



Ambito Distrettuale Sociale n. 24 “Gran Sasso - Laga”
ECAD - Comune di Montorio al Vomano (TE)
Azienda ASL di Teramo

Piano Distrettuale Sociale

(P.S.R. 2016/2018)

www.comune.montorio.te.it

www.cmgransasso.it

www.unionecomunilaga.it



Gruppo tecnico di redazione del Piano Distrettuale Sociale (PDS):

Dott. Marcello Ferreo	Responsabile Ufficio Servizi Sociali ECAD;
Dott. Piergiorgio Possenti	Responsabile Ufficio Servizi Sociali CM Gran Sasso
Dott. Gianni Di Giacomantonio	Responsabile Ufficio Servizi Sociali UC Laga

Presentazione

Il presente Piano si pone l'obiettivo, in linea con i disposti normativi e con le più avanzate buone prassi, di rafforzare il welfare territoriale. A distanza di circa 20 anni dal varo della Legge regionale n. 22/1998, i sistemi territoriali di politica sociale devono fronteggiare, sempre più, nuovi bisogni peraltro correlati a crescenti livelli di disagio sociale, individuale ed economico.

La perdurante congiuntura negativa, la difficoltà del tessuto produttivo locale di avviare un nuovo corso di sviluppo, gli eventi sismici che hanno reiteratamente messo a dura prova le popolazioni locali, la crescente centralizzazione dei servizi sanitari e scolastici, le nuove e le vecchie povertà rappresentano il vulnus di un andamento che il Piano Distrettuale Sociale, seppure con la parzialità degli strumenti a disposizione, intende contrastare.

L'obiettivo è di affermare, anche nei comprensori interni, che custodiscono tanta tradizione culturale e sociale, in toto, i pieni diritti di cittadinanza sociale.

Un impegno tanto ambizioso, quanto percorribile, per un assetto di welfare che fonde, nella nuova articolazione territoriale, anni di consolidata esperienza, passione e responsabilità civica.



IL RAPPRESENTANTE LEGALE ECAD

Il Sindaco del Comune di Montorio al Vomano

Dott. Giovanni Di Centa

SEZIONE 1. ASSETTI ISTITUZIONALI E FORMAZIONE DEL PIANO DISTRETTUALE

1.1. Gli assetti istituzionali dell’Ambito distrettuale

Il sistema dei servizi previsti nel Piano Distrettuale Sociale è gestito, per la parte sociale, dal **COMUNE DI MONTORIO AL VOMANO, quale ECAD** individuato in sede di Conferenza dei Sindaci. Tale scelta, maturata – comunque – con non poche difficoltà, al momento sembra essere la più idonea a garantire un sincronico equilibrio tra le comunità territoriali, culturali e di sistema in essa confluenti.

Il processo di riduzione degli Ambiti pone, quindi, i precedenti assetti nella condizione di proporre un Piano Distrettuale Sociale¹ idoneo a garantire servizi ed interventi omogenei, coordinati ed integrati, seppure rispettosi delle migliori prassi maturate nel ventennio precedente.

In seguito all’approvazione del Piano Sociale Regionale 2016-2018 (D.C.R. n. 70/4 del 9.08.2016) e alla ridefinizione degli Ambiti Distrettuali Sociali (D.C.R. n. 70/3 del 9.08/2016) il Comune di Montorio al Vomano, per quanto stabilito dalla Conferenza dei Sindaci del 21/11/2016 e ratificato dai Consigli comunali dei 14 Comuni di Ambito, ha formalizzato la costituzione del nuovo Ambito Distrettuale Sociale (ADS) n. 24, denominato “Gran Sasso – Laga”, assumendo il ruolo di Ente Capofila di Ambito Distrettuale (ECAD).

Il Comune di Montorio al Vomano è, quindi, il soggetto istituzionale che rappresenta l’Ambito Distrettuale Sociale e che esercita la funzione amministrativa in materia sociale, assicurando la regia dei processi istituzionali di competenza.

La responsabilità istituzionale e di indirizzo politico-amministrativo dell’intero processo di programmazione sociale è affidata alla Conferenza dei Sindaci, che si è dotata di un regolamento di funzionamento e di un relativo strumento di rapporto negoziale.

Sempre in data 21/11/2016, la Conferenza dei Sindaci di Ambito ha deciso di individuare, in seno all’Ambito Distrettuale Sociale n. 24, **n. 2 ZONE di GESTIONE SOCIALE (ZGS)**, coincidenti con gli ex Ambiti “Gran Sasso” e “Laga”. Seppure in un quadro contraddistinto da unitaria programmazione, integrazione socio-sanitaria, erogazione/ accesso ai servizi, rendicontazione, ciascuna ZGS avrà una distinta e autonoma organizzazione funzionale, operativa presso la Comunità Montana Gran Sasso e presso l’Unione dei Comuni Montani della Laga.

1.2. L’Ufficio di Piano

Al fine di garantire un’efficace ed efficiente programmazione e realizzazione del sistema integrato di interventi e Servizi Sociali dell’Ambito, in seno all’ECAD, è costituito l’Ufficio di Piano, quale strumento esecutivo che assolve a compiti strategici e di supporto del livello istituzionale per l’attuazione del Piano Sociale Distrettuale.

L’Ufficio di Piano, così come indicato nel PSR 2016/2018, prevede un rafforzamento dell’autonomia funzionale e una stabilità delle figure professionali dello stesso ed è così composto:

- Responsabile Ufficio dei Servizi Sociali del Comune di Montorio al Vomano (ECAD);
- Responsabile Ufficio dei Servizi Sociali della Comunità Montana Gran Sasso (ex EAS);
- Responsabile Ufficio dei Servizi Sociali dell’Unione dei Comuni Montani della Laga (ex EAS);

Anche al fine di rendere efficiente il Gruppo di Piano, si stabilisce di articolare lo stesso, sulla base delle funzioni assunte da ciascun componente, secondo le seguenti modalità:

LIVELLO DI RESPONSABILITA’	ATTRIBUZIONE FUNZIONE
Ufficio di Piano	Responsabile ECAD
Amministrativa	Responsabile ZGS CM Gran Sasso
Finanziaria	Responsabile ECAD
Tecnica	Responsabile Unione Comuni Laga

¹ Acronimo PDS

In relazione al presidio dell’area socio-sanitaria è prevista la collaborazione del Responsabile DSB dell’Azienda Sanitaria Locale (Teramo e Montorio al Vomano).

L’Ufficio di Piano si riunirà, settimanalmente, presso l’ECAD per le evidenti attività e funzioni di raccordo programmatico, esecutivo e finanziario.

Potranno essere aggregate all’Ufficio di Piano anche altre risorse professionali, qualora la natura delle attività da svolgere lo richieda.

La Conferenza dei Sindaci, come previsto dal PSR, ha individuato due Zone di Gestione Sociale finalizzate all’attuazione degli interventi previsti dal Piano D’Ambito:

Zona di Gestione Sociale n. 1, denominata **LAGA**. Gestirà i servizi e gli interventi socio-assistenziali per i Comuni di Campli, Cortino, Rocca Santa Maria, Torricella Sicura, Valle Castellana, attraverso l’ente gestore **Unione dei Comuni Montani della Laga**;

Zona di Gestione Sociale n. 2, denominata **GRAN SASSO**. Gestirà i servizi e gli interventi socio-assistenziali per i Comuni di Castelli, Castel Castagna, Colledara, Crognaleto, Fano Adriano, Isola del Gran Sasso, Montorio al Vomano, Pietracamela, Tossicia, attraverso l’ente gestore **Comunità Montana Gran Sasso**.

Le Zone di Gestione Sociale attueranno, nel proprio comprensorio di riferimento, tutti i servizi LIVEAS e gli interventi previsti dal presente Piano con le modalità riportate nelle singole schede azione. In particolare l’Ente Gestore Unione dei Comuni Montani della Laga si occuperà, mediante la propria CUC, dell’espletamento delle procedure di appalto dei servizi, che saranno effettuate in maniera unitaria.

Continueranno ad essere gestiti esclusivamente dagli Uffici di Piano Zonali gli interventi in fase di esecuzione ed iniziati con una programmazione precedente, come il Progetto Home Care Premium, gli Interventi a Favore della Famiglia (L.R. 95/95) e le attività residuali del PLNA- annualità 2016.

Organizzazione Uffici di Piano Zonali

ZONA DI GESTIONE n. 1 LAGA	
LIVELLO DI RESPONSABILITA’	ATTRIBUZIONE FUNZIONE
Ufficio di Piano Zonale	Responsabile Servizi Sociali Unione dei Comuni
Amministrativa	Responsabile Servizi Sociali Unione dei Comuni
Finanziaria	Responsabile Servizi Sociali Unione dei Comuni
Tecnica	n. 1 Sociologo
Tecnica	Servizio Sociale Professionale n. 2 Assistenti Sociali

ZONA DI GESTIONE n. 2 GRAN SASSO	
LIVELLO DI RESPONSABILITA’	ATTRIBUZIONE FUNZIONE
Ufficio di Piano Zonale	Responsabile Servizi Sociali Comunità Montana
Amministrativa	Responsabile Servizi Sociali Comunità Montana
Finanziaria	Responsabile Servizi Sociali Comunità Montana
Tecnica	Servizio Sociale Professionale n. 1 Assistente Sociale
Tecnica	n. 1 Educatore Professionale
Tecnica	n. 1 Psicologo

Servizi da implementare in ciascuna Zona di Gestione Sociale

Servizio	Zona Gestione n. 1	Zona Gestione n. 2
Ufficio di Piano Zonale	x	x
PUA	x	x
Servizio Sociale Professionale	x	x
Segretariato Sociale	x	x
Altri Servizi per la Presa in Carico (equipe adozioni, affido, UVM)	x	x
Pronto Intervento Sociale	x	x
Assistenza Domiciliare (anziani, disabili, minori)	x	x
Servizi di Prossimità	x	x
Assistenza Educativa Scolastica	x	x
Asili nido	Torricella Sicura - Campi	Montorio al V. – Isola del Gran Sasso
Servizi per le fragilità (Comunità-Residenze diurne, residenziali, socio riabilitative a favore di minori, anziani e disabili)	x	x
Trasporto disabili e anziani	x	x

1.3. Il processo di formazione del Piano Distrettuale Sociale

Il processo programmatico per la formazione del Piano Distrettuale Sociale ha avuto ufficialmente inizio in data **30.11.2017**, in seguito a specifica decisione della Conferenza dei Sindaci.

In tale sede si è provveduto a:

- Avviare il processo programmatico;
- Definire la parte istituzionale del Gruppo di Piano;
- Approvare la manifestazione di interesse finalizzata alla partecipazione degli organismi di rappresentanza sociale e civica interessati all'iter procedurale di formulazione del P.D.S.

In data **01.12.2017** è stata pubblicata la predetta manifestazione di interesse, rivolta ai soggetti di cui ai commi 4 e 6, art. 1 della Legge 328/2000.

In data 11.12.2017 la Conferenza dei Sindaci ha provveduto a:

- Nominare i componenti del Gruppo di Piano, in relazione ai soggetti di cui all'art. 1, comma 4 della Legge 328/2000;
- Nominare i componenti della Conferenza Locale Integrata Socio-Sanitaria (CLISS);
- Esaminare il Profilo Sociale Locale;
- Definire le modalità organizzative di utilizzazione delle risorse finanziarie e professionali.

In pari data si è costituito il Gruppo di Piano, integrato dai soggetti di cui all'art. 1, comma 4 della Legge 328/2000, che ha provveduto a:

- Adottare il regolamento interno del GdP;
- Analizzare le principali tendenze demografiche;
- Definire la dimensione socio-economica del territorio nel suo insieme e delle zone sociali;
- Analizzare i fabbisogni sociali e di salute evidenziando anche particolari specificità per le zone sociali;

- Individuare ed analizzare l’attuale sistema di offerta dei Servizi Sociali e Socio-Sanitari del territorio (compresi i soggetti che ricevono contributi per finalità sociali anche al di fuori dei fondi del Piano);
- Analizzare gli impatti della precedente programmazione con dati relativi sia all’utenza e ai volumi registrati, sia alla spesa sociale sostenuta;
- Comporre un quadro ragionato dei principali fabbisogni rilevati, delle criticità emerse e delle prospettive di miglioramento connesse al nuovo Piano;
- Definire le modalità organizzative di utilizzazione delle risorse finanziarie e professionali;
- Confrontarsi con i soggetti del Terzo Settore;
- Approvare il Profilo Sociale Locale e il Documento di definizione delle priorità e delle risorse;
- Avviare la stesura del Piano Distrettuale Sociale con la collaborazione dell’Ufficio di Piano.

La fase di concertazione sindacale è stata avviata in data 01/12/2017 e si è conclusa il 11/12/2017 con la sottoscrizione della piattaforma sindacale allegata.

La “Conferenza Locale Integrata Socio-Sanitaria” (CLISS) composta dai Sindaci dei Comuni dell’Ambito Distrettuale Sociale (ADS) n. 24 – Gran Sasso – Laga e dal rappresentante dell’Azienda USL di Teramo nella persona del dott. Valerio Profeta, dopo una intensa fase di concertazione, si è formalmente insediata nella seduta del 11/12/2017 presso la sede dell’ECAD ed ha approvato lo schema di Convenzione Socio – Sanitaria per l’organizzazione e la gestione delle attività di integrazione socio – sanitaria, elaborata sulla base dello schema tipo allegato alle Linee Regionali di attuazione del PSR 2016/2017.

L’iter di costruzione del Piano Distrettuale Sociale si è concluso con la Deliberazione di Consiglio dell’ECAD (Comune di Montorio al Vomano) del 13.12.2017.

1.4. Il Gruppo di Piano

Il Gruppo di Piano è lo strumento operativo della Conferenza dei Sindaci, la cui durata è corrispondente a quella del PDS. Ad esso sono attribuite responsabilità significative in ordine alla formazione, attuazione e verifica del Piano e rappresenta anche lo strumento di partecipazione e coinvolgimento delle diverse realtà presenti nell’Ambito.

Con le disposizioni di cui alla Conferenza dei Sindaci del 30.11.2017 le componenti istituzionali e tecniche integrate nel GdP sono state le seguenti:

- Legale rappresentante ECAD – Sindaco Comune di Montorio al V. – - Coordinatore Conferenza dei Sindaci ADS - **Dott. Gianni Di Centa**
- Segretaria Comunale del Comune di Montorio al Vomano - **Dott.ssa Carla di Giamberardino**
- Responsabile Ufficio Servizio Sociale ECAD – Responsabile Ufficio di Piano – **Dott. Marcello Ferreo**;
- Responsabile Ufficio Servizio Sociale ZGS² Gran Sasso – **Dott. Piergiorgio Possenti**;
- Responsabile Ufficio Servizio Sociale ZGS Laga – **Dott. Gianni Di Giacomantonio**;
- Direttore Generale ASL Teramo o delegato – **Dott. Valerio Profeta**;

Ad essi si sono integrati i seguenti rappresentanti di organismi della cooperazione sociale:

- Cooperativa Sociale “3M”- Dott. Danilo VISCIOOTTI
- Cooperativa Sociale “I Colori” - Dott. Marco LUCANTONI

1.5. La Conferenza Locale Socio-Sanitaria e gli assetti di integrazione

La nuova *governance* pubblica delle politiche sociali, seppure l’Ambito Distrettuale Sociale non coincida con un unico Distretto Sanitario di Base, dovrebbe consentire di migliorare l’integrazione istituzionale e la programmazione territoriale socio-sanitaria. A tal riguardo l’introduzione di nuovi strumenti di carattere

² Acronimo di Zone di gestione sociale

istituzionale, quali la Conferenza Locale Integrata Sociosanitaria (CLISS) e la Convenzione Socio-Sanitaria tra l’Ambito Distrettuale e l’Azienda USL, costituiscono un forte impulso all’integrazione socio-sanitaria per i livelli istituzionali, imponendo la precisazione delle rispettive responsabilità e delle funzioni da svolgere nella realizzazione e verifica delle azioni di integrazione socio-sanitaria. La Conferenza, organo comune della convenzione, diventa fondamentale per la formulazione degli indirizzi per la programmazione sociosanitaria a livello di Ambito, per l’individuazione delle azioni comuni e per il coordinamento dell’organizzazione e dell’attuazione delle diverse attività previste in convenzione. Attraverso la Convenzione Socio-Sanitaria vengono tradotte in azioni operative le scelte frutto del raccordo istituzionale tra l’Ambito Distrettuale e l’Azienda USL, destinate ad assicurare il progressivo allineamento del Piano Distrettuale Sociale e del Programma delle Attività Territoriali del Distretto Sanitario (PAT).

La CLISS, composta dai Sindaci dei Comuni dell’Ambito Distrettuale Sociale (ADS) n. 24 Gran Sasso – Laga e dal rappresentante dell’Azienda USL di Teramo, Dott. Valerio Profeta, si è formalmente insediata presso la sede dell’ECAD nella seduta del 11/12/2017 ed ha approvato lo schema di Convenzione Socio – Sanitaria per l’organizzazione e la gestione delle attività di integrazione socio – sanitaria, elaborata sulla base dello schema tipo allegato alle Linee Regionali di attuazione del PSR 2016/2017.

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

L’Ambito Distrettuale Sociale promuove ormai da molti anni la partecipazione dei cittadini e delle organizzazioni ai processi di elaborazione ed attuazione delle politiche di intervento sociale, attraverso incontri di ascolto e confronto organizzati sistematicamente sia al fine del monitoraggio dell’andamento dei singoli servizi previsti dal Piano, sia per l’implementazione di nuovi progetti. Sono parte attiva nei servizi le scuole di ogni ordine e grado, le associazioni locali di volontariato, come la Croce Bianca, “L’Isola che c’è”, “Le Tre Porte”, l’Unione Italiana Ciechi, il Banco di Solidarietà Alimentare, l’Anffas e la Caritas, le Parrocchie, il Centro Servizi per il Volontariato, il Centro per l’Impiego, le Agenzie formative per l’inserimento lavorativo, le Cooperative Sociali, la ASL, le Associazioni Sportive e Culturali Locali.

La sistematicità e la periodicità di tali incontri con i suddetti partner locali non ha posto durante la stesura di questo Piano la necessità di dedicare tempi e spazi appositi per la raccolta dei dati e dei bisogni indispensabili alla costruzione del Piano, poiché questi vengono raccolti tutto l’anno sia con gli strumenti di cui nel tempo si è dotato l’Ufficio di Piano sia tramite gli stimoli provenienti dagli amministratori comunali e dai partner deputati alla realizzazione di progetti finanziati con fondi europei.

Gli incontri di verifica e monitoraggio, la registrazione dei dati relativi ad ogni singolo servizio, l’elaborazione di tabelle e grafici esplicativi dell’andamento della realtà osservata, la somministrazione di questionari di rilevazione e monitoraggio del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi hanno definito un quadro esaustivo dei bisogni e dei servizi del territorio.

I progetti attivati con i partner locali hanno aggiunto elementi di conoscenza nuovi rispetto al passato. Il progetto finalizzato alla diminuzione della dispersione scolastica avviato con alcuni Istituti Comprensivi ed i progetti di aggregazione giovanile intrapresi con le Associazioni Giovanili Territoriali hanno permesso di individuare i punti di forza e di debolezza dell’intero comprensorio montano giovanile; il progetto Home Care Premium, implementato con l’INPS/ex INPDAP, ha consentito di rilevare e monitorare costantemente i bisogni del target anziani e disabili; il progetto Sostegno all’Inclusione Attiva, attuato con i Comuni ed i Centri per l’Impiego ha permesso di individuare i bisogni della condizione “nuova povertà” e dell’occupazione lavorativa.

A fronte di una perdurante crisi congiunturale, il Terzo settore rappresenta l’elemento centrale della transizione dal ‘Welfare State’, sempre più insostenibile, al ‘Welfare Mix’ – in cui le Istituzioni pubbliche svolgono un ruolo di indirizzo, coordinamento, regolazione e sostegno, lasciando all’iniziativa privata il compito di colmare, con la sussidiarietà, l’area dei bisogni non coperta dalla PA, sia sotto forme specializzate e professionali, sia nella veste di ‘Welfare di Comunità’.

In tale contesto, si inquadra la ricordata manifestazione di interesse pubblicata in data 01.12.2017, che ha consentito ad importanti organizzazioni sussidiarie locali di prendere parte, contribuendo, al processo programmatico.

Nello specifico, l’impulso alla promozione e tutela dei diritti di cittadinanza si realizza attraverso le

seguenti ulteriori proposte operative:

- Customer care
- Indagini sociali sull'emersione di fenomeni e sulla caratterizzazione dei bisogni;
- Focus group;
- Carta di Cittadinanza Sociale, quale strumento informativo – declarativo dei principi, dei metodi e dei servizi sui quali si articola il welfare territoriale, che consente alla cittadinanza di avvicinarsi ai servizi offerti, proporre il miglioramento e vigilare sulla corretta implementazione di quanto dichiarato.
- Diritto all'informazione sulle opportunità ed iniziative sociali poste in essere dall'Ambito sociale, attraverso linguaggi e strumenti semplici, al fine di consentire a tutti di comprendere i percorsi di accesso e le opportunità sociali; il Punto Unico di Accesso (PUA) e gli Uffici di Segretariato attivi nel territorio; il potenziamento dei sistemi informatici al fine di fornire la costante ed immediata rappresentazione del sistema locale di servizi.

Entro il 31 marzo di ciascuna annualità, l'Ufficio di Piano provvederà a redigere il **Report dei servizi sociali** erogati nell'esercizio precedente. Tale documento sarà reso pubblico sia sugli strumenti istituzionali di informazione / comunicazione, sia sui media locali.

