolate e legate alle conoscenze personali ma faccia costantemente riferimento ad un sistema istituzionalizzato. All'interno di tale sistema è necessario sviluppare progetti individualizzati che nascono dalla condivisione di interventi tra i vari servizi coinvolti. Le azioni che vengono messe in atto sono il frutto di un'analisi dei bisogni di cui è portatore l'utente, delle risorse e dei vincoli territoriali come anche delle potenzialità attivabili. Tutto ciò in una piena condivisione da parte dell'utente.

Formazione professionale e inserimento lavorativo

Appare opportuno porre in essere iniziative volte alla formazione professionale finalizzata all'inserimento lavorativo sul territorio. E' necessario, pertanto, che tale formazione non solo sia consona alle attitudini dei soggetti ma sia anche spendibile nel mercato del lavoro. Ciò presuppone un'opera di sensibilizzazione da condurre nei confronti delle imprese, un'indagine di mercato volta alla conoscenza delle opportunità di lavoro esistenti e un conseguente raccordo tra domanda ed offerta di lavoro.

Assistenza post-penitenziaria

Prevedere momenti di raccordo tra l'Amministrazione Penitenziaria e i Comuni per progetti di sostegno materiale e morale e di reinserimento. Vanno inoltre previsti percorsi condivisi con la scuola e le altre agenzie formative presenti sul territorio, allo scopo di garantire al detenuto una formazione professionale e curricolare in grado di favorire la sua integrazione nel mondo del lavoro.

CREAZIONE DI VALIDI PUNTI DI RIFERIMENTO ABITATIVO

Strutture d'accoglienza

Al fine di dare a persone sottoposte ad un provvedimento giudiziario (soggetti in misura alternativa alla detenzione, detenuti in permesso premio, soggetti sottoposti a misure cautelari e di sicurezza, dimessi dagli istituti penitenziari) e alle loro famiglie,

prive di validi punti di riferimento, in particolare stranieri, l'opportunità di fruire di un alloggio abitativo temporaneo, appare necessario reperire strutture abitative di accoglienza. Alleviati, in tal modo, i disagi iniziali, le persone possono essere messe in grado di attuare interventi per una sistemazione definitiva. In tal senso si precisa che una casa di accoglienza, creata dalla Caritas diocesana, a Campobasso già esiste; ma, seppure questa sia molto utile, si ritiene necessario aumentare il numero di tali strutture sul territorio regionale.

Assistenza familiare

Sostegno alle famiglie

Le problematiche relative alla condizione detentiva non si riflettono solo sul soggetto in espiazione di pena ma il più delle volte anche sui familiari che vivono il disagio nelle sue molteplici sfaccettature. Tale azione, pertanto, prevede sia interventi di natura economica, volti al superamento di difficoltà di tipo materiale, sia interventi di sostegno psicologico. Quest'ultimo può essere effettuato in maniera ottimale attraverso la consulenza di operatori qualificati, presenti nei servizi territoriali, che si adoperano in modo coordinato nella gestione degli interventi. Tali aiuti vanno previsti sia durante che dopo il periodo di espiazione della pena.

Giustizia riparativa e mediazione penale

Istituzione di un centro di mediazione

La mediazione è un procedimento di risoluzione dei conflitti che coinvolge un terzo neutrale con l'intento di favorire la comprensione ed il riconoscimento reciproco tra le parti e promuovere tra loro l'eventuale stipulazione di accordi volontari. In particolare, la mediazione in ambito penale deve intendersi come un percorso tramite il quale la vittima e il reo hanno la possibilità di partecipare attivamente e a titolo volontario alla risoluzione dei problemi che sorgono dalla commissione del reato con l'aiuto di un terzo, il mediatore, che agisce in modo imparziale. All'esito dell'incontro è possibile l'elaborazione di un'attività riparativa, materiale o simbolica, che va da iniziative utili nei confronti della vittima e della collettività al porgimento delle scuse.

In considerazione della notevole attenzione che si sta rivolgendo alla vittima del reato e dell'importanza che un percorso di mediazione riveste ai fini della rivisitazione critica

delle condotte devianti da parte del reo, si ritiene indispensabile istituire strutture idonee alla realizzazione di quanto poc'anzi detto, anche attraverso una specifica formazione della figura del mediatore che non coincide né con l'autorità giudiziaria né con gli operatori sociali.

L'esigenza di rendere operativa tale prassi nasce dalle richieste della Magistratura di Sorveglianza, che tra le prescrizioni impartite all'affidato impone anche quella di adoperarsi nei confronti della vittima del reato, così come prevede l'art. 47 comma 7 dell'Ordinamento Penitenziario e come richiamato dalla sentenza della Corte di Cassazione del 23/11/01.

A riguardo la Regione Molise, con la Legge 8 aprile 2003 n. 14, ha previsto interventi specifici mirati al reinserimento sociale dei cittadini detenuti in espiazione di pena mediante l'attivazione di servizi di informazione, orientamento e avviamento al lavoro.

Formazione operatori

Corsi di aggiornamento e formazione permanente

Al fine di garantire un approccio operativo valido ed efficace nei confronti dell'utenza che è portatrice di bisogni sempre più complessi, si ritiene indispensabile una formazione permanente e mirata degli operatori coinvolti nel processo di aiuto, attraverso la realizzazione di corsi formativi e di aggiornamento rivolti a tutti coloro che lavorano nei servizi sociali e finalizzati ad un'ottica operativa di rete e per progetti.