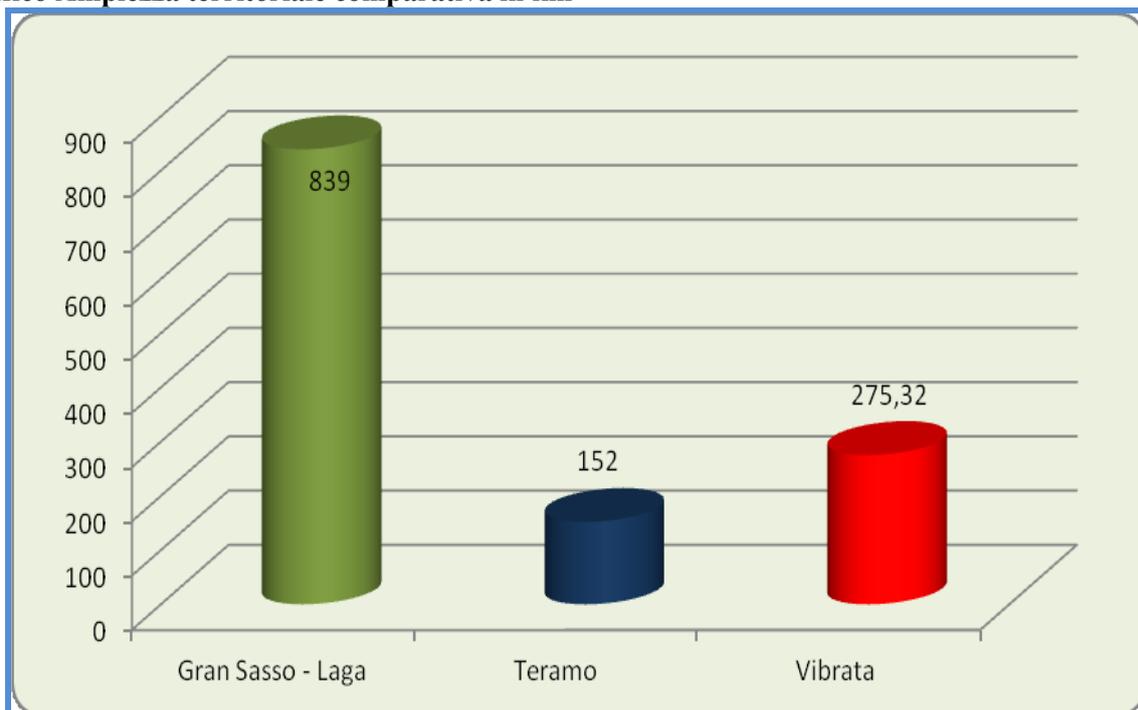
Tale Report, oltre che esporre tutti gli indicatori quantitativi rileverà anche la qualità percepita degli utenti in relazione a ciascun servizio, le criticità, i tempi di erogazione, le liste di attesa, i suggerimenti dei cittadini e degli attori sociali del comprensorio.

IL PROFILO SOCIALE LOCALE

2.1. Analisi delle tendenze demografiche

L’Ambito Distrettuale Sociale n. 24 “Gran Sasso – Laga” è, in termini assoluti, il comprensorio territoriale più vasto della provincia di Teramo. I suoi **839 km²** rappresentano il **43,04 %** del territoriale provinciale e il **7,7 %** di quello regionale. A mera titolo di comparazione visiva, di seguito esponiamo un grafico relativo all’ampiezza territoriale del comune capoluogo di provincia (Teramo), dell’ambito con il maggior numero di abitanti (Vibrata) e dell’Ambito Gran Sasso – Laga.

Grafico Ampiezza territoriale comparativa in km²



Abbiamo voluto dare spazio anticipatorio a tale caratteristica in quanto essa rappresenta, in termini di impatto sulla qualità di vita delle popolazioni locali, uno dei principali indicatori sui quali costruire ogni forma di programmazione territoriale.

E’ verosimile affermare, in linea generale, la natura sostanzialmente omogenea dei comuni aderenti all’Ambito Distrettuale Sociale, seppure con alcune differenze, che in ogni caso non mutano le risultanti degli assetti territoriali, socio-demografici ed economici.

Il primo elemento da considerare, in tale contesto, è che la diffusa polverizzazione territoriale, cioè la parziale presenza di punti urbani aggreganti, rende più difficile e soprattutto costosa l’erogazione di servizi di ogni genere.

La mobilità, chiaramente, non può essere letta solo in quanto afferente alla condizione di agio dei cittadini, ma soprattutto quale presupposto da tenere in debita considerazione per la gestione del disagio. Questa è, probabilmente, una delle cause che hanno generato, nel tempo, una sempre più modesta presenza di presidi sanitari nel comprensorio a riferimento.

Alla notevole dimensione territoriale, deve aggiungersi la sua natura geo-orografica, la parziale presenza di assi stradali ad alta velocità, l’assenza di collegamenti ferroviari, il tessuto economico e produttivo.

Caratterizzazioni che hanno fortemente condizionato, negli anni, la costruzione degli assetti di welfare territoriali, pur in assenza di modesti elementi di premialità finanziaria a carico della finanza derivata, ampiamente rappresentata anche nel Profilo Sociale Regionale.

Al fine di rappresentare con evidenza e schematicità le principali caratteristiche e i relativi andamenti socio-demografici del comprensorio a riferimento, abbiamo individuato una serie di indicatori bersaglio,

rispetto ai quali di seguito assicuriamo esposizione grafica.

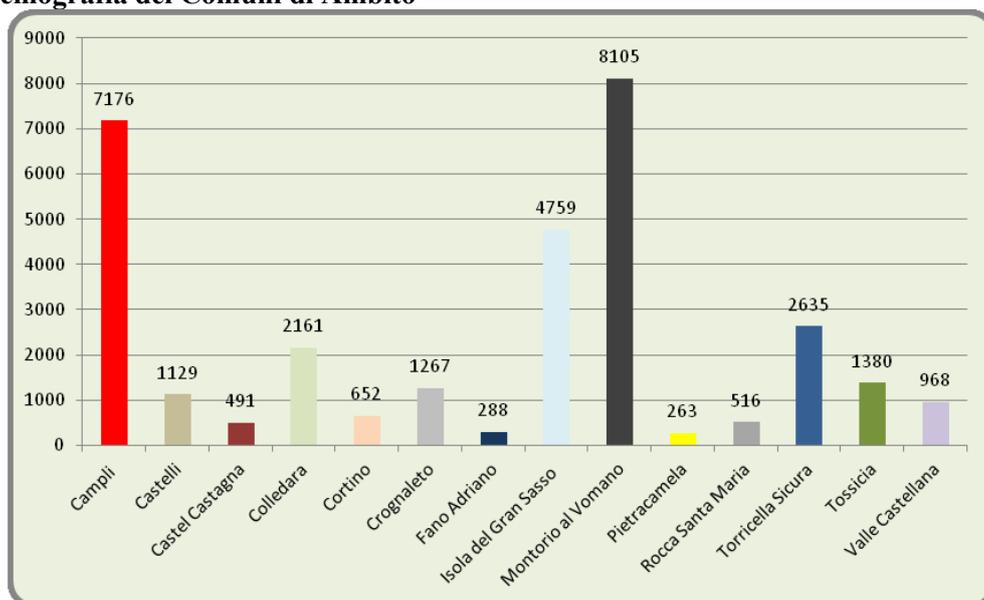
L’Ambito Gran Sasso – Laga, a dispetto della sua ampiezza territoriale, presenta la minore consistenza demografica tra i comprensori della provincia di Teramo per effetto dei **31.790 cittadini** residenti³. Dei 14 Comuni di Ambito, solo 2 superano i 5.000 abitanti (Montorio al Vomano e Campli), mentre nella fascia compresa tra i 2.000 e i 5.000 residenti si collocano 3 Comuni (Isola del Gran Sasso, Torricella Sicura e Colledara). Parimenti, sono 3 i Comuni compresi nella fascia 1.000-2.000 residenti (Tossicia, Crognaleto e Castelli) e 6 i rimanenti Comuni con universi demografici < 1.000 residenti.

L’eterogenea consistenza demografica dei Comuni di Ambito ha sempre rappresentato una sfida per gli Ambiti Territoriali, sempre più impegnati a trovare i giusti equilibri tra la domanda aggregata dei centri a maggiore urbanizzazione e le più ampie sacche di disagio delle zone propriamente interne e montane, tra la consistenza delle risorse garantite dai centri urbanizzati e il bisogno di solidarietà funzionale dei piccoli comuni.

COMUNI	DEMOGRAFIA 2016
Campli	7176
Castelli	1129
Castel Castagna	491
Colledara	2161
Cortino	652
Crognaleto	1267
Fano Adriano	288
Isola del Gran Sasso	4759
Montorio al Vomano	8105
Pietracamela	263
Rocca Santa Maria	516
Torricella Sicura	2635
Tossicia	1380
Valle Castellana	968
TOTALE AMBITO N. 24	31790
VALORE PROVINCIALE	309859
VALORE REGIONALE	1322247

³ **FONTE:** i valori statistici della seguente serie sono estratti da www.comuni-italiani.it e sono tratte da rielaborazioni ISTAT

Grafico Demografia dei Comuni di Ambito



L’analisi dei flussi consente, subito, di comprendere quanto il comprensorio sia caratterizzato da un diffuso e continuato processo di regressione demografica.

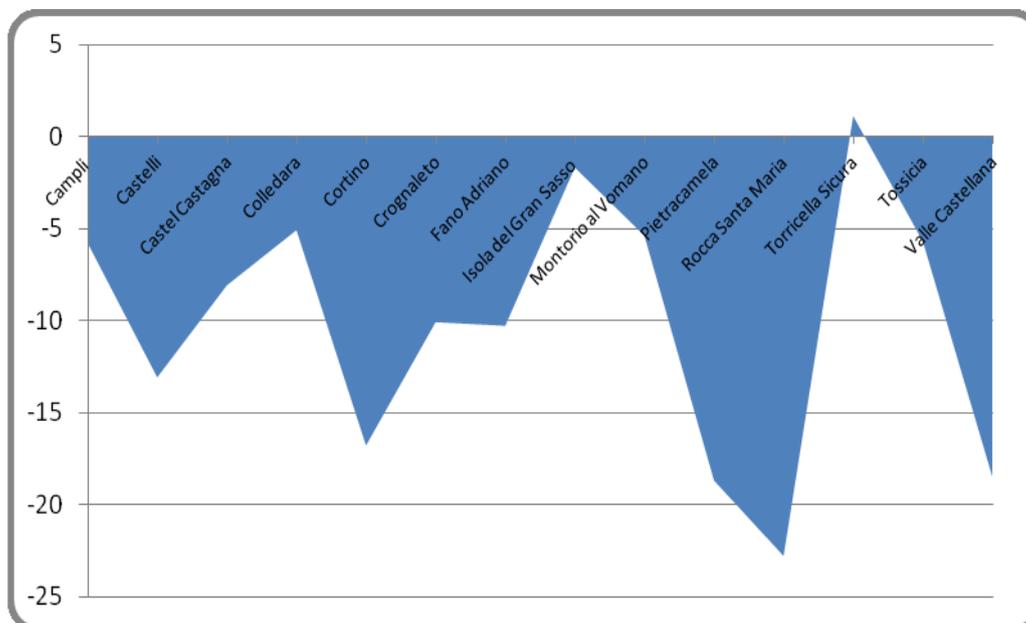
Infatti, la quasi totalità dei Comuni di Ambito fa registrare saldi di crescita naturali negativi, con punte altamente negative, peraltro a fronte, tra l’altro, di saldi migratori negativi.

Com’è noto, nel nostro Paese e nella nostra regione, l’equilibrio demografico – negli ultimi decenni – è stato garantito per effetto della compensazione tra saldo naturale (negativo) e saldo migratorio (positivo).

Tra i Comuni dell’Ambito Distrettuale Sociale Gran Sasso – Laga un solo Comune, Torricella Sicura, collocato a ridosso della corona urbana del capoluogo provinciale rileva un valore positivo di saldo naturale (1,1), mentre tutti gli altri registrano tassi negativi, con punte che raggiungono valori particolarmente elevati nei Comuni di Rocca Santa Maria (-22,8), Pietracamela (-18,7), Valle Castellana (-18,5), Cortino (-16,8), Castelli (-13,1).

COMUNI	CRESCITA NATURALE
Campli	-5,8
Castelli	-13,1
Castel Castagna	-8,1
Colledara	-5,1
Cortino	-16,8
Crognaleto	-10,1
Fano Adriano	-10,3
Isola del Gran Sasso	-1,7
Montorio al Vomano	-5,4
Pietracamela	-18,7
Rocca Santa Maria	-22,8
Torricella Sicura	1,1
Tossicia	-5,7
Valle Castellana	-18,5
Ambito n. 24	-10
VALORE PROVINCIALE	-2,6
VALORE REGIONALE	-3,4

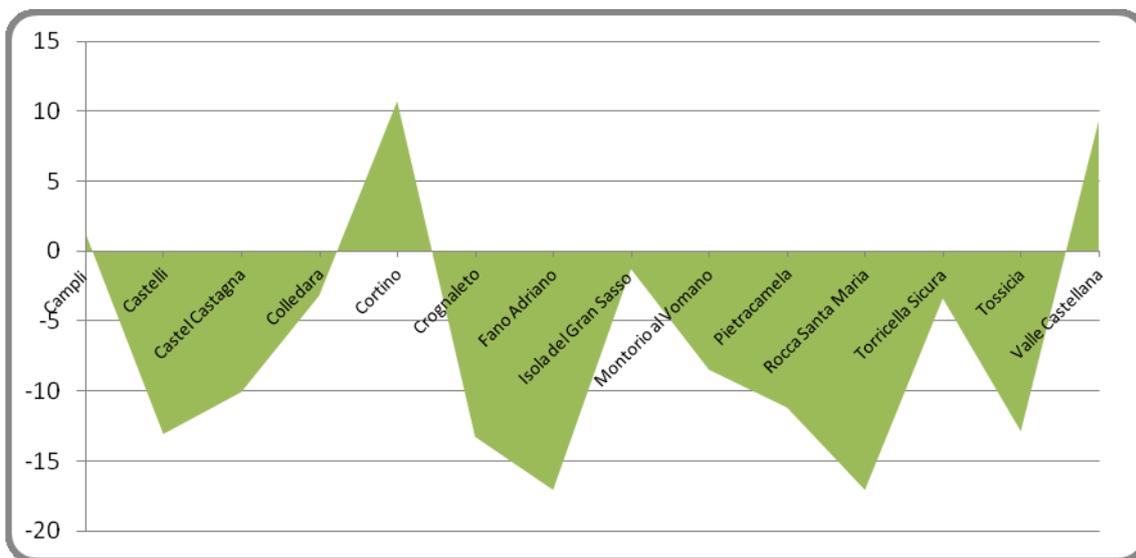
Grafico saldo naturale



Stesso fenomeno, seppure con delle minime variazioni, caratterizza il saldo migratorio, rispetto al quale si rilevano solo 2 Comuni con valore attivo (Valle Castellana e Campli) a fronte di altrettanto valori negativi che, in relazione ad alcuni Comuni, assumono valori regressivi. E' il caso dei Comuni di Fano Adriano e Rocca Santa Maria, nei quali il saldo negativo è pari al -17,1, a fronte del -13,1 di Castelli e del -12,9 di Tossicia.

COMUNI	SALDO MIGRATORIO
Campli	1,3
Castelli	-13,1
Castel Castagna	-10,1
Colledara	-3,2
Cortino	-10,7
Crognaleto	-13,3
Fano Adriano	-17,1
Isola del Gran Sasso	-1,3
Montorio al Vomano	-8,5
Pietracamela	-11,2
Rocca Santa Maria	-17,1
Toricella Sicura	-3,4
Tossicia	-12,9
Valle Castellana	9,3
Ambito n. 24	- 7,95
VALORE PROVINCIALE	1,1
VALORE REGIONALE	0,2

Grafico saldo migratorio



Quanto rappresentato, in relazione al saldo naturale e al saldo migratorio, rafforza ampiamente la considerazione circa il consolidato processo di spopolamento in atto nelle zone interne e montane. Al solo fine di rappresentare tale fenomeno regressivo, assumiamo due Comuni bersaglio al fine di esporre l’andamento nel periodo 1981-2015.

COMUNI	RESIDENTI 1981	RESIDENTI 2016
Valle Castellana	2142	968
Fano Adriano	553	288

Grafico andamento demografico Valle Castellana 1981-2016

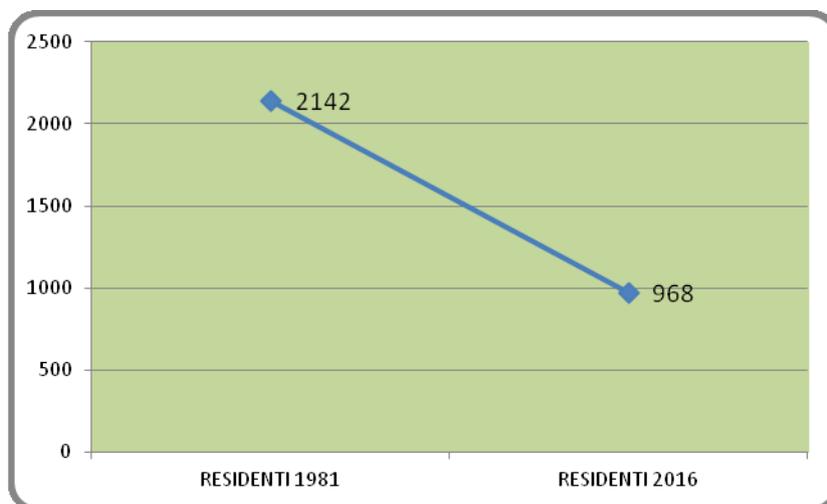
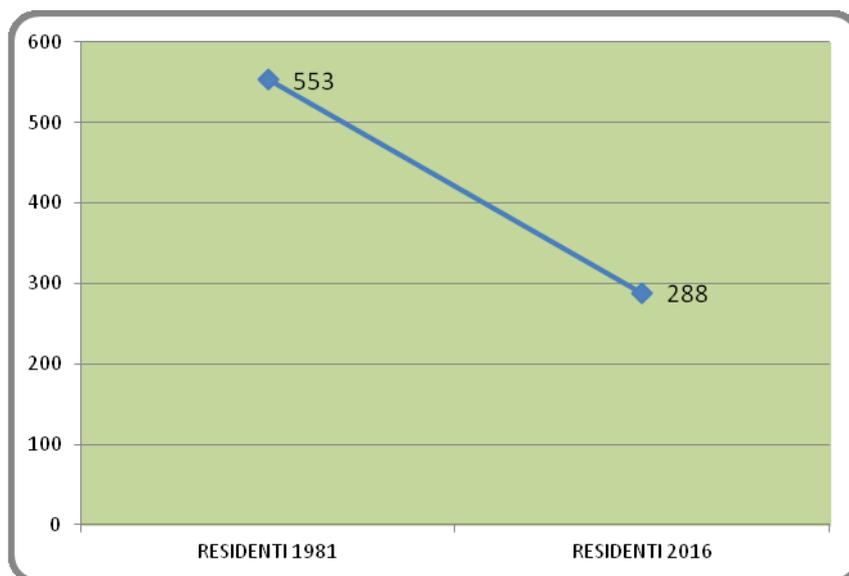


Grafico andamento demografico Fano Adriano 1981-2016



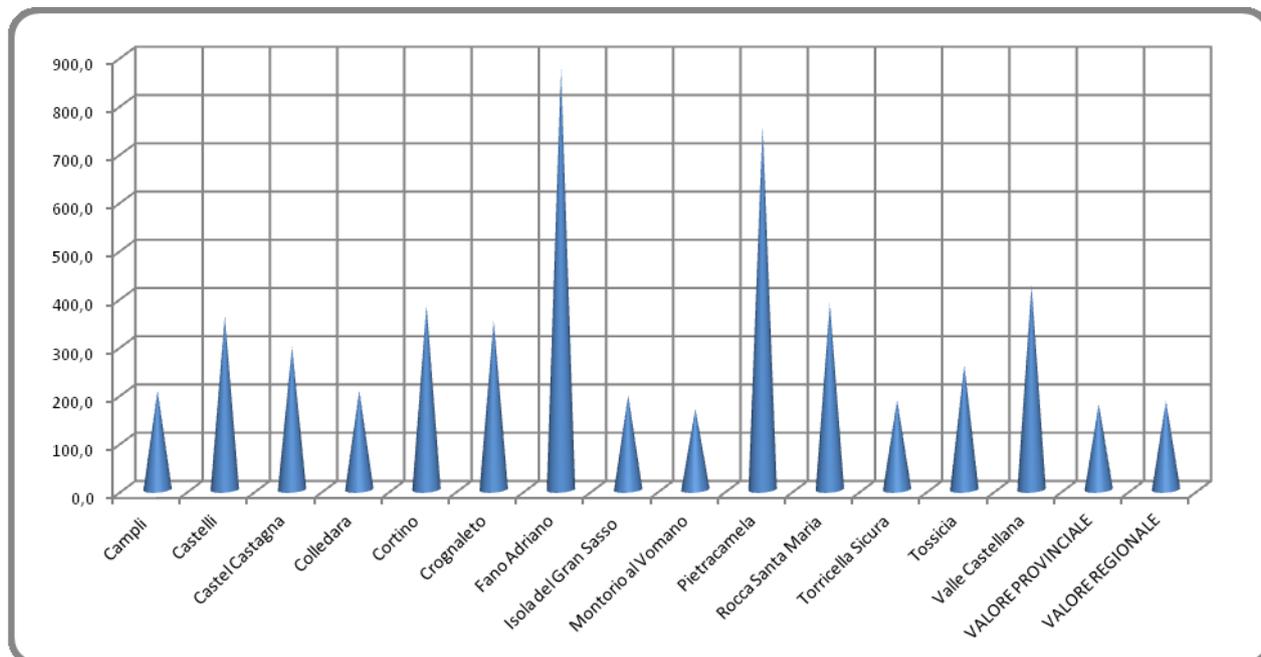
A tal proposito, appare evidente quanto gli eventi sismici del 2016 e del 2017 abbiano fortemente aggravato tale processo regressivo, anche considerando che la gran parte del comprensorio è interessata da vincoli urbanistico – ambientali che rendono difficilmente proponibili assetti urbani sostitutivi di un tessuto architettonico sostanzialmente rappresentato da antiche e vecchie abitazioni. Non vi è dubbio circa il fatto che la regressione demografica possa trovare soltanto un lieve giovamento dalle politiche di welfare locale. In tal senso, occorrerebbero misure straordinarie, e relativi stanziamenti finanziari, per invertire tale rotta.

Lo stesso indicatore che rappresenta saldi migratori discendenti rende onore alle considerazioni sopra esposte. Il comprensorio, in altri termini, non fa emergere attrattività non solo per i gruppi endogeni, che si spostano sempre più a valle o verso le zone costiere, ma anche per i gruppi esogeni, la cui stanzialità è chiaramente correlata alla disponibilità di alloggi a buon prezzo e alla potenzialità occupazionale della zona.

La congiunzione di tali fenomeni producono un assetto demografico contraddistinto da un elevatissimo indice di vecchiaia, come di seguito rappresentato in tabella e grafico.

COMUNI	INDICE DI VECCHIAIA (%)
Campoli	205,4
Castelli	359,3
Castel Castagna	295,7
Colledara	204,7
Cortino	382,8
Crognaleto	350,9
Fano Adriano	872,7
Isola del Gran Sasso	195,6
Montorio al Vomano	168,0
Pietracamela	754,5
Rocca Santa Maria	385,7
Torricella Sicura	185,6
Tossicia	257,9
Valle Castellana	423,6
Ambito n. 24	360,2
VALORE PROVINCIALE	176,7
VALORE REGIONALE	183,9

Grafico Indice di vecchiaia



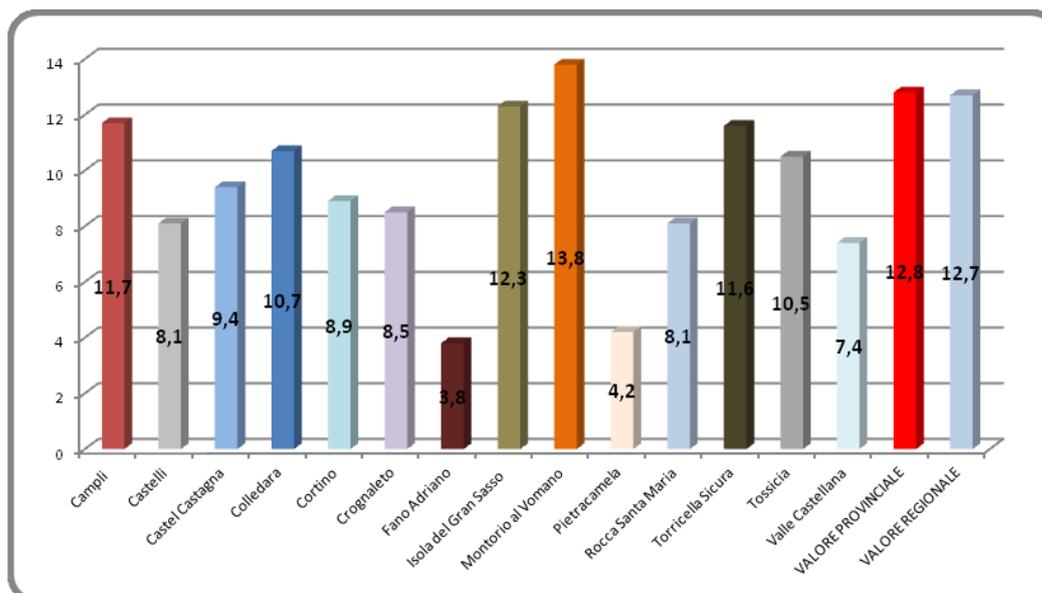
Il rapporto tra welfare territoriale e cittadinanza anziana non autosufficiente e in condizione di isolamento e disagio sociale ed economico è il grande tema del sistema delle politiche socio-sanitarie locali. Nel caso di specie, si tratta di circa oltre 9.500 cittadini residenti con età > 65 anni che vivono in un comprensorio che non rileva né servizi residenziali di tipo socio-sanitario (RSA, RAA-RP), né servizi di tipo semiresidenziali socio-sanitari accreditati e che rileva servizi domiciliari integrati e socio-assistenziali in grado di compensare solo una minima parte del fabbisogno reale o potenziale. La programmazione dei servizi integrati per anziani, quindi, rappresenta il fulcro della presente programmazione, sia in termini di rapporto tra bisogni e servizi, sia in relazione all'importanza sociale e finanziaria di tale programmazione. Ad oggi, infatti, dei 14 Comuni di ambito, il solo Comune di Montorio al Vomano ha un indicatore < alla media provinciale e regionale, mentre tutti gli altri si attestano in intervalli che vanno dal 110 % di tali medie sino al 500 %.

Il contraltare statistico è rappresentato, evidentemente, dai bassi tassi di vitalità demografica, che rappresentiamo attraverso l'esposizione in tabella e grafico mediante assunzione dell'indicatore Universo demografico in età 0-14 anni.

COMUNI	U 0-14 (%)
Campli	11,7
Castelli	8,1
Castel Castagna	9,4
Colledara	10,7
Cortino	8,9
Crognaleto	8,5
Fano Adriano	3,8
Isola del Gran Sasso	12,3
Montorio al Vomano	13,8
Pietracamela	4,2

Rocca Santa Maria	8,1
Torricella Sicura	11,6
Tossicia	10,5
Valle Castellana	7,4
AMBITO n. 24	9,2
VALORE PROVINCIALE	12,8
VALORE REGIONALE	12,7

Grafico Share Universo demografico 0-14 anni



Il grafico evidenzia quanto il solo Comune di Montorio al Vomano rilevi share U 0-14 anni > della media provinciale e regionale, a fronte dell’esposizione di gap negativi che, in alcuni Comuni (Fano Adriano, Pietracamela), raggiungono fronti regressivi percentuali compresi negli intervalli – 80 / - 70 %.

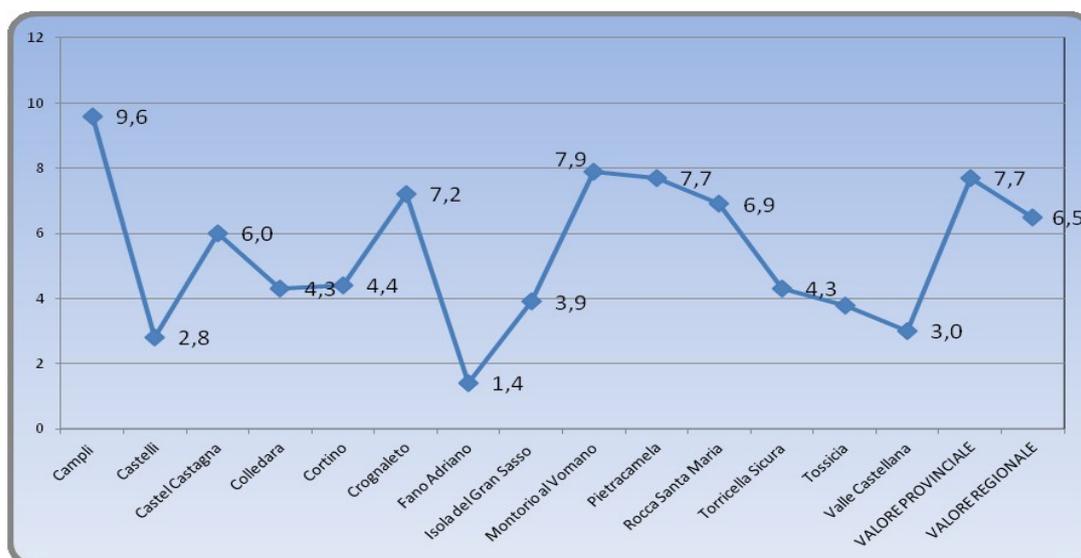
In relazione alla descrizione dell’assetto demografico, abbiamo assunto quale ultimo indicatore paradigmatico il tasso di stranieri residenti.

Come già accennato, nel comprensorio non si rileva una compensazione proporzionale tra i tassi di uscita (cittadini italiani) e i tassi di entrata (cittadini stranieri). Entrambi i valori medi, infatti, sono negativi, per effetto del moderato tasso di “income” registrati nel comprensorio.

COMUNI	CITTADINI STRANIERI (%)
Campli	9,6
Castelli	2,8
Castel Castagna	6,0
Colledara	4,3
Cortino	4,4
Crognaleto	7,2
Fano Adriano	1,4
Isola del Gran Sasso	3,9
Montorio al Vomano	7,9

Pietracamela	7,7
Rocca Santa Maria	6,9
Toricella Sicura	4,3
Tossicia	3,8
Valle Castellana	3,0
Ambito n .24	5,2
VALORE PROVINCIALE	7,7
VALORE REGIONALE	6,5

Grafico Stranieri residenti



Appare evidente quanto la stanzialità dei cittadini stranieri interessi quasi esclusivamente i comuni ad elevata concentrazione urbana e presenza produttiva. Infatti, solo i Comuni di Campili e Montorio presentano indici propri maggiori delle medie regionali e provinciali. Fatto diverso è rappresentato dai comuni di Pietracamela e Rocca Santa Maria, ove la produzione di share è dipendente da altri fattori (presenza di lavoratori stagionali e presenza di Centri di accoglienza straordinari per richiedenti asilo). L'esposizione dei maggiori indicatori di composizione demografica consente di rappresentare, in sintesi, l'andamento del comprensorio a riferimento, caratterizzato da:

- 1) Consistenza dell'ampiezza territoriale;
- 2) Spiccato processo di regressione demografica;
- 3) Composizione demografica fortemente influenzata dall'elevato tasso di vecchiaia e di carico sociale;
- 4) Mancata compensazione tra i saldi naturali e quelli migratori, che sono entrambi ampiamente negativi;
- 5) Eterogeneità urbana tra i Comuni di Ambito;
- 6) Incidenza degli eventi sismici recenti sui processi demografici;
- 7) Bassi livelli di reddito pro-capite;
- 8) Scarsa presenza di presidi sanitari nel comprensorio;
- 9) Modesta presenza di strutture sociali a ciclo residenziale o semiresidenziale autorizzati ai sensi del D.M. 308/2001;

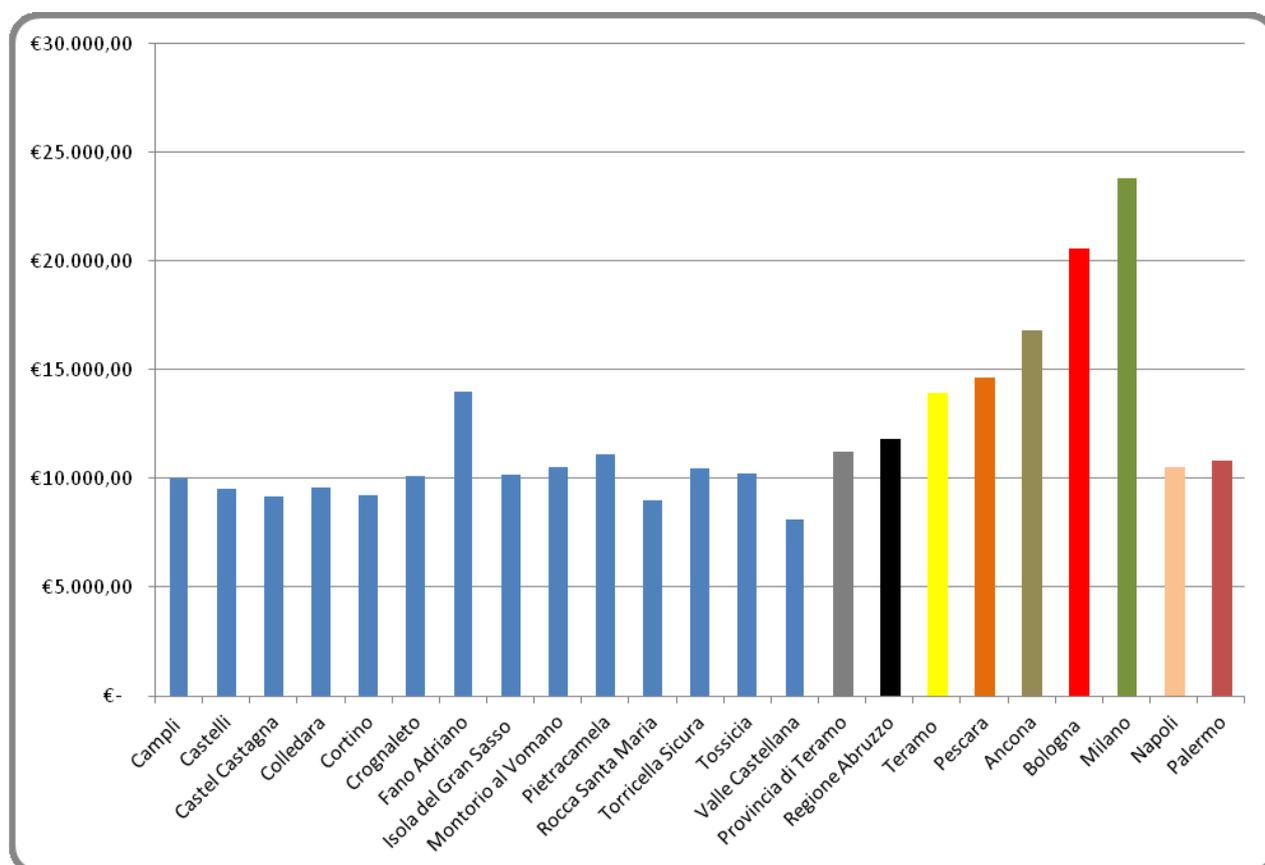
2.2. Dimensione socio-economica del territorio e delle zone

La condizione socio-economica dei Comuni integrati nell’Ambito Distrettuale Gran Sasso – Laga ha risentito fortemente, oltre che dei fattori endogeni, di tipo strutturali, connessi alla natura interna e montana, degli eventi sismici del 2016 e del 2017. Ad oggi, non esiste un censimento in grado di ponderare i dati generali frutto di rielaborazioni ISTAT sulle macro di cui al censimento 2011. I dati di seguito esposti sono stati estrapolati dal sito www.comuni-italiani.it, relativamente all’indicatore del reddito medio, mentre tutti le altre informazioni sono state estratte dal sito ISTAT “8milaCensus”.

La prima, dirimente informazione attiene al reddito medio dei Comuni di Ambito, cui la seguente tabella è riferita. Abbiamo comparato i livelli di reddito medio con i livelli di alcuni Comuni della Regione Abruzzo e d’Italia.

COMUNI	REDDITO MEDIO
Campli	€ 10.014,00
Castelli	€ 9.541,00
Castel Castagna	€ 9.155,00
Colledara	€ 9.568,00
Cortino	€ 9.206,00
Crognaleto	€ 10.110,00
Fano Adriano	€ 13.978,00
Isola del Gran Sasso	€ 10.152,00
Montorio al Vomano	€ 10.555,00
Pietracamela	€ 11.141,00
Rocca Santa Maria	€ 9.012,00
Torricella Sicura	€ 10.498,00
Tossicia	€ 10.218,00
Valle Castellana	€ 8.120,00
Ambito n. 24	€ 10.090,00
Provincia di Teramo	€ 11.205,00
Regione Abruzzo	€ 11.806,00
Teramo	€ 13.947,00
Pescara	€ 14.620,00
Ancona	€ 16.845,00
Bologna	€ 20.571,00
Milano	€ 23.849,00
Napoli	€ 10.531,00
Palermo	€ 10.844,00

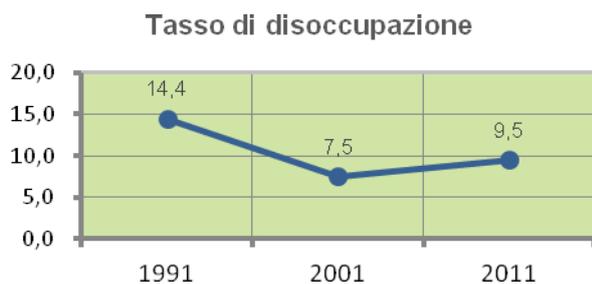
Grafico Reddito medio



Le informazioni sopra assunte rilevano quanto la generale condizione reddituale dei Comuni di Ambito sia, mediamente, in posizione di scostamento negativo nella misura del 10-25 % dai valori medi provinciali e regionali, mentre gli scostamenti rispetto alle zone più avanzate del Paese raggiungono valori compresi tra il 40 e il 160 %.

La disaggregazione del dato generale, che comunque è mitigato dalla seppur modesta e decrescente capacità produttiva dei Comuni di Campli, Montorio al Vomano, Isola del Gran Sasso e Castelli, produce – quale causa dei modesti indici di reddito medio – mercati del lavoro contraddistinti da elevati tassi di disoccupazione generale, femminile e giovanile. Di seguito, esponiamo i relativi dati afferenti ciascun Comune di Ambito.

Indicatore	Campli	Abruzzo	Italia
Tasso di disoccupazione maschile	7,1	8,7	9,8
Tasso di disoccupazione femminile	12,9	14,1	13,6
Tasso di disoccupazione	9,5	11,0	11,4
Tasso di disoccupazione giovanile	20,9	32,1	34,7



CAMPLI: Condizione strutturale **POSITIVA** in relazione a tutti gli indicatori comparativi.

Indicatore	Castel Castagna	Abruzzo	Italia
Tasso di disoccupazione maschile	11,5	8,7	9,8
Tasso di disoccupazione femminile	16,1	14,1	13,6
Tasso di disoccupazione	13,3	11,0	11,4
Tasso di disoccupazione giovanile	37,9	32,1	34,7



CASTEL CASTAGNA: Condizione strutturale **NEGATIVA** in relazione a tutti gli indicatori comparativi.

Indicatore	Castelli	Abruzzo	Italia
Tasso di disoccupazione maschile	8,1	8,7	9,8
Tasso di disoccupazione femminile	13,4	14,1	13,6
Tasso di disoccupazione	10,4	11,0	11,4
Tasso di disoccupazione giovanile	32,4	32,1	34,7



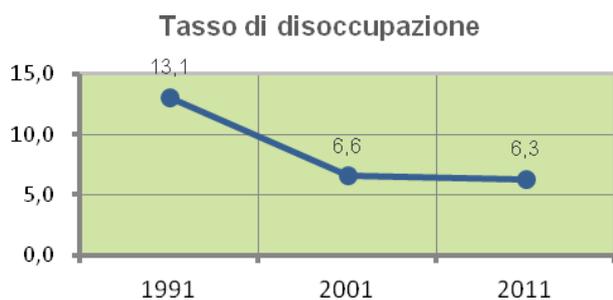
CASTELLI: Condizione strutturale **NEGATIVA** in relazione al solo indicatore relativo alla disoccupazione giovanile su dato Regione Abruzzo.

Indicatore	Colledara	Abruzzo	Italia
Tasso di disoccupazione maschile	9,8	8,7	9,8
Tasso di disoccupazione femminile	20,3	14,1	13,6
Tasso di disoccupazione	13,8	11,0	11,4
Tasso di disoccupazione giovanile	37,2	32,1	34,7



COLLEDARA: Condizione strutturale **NEGATIVA** in relazione a tutti gli indicatori comparativi.

Indicatore	Cortino	Abruzzo	Italia
Tasso di disoccupazione maschile	6,6	8,7	9,8
Tasso di disoccupazione femminile	5,8	14,1	13,6
Tasso di disoccupazione	6,3	11,0	11,4
Tasso di disoccupazione giovanile	20,8	32,1	34,7



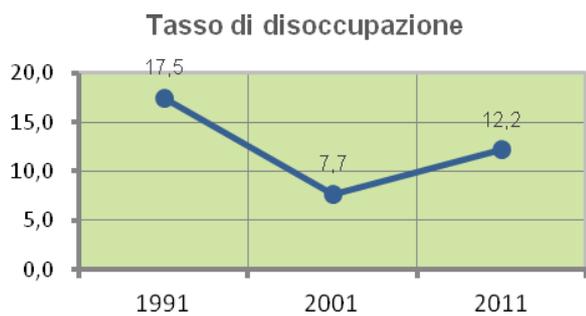
CORTINO: Condizione strutturale **POSITIVA** in relazione a tutti gli indicatori comparativi.

Indicatore	Crognaleto	Abruzzo	Italia
Tasso di disoccupazione maschile	5,4	8,7	9,8
Tasso di disoccupazione femminile	16,8	14,1	13,6
Tasso di disoccupazione	8,8	11,0	11,4
Tasso di disoccupazione giovanile	23,6	32,1	34,7



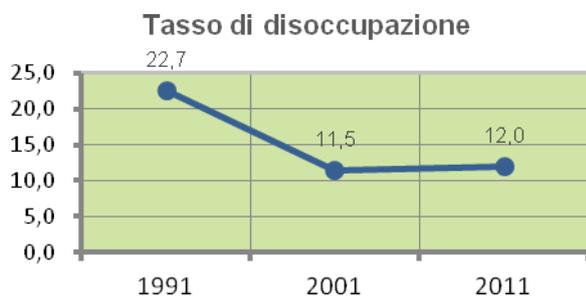
CROGNALETO: Condizione strutturale **NEGATIVA** su disoccupazione femminile

Indicatore	Fano Adriano	Abruzzo	Italia
Tasso di disoccupazione maschile	10,3	8,7	9,8
Tasso di disoccupazione femminile	15,3	14,1	13,6
Tasso di disoccupazione	12,2	11,0	11,4
Tasso di disoccupazione giovanile	10,0	32,1	34,7



FANO ADRIANO: Condizione strutturale **POSITIVA** su disoccupazione giovanile

Indicatore	Isola del Gran Sasso d'Italia	Abruzzo	Italia
Tasso di disoccupazione maschile	8,9	8,7	9,8
Tasso di disoccupazione femminile	17,1	14,1	13,6
Tasso di disoccupazione	12,0	11,0	11,4
Tasso di disoccupazione giovanile	28,1	32,1	34,7



ISOLA DEL GRAN SASSO: Condizione strutturale **POSITIVA** su disoccupazione giovanile

Indicatore	Montorio al Vomano	Abruzzo	Italia
Tasso di disoccupazione maschile	8,4	8,7	9,8
Tasso di disoccupazione femminile	12,9	14,1	13,6
Tasso di disoccupazione	10,2	11,0	11,4
Tasso di disoccupazione giovanile	28,7	32,1	34,7



MONTORIO AL VOMANO: Condizione strutturale **POSITIVA** su tutti gli item

Indicatore	Pietracamela	Abruzzo	Italia
Tasso di disoccupazione maschile	10,2	8,7	9,8
Tasso di disoccupazione femminile	7,7	14,1	13,6
Tasso di disoccupazione	9,4	11,0	11,4
Tasso di disoccupazione giovanile	20,0	32,1	34,7



PIETRACAMELA: Condizione strutturale **NEGATIVA** su disoccupazione maschile

Indicatore	Rocca Santa Maria	Abruzzo	Italia
Tasso di disoccupazione maschile	8,8	8,7	9,8
Tasso di disoccupazione femminile	13,8	14,1	13,6
Tasso di disoccupazione	10,8	11,0	11,4
Tasso di disoccupazione giovanile	18,8	32,1	34,7

Tasso di disoccupazione



ROCCA SANTA MARIA: Condizione strutturale **POSITIVA** su tutti gli item

Indicatore	Torricella Sicura	Abruzzo	Italia
Tasso di disoccupazione maschile	8,6	8,7	9,8
Tasso di disoccupazione femminile	13,4	14,1	13,6
Tasso di disoccupazione	10,6	11,0	11,4
Tasso di disoccupazione giovanile	35,6	32,1	34,7

Tasso di disoccupazione



TORRICELLA SICURA: Condizione strutturale **NEGATIVA** su disoccupazione giovanile

Indicatore	Tossicia	Abruzzo	Italia
Tasso di disoccupazione maschile	4,8	8,7	9,8
Tasso di disoccupazione femminile	14,7	14,1	13,6
Tasso di disoccupazione	8,9	11,0	11,4
Tasso di disoccupazione giovanile	26,7	32,1	34,7

Tasso di disoccupazione



TOSSICIA: Condizione strutturale **NEGATIVA** su disoccupazione femminile

Indicatore	Valle Castellana	Abruzzo	Italia
Tasso di disoccupazione maschile	11,5	8,7	9,8
Tasso di disoccupazione femminile	17,9	14,1	13,6
Tasso di disoccupazione	13,8	11,0	11,4
Tasso di disoccupazione giovanile	30,0	32,1	34,7



VALLE CASTELLANA: Condizione strutturale **POSITIVA** su disoccupazione giovanile

Il complessivo quadro economico-produttivo del comprensorio a riferimento appare particolarmente compromesso, sia per effetto della progressiva compressione delle tradizionali attività primarie e del concomitante indebolimento delle PMI presenti, nonché per gli effetti primari e secondari derivanti dagli eventi sismici del 2009 e del 2016/2017.