9.2 Progetto b): Politiche a favore degli immigrati

Il fenomeno immigratorio rappresenta una realtà che continua ad intensificarsi in Italia.

Il nostro Paese è per molti un luogo di speranza ove la possibilità di ottenere un lavoro, di andare a scuola, di avere assistenza medica è certamente difficile ma non impossibile.

Quantizzare il numero reale delle presenze straniere in Italia è problematico perché non si può valutare con esattezza quanti siano i clandestini presenti in rapporto agli stranieri regolarmente censiti. I dati sugli stranieri regolari, comunque, si presentano come relativamente oggettivi. Secondo le stime del Dossier Statistico sull'Immigrazione, elaborate su dati forniti dal Ministero dell'Interno, sono 2.395.000 gli

immigrati regolari in Italia all'inizio del 2003. L'incidenza degli stranieri sulla popolazione risulta essere del 4.2 %, inferiore solo di un punto alla media europea.

Significativo è l'impatto occupazionale. Nel 2002, secondo le elaborazioni su dati Inail, le assunzioni dei lavoratori extracomunitari regolarmente soggiornanti sono di 659.847.

Gli immigrati presenti in Molise sono 2377. Ed è proprio al Molise, unitamente alla Campania e all'Abruzzo, che "Caritas Migrantes" dà la palma d'oro in merito ai ricongiungimenti familiari.

Sulla base di questi dati si evince che l'immigrazione sta assumendo una portata sempre più strutturale all'interno della società italiana. A tal proposito è bene ricordare che nella presente fase socio-culturale ed economica si sono aperte nuove possibilità di inserimento degli immigrati.

L'Italia offre opportunità di lavoro superiori a quanto pare nei dati ufficiali sulla disoccupazione. In alcuni settori lavorativi quali l'agricoltura, la ristorazione, l'artigianato gli stranieri trovano ampie possibilità occupazionali grazie ad una carenza di mano d'opera. Esistono difatti spazi lavorativi lasciati liberi dagli italiani per diverse ragioni: salari bassi, pesantezza, nocività delle condizioni di lavoro, insufficiente gratificazione sociale. Per queste ragioni l'occupazione straniera risulta essere "complementare" e non alternativa a quella italiana.

Il fenomeno è evidente anche nella nostra realtà regionale. I contratti di lavoro sottoscritti nel 2002 risultano essere 984; le professioni svolte riguardano maggiormente l'assistenza a persone anziane o malate (badanti), la collaborazione domestica, il supporto nel settore agricolo e "l'ambulato".

In crescita è anche il numero dei ricongiungimenti familiari e delle unioni miste nonché una più consistente presenza di alunni stranieri nelle nostre scuole.

PROGRAMMAZIONE

Prevenzione e promozione

Si pone l'esigenza di attivare dei programmi orientati all'inclusione dei nuovi arrivati, che vadano a favorire un cammino d'integrazione, attraverso la costruzione di rapporti positivi tra immigrati e cittadini molisani.

Il processo integrativo implica una conoscenza reciproca tra le due culture e opera in merito allo scambio e all'incontro. L'intero percorso deve necessariamente

prevedere il controllo diretto da parte delle istituzioni, nonché il monitoraggio continuo di un fenomeno, qual è appunto quello migratorio, che si presenta in evidente ascesa.

Alla luce di queste nuovi profili che vanno delineandosi, la Regione prevede degli interventi volti a garantire una società locale che si fondi sulla convivenza.

Osservatorio Regionale dei fenomeni migratori

L'istituzione di un Osservatorio regionale si pone come finalità primaria il monitoraggio dei flussi migratori locali. Il suo operato si concretizza in una continua attività di ricerca, necessaria per meglio conoscere le peculiarità del fenomeno, sia a livello regionale che a livello nazionale.

L'Osservatorio rappresenta un prezioso mezzo per misurare gli interventi e permettere azioni mirate a favorire un'efficace politica di integrazione e di programmazione.

Centri di accoglienza

Il Centro di prima accoglienza ha il compito di ospitare temporaneamente gli extracomunitari, garantendo loro le cure di primaria necessità. Per realizzare un'adeguata accoglienza nei confronti dei flussi migratori sono necessarie strutture alloggiative che rispondano ai bisogni urgenti per un tempo limitato e siano integrate da misure di accompagnamento.

Assistenza socio – psicologica, sanitaria e legale

Sportelli informativi

La creazione di Sportelli informativi risulta utile a garantire una capillare informazione in merito all'assistenza sanitaria, legale, lavorativa e scolastica. Tali sportelli devono mettere in atto interventi necessari e coordinati per facilitare l'inserimento degli immigrati nel nostro contesto sociale.

Gli interventi sono sintetizzabili nei seguenti punti:

- Supporto sanitario sia di tipo preventivo che curativo.

- Supporto per l'inserimento di alunni stranieri o figli di coppie miste nelle scuole
- Assistenza legale per contrastare discriminazioni ed abusi, limitando fenomeni di marginalità, prostituzione, lavoro nero e criminalità.
- Iniziative a favore dell'associazionismo.
- Campagne informative, convegni, seminari e tavole rotonde rivolte sia alla popolazione autoctona per meglio conoscere i nuovi arrivati limitando pregiudizi e falsi allarmismi, sia agli immigrati per consentire un più facile accesso ai servizi proposti.