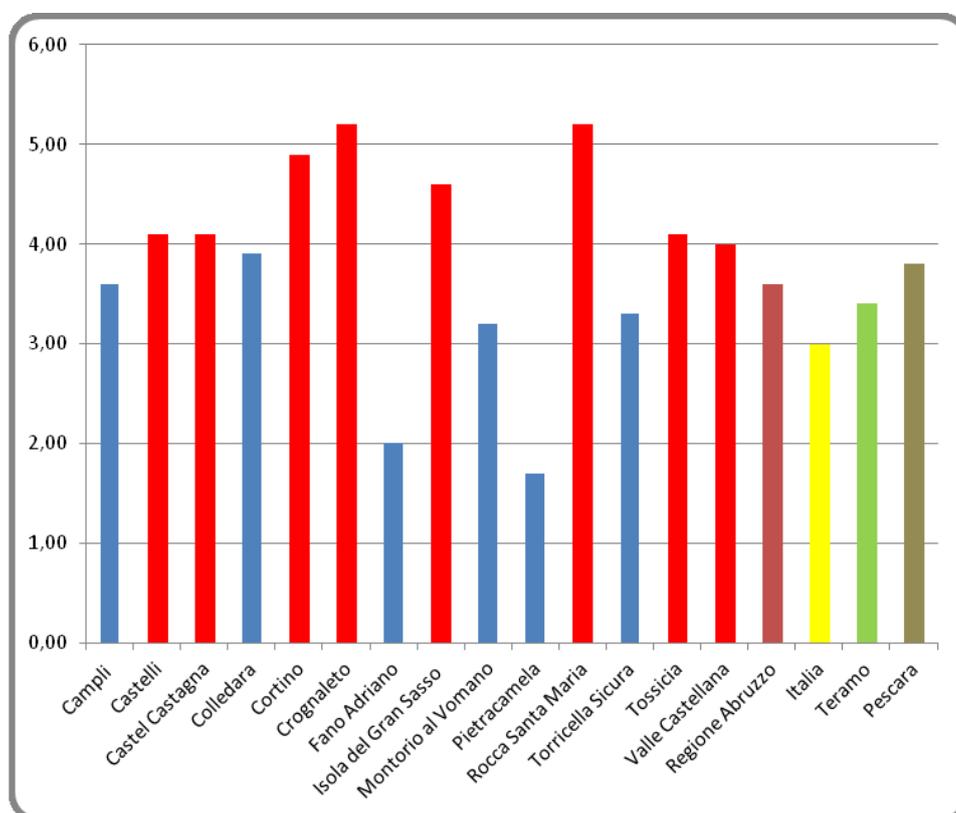
Parimenti, il comprensorio non rileva impianti di servizi ordinari e avanzati tali da poter rappresentare una compensazione in grado di bilanciare il descritto processo di arretramento. In tale scibile, quindi, può asserirsi che il welfare rappresenti una rilevante voce produttiva diretta, in termini di valore prodotto, indiretta, in termini di opportunità in grado di generare altre opportunità o indotto.

L'Istat, attraverso l'elaborazione delle proiezioni economiche, demografiche, produttive e assistenziali, ha elaborato un significativo indicatore di disagio, rappresentato dall'**INCIDENZA DI FAMIGLIE IN DISAGIO DI ASSISTENZA**, che di seguito rappresentiamo.

ENTI	INCIDENZA DI FAMIGLIE IN DISAGIO DI ASSISTENZA
Campli	3,60
Castelli	4,10
Castel Castagna	4,10
Colledara	3,90
Cortino	4,90
Crognaleto	5,20
Fano Adriano	2,00
Isola del Gran Sasso	4,60

Montorio al Vomano	3,20
Pietracamela	1,70
Rocca Santa Maria	5,20
Torricella Sicura	3,30
Tossicia	4,10
Valle Castellana	4,00
Ambito n. 24	3,85
Regione Abruzzo	3,60
Italia	3,00
Teramo	3,40
Pescara	3,80

Grafico indicatore DISAGIO DI ASSISTENZA



L'elevata consistenza dei comuni il cui indicatore esprime il disagio di assistenza si deve alla combinazione di più fattori, quali il basso reddito, l'alto carico familiare, l'alto carico di dipendenza, l'eventuale presenza di soggetti di minore età nel nucleo. Il grafico sopra esposto evidenzia in rosso tutti i comuni aventi soglie < dei valori nazionali, regionali e della città di Pescara assunta quale paradigma avanzato su base regionale.

Tale costruzione, in conclusione, evidenzia quanto le regressive condizioni socio-demografiche ed economiche siano esse pienamente correlate con i bisogni di welfare pubblico.

2.3. Analisi dei fabbisogni sociali e di salute

AREA MINORI, GIOVANI, FAMIGLIA

In relazione al target minori, giovani e famiglie, per la conoscenza maturata dalle diverse componenti dell’Ambito distrettuale sociale, lo scenario rileva l’eterogeneità e l’articolazione dei relativi bisogni sociali.

Ai fini della programmazione, si evidenziano i seguenti fabbisogni da porre alla valutazione del Gruppo di Piano, compatibilmente con le risorse finanziarie a disposizione:

- ✓ nidi d’infanzia esistenti da stabilizzare / potenziare, ampliando l’accesso ai residenti dei Comuni che ne sono sprovvisti;
- ✓ servizi integrativi scolastici che supportino il minore e le famiglie,
- ✓ attività aggregative che offrano risposte funzionali al disagio dei minori, sviluppando e qualificando gli attuali centri di aggregazione;
- ✓ azioni di supporto alle responsabilità genitoriali, potenziamento e perfezionamento dei percorsi di affido etero familiare, anche attraverso la sperimentazione delle cd. famiglie professionali;
- ✓ prevenzione del disagio familiare al fine di contenere i processi di istituzionalizzazione minorile;
- ✓ soluzioni adeguate a fronteggiare la questione dei minori stranieri non accompagnati.

AREA DELLA DISABILITA’

L’osservazione territoriale della domanda e della spesa sociale mostra non solo un incremento di incidenza sull’Ambito di situazioni di disabilità che richiedono e usufruiscono dei servizi di network, ma anche la crescente onerosità delle risposte.

Grazie ai cambiamenti socio-culturali e alle politiche di deistituzionalizzazione e deospedalizzazione, si è generalizzata la permanenza delle persone con disabilità nei luoghi normali della vita. La larghissima maggioranza delle persone con disabilità oggi vive in famiglia a fronte di una diminuzione della presenza delle persone con disabilità o anziani non autosufficienti nei presidi socio – assistenziali. Le famiglie, spesso, manifestano difficoltà a sostenere situazioni che richiedono notevoli carichi assistenziali per le cure da prestare ai loro familiari con conseguenze non solo di carattere economico, ma anche di disagio sociale e di minori opportunità di integrazione rispetto ad altre.

Risulta evidente che occorre, considerata soprattutto l’esiguità delle risorse a disposizione degli Ambiti:

- ✓ aumentare l’appropriatezza e garantire, nei limiti delle risorse disponibili, i servizi domiciliari, educativi, diurni per i cittadini disabili e l’integrazione scolastica;
- ✓ proseguire nella sperimentazione dei piani personalizzati di vita indipendente valutandone attentamente gli esiti, le potenzialità e le criticità;
- ✓ riprendere azioni integrate per la residenzialità di sollievo e il “dopo di noi”, valutandone la sostenibilità, ricercando e attivando nuove risorse esterne;
- ✓ rispondere ai bisogni consolidati e alle nuove criticità emergenti nell’area della salute mentale attraverso un sistema organico di servizi integrati con quelli del centro di salute mentale. In particolare vanno garantiti e resi più efficaci i percorsi di inserimento lavorativo.

AREA PERSONE ANZIANE

All’origine dello stato di bisogno dei cittadini di età avanzata c’è la loro progressiva condizione di fragilità psicofisica, che ostacola la piena realizzazione delle inclinazioni e degli obiettivi personali. Per la maggior parte di essi scatta un maggiore bisogno di cure sanitarie ed assistenziali.

Una condizione che può essere tanto più difficile quanto più gli anziani si trovano ad affrontarla da soli, a causa della mancanza o della scarsità di reti di sostegno primarie (i rapporti familiari, parentali, amicali, di vicinato) e secondarie (basate sull’intervento di strutture associative, istituzionali, professionali in grado di cooperare tra loro). In particolare si può notare che la povertà delle relazioni sociali rappresenta una fonte specifica di disagio degli anziani anche quando il loro stato di salute non risulta particolarmente problematico, poiché incide pesantemente sulla qualità della vita che conducono.

Il crescente bisogno di servizi assistenziali per cure a lungo termine (*long term care*) è condizionato da 4

fattori principali:

- ✓ L’invecchiamento generale della popolazione;
- ✓ Lo specifico aumento dell’aspettativa di vita media dei pazienti affetti da malattie croniche e disabilitanti;
- ✓ La riduzione della potenzialità di assistenza informale da parte dei nuclei familiari;
- ✓ La progressiva evoluzione del sistema ospedaliero verso l’assistenza degli acuti, con livelli sempre più spinti di specializzazione e tecnologia.

La tematica, assume nel comprensorio a riferimento, ruolo centrale, considerati gli elevatissimi indicatori di vecchiaia e dipendenza rilevati.

Nell’Ambito Sociale l’impatto degli interventi rivolti alle persone anziane assume particolare rilevanza per la specifica struttura della popolazione, alla luce del processo senile. Dai primi anni ’90 l’invecchiamento della popolazione ha imposto di ripensare servizi maggiormente diversificati, decentrati e numerosi.

Inoltre, il profondo mutamento della struttura familiare ha posto nuovi bisogni ed ha perciò richiesto uno sviluppo flessibile e innovativo dei servizi.

La fotografia del pianeta anziani mostra una presenza di una “rete” di accoglienza, di cura e sostegno alla persona anziana fornita dalla famiglia di origine, sviluppata e valida principalmente nelle zone interne e collinari, poiché a livello costiero, dove sta scomparendo la famiglia patriarcale per lasciare il posto a famiglie mononucleari, e dove la rete è allentata o poco presente il bisogno di cura e sostegno dell’anziano è maggiore e richiede un più massiccio ricorso ai servizi territoriali

I livelli di tipo nucleare, su cui si è stabilizzato il processo di trasformazione, non consentono l’organizzazione di ammortizzatori primari interni alle famiglie stesse.

Accanto a una analisi del territorio e delle criticità, va affiancata un’analisi del rapporto tra ospedale e territorio: la riduzione della durata della degenza media del ricovero in ospedale, come conseguenza del pagamento del ricovero e della contrazione dei posti letto, ha determinato sempre più, negli ultimi anni, la dimissione di “cittadini fragili” (anziani non autosufficienti, cittadini affetti da disturbi mentali non stabilizzati...) senza la programmazione di una adeguata “protezione” e “tutela” sanitaria e sociale a domicilio.

Risulta indispensabile sviluppare dei percorsi integrati ospedale – territorio per “farsi carico”, per “prendersi cura” dei cittadini più fragili

Da un punto di vista epidemiologico sicuramente la popolazione anziana rappresenta la fascia di età che, maggiormente, subisce le conseguenze della carente integrazione ospedale – territorio.

La senilità è accompagnata da un incremento, sia assoluto, sia relativo, delle malattie croniche, della popolazione disabile, e dell’aspettativa di vita dei cittadini affetti da patologie croniche disabilitanti (diabete, arteriosclerosi, scompenso cardiaco, malattie degenerative del sistema nervoso, lesioni midollari, forme tumorali, ecc.) che risultano, spesso, associate tra loro o con altre malattie (polipatologia, comorbilità).

La popolazione anziana e disabile presenta al proprio interno elementi di criticità quali la non autosufficienza collegata a problemi di reddito, di isolamento socio familiare e di sofferenza in termini di capacità dei caregiver di adempiere alle proprie responsabilità (popolazione care giver che invecchia progressivamente, scollamento della rete familiare assistenziale per problemi legati alla creazione di famiglie mononucleari che vivono, spesso, lontano dai propri genitori).

La non autosufficienza delle persone comporta un intervento complesso e articolato che mette in campo un’ampia varietà di servizi, agenzie, istituzioni, enti della comunità, cui vengono richiesti interventi multipli e a lungo termine.

Si è concentrata l’attenzione, sulla prevenzione delle situazioni di isolamento, apatia, depressione e povertà, attraverso un attento monitoraggio delle situazioni a rischio, rinforzando le reti formali e informali di aiuto e promuovendo il mantenimento, il recupero e la valorizzazione delle competenze dell’anziano. A tal proposito, in un’ottica di “partecipazione attiva” dell’anziano alla vita della comunità, si intendono valorizzare e assumere come modello i pensionati che, volontariamente, si propongono per fornire servizi alla comunità stessa (ad esempio, dirigere e controllare l’uscita degli alunni a scuola)

Si è rilevata poi la necessità di completare la rete dei servizi residenziali promuovendo la costituzione dei

centri diurni per anziani. Considerata soprattutto l'esiguità delle risorse a disposizione degli Ambiti si è evidenziato il bisogno di politiche ed interventi mirati al mantenimento dell'anziano nel proprio ambito di vita, garantendo gli standard raggiunti nei servizi domiciliari, in integrazione con il sistema dei servizi sanitari. In relazione al target, possono individuarsi i seguenti fabbisogni:

- ✓ Incremento novero dei beneficiari dei servizi domiciliari ed integrati;
- ✓ Potenziamento dei servizi semi-residenziali;
- ✓ Perfezionamento delle strategie di integrazione socio-sanitaria in relazione al target;
- ✓ Potenziamento servizi residenziali

AREA INCLUSIONE SOCIALE E CONTRASTO ALLA POVERTA'

Sono presenti nell'ambito fasce sociali ad alto rischio di esclusione sociale, quali quelle dei soggetti in esecuzione penale, tossicodipendenti, pensionati al minimo, soggetti e famiglie svantaggiate, soggetti esclusi dal sistema produttivo, immigrati, famiglie monoreddito, giovani in cerca di prima occupazione, etc,

L'esclusione comprende problematiche molto diverse fra loro, ma correlate, quali la marginalità, la precarietà economica, la privazione culturale, la solitudine, la carenza di legami familiari e sociali, l'isolamento socio-ambientale.

In linea con il profilo regionale è apparso evidente in questi anni di crisi economica l'aumento rilevante della domanda sociale connessa al sostegno al reddito e all'inclusione; infatti, la crisi socio-economica degli ultimi anni sta facendo ingrossare paurosamente le fila dei poveri e, soprattutto, dei “nuovi” poveri tanto che un quarto della popolazione è a rischio di povertà e con una grave privazione materiale.

La povertà è il risultato di un processo di progressiva esclusione che dovrebbe essere fronteggiata con strategie coordinate e mirate di interventi. Gli interventi a carattere meramente assistenziale e di tipo riparativo, che hanno rappresentato per lungo tempo il “cuore” degli interventi pubblici, non sono capaci di produrre risultati stabili, che possano aiutare le persone ad uscire dal bisogno cronico ed a valorizzare le loro capacità e risorse.

La povertà si affronta con maggiore efficacia sviluppando strategie ed interventi integrati, che sappiano individuare tutte le risorse di cui i soggetti svantaggiati dispongono per valorizzarli, responsabilizzarli, accompagnarli con interventi appropriati non solo di aiuto economico-monetario, ma anche e soprattutto di orientamento, sostegno, formazione, inserimento sociale e professionale.

Resta comunque il fatto che, al di là dell'ancor più faticoso compito, rispetto al passato, dei servizi sociali nell'accompagnare in maniera individualizzata il soggetto svantaggiato in percorsi di emancipazione, la disponibilità in misura sufficiente di risorse strumentali, insieme a quelle economiche, diventa questione centrale nell'ambito di una programmazione sociale.

La storia delle componenti di ambito racconta di importanti esperienze maturate in specifiche azioni di inclusione sociale. In un contesto caratterizzato da uno spiccato arretramento socio-economico, si rilevano i seguenti fabbisogni:

- ✓ Potenziamento delle misure di inclusione sociale attraverso percorsi integrati di assistenza;
- ✓ Sperimentazione di network funzionali;

In tema di bisogni di salute assumono particolare importanza i temi dell'emergenza e della continuità assistenziale. Infatti in un territorio montano come il nostro, privo di presidio ospedaliero, l'assistenza emergenziale sanitaria viene garantita attraverso il 118 e le Guardie mediche.

Dai dati disponibili presso la ASL di Teramo, emergono diverse criticità relative alla copertura assistenziale di alcuni bacini di utenza: il Comune di Castelli dista dalla postazione/HUB di Teramo oltre 42 minuti e dallo Spoke un'ora e 11 minuti; il Comune di Fano Adriano, coperto dall MSB di Montorio al Vomano (dista 21 minuti) dista dalla postazione/HUB di Teramo oltre 42 minuti e dallo Spoke un'ora e 10 minuti; oltre a questo vanno anche considerate le vie di comunicazione, le condizioni della viabilità e le caratteristiche orografiche che aumentano le difficoltà di percorrenza. Anche l'utenza coperta dalle postazioni di Montorio vive diverse criticità: il Comune di Crognaleto dista dalla postazione di Montorio al Vomano oltre 33 minuti, dall'Hub 53 minuti e dallo Spoke un'ora e 24 minuti; il Comune di

Pietracamela dista dalla postazione di Montorio al Vomano oltre 25 minuti, dall’Hub 44 minuti e dallo Spoke un’ora e 13 minuti.

Anche il Comune di Campoli dista dalla postazione di Sant’Egidio alla Vibrata 30 minuti, dall’Hub 23 minuti e dallo Spoke 24 minuti.

Da tali dati si comprende quanto le prestazioni sanitarie rese a livello territoriale possano incidere sulla spesa sanitaria di tutto il comprensorio. E’ infatti indiscutibile che un intervento tempestivo riduce le conseguenze derivanti da traumi o patologie improvvise. Pertanto, a livello di Ambito, in accordo ed in linea con il PAT territoriale verranno istituiti Servizi quali l’Infermiere di Comunità e l’Operatore Sociosanitario Territoriale in grado di agire preventivamente e tempestivamente sugli utenti cronici residenti in tutto l’Ambito.

Dal punto di vista dell’assistenza sanitaria il DSB di Montorio al Vomano si è dotato da tempo del Servizio UCCP che garantisce la copertura sanitaria quotidiana di base a tutti i residenti nell’Ambito Distrettuale. Infatti il Piano di razionalizzazione della rete sanitaria elaborato dall’ASR Abruzzo prevede la riduzione di due guardie mediche nel nostro territorio e che di fatto riduce l’assistenza sanitaria di base capillare.

Tra le esigenze territoriali spiccano le marcate tendenze, rilevate dai dati in possesso dell’UVM del DSB di Montorio al Vomano, da parte dei cittadini e dei medici di base nella richiesta di attività riabilitativa ex articolo 26. In questo contesto si inserisce il Progetto presentato e finanziato dall’ECAD –Comune di Montorio al Vomano, con fondi INAIL, di una RSA nel comprensorio che svolga attività residenziale e riabilitativa per anziani non autosufficienti e/o disabili.

Per quanto attiene ad ulteriori approfondimenti relativi alla situazione inerente i fabbisogni di salute dell’Ambito Distrettuale, si rimanda al PAT territoriale relativo alla UOC Ambito Distrettuale “Gran Sasso Laga” – ASL Teramo, che presentata ai Sindaci dell’Ambito Distrettuale Sociale n. 24 dal Direttore del CAST Dott. Valerio Filippo Profeta, è stata approvata dalla Conferenza dei Sindaci del 13.12.2017 e si allega al Piano nella sezione allegati a formarne parte integrante e sostanziale.

2.4. L’attuale sistema di offerta

Il sistema dei servizi socio – assistenziali dell’Ambito 24 “Gran Sasso - Laga” appare mediamente articolato, anche in virtù del fatto che la sua spesa sociale pro-capite, che residente evidentemente della modesta disponibilità finanziaria degli enti in esso integrati, è una delle più basse su scala provinciale e regionale.

L’Ambito, in relazione alla domanda sociale, ha attivato tutti i LIVEAS previsti nel PSR 2011-2013 caratterizzandosi per una preponderanza dei servizi rivolti all’infanzia, all’adolescenza e alla famiglia, ai disabili ed anziani.

Servizi per l’accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale **(accesso, presa in carico e pronto intervento sociale)**

1. **Servizio Sociale Professionale (Liveas)** consistente nell’ attività finalizzata alla lettura e decodificazione della domanda, alla presa in carico della persona, della famiglia e/o del gruppo sociale, all’attivazione ed integrazione dei servizi e delle risorse in rete, all’accompagnamento e all’aiuto nel processo di promozione ed emancipazione. Gestione diretta presso la CM Gran Sasso, gestione mista presso l’Unione dei comuni montani della Laga. Le funzioni amministrative, di direzione e coordinamento, controllo e valutazione sono state a carico EAS. Accessi al servizio anno 2016 numero utenti 370;
2. **Servizio di segretariato sociale (Liveas)**. Attività di informazione e consulenza in risposta al bisogno di informazione dei cittadini, con l’obiettivo di promuovere l’esigibilità dei diritti sociali. E’ strumento di orientamento del cittadino e di conoscenza di tutte le risorse della comunità: pubbliche, del terzo settore, private. Gestione diretta presso la CM Gran Sasso, gestione mista presso l’Unione dei comuni montani della Laga. Le funzioni amministrative, di direzione e coordinamento, controllo e valutazione sono a carico EAS. Accessi al servizio anno 2016 numero

utenti 500;

3. **Punto unico di accesso (P.U.A.)**. La L. 328/2000, il Piano Sociale Nazionale, il Piano Sociale Regionale 2002-2004, individuano il Punto Unico di Accesso come “una risorsa a disposizione del cittadino e degli operatori, per individuare i percorsi più efficaci per affrontare i bisogni di ordine sanitario, sociale e socio-sanitario, in modo unitario ed integrato”. E' definito come una modalità organizzativa concordata tra Distretto ed Ambito Sociale. Il modello organizzativo e operativo elaborato prevede la valutazione multidimensionale del bisogno (presenza di una Unità di Valutazione Multidimensionale – U.V.M.- costituita dal direttore del distretto sanitario di base della ASL, il medico di medicina generale, il coordinatore infermieri, l'assistente sociale dell'Ambito e la figura di uno specialista), la costruzione di un Piano Assistenziale Individualizzato / Progetto Personalizzato, promozione del sistema delle cure domiciliari. Accessi al servizio anno 2016 numero utenti 800;
4. **Pronto intervento sociale** Interventi temporanei di sostegno e soccorso ai soggetti in difficoltà e a rischio di emarginazione, finalizzati ad assicurare la tempestiva capacità di fronteggiare le emergenze personali e dei nuclei familiari: 30 utenti;
5. **Adozione della Carta per la cittadinanza sociale**, quale *Carta dei servizi* del sistema locale dei servizi e degli interventi sociali offerti dall'ambito territoriale, intesa come un patto di cittadinanza sociale fra istituzioni e comunità dei cittadini. La Carta è stata adottata secondo lo schema generale di riferimento approvato dalla Giunta Regionale con DGR n. 143 del 12.3.2004.

**Servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio
(assistenza domiciliare e servizi di prossimità):**

1. **Servizio di assistenza domiciliare anziani (S.A.D.)** a favore di cittadini di cui U> 65 anni, in condizioni di totale e/o parziale autosufficienza, nonché a favore di anziani in condizioni di isolamento personale e/o ambientale. I beneficiari per l'anno 2016 sono stati pari a 72;
2. **Servizio di aiuto personale / assistenza domiciliare (assistenza domiciliare) a favore di soggetti disabili, ai sensi del comma 3, art. 3 della legge 104/92.** . Come per il SAD, anche il servizio in oggetto ha gli stessi obiettivi consistenti nel contrastare l'istituzionalizzazione e favorire la socializzazione e l'integrazione sociale del disabile nel proprio territorio di riferimento. I beneficiari per l'anno 2016 sono stati pari a 60 utenti;
3. **Servizio di assistenza domiciliare per minori in stato di disagio** consistente in attività di sostegno al minore in stato di disagio e alla famiglia attraverso piani educativi individualizzati volti a favorire l'apprendimento di competenze manuali, pratiche, intellettive e relazionali. I beneficiari per l'anno 2016 sono stati pari a 44 utenti;
4. **Telesoccorso e Teleassistenza** Attività finalizzata ad assicurare una tutela a distanza e a favorire l'autonomia possibile, sia con la pronta disponibilità a ricevere le segnalazioni degli utenti in caso di emergenza, sia con contatti programmati con gli assistiti a favore delle persone anziane sole. I beneficiari per l'anno 2016 sono stati pari a 39 utenti;

**Servizi territoriali a carattere comunitario e servizi per la prima infanzia
(asili nido, servizi integrativi disabili, etc.)**

1. **Servizio di assistenza all'autonomia e alla comunicazione a favore di studenti disabili residenti in ambito e iscritti presso le scuole del comprensorio** Integrazione e socializzazione dei minori disabili nel contesto scolastico ed extrascolastico. I beneficiari per l'anno 2016 sono stati pari a 42 utenti;
2. **Servizio affido familiare** servizio di sensibilizzazione e sostegno alla pratica dell'affido familiare. Gli affidi attivati per l'anno 2016 sono stati pari a 1;
3. **Servizio Socio – Psico – Educativo per Minori e Famiglie in difficoltà** consistente in interventi di prevenzione primaria e secondaria nelle scuole, counselling e supporto individuale per la tutela dei minori in stato di disagio e delle loro famiglie, mediazione familiare. I beneficiari per l'anno

2016 sono stati pari a 7 utenti;

4. **Nidi d’infanzia** (a gestione comunale, mista o privata);
5. **Servizi integrativi per minori** (a gestione comunale, mista o privata)

Servizi territoriali a carattere residenziale per le fragilità

1. **Rette per minori in strutture residenziali:** Numero 15 accessi in totale nel 2016.

Gli eventi succedutisi nel corso degli ultimi 5 anni, hanno evidenziato un flusso di minori stranieri non accompagnati che hanno comportato una sfida molto seria per l’ambito.

P.L.N.A. (Piano locale per la non autosufficienza): Il PLNA consiste in una serie di interventi, ad elevato grado di integrazione sociale e sanitario, rivolti alle persone in condizioni di non autosufficienza, in particolare delle persone anziane ultra65 e disabilità gravissima ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA).

Interventi assegno disabilità gravissima 2016 n. 13; interventi assegno disabilità gravissima per persone affette da SLA 2015 n. 2;

L’obiettivo di favorire la piena integrazione della persona non autosufficiente in ogni contesto della vita quotidiana, di facilitare la domiciliarità e alleviare l’impegno quotidiano dei nuclei familiari che si prendevano cura della persona non autosufficiente. Condizione necessaria per la realizzazione del PLNA sono:

- L’esistenza di un **“bisogno complesso”** nella persona non autosufficiente, che fosse contemporaneamente sociale e sanitario,
- presa in carico della persona non autosufficiente attraverso la elaborazione, da parte dell’U.V.M. (Unità di Valutazione Multidimensionale), di un progetto assistenziale individualizzato (P.A.I.) di intervento, sostegno e accompagnamento della persona non autosufficiente e del suo nucleo familiare .

Le tipologie di intervento previste nel PLNA sono:

- Assistenza domiciliare integrata
- Assistenza domiciliare socio assistenziale
- Telesoccorso – teleassistenza
- Assegnazioni economiche per il sostegno della domiciliarità e dell’autonomia personale
- Assegno di cura
- Assegno Vita Indipendente

L’U.V.M. ha elaborato n. 69 P.A.I. (Progetti Assistenziali Individualizzati) nel 2016.

L. 95/95 – Piano regionale di interventi rivolti alla famiglia: intervento domiciliare elettivo per avviare processi di recovery per le persone con grave disagio mentale. 30 utenti che hanno usufruito del servizio nel 2016.

SERVIZI SOCIO SANITARI

- Distretto Sanitario di Base di Montorio al Vomano;
- Distretto Sanitario di Base di Teramo;
- Sede di DSB Isola del Gran Sasso;
- 118 Isola del Gran Sasso e Montorio al Vomano
- Assistenza domiciliare integrata ASL Teramo;
- Centri diagnostico e di riabilitazione convenzionato di Montorio al Vomano;
- Medici di medicina generale (MMG)
- UCCP MONTorio al vomano
- Guardie mediche

SERVIZI EDUCATIVI

- Istituti comprensivi scolastici di Torricella Sicura, Campi, Montorio al Vomano, Isola del Gran Sasso e Castelli (istituto secondario di primo e secondo grado).

SERVIZI SOCIO – EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA

- Asili nido comunali (Isola del G.s., Montorio al V., Campli)
- Servizi integrativi (n. 2 Crognaleto)
- Asili nidi privati (Torricella Sicura)

SERVIZI TRASPORTO

- Trasporto sociale anziani e disabili

DOMICILIO ALTRI SERVIZI NEL COMPRESORIO

- | | |
|---|----|
| ➤ Presidi ospedalieri nel comprensorio | NO |
| ➤ Centri di riabilitazione | SI |
| ➤ Asp n. 1 Teramo | NO |
| ➤ Poliambulatori sanitari | SI |
| ➤ Istituti scolastici medie superiori | SI |
| ➤ Asili nido comunali | SI |
| ➤ Centro Diurno per disabili | SI |
| ➤ Centri semiresidenziali psichiatrici | NO |
| ➤ Consultori familiari | SI |
| ➤ Medicina Scolastica e del territorio | SI |
| ➤ Croce Rossa e Croce verde | SI |
| ➤ Comunità terapeutica per tossicodipendenti | NO |
| ➤ Cooperative sociali di tipo A | SI |
| ➤ Cooperative Sociali di tipo B | SI |
| ➤ Associazioni di volontariato operanti nel sociale | SI |
| ➤ Strutture residenziali minori | SI |
| ➤ Strutture sociali anziani | SI |

In relazione all’Offerta aggregata di servizi socio-assistenziali, sanitari, socio-sanitari ed educativi può asserirsi, senza dubbio di smentita, che il comprensorio sia l’ambito in cui la piattaforma complessiva di welfare è la più carente. Ciò si deve principalmente al processo di centralizzazione sanitario, al processo decrementale della presenza scolastica, alle difficoltà geo-ambientali, a quell’avviato processo di lateralizzazione che rende sempre più le zone montane deficitarie in termini di servizi ai cittadini e, anche per questo, alle prese con estesi fenomeni di regressione demografica, economica e produttiva.

E’ proprio in tali contesto che il welfare, anche per la concomitante modestia di risorse sussidiarie, deve assolvere le proprie funzioni primarie. In assenza di assetti o percorsi sostitutivi e/o succedanei, il welfare pubblico rappresenta, spesso, la principale e unica fonte di sollievo per i cittadini in stato di disagio, ma anche per coloro in condizione di agio.

2.5. Analisi degli impatti della precedente programmazione

Si ritiene che il sistema locale abbia concorso, con la precedente programmazione, a ottimizzare il welfare territoriale, sia in termini di percezione dei cittadini, sia in relazione ad un’ampia gamma di servizi ed interventi resi alle comunità locali.

Non vi è dubbio, parimenti, che permangano ampi scostamenti tra i Bisogni aggregati e la capacità di offerta del network locale, sia in relazione alla modesta capacità dell’Ambito e degli enti locali aggregati di dare risposte quantitativamente significative, sia in relazione alla marcata e già accennata penuria, nel comprensorio a riferimento, di servizi sanitari, socio-sanitari, educativi pubblici e privati.

In termini di sintesi, l’ambito distrettuale sociale, nelle composizioni preordinate (Gran Sasso e Laga) hanno allocato, quasi interamente, le proprie risorse nell’erogazione dei Livelli essenziali di assistenza sociale, con specifica incidenza dei servizi SSP-SS, dell’assistenza scolastica disabili, dell’assistenza domiciliare anziani e disabili, del pagamento delle rette per minori in strutture residenziali.

Nel 2013, ultimo esercizio ordinario della precedente pianificazione i dati di spesa pro-capite relativi al

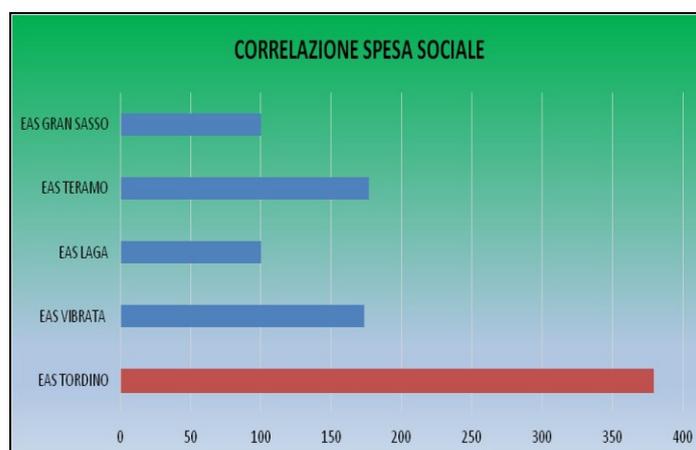
Piano di zona, di cui agli ambiti della provincia di Teramo, producevano la seguente rappresentazione⁴:



Il dato esposto rileva che, a fronte di una spesa media provincia pro-capite pari ad euro 35,4, nessuno degli ambiti bersaglio raggiunge tale livello, prodotto – evidentemente – dall’elevatissimo indicatore conseguito dall’EAS Tordino.

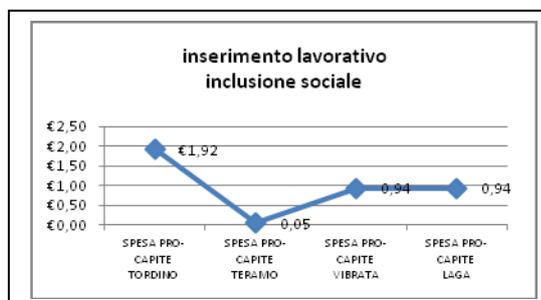
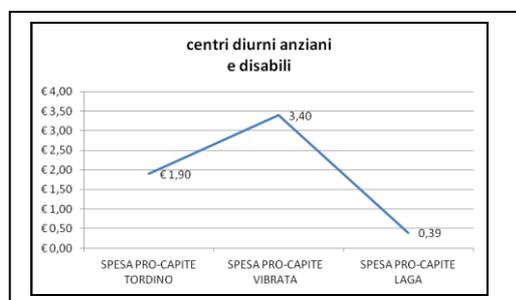
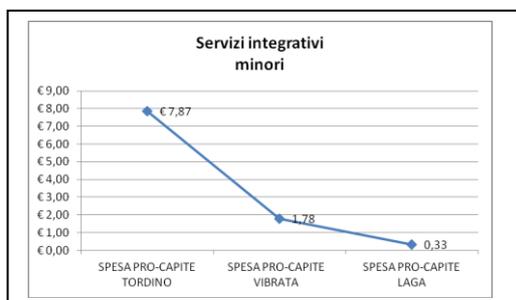
AMBITO SOCIALE	BASE
EAS TORDINO	379
EAS VIBRATA	173
EAS LAGA	100
EAS TERAMO	176
EAS GRAN SASSO	100

La tabella sopra esposta testimonia la consistenza degli scostamenti, cioè la differente spesa sociale, rapportata alla relativa demografia, dei differenti ambiti. A mero titolo paradigmatico, tra l’EAS Tordino e l’EAS Teramo vi è un rapporto pari al 2,15.



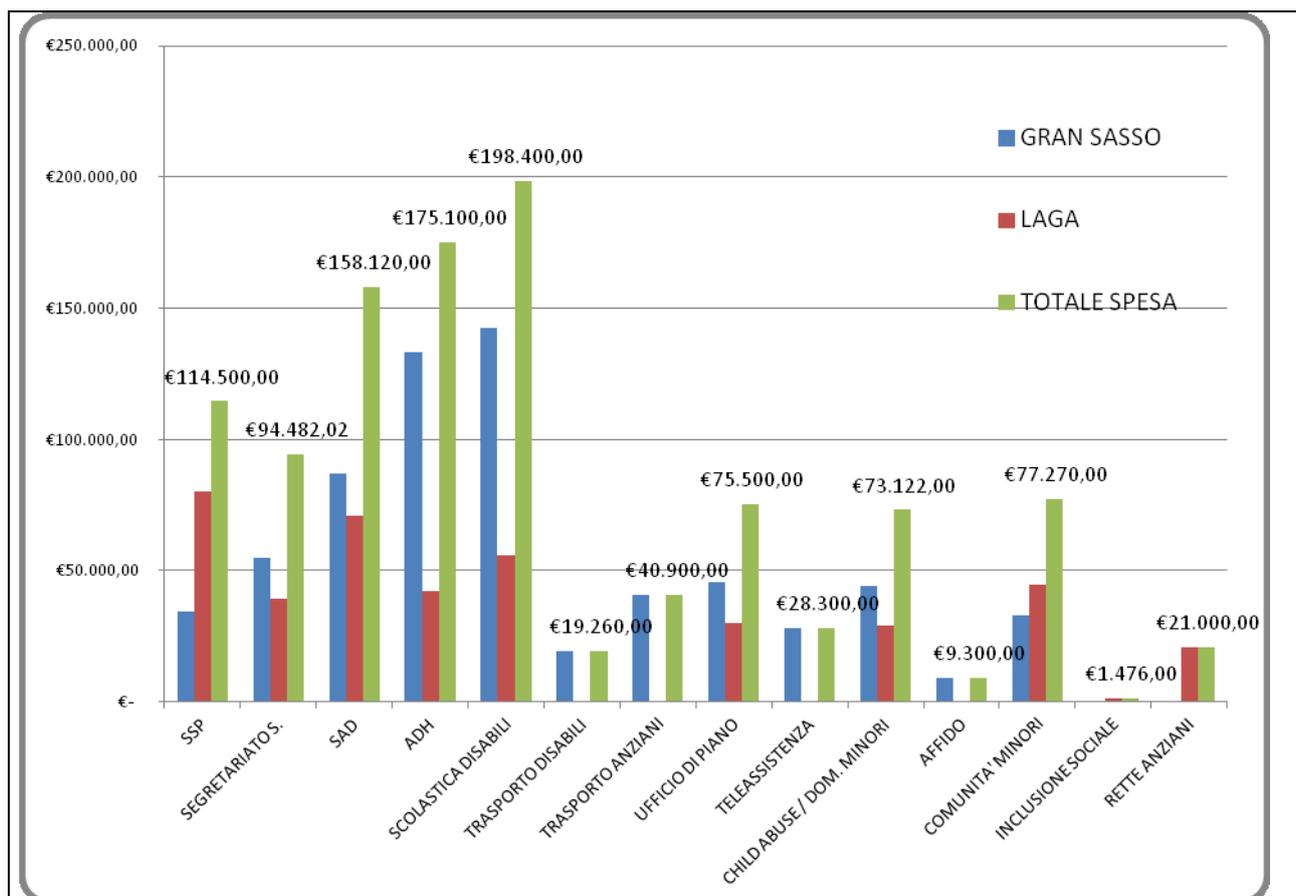
⁴ Fonte: Analisi comparativa costi Piani di zona 2013 su Rendiconti 2014;

La disaggregazione del dato generale in servizi bersaglio produce le seguenti rappresentazioni grafiche:



Di seguito, diamo contezza dei flussi assistenziali e di spesa relativi all'esercizio 2016.

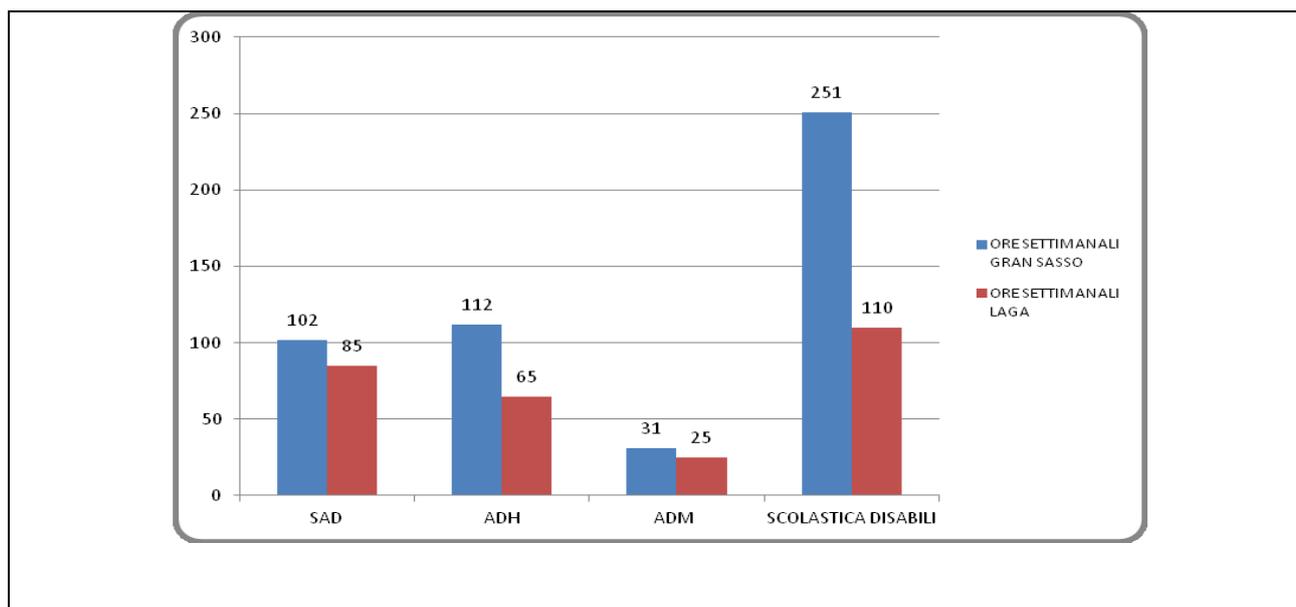
SERVIZI	GRAN SASSO	LAGA	TOTALE SPESA
SSP	€ 34.500,00	€ 80.000,00	€ 114.500,00
SEGRETARIATO SOCIALE	€ 55.000,00	€ 39.482,02	€ 94.482,02
SAD	€ 87.120,00	€ 71.000,00	€ 158.120,00
ADH	€ 133.100,00	€ 42.000,00	€ 175.100,00
SCOLASTICA DISABILI	€ 142.500,00	€ 55.900,00	€ 198.400,00
TRASPORTO DISABILI	€ 19.260,00	€ -	€ 19.260,00
TRASPORTO ANZIANI	€ 40.900,00	€ -	€ 40.900,00
UFFICIO DI PIANO	€ 45.500,00	€ 30.000,00	€ 75.500,00
TELEASSISTENZA	€ 28.300,00	€ -	€ 28.300,00
CHILD ABUSE / DOM. MINORI	€ 44.122,00	€ 29.000,00	€ 73.122,00
AFFIDO	€ 9.300,00	€ -	€ 9.300,00
COMUNITA' MINORI	€ 32.770,00	€ 44.500,00	€ 77.270,00
INCLUSIONE SOCIALE	€ -	€ 1.476,00	€ 1.476,00
RETTE ANZIANI		€ 21.000,00	€ 21.000,00
TOTALE	€ 672.372,00	€ 414.358,02	€ 1.086.730,02



La tabella riportante i dati di spesa 2016 testimonia il gap di spesa registrato nei due ex ambiti sociali, rispetto al quale il presente Piano intende dare immediata risposta uniformando i valori medi di spesa in senso incrementale.

La disaggregazione dei valori evidenzia, altresì, quanto circa il 70 % della spesa globale sia assorbito dai servizi SSP-SS, Assistenza domiciliare anziani e disabili, assistenza scolastica disabili. Quest'ultimo servizio, da solo, assorbe circa il 21 % circa della spesa d'esercizio nell'ex ambito Gran Sasso e circa il 13,5 % nell'ex ambito Laga.

Appare evidente quanto tali piattaforme debbano individuare soglie erogatorie omogenee, sia per l'individuazione di diritti e facoltà omogenee in capo alla cittadinanza di ambito, sia per una migliore gestione della politica della spesa sociale.



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

La seguente schematizzazione individua, in sintesi, i principali fabbisogni in emersione e le misure di superamento delle criticità rilevate in sede di profilo sociale locale.

AREA	OBIETTIVI	STRUMENTI
Servizi generali SSP SS	Consolidamento Stabilità operativa e professionale Gestione diretta Incremento dei livelli d'integrazione gestionali e operativi	Incremento budget Azioni tecniche e amministrative funzionali
Servizi domiciliari anziani, disabili e minori	Unitaria regolamentazione accesso Incremento indici di copertura	Azioni tecniche e amministrative funzionali Incremento budget
Servizi integrativi scolastici per disabili	Unitaria regolamentazione modalità di erogazione Ottimizzazione delle risorse Sperimentazione interventi extrascolastici	Azioni tecniche e amministrative funzionali
Servizi residenziali minori	Sperimentazione struttura in house , mista o procedimento di accreditamento sperimentale	Azioni tecniche e amministrative funzionali
Inclusione sociale	Sperimentazione e potenziamento percorsi integrati con P.O. / FSE e con iniziative autonome di ambito	Azioni tecniche e amministrative funzionali Destinazione budget
Integrazione socio-sanitaria	Consolidamento reale Estensione novero utenti presi in carico dai servizi domiciliari sanitari soprattutto nelle zone interne	Azioni tecniche e amministrative funzionali

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

3.1. Priorità generali per il benessere sociale e di salute

Il presente documento evidenzia le priorità generali per il benessere sociale e di salute, in linea sia con i più ampi indirizzi regionali, sia con gli orientamenti del Gruppo di Piano. Indirizzi, priorità e obiettivi strategici in molti casi fanno riferimento ad attività già in essere fin dal precedente triennio, per le quali è sufficiente continuare quanto già avviato; in altri casi si tratta di attività che presentano ancora margini di miglioramento e che richiedono un ulteriore impegno; in alcuni casi, infine, sono previste attività nuove sulla base dei bisogni emergenti.

Per la biennalità 2017/2018 si intende realizzare una **rete di opportunità e di garanzie orientate allo sviluppo umano e al benessere della comunità, al sostegno dei progetti di vita delle persone e delle famiglie, all'esercizio di una cittadinanza attiva nel pieno rispetto del principio di equità, dei diritti e della centralità della persona**. A tal fine è necessario, oltre che migliorare le performance quantitative, compiere uno sforzo di innovazione, riqualificazione e riconversione dei servizi erogati verso il miglioramento continuo dei livelli qualitativi dell'assistenza.

In linea con i dati Istat e con le criticità riscontrate dal Piano Distrettuale Sociale regionale, l'ADS 24 evidenzia, tra gli altri aspetti, le seguenti criticità sulle quali è necessario intervenire:

- l'invecchiamento progressivo della popolazione;
- i bassi tassi di natalità;
- tassi superiori alla media nazionale rispetto alla presenza di malattie croniche;
- difficoltà di integrazione (soprattutto lavorativa) delle giovani generazioni e della *middle age*;
- aumento delle fasce di popolazione a rischio di povertà ed esclusione;
- trend in crescita delle malattie neurovegetative;
- scarto tra domanda e offerta di servizi a sostegno delle persone in stato di disagio;

Le priorità generali per il benessere sociale e di salute della popolazione dell'ADS 24 partono dalla conoscenza dei punti critici rilevati che sono importanti per costruire, progressivamente ed incrementare progetti, interventi e politiche che procedano verso il contrasto strategico di tali problemi.

3.2. Obiettivi della programmazione

La Tavola 48 del PSR, alla quale si rimanda, rappresenta un indispensabile riferimento per le scelte che ciascun Ambito è chiamato a compiere con il proprio Piano sociale distrettuale. Essa, infatti, contiene l'indicazione degli obiettivi generali di benessere sociale e di salute che il Piano pone all'attenzione dell'intero sistema regionale di welfare con la finalità di assicurare la necessaria coerenza tra le politiche sociali e quelle locali. Gli obiettivi della nuova programmazione, in termini di promozione del benessere e della salute, possono essere sintetizzati negli otto "campi di intervento" risultanti dal profilo sociale regionale, sui quali si innestano gli "assi tematici" del nuovo Piano sociale distrettuale (Cfr. PSR, Tav. 48), come evidenziato nel seguente schema:

CAMPI DI INTERVENTO	ASSI TEMATICI	OBIETTIVO
invecchiamento progressivo della popolazione	ASSE 6	Contrasto dell'insorgenza della non autosufficienza
	ASSE 1	
bassi tassi di natalità	ASSE 7	Incremento del tasso di natalità
	ASSE 4	
tassi superiori alla media nazionale rispetto alla presenza di malattie croniche	ASSE 2	contrasto tasso all'insorgenza di malattie croniche e invalidanti
	ASSE 1	
	ASSE 6	

difficoltà di integrazione (soprattutto lavorativa) delle giovani generazioni	ASSE 4	Riduzione drop-out
	ASSE 3	
	ASSE 1	
incidenza doppia, rispetto alla media nazionale, dei casi di violenza sulle donne e bambini	ASSE 3	Contrasto fenomeno e rete di assistenza in favore delle vittime
	ASSE 1	
	ASSE 4	
aumento delle fasce di popolazione a rischio di povertà ed esclusione	ASSE 3	Contrasto situazioni di povertà e sostegno in favore di persone con grave deprivazione
	ASSE 1	
trend in crescita delle malattie neurodegenerative	ASSE 2	Rafforzare la rete sociosanitaria di cura e ritardare la progressione delle malattie
	ASSE 6	
	ASSE 1	
scarto tra domanda e offerta di servizi a sostegno delle persone con disabilità	ASSE 7	Sviluppare una rete di servizi per la disabilità in grado di avviare l'applicazione della Convenzione ONU in Abruzzo in tutti i suoi aspetti (servizi di cura, lavoro, partecipazione sociale, inclusione, abitazione, vita indipendente, etc.)
	ASSE 1	
	ASSE 2	
	ASSE 4	

In conformità al PSR si fa ricorso agli "obiettivi essenziali di servizio" individuati dalla Conferenza Stato Regioni per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, prevedendo nel Piano sociale distrettuale tutti i "nuovi LIVEAS" prescritti (Cfr. PSR, § 11.2), che dovranno, però, trovare attuazione in corrispondenza alla effettiva domanda sociale.

Tabella – Documento per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali

MACROLIVELLO	OBIETTIVI DI SERVIZIO	LINEE DI INTERVENTO	INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	TARGET DI RIFERIMENTO
SERVIZI PER L'ACCESSO E LA PRESA IN CARICO DA PARTE DELLA RETE ASSISTENZIALE	ACCESSO	Azioni di sistema (Punto unico di accesso) Segretariato sociale	SI	Popolazione
	PRESA IN CARICO	Servizio sociale professionale		Popolazione
		Funzioni sociali per la VMD	SI	Persone con bisogni complessi
	Funzioni sociali per affido/adozioni minori	SI	Minori	
PRONTO INTERVENTO SOCIALE	Interventi per emergenza sociale		Persone con grave emarginazione	
Servizi e MISURE PER FAVORIRE la permanenza a domicilio	ASSISTENZA DOMICILIARE	Supporto domiciliare per aiuto domestico/familiare		Adulti, Anziani e Disabili in condizione di fragilità
		Assistenza tutelare OSS (ADI)	SI	Persone non autosufficienti
		Misure di sostegno alla N. A. e disabilità grave		Anziani e disabili non autosufficienti
	Assistenza Educativa Domiciliare		Minori in famiglie con disagio	
SERVIZI DI PROSSIMITA'	Interventi di Prossimità (forme di solidarietà a favore delle fasce fragili)		Famiglie, Anziani, Disabili	
SERVIZI TERRITORIALI A	ASILI NIDO E ALTRI SERVIZI	Asili nido e servizi innovativi prima infanzia		Minori 0-24 mesi

CARATTERE COMUNITARIO E SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA	PER LA PRIMA INFANZIA	Centri di aggregazione e polivalenti		Minori Adolescenti/giovani Anziani e disabili
SERVIZI TERRITORIALI A CARATTERE RESIDENZIALE PER LE FRAGILITA'	COMUNITA'/ RESIDENZE A FAVORE DEI MINORI E PERSONE CON FRAGILITA'	Comunità educativo-assistenziali	SI	Minori allontanati dalla famiglia Minori stranieri non accompagnati
		Centri semiresidenziali sociosanitari e socio-riabilitativi	SI	Disabili gravi Anziani non autosufficienti
		Residenze per anziani	SI	Ultra 65enni
		Residenze socio-sanitarie per non autosufficienti	SI	Ultra 65enni non autosufficienti Disabili gravi
		Strutture per disabili privi di sostegno familiare	SI	Disabili gravi soli
MISURE DI INCLUSIONE SOCIALE – SOSTEGNO AL REDDITO	INTERVENTI/ MISURE PER FACILITARE INCLUSIONE E AUTONOMIA	Trasporto per fruire dell'assistenza sociosanitaria a e socio-riabilitativa (Disabili gravi e Anziani NA)	SI	Disabili gravi Anziani Non Autosufficienti
		Misure di sostegno al reddito per il contrasto alla povertà (+)		Persone e nuclei al di sotto della soglia di povertà assoluta
	MISURE NAZIONALI INCLUSIONE/ SOSTEGNO AL REDDITO	Assegni per Invalidità civile, sordità, sordomutismo		Invalidi civili ciechi e sordomuti
		Indennità di accompagnamento		Invalidi civili incapaci di compiere attività quotidiane e/o deambulare
		Assegno sociale		Ultrasessantacinquenni in condizioni di povertà
		Assegni maternità, Nuclei familiari con 3 figli		Madri e Famiglie numerose

Fonte: Commissione Politiche sociali, Conferenza Stato-Regioni, 2011

In ragione della maggiore autonomia programmatica riconosciuta dal PSR agli Ambiti distrettuali, ferma restando la garanzia della disponibilità dei primi 8 obiettivi essenziali di servizio su tutto il territorio, così come definiti dalla Conferenza Stato-Regioni, gli obiettivi essenziali di servizio vengono tarati specificamente sull'analisi iniziale (profilo sociale locale) e la quantificazione dei volumi dei servizi ed interventi vengono commisurati alla effettiva domanda sociale del territorio (Cfr. PSR § 111.3).

Gli 8 obiettivi essenziali (OE) di servizio del sistema integrato previsti nel Piano sociale di ambito distrettuale con i relativi obiettivi di miglioramento per il triennio, sono:

OE1 - ACCESSO

- 1) Rafforzare la cooperazione fra Comuni e ASL per lo sviluppo dei **Punti Unici di Accesso** integrati e diffusi sul territorio, assicurando un'adeguata presenza della componente sociale fra gli operatori del PUA e garantendo una maggiore diffusione e prossimità territoriale con i cittadini anche attraverso l'utilizzo di un sistema informativo socio-sanitario fra ECAD e ASL-DSB;
- 2) Specializzare il ruolo dei **Segretariati sociali** sia nei compiti di informazione, prima accoglienza, orientamento ai servizi, accettazione ed elaborazione della domanda, sia nell'accompagnamento all'accesso, quali snodi territoriali operanti in stretto raccordo con i PUA e con il Servizio sociale professionale;
- 3) Regolamentare l'accesso al sistema dei servizi con specifici **regolamenti di accesso**, validi su tutto il territorio di ciascun Ambito distrettuale, alle prestazioni sociali agevolate, garantendo equità e trasparenza.

OE 2 - PRESA IN CARICO

- 1) Ridefinire il ruolo e l’assetto ottimale del **Servizio sociale professionale** quale pilastro dell’intero sistema dei servizi e degli interventi sociali locali con compiti attivi di coordinamento dei servizi e di regia dell’erogazione, del monitoraggio e del controllo dei piani individualizzati di intervento, da affidare a personale stabile direttamente dipendente dall’ente locale, compatibilmente con la normativa vigente in materia di personale dipendente degli enti locali;
- 2) Potenziare il ruolo del servizio sociale all’interno delle **Unità di Valutazione Multidimensionale**, dando pari dignità alla componente sanitaria e a quella sociale, con definizione di protocolli comuni per i piani prestazionali condivisi e prevedendo l’inserimento anche di figure specialistiche in presenza di soggetti in età pediatrica;
- 3) Ridefinire e rilanciare il ruolo delle **Equipe per le adozioni** e raccordo con le linee guida in materia di maltrattamento sui minori, favorendo una più incisiva integrazione fra le professionalità sociali, sanitarie, giudiziarie, che presiedono i processi di protezione dei minori in situazioni di disagio.

OE 3- PRONTO INTERVENTO SOCIALE

- 1) Organizzare un servizio attivo o attivabile a domanda di **pronto intervento sociale**, in rete con le organizzazioni di contrasto alla povertà e sperimentando forme di istruttoria pubblica e di co-progettazione;
- 2) Favorire il superamento delle emergenze sociali rafforzando la connessione degli interventi del PIS con servizi di inclusione strutturati (OE8).

OE 4 - ASSISTENZA DOMICILIARE

- 1) Incrementare l’assistenza domiciliare sociale in favore di **persone anziane e disabili** e metterla in rete con gli altri servizi di cura;
- 2) Sviluppare **l’integrazione dell’assistenza domiciliare socio-assistenziale con l’assistenza domiciliare sanitaria** (ADI) attraverso piani individualizzati e integrati di presa in carico e specifici protocolli operativi fra Ambito Distrettuale Sociale e Ambito Distrettuale Sanitario;
- 3) Potenziare **l’assistenza domiciliare educativa** in favore delle famiglie multiproblematiche con minori quale misura per la prevenzione del disagio e del maltrattamento.

OE 5 - SERVIZI DI PROSSIMITÀ

- 1) Sperimentare **servizi comunitari** basati sul “welfare generativo” e sul “welfare relazionale e comunitario” **in favore di anziani, disabili e famiglie**, in forte collaborazione con il terzo settore, anche con l’utilizzo della co-progettazione.

OE 6 - ASILI NIDO E ALTRI SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA E CENTRI DI AGGREGAZIONE E POLIVALENTI

- 1) Consolidare la rete degli **asili nido** esistenti attraverso la riqualificazione dell’offerta e la maggiore flessibilità organizzativa;
- 2) Sviluppare **servizi educativi innovativi** per piccoli gruppi di bambini nella prima infanzia, in grado di fornire risposte personalizzate e flessibili con costi contenuti;
- 3) Riqualificare gli interventi dei **centri diurni socio-aggregativi per minori, disabili e anziani**.

OE 7 - COMUNITÀ/RESIDENZE A FAVORE DEI MINORI E PERSONE CON FRAGILITÀ

- 1) Promuovere lo sviluppo di una rete di **micro-residenzialità di tipo familiare per minori, anziani e disabili**, superando i modelli istituzionalizzanti, sia secondo un approccio di piccola comunità protetta che di comunità a valenza socio-sanitaria integrata per i bisogni più complessi;
- 2) Favorire la fruizione di **servizi diurni socio-sanitari** in collaborazione fra Azienda ASL e Ambito distrettuale.

OE 8 - INTERVENTI/MISURE PER FACILITARE INCLUSIONE E AUTONOMIA

- 1) Garantire su tutto il territorio lo sviluppo di **misure di sostegno al reddito** accompagnate da servizi di inclusione sociale di tipo multidimensionale e globale;
- 2) Assicurare il servizio di **trasporto per l'accesso a strutture socio-sanitarie e sanitarie** per persone con disabilità.
- 3) garantire il **servizio per l'autonomia e la comunicazione degli studenti disabili**;

3.3. Strategie di attuazione

La strategia di programmazione del Piano Sociale Regionale 2016-2018 segue quanto predisposto, nel Luglio 2011, dalla Commissione Politiche Sociali della Conferenza Stato Regioni, nel Documento per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS). Pertanto anche il Piano Sociale di Ambito Distrettuale prevede una strategia attuativa dei Macrolivelli (ML), articolata secondo gli Assi Tematici e relativi obiettivi di servizio.

I Macrolivelli sono:

ML1) Servizi per l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale (Accesso, Presa in carico, Pronto Intervento Sociale);

ML2) Servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio (Assistenza domiciliare, Servizi di prossimità);

ML3) Servizi territoriali a carattere comunitario e servizi per la prima infanzia (Asili nido e altri servizi per la prima infanzia);

ML4) Servizi territoriali a carattere residenziale per le fragilità (Comunità per minori e per persone con fragilità);

MLS) Misure di inclusione - sostegno al reddito (Interventi/misure per facilitare inclusione e autonomia).

A livello locale, pertanto, il piano dell'ECAD sarà articolato sui seguenti Assi Tematici:

AT1 - Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio sociale;

AT2 - Interventi e Servizi per la non-autosufficienza

AT3 - Strategie per l'inclusione sociale ed il contrasto alla povertà;

AT4 - Sostegno alla genitorialità e alle famiglie nuove generazioni, prevenzione e contrasto alla violenza domestica;

AT5 - Strategie per le Persone con Disabilità;

AT6 - Strategie per l'Invecchiamento attivo;

AT7 - Strategie per lo sviluppo dei servizi educativi per la prima infanzia.

La maggiore autonomia programmatica riconosciuta dal PSR all'Ambito sociale distrettuale, anche per gli obiettivi essenziali di servizio, consente di commisurare i servizi e gli interventi alla effettiva domanda sociale del territorio e agli assi tematici strategici disegnati in ragione delle specificità della comunità e del territorio di ambito.

Le modalità organizzative del sistema di offerta dei servizi si svolgeranno nel rispetto dei requisiti di autorizzazione e accreditamento, che saranno progressivamente emanati, procedendo alla distinzione delle azioni in "azioni dirette", maggiormente vincolanti e finanziate con risorse ricorrenti, e "azioni indirette" o "strategie", consistenti negli indirizzi generali da seguire per l'attuazione progressiva di piani, programmi, leggi di settore da finanziare con specifiche risorse che si rendono disponibili successivamente all'adozione del Piano sociale.

Sul piano della governance, strategia prioritaria del Piano è di consolidare e migliorare l'attuale assetto, attraverso il **rilancio dei processi partecipativi e concertativi di territorio**, in grado di **mobilitare risorse comunitarie, di sviluppare reti e partnership significative** e di dare vita a forme virtuose di cooperazione tra gli Enti Locali e tra i comparti (in primis quello sociale e quello sanitario) e tra ente pubblico e terzo settore.

Tutto ciò può essere concretizzato attraverso le 5 direzioni di sviluppo già previste dalle *“Linee guida per la riforma delle politiche sociali in Abruzzo”*:

1. La nuova governance pubblica delle politiche sociali;

2. Un nuovo ruolo per il terzo settore e le professioni sociali;
3. Il rilancio della programmazione e gestione integrata socio-sanitaria;
4. La specializzazione delle risposte e i livelli essenziali;
5. La riqualificazione della spesa.

In particolare, si identificano tre direzioni su cui il Piano intende investire in modo particolare:

- **la nuova governance pubblica delle politiche sociali, pur nella mancata coincidenza tra DSB e ADS** consentirà di migliorare in modo determinante la programmazione territoriale socio-sanitaria integrata. La nuova *governance* sarà rinforzata attraverso l'Ufficio di Piano come area di management integrato e interventi formativi di accompagnamento affinché si possa realizzare un'effettiva programmazione territoriale;
- **il rafforzamento il ruolo del terzo settore e della società civile**, riqualificando e valorizzando le risorse della cooperazione sociale, dell'associazionismo, del volontariato, delle professioni, grazie allo sviluppo di pratiche di accreditamento e coprogettazione. Lo sviluppo di forme di coprogettazione (D.p.c.m.30/03/2001) consentirà di costruire rapporti di partnerariato integrativo e non sostitutivo dell'intervento pubblico, con attenzione a nuove regole di rappresentanza nei tavoli di lavoro. Il rilancio del sistema di accreditamento dei servizi sociali consentirà inoltre di sviluppare un sistema aperto di miglioramento della qualità dell'offerta;
- **la connessione tra gli attori** vuole essere un punto qualificante della nuova programmazione zonale, molte volte invocata nelle osservazioni sulle *Linee guida per la riforma delle politiche sociali in Abruzzo*. Anzitutto tra sociale e sanitario, ma anche tra il sociale e la scuola, il mondo del lavoro, della formazione, delle politiche per la casa, della giustizia, e di quella minorile, in particolare. Connessioni produttive, finalizzate a sostenere percorsi di inserimento, coesione e aiuto alla persona. Questo sarà un punto qualificante di valutazione del nuovo Piano di ambito, anche nella direzione di far crescere attenzione verso l'area del “quotidiano problematico”, del disagio non ancora conclamato, della fascia dei quasi poveri che interessa una quota assai rilevante della popolazione. A favore di esse occorre far crescere interventi di prevenzione delle fragilità e di tipo promozionale.

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

Strategia chiave del PSR e quindi, del Piano sociale distrettuale riguarda l'integrazione socio-sanitaria attraverso il coordinamento fra strumenti di programmazione, sistemi dei servizi e loro progressiva integrazione anche in termini di risorse finanziarie.

Nell'Ambito Distrettuale Sociale, il percorso verso l'integrazione socio-sanitaria è segnato da risultati significativi e da nodi ancora da sciogliere.

I punti di forza sono soprattutto afferenti ai livelli gestionali e professionali di integrazione ricordando le passate sperimentazioni sul PUA, sulla istituzione dell'UVM e sulla prassi di lavoro in rete per progetti in maniera da realizzare le scelte necessarie per poter dare risposta concreta ai bisogni di salute delle persone che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale (D.Lgs. 229/1999).

Gli aspetti critici da affrontare appartengono soprattutto al livello dell'integrazione istituzionale, del quale fanno parte le diverse scelte finalizzate a promuovere e facilitare le collaborazioni fra le istituzioni chiamate ad organizzarsi per conseguire obiettivi comuni di salute.

A tal riguardo l'introduzione di nuovi strumenti di carattere istituzionale, quali la **Conferenza locale integrata socio-sanitaria (CLISS)** e la **Convenzione socio-sanitaria**, da stipulare tra l'Ambito distrettuale e l'Azienda USL, costituiscono un forte impulso all'integrazione socio-sanitaria per i livelli istituzionali, imponendo la precisazione delle rispettive responsabilità e delle funzioni da svolgere nella realizzazione e verifica delle azioni di integrazione socio-sanitaria.

La Conferenza, organo comune della convenzione, diventa fondamentale per la formulazione degli indirizzi per la programmazione socio-sanitaria a livello di Ambito, per l'individuazione delle azioni comuni e per coordinare l'organizzazione e l'attuazione delle diverse attività previste in convenzione e di vigilare sulla loro attuazione.

Attraverso la Convenzione socio-sanitaria vengono tradotte in azioni operative le scelte frutto del raccordo istituzionale tra l'Ambito distrettuale e l'Azienda USL, destinate ad assicurare il progressivo allineamento

del Piano sociale distrettuale e del Programma delle attività territoriali dell’Ambito Distrettuale Sanitario (PAT).