Al fine della divulgazione delle iniziative sul territorio regionale, saranno programmate e promosse attività di studio, ricerca e pubblicazione.

Educazione e formazione

Mediatori culturali e linguistici

I Mediatori culturali e linguistici svolgono un ruolo di “cerniera” nei rapporti tra amministrazione e stranieri. Bisogna promuovere la formazione professionale di tali figure, necessarie in tutte le strutture (scuola, presidi sanitari, enti ecc.) in cui è richiesta la conoscenza della lingua, degli usi e costumi di etnie differenti dalla nostra.

Formazione professionale ed inserimento lavorativo

Gli immigrati rappresentano forza – lavoro per questo è opportuno organizzare corsi di formazione professionale al fine di agevolare la ricerca di un'occupazione.

La formazione in tal senso ridurrebbe il rischio di lavoro nero, permettendo anche una valorizzazione delle professionalità specifiche dei cittadini stranieri.

Corsi di lingua e cultura italiana per adulti

I Corsi di lingua e cultura italiana sono utili per l'inserimento sociale e lavorativo. L'aspetto integrativo anche in questo ambito prevale; una attenta conoscenza della lingua e della cultura del paese ospitante, difatti, permette migliori opportunità di convivenza.

Educazione alla multiculturalità

Educazione alla multiculturalità mediante interventi di formazione per docenti e alunni all'interno delle scuole, favorendo una maggiore conoscenza del fenomeno migratorio e delle caratteristiche appartenenti alle varie culture ed abitudini degli immigrati.

Potrebbero essere adatti, a tal proposito, progetti, da destinare alle scuole di ogni grado, che siano orientati alla educazione e valorizzazione delle diversità etniche al fine di promuovere una cultura che, pur salvaguardando le nostre radici storico – religiose, non discrimini quella di provenienza degli stranieri.

	OBIETTIVI	AZIONI
INTERVENTI	Prevenzione e promozione	Campagne informative sul fenomeno Osservatorio regionale con funzioni di monitoraggio e controllo Iniziative rivolte a favorire l'associazionismo Costituzione sportelli informativi
	Assistenza socio-psicologica, sanitaria e legale Educazione e formazione	Alfabetizzazione socio-linguistica per adulti Formazione professionale e inserimento lavorativo Corsi di lingua italiana Mediatori culturali Formazione operatori pubblici e privati Borsa lavoro
	Centri di accoglienza	Centri di prima accoglienza

9.3 Progetto c): Area assistenza persone affette da demenza

PREMESSA

Con il termine demenza si intende una sindrome clinica caratterizzata da perdita delle funzioni cognitive, tra le quali la memoria, di entità tale da interferire con le abituali attività sociali e lavorative del paziente. Oltre ai deficit cognitivi, sono presenti disturbi che riguardano la sfera della personalità, l'affettività, la percezione, il comportamento. Le demenze rappresentano la quarta causa di morte nella popolazione anziana ultrasessantacinquenne dei paesi occidentali e la loro diffusione è in costante crescita anche in conseguenza dell'allungamento della speranza di vita.

Nel Molise si possono stimare in circa 4200 i casi di demenza (prevalenza attesa) e in circa 850 i nuovi casi annui (incidenza). Questi dati sono desumibili dal Progetto finalizzato invecchiamento del CNR.

Attualmente nella realtà regionale la rete dei servizi socio-sanitari si fa carico solo in piccola parte dei problemi assistenziali e di cura delle persone affette da demenza. Il maggior peso assistenziale grava attualmente sulle famiglie.

	OBIETTIVI	AZIONI
INTERVENTI	Prevenzione e promozione	Campagne informative sul fenomeno ed attivazione sportelli ascolto in ogni ASL
	Creazione reti e servizi sociali e sanitari	Creazione di un gruppo multidisciplinare di coordinamento
	Centri diurni e residenzialità	Attivazione di tre centri diurni e attivazione RSA per dementi

10. PARTECIPAZIONE DELL'UTENZA AL COSTO DELLE PRESTAZIONI

Per rendere compatibili universalismo e selettività è necessario prevedere in ogni ambito meccanismi di regolazione dell'accesso ai servizi basati sulla valutazione della condizione economica dei richiedenti.

La Legge 328/00 prevede all'art. 2, comma 3, che "i soggetti in condizione di povertà o con limitato reddito o incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze accedano prioritariamente ai servizi e alle prestazioni erogate dal sistema integrato di interventi e servizi sociali".

All'art. 25 si afferma che "ai fini dell'accesso ai servizi la verifica della condizione economica del richiedente è effettuata secondo le disposizioni previste dal D.Lgs. 109/1998, come modificato dal D.Lgs. 130/2000", ovvero mediante l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE).

L'utilizzo dell'ISEE deve garantire equità nell'accesso alle prestazioni sociali, tenendo presente la condizione economica dei beneficiari. La verifica dei mezzi è strumento per regolare l'accesso ai servizi e per definire la misura della contribuzione degli utenti per la copertura della spesa sociale.

Il Piano Sociale Regionale promuove l'applicazione dell'ISEE sulla base dei seguenti criteri:

- prevedere una fase sperimentale dello strumento attraverso un sistema di monitoraggio finalizzato alla valutazione dei risultati ottenuti;
- procedere nell'applicazione dello strumento secondo la metodologia della programmazione locale con il coinvolgimento delle rappresentanze dei cittadini;
- divulgare in modo capillare il funzionamento dell'ISEE, coinvolgendo i soggetti attuatori del servizio sociale, specificando i criteri di accesso alle prestazioni e le tariffe applicate.
- adottare un regolamento per l'accesso al servizio sociale
- In sede di applicazione va inoltre promossa l'integrazione tra valutazione professionale del bisogno e valutazione amministrativa della possibilità di concorrere alla spesa del servizio, avendo attenzione alle situazioni nelle quali

la compartecipazione è richiesta per più interventi erogati dallo stesso ente gestore.

La partecipazione alla spesa è definita sulla base dei seguenti parametri:

- la condizione economica della persona e/o della famiglia di appartenenza;
- la composizione quantitativa e qualitativa della famiglia;
- lo stato di salute e/o lo stato di dipendenza dei componenti il nucleo familiare;
- le condizioni di rischio od esclusione sociale.

In relazione ai suddetti elementi costituiscono criteri per valutare l'accesso alle prestazioni sociali:

- inadeguatezza delle risorse economiche;
- numerosi componenti il nucleo familiare;
- presenza di persone disabili;
- presenza di anziani ultra sessantacinquenni in condizione di non autosufficienza;
- condizione di non attività della persona di riferimento della famiglia.

11. VIGILANZA E VALUTAZIONE DEI SERVIZI

Costruzione di un sistema di valutazione dei servizi e di selezione dei soggetti fornitori

Il sistema dei servizi sociali che si è affermato negli ultimi anni impone la definizione di nuovi ed efficaci modelli di integrazione tra il pubblico e il privato. Se al "privato" si attribuisce sempre più spesso il ruolo di *gestore* e *fornitore/esecutore* del servizio, al "pubblico" compete la *titolarità* del servizio, da cui deriva la responsabilità di garantire al cittadino la qualità dei prodotti/servizi attraverso una selezione fondata su parametri oggettivi e condivisi.

Anche la normativa più recente, del resto, evidenzia la necessità di riformulare alcuni punti decisivi circa le modalità di gestione dei servizi sociali.

In particolare, la L. 328/00 prevede la partecipazione del privato sociale alla gestione dei servizi sociali e prefigura, per questo, scenari di co-progettazione oltre che di realizzazione dei servizi (art. 1, comma 5, e art. 3, comma 2).

Pubblico e privato, pertanto, sono chiamati a cooperare per la realizzazione della rete dei servizi attraverso l'adozione di un sistema di *contracting out* che preveda concertazione e cooperazione piuttosto che una mera acquisizione di servizi.

In questo quadro generale, le Regioni, in linea con le funzioni finora assolte, sono chiamate a *definire gli indirizzi per regolare i sistemi di affidamento dei servizi alla persona* (art. 5 comma 3). A tale proposito, lo spirito di flessibilità caratteristico della Legge di riordino indica che la funzione regolativa della Regione consista nell'indicazione generale dei parametri utili per la valutazione delle offerte, senza scendere, quindi, nel concreto dei criteri di scelta da adottare e degli indicatori da definire, aspetto questo che resta alla scelta di ciascun Comune.

Un'ulteriore competenza regionale particolarmente rilevante riguarda l'*istituzione di Albi regionali* contenenti i soggetti autorizzati all'erogazione dei servizi sociali.

Entrambe queste funzioni implicano, per la Regione, la *costruzione di un sistema di valutazione dei servizi* (con riferimento a *standard di input, processo e output*) e *dei soggetti fornitori*, anche attraverso la definizione di parametri "oggettivi" utili alla connotazione dei relativi "profili di qualità".

La dimensione "qualità del servizio" e "qualità del fornitore", a rigore, sono del resto in stretta relazione tra loro. L'uso di parametri validi per la selezione del fornitore è, infatti, buona garanzia della qualità del servizio erogato da questi. La valutazione della qualità del servizio erogato dal fornitore è, dal canto suo, garanzia di una qualità effettivamente prodotta e rinnova, di volta in volta, al fornitore l'autorizzazione ad erogare.

In sintesi, tra gli obiettivi principali del *Piano regionale* si individuano le seguenti azioni:

- garantire la qualità dei servizi sociali erogati (qualità "oggettiva"- efficacia, efficienza – e "soggettiva" - soddisfazione dell'utenza) attraverso la diffusione di strumenti idonei ad una valutazione metodologicamente corretta;
- favorire lo sviluppo della qualità dei servizi sociali attraverso il coinvolgimento attivo degli Enti interessati e la diffusione di un sistema di "concorrenza qualificata" tra i possibili fornitori di servizi;
- promuovere il coordinamento delle risorse fornite dalla rete dei servizi volti alla soddisfazione dei bisogni dei cittadini;
- standardizzare le modalità di gestione e di valutazione dei servizi sociali sul territorio regionale.

Particolare attenzione dovrà, inoltre, essere rivolta alle procedure atte a consentire un monitoraggio costante dei requisiti di legittimazione imposti ai fornitori iscritti all'Albo.