Come previsto in modo più specifico dal PSR (§ III.1) alla voce "L'integrazione socio-sanitaria", la Convenzione definisce le modalità organizzative e gestionali concordemente adottate in merito a quattro ambiti principali d'intervento, rappresentati da:

- a) la realizzazione dei servizi sociosanitari integrati;
- b) le modalità di coordinamento interprofessionale e i percorsi assistenziali integrati, con riferimento anche alla localizzazione dei presidi, al controllo dei costi e all'innovazione organizzativa tecnica e gestionale nei servizi socio-sanitari;
- c) le modalità di impiego del personale proveniente dall' Azienda USL e dagli enti locali associati;
- d) l'utilizzo di un sistema informativo socio-sanitario unificato.

Le aree di integrazione dei servizi sociali e sanitari sono principalmente individuate nell’ambito dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali, nell’area della non autosufficienza, della disabilità, della salute mentale adulta e dell’età evolutiva, dell’assistenza ai minori e delle dipendenze, dell’immigrazione e dei senza fissa dimora.

Il quadro di riferimento nel quale collocare le scelte necessarie per poter dare risposta concreta ai bisogni di salute delle persone che richiedono la realizzazione dei servizi sanitari a rilevanza sociale, sociali a rilevanza sanitaria e socio-sanitari ad elevata integrazione sanitaria viene individuato nell’articolo 3-septies del D.Lgs.502/1992 e al D.P.C.M. 14 febbraio 2001.

In tale contesto per la definizione degli interventi da gestire attraverso la Convenzione socio-sanitaria è utile fare riferimento alla Tavola 49 del PSR 2016/2018 – Documento per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali.

In generale, con riferimento al Piano Distrettuale Sociale e alla gestione di altri piani di intervento, i servizi oggetto della Convenzione sono:

- ✓ Assistenza domiciliare integrata (ADI),
- ✓ Servizio di assistenza domiciliare socio assistenziale (SAD);
- ✓ Centro diurno per persone non autosufficienti;
- ✓ Residenze temporanee e di sollievo per persone non autosufficienti;
- ✓ Budget di cura;
- ✓ Telesoccorso, teleassistenza;
- ✓ Trasporto;
- ✓ Contributi a persone non autosufficienti per il sostegno della residenzialità e semiresidenzialità;
- ✓ Residenze per disabili;
- ✓ Interventi per la vita indipendente;
- ✓ Interventi per il Dopo di Noi;
- ✓ Piani riabilitativi e formativi
- ✓ Equipe adozioni e affido Antiviolenza donne e minori;
- ✓ Assistenza Domiciliare Educativa Minori;
- ✓ Assistenza per l’autonomia e comunicazione intra ed extra scolastica;
- ✓ Altri interventi previsti in progetti attivati dall’Ambito sul bisogno complesso di tipo sociosanitario.

I servizi strumentali di integrazione professionale sono:

- PUA (Punto Unico di Accesso);
- UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale);
- PAI (Piano Assistenziale Individualizzato).

A livello di servizi la suddetta integrazione dovrà mettere al centro la persona, con la revisione e l'ottimizzazione dello strumento che consente la gestione coordinata dei servizi integrati, ovvero il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). Quest'ultimo dovrà essere progettato gestito e monitorato sia dagli operatori sociali che da quelli sanitari, consentendo anche la partecipazione dell’utente e della sua

famiglia. Ciò richiederà la disponibilità delle parti nella condivisione della documentazione e gestione informatizzata.

SEZIONE 4. LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE E SOCIO-SANITARIA

ASSE TEMATICO 1 - ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI ESSENZIALI DI SERVIZIO SOCIALE

In questo Asse Tematico sono definiti gli obiettivi essenziali di servizio e le linee di intervento, secondo quanto previsto nel § II.2 del PSR. Seguendo le direttive del PSR, in coerenza con i fabbisogni rilevati nel Profilo sociale locale si definiscono nel presente Asse Tematico i seguenti servizi, tutti ad azione diretta:

Punto Unico di Accesso (PUA): Il servizio garantisce l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari, promuovendo la semplificazione delle procedure, l'unicità del trattamento dei dati, l'integrazione nella gestione del caso, la garanzia per l'utente di un tempo certo per la presa in carico.

Segretariato sociale: Il servizio garantisce un'attività di informazione e consulenza in risposta al bisogno di informazione dei cittadini, con l'obiettivo di promuovere l'esigibilità dei diritti sociali. E' strumento di orientamento del cittadino e di conoscenza di tutte le risorse della comunità: pubbliche, del terzo settore, private. E' uno snodo territoriale che opera in stretto raccordo con il PUA e con il Servizio Sociale Professionale.

Servizio sociale professionale: Il servizio garantisce un'attività finalizzata alla lettura e decodificazione della domanda, alla presa in carico della persona, della famiglia e/o del gruppo sociale, all'attivazione ed integrazione dei servizi e delle risorse in rete, all'accompagnamento e all'aiuto nel processo di promozione ed emancipazione. Il Servizio Sociale Professionale ha compiti attivi di regia dell'erogazione, del monitoraggio e del controllo dei piani individualizzati di intervento.

Unità Valutazione Multidimensionale (UVM): Il servizio si pone come strumento valutativo – operativo che favorisce la presa in carico globale della persona e governa l'accesso alla rete dei servizi socio – sanitari:

Pronto Intervento Sociale (PIS): Il servizio intende dare risposte immediate a persone che vivono situazioni di emergenza, riguardanti i bisogni di sopravvivenza, per il tempo strettamente necessario ad individuare e realizzare condizioni favorevoli alla risoluzione del bisogno. Le attività sono soprattutto di prima accoglienza a cui si accede contattando i servizi sociali, forze dell'ordine, associazioni di volontariato.

Assistenza domiciliare: Il servizio di assistenza offre un insieme di interventi a domicilio dell'utente con l'obiettivo di fornire un aiuto temporaneo o permanente nello svolgimento delle attività quotidiane legate al governo della propria casa, alla cura della persona e alla vita di relazione. Trattasi di assistenza domiciliare integrata (ADI) quando gli interventi non sono solo di carattere socio assistenziale ma integrati con quelli di tipo sanitario erogati a domicilio.

Servizi di prossimità (forme di solidarietà a favore delle fasce fragili): I servizi di prossimità attivabili riguardano un'ampia gamma di ambiti, da coinvolgere con una visione intersettoriale e multidisciplinare. Si tratta di servizi che, per loro natura, sono più vicini alla vita quotidiana e domestica degli utenti, come per es. nel caso degli anziani (ricerca badanti, accompagnamento, fornitura di farmaci a domicilio, ecc.) o nel caso dell'infanzia (ricerca baby-sitter, allestimento di asili nido – Servizi domiciliari alla prima infanzia gestiti da una mamma nel proprio appartamento, Micronidi, ecc.).

Telesoccorso e Teleassistenza Attività finalizzata ad assicurare una tutela a distanza e a favorire l'autonomia possibile, sia con la pronta disponibilità a ricevere le segnalazioni degli utenti in caso di emergenza, sia con contatti programmati con gli assistiti a favore delle persone anziane sole

Servizio di Trasporto Attività finalizzata ad assicurare l'espletamento di un bisogno complesso di natura socio sanitaria. Per il raggiungimento dei centri diurni e o riabilitativi il servizio permette l'accesso quotidiano alle attività sgravando i familiari dal carico assistenziale e permettendo forme di intervento e recupero intensive.

Ufficio di Piano: E' lo strumento operativo dell'assetto di welfare locale. L'Ufficio di Piano assolve ad un compito strategico a supporto del livello istituzionale per l'attuazione del Piano di ambito distrettuale.

OE1 – ACCESSO

- 1) Rafforzare la cooperazione fra Comuni e ASL per lo sviluppo dei **Punti Unici di Accesso** integrati e diffusi sul territorio, assicurando un'adeguata presenza della componente sociale fra gli operatori del PUA e garantendo una maggiore diffusione e prossimità territoriale con i cittadini, anche attraverso l'utilizzo di un sistema informativo socio-sanitario fra ECAD e ASL-DSB;
- 2) Specializzare il ruolo dei **Segretariati sociali** sia nei compiti di informazione, prima accoglienza, orientamento ai servizi, accettazione ed elaborazione della domanda, sia nell'accompagnamento all'accesso, quali snodi territoriali operanti in stretto raccordo con i PUA e con il Servizio sociale professionale;

OE 2 – PRESA IN CARICO

- 1) Ridefinire il ruolo e l'assetto ottimale del **Servizio sociale professionale** quale pilastro dell'intero sistema dei servizi e degli interventi sociali locali con compiti attivi di coordinamento dei servizi e di regia dell'erogazione, del monitoraggio e del controllo dei piani individualizzati di intervento, da affidare a personale stabile direttamente dipendente dall'ente locale, compatibilmente con la normativa vigente in materia di personale dipendente degli enti locali;
- 2) Potenziare il ruolo del servizio sociale all'interno delle **Unità di Valutazione Multidimensionale**, dando pari dignità alla componente sanitaria e a quella sociale, con definizione di protocolli comuni per i piani prestazionali condivisi e prevedendo l'inserimento anche di figure specialistiche in presenza di soggetti in età pediatrica;

OE 3- PRONTO INTERVENTO SOCIALE

- 1) Organizzare un servizio attivo o attivabile a domanda di **pronto intervento sociale**, in rete con le organizzazioni di contrasto alla povertà e sperimentando forme di istruttoria pubblica e di co-progettazione;
- 2) Favorire il superamento delle emergenze sociali rafforzando la connessione degli interventi del PIS con servizi di inclusione strutturati (OE8).

OE 4 – ASSISTENZA DOMICILIARE

- 1) Incrementare l'assistenza domiciliare sociale in favore di persone anziane e disabili e metterla in rete con gli altri servizi di cura;
- 2) Sviluppare l'integrazione dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale con l'assistenza domiciliare sanitaria attraverso piani individualizzati e integrati di presa in carico e specifici protocolli operativi fra Ambito distrettuale e Distretto;
- 3) Potenziare l'assistenza domiciliare educativa in favore delle famiglie multiproblematiche con minori quale misura per la prevenzione del disagio e del maltrattamento.

OE 5 – SERVIZI DI PROSSIMITÀ

- N. Sperimentare servizi comunitari basati sul “welfare generativo” e sul “welfare relazionale e comunitario” in favore di anziani, disabili e famiglie in forte collaborazione con il terzo settore, anche con l’utilizzo della co-progettazione.

In ragione della maggiore autonomia programmatica riconosciuta dal PSR all’Ambito distrettuale, ferma restando la garanzia della disponibilità di tutti gli obiettivi essenziali di servizio su tutto il territorio, la quantificazione dei volumi dei servizi ed interventi verranno commisurati alla effettiva domanda sociale del territorio.

AT 1 – Quadro sinottico dei servizi/interventi e indicatori

Asse Tematico 1							
Id	Servizio/intervento	Oe	SS	Indicatore	VA	Valori target dell'indicatore	
						2017	2018
1.1	Punto Unico di Accesso	1	X	N. utenti	800	800	1.000
1.2	Segretariato sociale	1		N. prestazioni	500	500	600
1.3	Servizio sociale professionale	2		N. utenti in carico	370	370	450
1.4	UVM	2	X	N. casi valutati in modo integrato	69	69	120
1.5	Pronto Intervento Sociale	3		N. interventi svolti	30	30	50
1.6	Assistenza domiciliare	4	X	N. prestazioni AD sociale (anziani + disabili)	132	132	160
				N. prestazioni AD Integrata	69	69	120
1.7	Servizi di prossimità (forme di solidarietà a favore delle fasce fragili)	5		N. utenti raggiunti	30	30	50
1.8	Teleassistenza/Telesoccorso	4	X	N. utenti beneficiari del servizio	32	40	60
1.9	Trasporto	8	X	N. persone trasportate	40	40	40
1.10	Ufficio di Piano	1		N. ore servizio su base annua	500	250	500

Id: 1.1	Servizio: Punto Unico di Accesso (PUA)
Campo di intervento: servizi dell'AT1	
AT: 1 Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio sociale	OE: 1
<p>Attività</p> <p>Il Punto Unica di Accesso (PUA) garantisce l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari, promuovendo la semplificazione delle procedure, l'unicità del trattamento dei dati, l'integrazione nella gestione del caso, la garanzia per l'utente di un tempo certo per la presa in carico. L'attività svolta dal PUA si basa su interventi che utilizzano la metodologia di lavoro per progetti personalizzati, sulla scorta di valutazioni multidimensionali, l'attività svolta può essere sintetizzata come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “porta unitaria d'accesso” ai servizi sanitari, sociali e sociosanitari del territorio; - fornire informazioni ai cittadini sui diritti e le opportunità sociali, sui servizi e gli interventi del sistema locale dei servizi sociosanitari, nel rispetto dei principi di semplificazione, trasparenza e pari opportunità nell'accesso; - valutazione professionale ed interprofessionale del bisogno; - decodificare il bisogno e attivare gli altri referenti territoriali della rete formale per un approfondimento della richiesta dell'utente; - accogliere la domanda di assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale, a gestione integrata e partecipata, proveniente dalla rete formale (MMG/PLS, medici della continuità assistenziale, Distretti Sociosanitari, Strutture sovra-distrettuali, Ospedali, Servizio Sociale Professionale); - verificare i requisiti di ammissibilità per la predisposizione del progetto personalizzato, nei casi ad elevata integrazione sociosanitaria; - invio all'unità di valutazione multidimensionale per i bisogni complessi. <p>Le funzioni del PUA si articolano in attività di front office e attività di back office. Le attività di front office erogate all'interno dello spazio ‘dedicato’ saranno svolte dall'assistente sociale (sia della ASL che dell'ADS) e dall'assistente sanitaria/infermiere professionale (ASL). Le attività del back office riguardano la “presa in carico del caso” e l'attivazione del percorso assistenziale idoneo. Le funzioni di back office e di coordinamento del servizio saranno assicurate dal Responsabile del DSB o suo delegato in stretta collaborazione con il Responsabile dell'Ufficio di Piano dell'ADS o suo delegato. Il PUA utilizza una modulistica ed una documentazione professionale comune e condivisa, nell'ottica della valutazione multidimensionale e multiprofessionale.</p> <p>L'unità operativa PUA è costituito dalle seguenti professionalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - medico del Distretto responsabile del PUA, - assistente sociale dell'ECAD, - assistente sanitaria e/o infermiere professionale della ASL, - altre figure professionali eventualmente presenti (Assistente Sociale distrettuale, Psicologa, ecc.). <p>E' previsto uno stretto collegamento tra il PUA e:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'UVM; - il servizio di Segretariato Sociale, che svolge anche funzione di front office del PUA; - i Medici di Medicina Generale; - i Pediatri di libera scelta; - l'Ospedale, in particolare per le situazioni ‘urgenti’ o che necessitano di “accompagnamento” nell'accesso. <p>Integrazione socio-sanitaria: prevista</p> <p>Ruolo ASL/Distretto Sanitario</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rafforzamento del Punto Unico di Accesso all'interno del Distretto di Montorio al Vomano; - Rafforzamento del Punto Unico di Accesso all'interno del Distretto di Teramo - Responsabilità gestionale del PUA - Gestione delle attività di front - office e back-office - Definizione di una modulistica unica di accesso e di valutazione per i bisogni sociosanitari <p>Ruolo ADS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Messa in rete del Segretariato sociale con PUA - Collaborazione nella fase di front-office; accoglienza, informazione, orientamento, rimando 	

- Collaborazione alla fase di back office attraverso la partecipazione di assistenti sociali del Segretariato sociale
 - Definizione di una modulistica unica di accesso e di valutazione per i bisogni sociosanitari
 Le funzioni e i servizi attinenti le attività sociali sono gestiti e finanziati dall’Ambito mentre le funzioni e i servizi attinenti alle attività sanitarie sono gestiti e finanziati dall’Azienda in coerenza con quanto previsto nella Convenzione socio-sanitaria e nel rispetto delle disposizioni e dei vincoli definiti dagli atti di programmazione approvati nelle materie di competenza.
 Inoltre, al fine di migliorare il livello di integrazione l’Ambito ha attivato un sistema informativo in grado di offrire supporto a partire dalle tematiche relative all’accesso ai servizi fino alla erogazione e consuntivazione delle prestazioni.

Coerenza con il Piano sociale regionale

Il PUA rappresenta un’azione trasversale e trova coerenza con l’obiettivo del PSR di rafforzare la cooperazione fra Comuni e ASL per lo sviluppo dei Punti Unici di Accesso integrati e diffusi sul territorio, assicurando un’adeguata presenza della componente sociale fra gli operatori del PUA e garantendo una maggiore diffusione e prossimità territoriale con i cittadini, anche attraverso l’utilizzo di un sistema informativo socio-sanitario fra ECAD e ASL-DSB

Modalità di erogazione e di accesso

Il PUA è ubicato nella sede dei 2 Distretti Sanitari coinvolti nel network di piano, con front office anche presso gli sportelli di Segretariato Sociale. I tempi di apertura al pubblico del servizio saranno il più possibile compatibili con le diverse esigenze dei vari territori. L’accesso al servizio è gratuito e costante e può avvenire attraverso richiesta telefonica, accesso diretto presso la sede o accesso indiretto attraverso altri operatori della rete dei servizi sociali e sanitari.

Modalità di gestione e affidamento del servizio

Per la parte sociale, il servizio sarà gestito attraverso le risorse professionali di cui al Servizio Sociale Professionale e Segretariato sociale secondo le modalità di gestione precisate in tali servizi.
 In ogni caso, per entrambi i PUA previsti si farà ricorso ad 1 unità, profilo Assistente sociale, che sarà quasi esclusivamente dedicata alle attività afferenti l’integrazione socio-sanitaria.

Tipologia di Fondo/Fondi: FNPS, FSR, FSN, Cofinanziamento Comuni

	2015	2017 II semestre	2018
Indicatore prestazioni (specificare)	500	800	1.000
Costo	€ -	€ 10.000,00	€ 20.000,00

Id: 1.2	Servizio: Segretariato Sociale		
Campo di intervento: servizi dell’AT1			
AT: 1 Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio sociale			OE: 1
Attività			
Attività di informazione e consulenza in risposta al bisogno di informazione dei cittadini, con l’obiettivo di promuovere l’esigibilità dei diritti sociali. E’ strumento di orientamento del cittadino e di conoscenza di tutte le risorse della comunità: pubbliche, del terzo settore, private. Assolve anche alle funzioni di: “porta unitaria” di accesso ai servizi sociali e sociosanitari quando, oltre a un bisogno informativo, si manifestano bisogni di natura sociale e sociosanitaria; “osservatorio”, in risposta all’esigenza di disporre di uno strumento di lettura dei fenomeni di evoluzione dei bisogni sociali e di monitoraggio delle risorse disponibili			
Prestazioni			
- Informazione: ascolto delle richieste e dei bisogni dell’utente finalizzato a garantire chiare ed esaurienti informazioni,			

- orientamento e accompagnamento: fase avanzata della funzione informativa,
- accesso diretto al servizio,
- promozione sociale: promozione e messa in rete delle risorse pubbliche, private, comunitarie del contesto sociale, agevolando l'integrazione tra soggetti erogatori di servizi, risorse e risposte disponibili.
- osservatorio: attività di raccolta dati sulla domanda e sull'offerta dei servizi.

Figure professionali

Responsabile ZGS, Assistenti sociali, Operatori di segretariato. Le figure coinvolte, in maniera indifferenziata nei diversi piani di intervento, svolgono il servizio di che trattasi, secondo le necessità e i rispettivi carichi di lavoro. Il servizio si integra con il sistema di rete e , in particolare, con i servizi della ASL.

Le strutture e le attrezzature saranno fornite dell'Ambito sociale e dalle zone di gestione sociale. La sede del servizio è stabilita nella sede dell'Ambito sociale, presso le zone di gestione sociale e nei comuni di ambito e all'interno dei DSB.

Integrazione socio-sanitaria: prevista

Sia il Segretariato sociale e sia il Servizio sociale professionale sono funzionalizzati a livello gestionale, favorendo e rafforzando la piena integrazione con la componente sanitaria e garantendo una più diffusa capillarità territoriale, facilitando l'accesso ai servizi in tutti i Comuni dell'Ambito.

Coerenza con il Piano sociale regionale

Il servizio di Segretariato sociale è un'azione trasversale e trova coerenza con il PSR nell'OE1 – Accesso: specializzare il ruolo dei Segretariati sociali sia nei compiti di informazione, prima accoglienza, orientamento ai servizi, accettazione ed elaborazione della domanda, sia nell'accompagnamento all'accesso, quali snodi territoriali operanti in stretto raccordo con i PUA e con il Servizio sociale professionale.

Modalità di erogazione e di accesso

Il servizio è attivo presso tutti i Comuni dell'ADS con orari prestabiliti e ampiamente pubblicizzati. Il servizio sarà diretto alla gratuita e corretta informazione dell'intera comunità, nel rispetto delle pari opportunità, del diritto all'accettazione e all'accoglienza, della riservatezza e della privacy del cittadino.

Modalità di gestione e affidamento del servizio

Gestione diretta: il servizio viene garantito direttamente dall'Ambito e dalle Zone di gestione sociale.

Sono previste le seguenti figure professionali:

- Responsabili dei servizi ZGS;
- Sociologa;
- Assistenti sociali;
- Operatori di segretariato sociale;

Tipologia di Fondo/Fondi: FNPS, FSR, Cofinanziamento Comuni

	2015	2017 – II semestre	2018
Indicatore N. prestazioni	400	500	600
Costo	€ 96.000,00	€ 48.000,00	€ 94.500.000,00

Id: 1.3 **Servizio: Servizio Sociale Professionale**

Campo di intervento: servizi dell'AT1

Asse Tematico 1 Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio sociale

OE: 2

Attività

Prestazioni di carattere generale e settoriale rivolte al singolo al gruppo e alla comunità (minori, anziani, disabili, famiglia ecc...) finalizzate alla presa in carico e accompagnamento, alla fruizione delle prestazioni offerte dalla rete dei servizi assistenziali dei livelli essenziali di assistenza.