Vigilanza

La vigilanza si estrinseca in una serie di funzioni rivolte a garantire il controllo della qualità e della quantità dell'offerta degli interventi e dei servizi sociali. Attraverso essa si fornisce, all'ente gestore del servizio, quel supporto necessario per il raggiungimento degli standard fissati dalla normativa in materia.

La vigilanza riguarda tutte le strutture socio-assistenziali e semiresidenziali che operano sul territorio regionale.

Nel particolare diventano obiettivi della vigilanza:

- la capacità di perseguire gli obiettivi fissati dalla normativa nazionale e regionale in materia di sostegno, aiuto e recupero della persona in difficoltà;
- l'acquisizione, come strumenti di lavoro e di gestione, delle indicazioni contenute nel Piano di zona;
- la rispondenza tra bisogno espresso dell'utente e qualità del servizio offerto;
- la capacità del personale a relazionarsi con la persona affidata alla struttura;
- l'utilizzazione, sotto il profilo dell'efficacia e dell'efficienza, delle proprie risorse e di quelle presenti nella comunità;
- la promozione dell'aggiornamento professionale del personale che opera nella struttura.

La vigilanza viene attuata attraverso il Gruppo di Vigilanza, costituito, per ogni ambito territoriale o piano di zona, dal responsabile del servizio sociale del Comune capo ambito; dal responsabile dei servizi sociali dell'ASL dell'ambito, da uno psicologo del Consultorio familiare, da un tecnico dipendente di uno dei Comuni dell'ambito, dal medico di igiene e sanità pubblica.

La *valutazione di qualità* implica la definizione di una metodologia complessa e rappresenta, nella logica del nuovo sistema dei servizi, uno strumento di miglioramento continuo, essenziale per una programmazione e gestione delle politiche sociali orientata all'efficienza.

A tale proposito, si rilevano almeno due oggetti della valutazione, in interazione reciproca tra loro: la *qualità del servizio* e la *qualità del fornitore*.

Il primo interessa dimensioni che vanno dall'ambito progettuale (*valutazione preventiva*), a quello attuativo (valutazione di processo), a quello finale (valutazione di efficacia e di efficienza); il secondo rimanda, invece, alla definizione di parametri in grado di connotare il soggetto erogatore in termini strutturali e organizzativi.

La qualità del servizio

Costruire un sistema di qualità nei servizi sociali presuppone la predisposizione di un insieme di regole, procedure, controlli i grado di assicurare che gli interventi e le prestazioni attivate siano orientate alla qualità, in termini di rispondenza ai bisogni rilevati, efficacia dei metodi e degli interventi, ottimizzazione delle risorse impiegate, rapporto sinergico con gli altri servizi e risorse presenti sul territorio, valutazione dei risultati.

Il sistema di qualità richiede punti di partenza omogenei per l'intero territorio regionale che determinino:

- regole e requisiti per l'autorizzazione ed il funzionamento delle strutture;
- omogenei livelli di professionalità nei servizi e nelle strutture;
- programmi e piani di formazione e di incentivazione per sostenere l'applicazione delle norme e dei requisiti essenziali, consentendo agli operatori di conseguire titoli professionali riconosciuti a livello regionale e nazionale;
- coerenza tra politiche della formazione ed esigenze occupazionali;
- adozione di strumenti di valutazione della qualità dei servizi (manuali, protocolli, linee guida);
- osservanza della funzione di controllo e vigilanza sul funzionamento delle strutture.

La valutazione della qualità del servizio sociale rappresenta un'attività articolata e metodologicamente complessa. E', del resto, ormai indispensabile che l'attività valutativa sia prevista sempre e fin dalle prime fasi della progettazione e della realizzazione degli interventi sociali, consentendo in tal modo di verificare volta per volta la rispondenza tra gli obiettivi programmati e i risultati ottenuti.

E' evidente che le caratteristiche costitutive dei servizi sociali sono tali da implicare l'adozione di strumenti in grado di cogliere una pluralità di parametri: dalle risorse immesse, alla coerenza interna delle procedure, ai risultati effettivamente conseguiti, all'impatto sulla popolazione *target* e così via.

In questo quadro, la Regione è chiamata ad adottare specifici indirizzi per promuovere il miglioramento della qualità dei servizi e degli interventi. Ciò sia con riferimento ad aspetti "oggettivi" tecnici e organizzativi, sia con riferimento ad aspetti "soggettivi" riferibili al giudizio degli utenti (*customer satisfaction*).

Una semplificazione del processo valutativo della qualità dei servizi sociali può essere riferita a tre livelli: la *struttura*; il *processo* e gli *esiti*.

Struttura, processo ed esiti, a loro volta, sono scomponibili in dimensioni a partire dalle quali – attraverso un'opportuna traduzione in un *set* di indicatori – è possibile definire la qualità del servizio sociale:

1. struttura

- disponibilità di risorse (strutturali, tecnologiche, finanziarie, umane)
- accessibilità (modalità e tempi per l'accesso al servizio)
- sistema comunicativo (modalità di comunicazione tra la struttura e l'utenza)
- sistema informativo (strumenti per il monitoraggio e l'elaborazione dei dati relativi all'utenza)
- criteri gestionali (organizzazione e definizione dei carichi di lavoro)

2. processo

- livelli di attività (numero e le caratteristiche degli interventi)
- *output* (conseguimento degli obiettivi intermedi)
- sistema professionale (qualificazione, formazione e aggiornamento)
- soddisfazione (valutazione da parte di operatori e utenti circa la qualità del servizio)

3. esito

- conseguimento degli obiettivi finali (efficacia)
- soddisfazione dell'utenza.

La qualità del fornitore

Sono definibili alcuni parametri generali di riferimento utili a valutare e, quindi, a selezionare in modo omogeneo i soggetti fornitori.

Sono, in primo luogo, da individuare strumenti, beni e prestazioni in grado di garantire la realizzazione dei compiti che il fornitore si impegna ad eseguire. Dal punto di vista strutturale, si impone la disponibilità di una sede di riferimento dotata di un servizio informativo rivolto ai cittadini. Inoltre, deve essere attestata la proprietà/disponibilità in uso di una strumentazione idonea all'erogazione del servizio per il quale l'Ente viene accreditato.

In linea con la L. 328/00, inoltre, ciascun Ente fornitore è chiamato ad adottare e pubblicizzare una *Carta dei servizi* che, tra l'altro:

- presenti il fornitore stesso;

- definisca i criteri per l'accesso ai diversi servizi;
- stabilisca le modalità del relativo funzionamento;
- espliciti le condizioni per facilitare all'utente la valutazione del servizio e per tutelare i propri diritti, prevedendo, nel caso, la possibilità di attivare ricorsi nei confronti dei responsabili preposti alla gestione dei servizi.

Ciascun Ente fornitore deve disporre, inoltre, di strumenti per il controllo interno della qualità intesa nelle sue molteplici accezioni (organizzazione interna, qualità del servizio, qualità percepita dall'utente e così via).

Un ulteriore aspetto riguarda l'organizzazione e implica che l'assetto in termini di numero e ore lavorative del personale direttivo, amministrativo e tecnico sia compatibile con le dimensioni e le caratteristiche dell'utenza e del territorio con riferimento al quale l'Ente è accreditato, in modo tale da garantire la continuità dell'assistenza e l'instaurazione di un rapporto relazionale operatore/utente utile a determinare la qualità del servizio prestato.

Strettamente connesso al punto quattro è l'aspetto inerente la gestione delle risorse umane. L'Ente fornitore deve, a tale proposito, programmare momenti formativi che coinvolgano il personale a vari livelli: dal livello operativo/esecutivo a quello progettuale/strategico. Tali momenti formativi devono, inoltre, proporsi come occasione di confronto, messa in discussione e valutazione delle procedure in uso, ciò al fine di innescare un processo di miglioramento continuo della qualità.

Ciascun Ente fornitore deve essere dotato di un sistema di registrazione dei dati relativi all'utenza (sistema informativo) efficace e il più possibile compatibile con il sistema di registrazione in atto presso l'Ente locale. Tale sistema informativo deve prevedere, in ogni caso, la possibilità di monitorare costantemente e facilmente l'afflusso ai servizi e deve, pertanto, essere realizzato su supporto informatico.

11.1 Autorizzazione

L'autorizzazione al funzionamento è un meccanismo di selezione dei soggetti fornitori che consiste nell'accertamento del possesso dei requisiti essenziali relativamente ai servizi/interventi che il potenziale fornitore intende erogare.

L'autorizzazione all'esercizio dei servizi sociali e delle strutture sociali, a ciclo residenziale o semiresidenziale, a gestione pubblica o dei soggetti privati di cui all'art. 1, comma 5 della legge 8 novembre 2000 n. 328, è rilasciata dai comuni ove ha sede il servizio o la struttura.

I requisiti (*standard* di servizio) per il rilascio dell'autorizzazione sono prevalentemente relativi a:

- rispetto delle norme edilizie (comprese quelle relative alle barriere architettoniche e alla prevenzione incendi);
- rispetto delle norme igienico-sanitarie;
- rispetto delle norme di sicurezza e assicurative;
- qualificazione del personale;
- osservanza delle norme contrattuali vigenti in materia.

Gli *standard* di servizio

La definizione degli *standard* di servizio (organizzativi, assistenziali e di costo) consente di regolare l'ingresso dei fornitori nel mercato dei servizi sociali e costituisce il riferimento vincolante per l'autorizzazione al funzionamento.

Operativamente lo *standard* rappresenta il valore atteso per un certo indicatore, (ovvero il punto di riferimento per orientare e valutare l'azione del servizio) ed è riferibile ai più diversi aspetti inerenti l'erogazione del servizio; dalla qualità del contesto ambientale a quella delle relazioni operatore/utente oltre che la professionalità degli operatori. Più specificatamente, esso può regolare:

- la tipologia del servizio;
- i destinatari;
- l'obiettivo;
- le modalità d'accesso;
- la capacità ricettiva;
- i requisiti strutturali;
- i requisiti organizzativi;
- i costi.

Più nel dettaglio, gli *standard* di servizio sono articolabili in:

- *standard* generali, che rappresentano obiettivi di qualità relativi al complesso delle prestazioni rese;
- *standard* specifici, che si riferiscono a ciascuna delle singole prestazioni rese all'utente, il quale può verificarne direttamente il rispetto;
- *standard* monitorati, che comprendono tutti gli *standard* individuati dall'Ente pubblico, per i quali prevedere il controllo sistematico (monitoraggio);

- *standard* garantiti, che si riferiscono ad aspetti specifici relativamente ai quali il soggetto erogatore assicura all'utente forme di rimborso in caso di mancato raggiungimento.

11.2 Il convenzionamento

Per avvalersi dei servizi offerti dalle organizzazioni di volontariato, gli Enti pubblici possono stipulare con essi delle *convenzioni*. Attraverso la convenzione, l'Ente pubblico si riserva il ruolo di concordare gli *standard* quantitativi e qualitativi del servizio, vale a dire, di pianificare le dimensioni e la diffusione dei servizi e di stabilire gli "indicatori di qualità".

In particolare, l'Ente pubblico è chiamato a tener conto di schemi di convenzione in cui vengano evidenziati:

- gli obblighi e i diritti delle parti;
- gli obiettivi che l'Ente pubblico si pone con il servizio con l'indicazione del motivo per cui delega l'erogazione a un Ente esterno;
- le caratteristiche dell'Ente fornitore;
- le modalità di intervento (incluse le metodologie e le fasi operative);
- la presenza di sistemi di valutazione;
- le caratteristiche degli operatori (numero, formazione, professionalità);
- le modalità di verifica previste.

Stante l'opportunità di considerare i punti sopra indicati, gli schemi di convenzione possono essere sviluppati con riferimento ad una tipologia comprendente almeno di tre grandi categorie in cui possono essere classificati i servizi socio-assistenziali:

- *le attività di routine a carattere operativo* che presentano uno scarso livello di specializzazione (servizio mensa, trasporto...). Rispetto ad esse è possibile prevedere precisi *standard* qualitativi e organizzativi; in questo caso il contenuto della convenzione dovrà essere particolarmente puntuale, per evitare margini di discrezionalità organizzativa del soggetto privato chiamato a eseguire esattamente quanto richiesto;
- *servizi a forte specializzazione e a carattere relazionale*. Rispetto ad essi la qualità del servizio dipende dalla capacità professionale e relazionale degli operatori e dalla capacità del soggetto privato di rispondere in modo elastico alle mutevoli esigenze degli utenti. In questo caso, vincolare esageratamente le prestazioni può significare irrigidire le modalità di offerta, costringendo il privato a prestazioni

concordate che sono state superate dai fatti; è così preferibile definire chiaramente gli obiettivi del servizio, lasciando maggiore discrezionalità al soggetto privato in merito alla sua organizzazione;

- *servizi innovativi o sperimentali*. In questo caso, la convenzione dovrà limitarsi a contenere alcuni parametri di riferimento rispetto ad attività e costi del servizio, rimandando gli aspetti organizzativo/gestionali a successivi e continui momenti di confronto tra operatori pubblici e privati per la verifica dell'intervento e la ridefinizione in corso d'opera degli obiettivi e delle strategie.

Con riferimento alla qualità delle prestazioni è, inoltre, opportuno prevedere una serie di controlli da effettuare prima, durante e dopo la stipula della convenzione.

Nel dettaglio, al fine di garantire la qualità del servizio, è necessario prevedere:

- *controlli preventivi* (precedenti alla stipula della convenzione) finalizzati alla valutazione di alcuni requisiti dell'Organizzazione quali l'iscrizione negli appositi registri regionali da almeno sei mesi, l'attitudine e le capacità operative;
- *controlli gestionali*, condotti per lo più sul numero delle prestazioni, sulla cadenza temporale delle forniture e sulle caratteristiche del servizio rispetto a *standard* prefissati;
- *controlli successivi*, che prevedono, oltre a verifiche di tipo "contabile" (ricostruzione della spesa pubblica in un'ottica di economicità ed *efficienza*), anche forme di verifica e controllo della qualità dei servizi (valutazione del grado di *efficacia* dell'azione pubblica).

11.3 L'accreditamento

L'*accreditamento* rappresenta uno strumento decisivo per la regolamentazione del processo di esternalizzazione dei servizi e per la garanzia di qualità degli stessi.

Attraverso l'applicazione dell'accreditamento, si pongono le basi per un sistema di offerta omogeneo qualitativamente su tutto il territorio regionale, almeno per quanto riguarda i *requisiti minimi* a partire dai quali, poi, procedere con integrazioni in relazione alle diverse esigenze locali.

La L. 328/00 (art. 11) stabilisce che i Comuni provvedano ad accreditare gli Enti fornitori previa verifica di conformità ai requisiti stabiliti dalle disposizioni regionali in materia.

A tal fine, la Regione fornisce le indicazioni circa l'istituzione di un Albo di soggetti accreditati attraverso la definizione di parametri e requisiti generali, oltre che di modalità di adeguamento e aggiornamento costanti.

Al riguardo, oltre alla volontà a collaborare per il miglioramento degli interventi e ai parametri "di qualità", è indispensabile che gli Enti fornitori dimostrino, almeno:

- una capacità finanziaria ed economica adeguata rispetto al servizio da erogare;
- una comprovata esperienza (riconducibile almeno agli ultimi tre anni) nel settore;
- una capacità di assistenza ad un numero medio mensile di utenti pari almeno al 50% dell'utenza potenziale in caso di accreditamento;
- la qualificazione professionale degli operatori.

Il fornitore accreditato assume l'obbligo di mantenere i requisiti che hanno determinato la legittimazione ad erogare per conto dell'Amministrazione e di garantire circa la qualità dei propri interventi.

L'Ente Locale ha il compito di promuovere azioni informative destinate a rendere noti al cittadino-utente i servizi esistenti, le modalità d'accesso e così via. A tal fine si prevede l'impiego di diversi strumenti informativi, tra cui la stampa di *brochure* informative, oltre che della Carta dei Servizi.

Nel prospetto successivo si riassumono alcuni elementi di qualità per la valutazione e l'accredimento del fornitore *non-profit*.

1. Qualità strutturale

- numero sedi e localizzazione urbana della sede centrale (centrale/periferica)
- numero, qualificazione ed esperienza degli operatori (tipo di rapporto con il fornitore (volontari, retribuiti), titolo professionale, qualifica funzionale/livello, anzianità di servizio nel settore specifico, anzianità di servizio nel settore dei servizi alla persona in generale)
- modalità di reclutamento del personale
- modalità di gestione del *turn-over*
- formazione acquisita (contenuti, durata, numero di partecipanti, costi, eventuali nominativi e qualifiche dei docenti, periodicità)
- rapporto con il territorio (collaborazioni con le risorse del territorio comprovate da convenzioni, protocolli d'intesa e così via)
- utenti assistiti negli ultimi tre anni
- strumenti per la gestione informatizzata dei dati relativi all'utenza
- stato patrimoniale

2. Qualità organizzativa

- metodo per la pianificazione del servizio (individuazione delle priorità, frequenza di aggiornamento e verifica del piano, flessibilità, comunicazione)
- modello organizzativo e di programmazione del servizio (turni, responsabilità e coordinamento, mansionario, carichi di lavoro e così via)
- modalità di raccordo con le risorse presenti sul territorio
- indicatori impiegati per il controllo di qualità e meccanismi di verifica

La Giunta Regionale, entro novanta giorni dalla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale, del presente piano sociale, definisce i requisiti per l'accreditamento.

Carta dei servizi

La carta dei servizi è intesa come strumento per l'esercizio della cittadinanza attiva nella logica dei diritti e dei doveri sociali, mediante la descrizione dell'organizzazione e del funzionamento della rete dei servizi alla persona, con l'individuazione delle modalità di accesso, attraverso la definizione di un insieme di percorsi progettuali per le persone fragili a cui la 328/2000 riserva la priorità assistenziale, fermo restando, ovviamente, l'obiettivo di apertura della rete dei servizi a tutti i cittadini.

Con riferimento ai contenuti, la carta dei servizi sociali, dovrà indicare:

- le condizioni per l'esercizio della cittadinanza attiva a livello locale;
- i percorsi assistenziali e le opportunità sociali disponibili;
- la mappa delle risorse istituzionali e sociali;
- le prestazioni assistenziali essenziali (art. 22 legge 328/2000);
- gli standard di qualità da rispettare, le modalità di verifica, le sanzioni in caso di inadempienze, i programmi finalizzati al miglioramento complessivo;
- le modalità di partecipazione dei cittadini;
- le forme di tutela dei diritti, in particolare delle persone fragili.

Il processo di predisposizione e costruzione della carta dei servizi assume particolare rilevanza in quanto costituisce l'occasione per il coinvolgimento degli operatori, della società civile dei suoi organismi di rappresentanza, con i quali si potranno confrontare i principi ai quali si ispirano le strategie di offerta, negoziati gli standard di qualità e definiti gli strumenti per la verifica di eventuali inadempienze.

Questo percorso consentirà un "patto" per promuovere la crescita dei servizi sociali sia intermini di semplificazione organizzativa e di accesso che di maggiore rispondenza alla domanda.

11.4 Il controllo e la vigilanza

Al fine di garantire l'efficacia degli interventi, la Regione individua strumenti e modalità idonee per l'attività di controllo e vigilanza.

L'attività di controllo e vigilanza ha la finalità di promuovere la qualità dei servizi, migliorandone costantemente l'offerta.

In particolare, la vigilanza è finalizzata ad accertare:

- il rispetto della normativa e dei regolamenti;
- il rispetto degli atti deliberativi e attuativi in materia di organizzazione e gestione dei servizi;
- l'adeguatezza delle strutture e dei servizi alle esigenze degli utenti;

A questa attività si accompagna la definizione di sanzioni e/o provvedimenti da adottare in caso di mancato rispetto dei requisiti o di inadempimento da parte dell'Ente fornitore.

Operativamente, il controllo e la vigilanza si realizzano attraverso sopralluoghi periodici (ordinari e/o straordinari), acquisizione di documentazione di servizio, riunioni con gli operatori e con gli utenti.

12. DISPOSIZIONI FINALI

- E' considerata fase transitoria del Piano tutto il periodo intercorrente tra l'approvazione del Piano stesso e l'attivazione degli ambiti territoriali e la definizione dei piani di zona. I Comuni, in ogni caso si attivano, sulla base delle nuove disposizioni, relativamente agli aspetti di piano già definiti in seguito all'approvazione e applicabili in termini programmatici e operativi.
- Il presente Piano si intende operativo fino all'approvazione del Piano regionale relativo al periodo successivo a quello considerato.
- Le previsioni di spesa relative al Piano sociale regionale triennale, vanno iscritte, a cura del dirigente regionale responsabile, nei rispettivi capitoli di spesa dei bilanci di previsione di riferimento.