Obiettivi operativi:

- presa in carico della persona, della famiglia, del gruppo sociale,

<p>- integrazione in UVM - attivazione ed integrazione delle risorse in rete. Definizione delle attività: - presa in carico del caso (famiglie, minori, anziani, disabili, ecc.), - codifica della domanda attraverso colloqui, attività di counseling, indagini psico – sociali, - predisposizione del progetto individualizzato integrato al servizio o ai servizi che si vogliono attivare per il caso, - attivazione delle risorse, - monitoraggio del progetto, - verifica e valutazione.</p> <p>Figure professionali Responsabili ZGS, Sociologa, Assistenti sociali, psicologa, educatore professionale/pedagogista. Le figure coinvolte, in maniera indifferenziata nei diversi piani di intervento, svolgono il servizio di che trattasi, secondo le necessità e i rispettivi carichi di lavoro. Il servizio si integra con il sistema di rete ed in particolare con l’Ambito Distrettuale Sanitario, i DSB della ASL Teramo (UVM, PUA), con il CSA in relazione alle esigenze degli studenti disabili, con il terzo settore, con le SR, con le SRA, con i servizi sanitari di presidio e DH, con i servizi CPI, con le organizzazioni sindacali, con gli organi di giustizia ordinaria e di polizia giudiziaria, con gli Uffici territoriali del Governo, ecc.</p>			
<p>Integrazione socio-sanitaria Sia il Segretariato sociale, sia il Servizio sociale professionale sono funzionalizzati a livello gestionale, favorendo e rafforzando la piena integrazione con la componente sanitaria e garantendo una più diffusa capillarità territoriale, facilitando l’accesso ai servizi in tutti i Comuni dell’Ambito.</p>			
<p>Coerenza con il Piano sociale regionale Il Servizio sociale professionale è un’azione trasversale e trova coerenza con il PSR nell’OE2 – Presa in carico: ridefinire il ruolo e l’assetto ottimale del Servizio sociale professionale quale pilastro dell’intero sistema dei servizi e degli interventi sociali locali con compiti attivi di coordinamento dei servizi e di regia dell’erogazione, del monitoraggio e del controllo dei piani individualizzati di intervento.</p>			
<p>Modalità di erogazione e di accesso Il servizio è presente presso le sedi di tutti i Comuni dell’ADS con orari prestabiliti e pubblicizzati, presso la sede ECAD e presso le Zone di gestione sociale. L’accesso al servizio avviene in tutti i giorni lavorativi dell’anno, dal lunedì al venerdì, secondo i flussi di apertura al pubblico già attivi. Le modalità di accesso sono di tipo diretto e indiretto. Nella modalità diretta il cittadino richiede direttamente il servizio. Nella seconda, la presa in carico avviene su invio da parte di terzi (interni ed esterni agli uffici di servizio sociali). Si prevedono tempi di attesa compresi tra gli intervalli 5-7 gg.</p>			
<p>Modalità di gestione e affidamento del servizio Gestione diretta: il servizio viene garantito direttamente dall’Ambito e dalle zone di gestione sociale.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsabili dei servizi ZGS • Sociologa; • Assistenti sociali; • Psicologa; • Educatore professionale / Pedagogista 			
<p>Tipologia di Fondo/Fondi: FNPS, FSR, Co-finanziamento Comuni</p>			
	2015	2017 II SEMESTRE	2018
Indicatore N. utenti in carico	300	370	450
Costo	€ 114.000,00	€ 57.000,00	€ 120.000,00

Id: 1.4	Servizio: UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale) - Funzioni Sociali per la VMD	
Campo di intervento: servizi dell'AT1		
AT: 1 Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio sociale		OE: 2
<p>Attività</p> <p>L'intervento prevede il potenziamento del ruolo dell'assistente sociale e la presenza di almeno un assistente sociale del Servizio sociale professionale dell'Ambito distrettuale sociale all'interno della Unità di Valutazione Multidimensionale.</p> <p>La valutazione del bisogno è alla base di ogni intervento di sostegno. Detta valutazione viene svolta sia dal segretariato sociale che dal servizio sociale professionale e rappresenta la fase iniziale del processo di strutturazione del progetto individualizzato. Qualora il bisogno si presenti complesso viene attivato l'UVM. Dal contatto con l'utente o dalla segnalazione gli operatori svolgono gli approfondimenti necessari per individuare le strategie per il superamento o la riduzione delle singole problematiche. La valutazione del bisogno semplice o complesso rappresenta la fase iniziale del processo di strutturazione del progetto individualizzato mediante il quale si articola il singolo intervento. In situazioni di particolare complessità l'UVM attiva tutte le risorse del territorio per compiere una valutazione inter – professionale che tenga conto dei contributi di tutti i servizi e le istituzioni del territorio. Ogni intervento sarà realizzato sulla base del progetto individualizzato che si fonda su una valutazione multi – dimensionale del caso.</p> <p>L'UVM definisce</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ gli obiettivi di cura; ➤ individua, tra i componenti dell'équipe, il responsabile del caso che coordina gli interventi e verifica il raggiungimento degli obiettivi; ➤ predispose il piano assistenziale individualizzato (definizione del piano assistenziale e degli interventi, cadenza degli accessi); ➤ programma l'erogazione delle prestazioni a domicilio; <p>L'UVM si configura come un'équipe multiprofessionale, a composizione variabile in relazione al bisogno della persona, alla quale partecipano: Responsabile di Distretto; Medici di Medicina Generale; Medici Specialisti; Assistente Sociale del servizio sociale professionale dell'ECAD (referente per territorio); Infermieri e terapisti della riabilitazione; eventuali altre figure professionali che dovessero rendersi necessarie in relazione al bisogno specifico della persona.</p>		
<p>Integrazione socio-sanitaria: prevista</p> <p><i>Ruolo ASL/Distretto Sanitario:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - definisce gli strumenti di valutazione; - elabora il Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI); - individua il care giver, il case manager; - definisce l'aggiornamento del PAI; - verifica periodicamente l'andamento del PAI. <p><i>Ruolo ADS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - partecipa a tutte le attività dell'UVM, definizione strumenti di valutazione, elaborazione PAI, individuazione care giver, case manager, aggiornamento PAI, verifiche periodiche; - verifica la presenza delle condizioni socio-economiche, abitative e familiari di ammissibilità ad un determinato percorso di cura e assistenza per garantire l'appropriatezza della presa in carico. <p>Le funzioni e i servizi attinenti le attività sociali sono gestiti e finanziati dall'Ambito mentre le funzioni e i servizi attinenti alle attività sanitarie sono gestiti e finanziati dall'Azienda in coerenza con quanto previsto nella Convenzione socio-sanitaria e nel rispetto delle disposizioni e dei vincoli definiti dagli atti di programmazione approvati nelle materie di competenza.</p> <p>Inoltre, al fine di migliorare il livello di integrazione delle prestazioni l'Ambito ha attivato un sistema informativo in grado di offrire supporto a partire dalle tematiche relative all'accesso ai servizi fino alla erogazione e consuntivazione delle prestazioni. Pertanto, tale soluzione applicativa permette la gestione unificata delle varie attività prioritariamente dei servizi socio-assistenziali e, successivamente, dei servizi socio-educativi, socio-sanitari ed in generale di tutti i servizi relativi alla programmazione d'Ambito.</p>		
<p>Coerenza con il Piano sociale regionale</p> <p>L'UVM trova coerenza con il PSR nell'OE2 – Presa in carico: potenziare il ruolo del servizio sociale</p>		

all'interno delle Unità di Valutazione Multidimensionale, dando pari dignità alla componente sanitaria e a quella sociale, con definizione di protocolli comuni per i piani prestazionali condivisi e prevedendo l'inserimento anche di figure specialistiche in presenza di soggetti in età pediatrica

Modalità di erogazione e di accesso

L'UVM, di norma, si riunisce giornalmente e, comunque, con una periodicità che deve consentire la conclusione degli adempimenti di competenza entro il termine massimo di 20 giorni dalla segnalazione del caso.

Modalità di gestione e affidamento del servizio

Per la parte sociale il servizio sarà gestito attraverso le risorse professionali di cui al Servizio Sociale Professionale e Segretariato sociale secondo le modalità di gestione precisate in tali servizi.

Tipologia di Fondo/Fondi: FNPS, FSR, FSN, Cofinanziamento Comuni

	2015	2017 II SEMESTRE	2018
Indicatore N. casi valutati in modo integrato	50	69	120
Costo *	€ -	€ -	€ -

* L'azione, per la parte sociale, non produce costi diretti, in quanto i costi delle unità professionali in carico all'ADS sono compresi nel servizio PUA.

Id: 1.5	Servizio: Pronto Intervento Sociale (PIS)		
Campo di intervento: servizi dell'AT1			
A T: 1 Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio sociale			OE: 3
Attività			
<p>Il Pronto intervento sociale è un servizio che intende dare risposte immediate a persone che vivono situazioni di emergenza riguardanti i bisogni di sopravvivenza. In base alla relazione sociale i principali destinatari dell'azione sono i minori abbandonati, le persone in situazioni di povertà estrema, le donne in difficoltà, anche con figli a carico, i soggetti soli non autosufficienti.</p> <p>La protezione offerta dal servizio dura per il tempo strettamente necessario ad individuare e realizzare condizioni favorevoli alla risoluzione del bisogno. Le attività sono soprattutto di prima accoglienza a cui si accede contattando i servizi sociali, forze dell'ordine, associazioni di volontariato. Sarà cura dei servizi sociali contattare i centri di prima accoglienza per effettuare l'inserimento temporaneo, a cui può far seguito un progetto di reinserimento sociale. Sarà fondamentale organizzare il servizio in rete con le diverse organizzazioni che operano sul territorio di contrasto alla povertà. Per le situazioni di estremo disagio non superabili con il solo impiego delle risorse dell'ADS, saranno attivate azioni partecipate con altri soggetti Istituzionali (Regione, Comuni, ASL, Distretto Sanitario, ecc..).</p> <p>Le attività del Pronto intervento sociale sono attuate principalmente dal Servizio di Segretariato e dal Servizio Sociale Professionale che, in base alle necessità del caso, coinvolge altre figure professionali specifiche: Psicologo, Mediatore culturale, settori specifici del servizio sanitario.</p> <p>Il servizio si integra con il sistema di rete ed in particolare con il servizio sociale tutela minori e famiglie in difficoltà, con il CSA e con le Direzioni scolastiche, con il TdM, con l'USSM, con le FF.OO., con il terzo settore e con la rete delle collaborazioni dei servizi generali.</p>			
Integrazione socio-sanitaria			
<p>Il servizio, pur non essendo gestito in modo integrato e previsto nella Convenzione socio-sanitaria, si integra con il sistema di rete e, quindi, anche con i servizi della ASL.</p>			
Coerenza con il Piano sociale regionale			
<p>Il Pronto intervento sociale trova coerenza con il PSR nell'OE3: Organizzare un servizio attivo o attivabile a domanda di pronto intervento sociale, in rete con le organizzazioni di contrasto alla povertà e sperimentando forme di istruttoria pubblica e di coprogettazione; - Favorire il superamento delle emergenze sociali rafforzando la connessione degli interventi del PIS con servizi di inclusione strutturati (OE8).</p>			

Modalità di erogazione e di accesso			
Al servizio si accede previa valutazione del servizio sociale professionale che effettua la presa in carico e avvia il percorso personalizzato, individuando la tipologia di intervento utile. Il servizio sarà erogato per il periodo necessario, variabile a seconda delle diverse esigenze. Successivamente, ove consentito, si attiverà l’istruttoria in base all’area di riferimento, e dunque il caso verrà assegnato a uno dei servizi attivi a livello di ADS.			
Modalità di gestione e affidamento del servizio			
Il servizio sociale opererà in rete con le strutture del territorio, pertanto, per quanto riguarda la gestione e l’affidamento del servizio Sociale Professionale si rimanda alla scheda 1.3 “Servizio Sociale Professionale”, mentre per quanto riguarda la costruzione della rete si valuterà l’attivazione di forme di istruttoria pubblica e di co-progettazione.			
Tipologia di Fondo/Fondi: FNPS, FSR, Co-finanziamento Comuni			
	2015	2017 II SEMESTRE	2018
Indicatore N. Interventi svolti	25	30	50
Costo*	€ -	€ -	€ -

* La componente di costo sociale sarà garantita attraverso le risorse di cui al servizio 1.3 “Servizio Sociale Professionale” in relazione al coinvolgimento degli operatori di tale servizio.

Id: 1.6	Servizio: Assistenza domiciliare (anziani e disabili)
Campo di intervento: tassi superiori alla media nazionale, regionale e provinciale rispetto alla presenza di malattie croniche - trend in crescita delle malattie neurodegenerative – scarto tra domanda e offerta di servizi a sostegno delle persone con disabilità	
AT: 1. Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio sociale	OE:4
<p>Attività</p> <p>Il servizio di assistenza offre un insieme di interventi a domicilio dell’utente con l’obiettivo di fornire un aiuto temporaneo o permanente nello svolgimento delle attività quotidiane legate al governo della propria casa, alla cura della persona e alla vita di relazione. Trattasi di assistenza domiciliare integrata (ADI) quando gli interventi non sono solo di carattere socio assistenziale ma integrati con quelli di tipo sanitario erogati a domicilio.</p> <p><i>SAD e ADH – Assistenza domiciliare socio assistenziale anziani e disabili</i></p> <p>Il servizio è rivolto a persone che necessitano di interventi di carattere socio-assistenziale finalizzati alla prevenzione, al mantenimento e al recupero delle potenzialità residue che permettono alla persona di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto di relazione. Sono servizi rivolti alla cura ed igiene della persona, aiuto nella gestione della propria abitazione e sostegno psicologico.</p> <p><i>ADI – Assistenza domiciliare integrata</i></p> <p>L’ADI consiste in prestazioni socio assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative) erogate a domicilio, per evitare ricoveri impropri e mantenere l’anziano e il disabile grave nel proprio ambiente di vita.</p> <p>Il servizio di assistenza domiciliare sociale e di ADI hanno lo scopo di permettere alla persona non autosufficiente di continuare a vivere nel proprio ambiente di vita attraverso l’offerta di prestazioni socio-assistenziali e sanitarie al proprio domicilio secondo quanto stabilito nei PAI. I servizi domiciliari risultano essere un valido mezzo per contrastare il rischio di istituzionalizzazione.</p> <p>I servizi sono fondati sul modello della domiciliarizzazione delle cure e delle prestazioni e si connota per una forte valenza integrativa delle azioni in relazione alla natura e alla complessità dei bisogni a cui si rivolge.</p> <p><i>Le prestazioni a carattere socio assistenziali si sostanziano in:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - cura ed igiene della persona, - sostegno all’autonomia personale, - aiuto nel governo degli ambiente domestico di peculiare uso dell’utente 	

- sostegno alla socializzazione.
Le prestazioni a carattere sanitario di competenza dell’Asl si sostanziano in: prestazioni terapeutico – riabilitative, prestazioni di medicina generale e specialistica, prestazione infermieristica.
Figure professionali: Assistenti domiciliari per l’erogazione delle prestazioni previste dal piano personalizzato dell’intervento.

Integrazione socio-sanitaria: prevista
 In caso di ADI il processo strategico prevede la complementarietà dei servizi sanitari e sociali e delle relative risorse economiche con una condivisione delle responsabilità; il modello di assistenza pone il paziente, con i suoi bisogni, al centro della rete dei servizi sanitari e sociali, per migliorare il livello qualitativo della vita e della salute, con il più efficace ed efficiente utilizzo delle risorse disponibili, riducendo il carico assistenziale che i familiari devono assumersi. Pertanto sia l’ASL che l’ADS sono impegnate nella valutazione delle domande e nell’elaborazione e gestione dei PAI attraverso l’UVM; l’ASL e l’ADS sono quindi impegnate nelle erogazioni delle prestazioni socio-assistenziali e sanitarie di propria competenza. Le funzioni e le attività attinenti alle attività sociali sono gestiti e finanziati dall’Ambito mentre le funzioni e le attività attinenti alle attività sanitarie sono gestiti e finanziati dall’Azienda in coerenza con quanto previsto nella Convenzione socio-sanitaria e nel rispetto delle disposizioni e dei vincoli definiti dagli atti di programmazione approvati nelle materie di competenza.

Coerenza con il Piano sociale regionale
 Il servizio di assistenza domiciliare sociale trova coerenza con le politiche per le persone con disabilità, le politiche per l’invecchiamento attivo e le politiche integrate per la non autosufficienza di cui al par. II 6, II.7 e II9 del PSR.

Modalità di erogazione e di accesso
 Al servizio si accede presentando domanda al PUA e/o presso i segretariati sociali. A seconda dell’intervento (SAD o ADI) viene effettuata la valutazione del bisogno dal Servizio sociale professionale o dall’UVM, la presa in carico e l’elaborazione del PAI. In caso di ADI l’ASL gestisce e definisce la parte sanitaria e l’ADS la parte sociale.
 Le modalità di erogazione e accesso sono coerenti con le disposizioni del Regolamento di accesso allegato al Piano.

Modalità di gestione e affidamento del servizio
 Modalità di gestione esterna mediante affidamento con procedura ad evidenza pubblica.

Tipologia di Fondo/Fondi: FNPS, FSR, Co-finanziamento Comuni			
	2015	2017 II SEMESTRE	2018
Indicatore			
N. prestazioni AD sociale Anziani	27	30	35
N. prestazioni AD sociale Disabili	52	31	35
N. prestazioni AD integrata*	60	15	25
Costo	€ 160.000,00	€ 50.000,00	€ 78.000,00

* il costo relativo agli utenti in ADI è a carico del SSN

Id: 1.7	Servizio: Servizi di Prossimità (forme di solidarietà a favore delle fasce fragili)		
Campo di intervento: servizi dell’AT1			
AT: 1. Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio sociale			OE: 5
Attività			
I servizi di prossimità attivabili riguardano un’ampia gamma di ambiti, da coinvolgere con una visione intersettoriale e multidisciplinare. Si tratta di servizi che, per loro natura, sono più vicini alla vita quotidiana e domestica degli utenti, come per esempio nel caso degli anziani (ricerca badanti, accompagnamento, fornitura di farmaci a domicilio, ecc.) o nel caso dell’infanzia (ricerca baby-sitter, allestimento di asili nido – Tagesmutter gestiti da una mamma nel proprio appartamento, ecc.).			

Sarà cura del Servizio Sociale Professionale, nel caso ravveda la necessità e la fattibilità, progettare, promuovere e attivare a livello sperimentale forme di solidarietà (anche associative) fra persone fragili (anziani soli, coppie di anziani, disabili adulti, migranti), appartenenti allo stesso contesto (condominio, strada, quartiere), finalizzate al reciproco sostegno nella risposta ai disagi e problemi quotidiani. A tal fine, si intende coinvolgere e mettere in rete le risorse territoriali del volontariato che faranno riferimento ad uno sportello di raccolta della domanda cui fa seguito una collettiva ricerca di soluzioni in base alla disponibilità del mondo del volontariato.

Integrazione socio-sanitaria

Il servizio, pur non essendo gestito in modo integrato e previsto nella Convenzione socio-sanitaria, si integra con il sistema di rete e, quindi, anche con i servizi della ASL

Coerenza con il Piano sociale regionale

Servizi di Prossimità sono coerenti con il PSR nell’OE5: Sperimentare servizi comunitari basati sul “welfare generativo” e sul “welfare relazionale e comunitario” in favore di anziani, disabili e famiglie differenziati sia nelle aree interne che nelle aree metropolitane, in forte collaborazione con il terzo settore, anche con l’utilizzo della co-progettazione.

Modalità di erogazione e di accesso

Al servizio si accede previa valutazione del Servizio Sociale Professionale.

Modalità di gestione e affidamento del servizio

L’intervento richiede soprattutto l’azione del Sociale Professionale sociale, pertanto, per quanto riguarda la gestione e l’affidamento del servizio si rimanda alla scheda 1.3 “Servizio Sociale Professionale”; per il coinvolgimento del terzo settore si valuterà l’opportunità di attivazione di forme di istruttoria pubblica e di co-progettazione.

Tipologia di Fondo/Fondi: Fondo Sociale Regionale - Fondo Nazionale Politiche Sociali

	2015	2017 II SEMESTRE	2018
Indicatore N. utenti raggiunti	20	30	50
Costo*	€ -	€ -	€ -

* La componente di costo sociale sarà garantita attraverso le risorse di cui al servizio 1.3 “Servizio Sociale Professionale” in relazione al coinvolgimento degli operatori di tale servizio.

Id: 1.8	Servizio: Telesoccorso / Teleassistenza		
Campo di intervento: tassi superiori alla media nazionale, regionale e provinciale rispetto alla presenza di malattie croniche - trend in crescita delle malattie neurodegenerative – scarto tra domanda e offerta di servizi a sostegno delle persone con disabilità			
A T: 1 Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio sociale			OE: 3
Attività			
Il servizio di telesoccorso prevede interventi tempestivi che coprono l’intero arco della giornata, e sono rivolti a persone non autosufficienti che possono incorrere in situazioni di emergenza, o di improvvisa difficoltà, derivanti da problematiche psico-fisiche e socioeconomiche.			
Tale tipo di assistenza garantisce interventi di supporto e di aiuto da eseguirsi in tempi e modi adeguati al bisogno e, comunque, idonei a consentire la fruizione degli interventi attivati e dei servizi pubblici presenti nel territorio.			
Il Servizio della teleassistenza si esplica come l’insieme dei servizi alla persona erogabili telefonicamente ed assume quella forma particolare di 58ele compagnia, la quale sovente si rivela per l’utente l’unica occasione di evasione dalla solitudine e di stimolo per la socializzazione.			
<i>Figure professionali</i>			
La figura dell’operatore che risponde alla chiamata di emergenza deve rispondere a caratteristiche ben delineate di professionalità con preparazione trasversale atta a garantire tempestiva comprensione del bisogno e conseguente attivazione della rete di intervento.			

Il servizio si integra con il sistema di rete ed in particolare con il DSB, l’UVM, servizi sanitari rivolti alla persona non autosufficiente, SRA, RSA, Strutture a ciclo semiresidenziale, volontariato, cooperazione, ecc. e si raccorda con i servizi di pronto intervento e sociale e di pronto soccorso.

Integrazione socio-sanitaria: prevista

Attraverso il PAI l’UVM stabilisce l’opportunità del servizio di teleassistenza e l’ECAD provvede alla relativa attivazione. Le funzioni e le attività attinenti le attività sociali sono gestiti e finanziati dall’Ambito mentre le funzioni e le attività attinenti alle attività sanitarie sono gestiti e finanziati dall’Azienda in coerenza con quanto previsto nella Convenzione socio-sanitaria e nel rispetto delle disposizioni e dei vincoli definiti dagli atti di programmazione approvati nelle materie di competenza.

Coerenza con il Piano sociale regionale

Il servizio di teleassistenza / telesoccorso trova coerenza con le politiche integrate per la non autosufficienza di cui al par. II.9 del PSR.

Modalità di erogazione e di accesso

Il processo di erogazione del servizio prevede:

- Segnalazione al PUA e/o Segretariato sociale;
- Attivazione dell’UVM;
- Stesura del PAI;
- Presa in carico da parte del Servizio sociale professionale;
- Assegnazione e attivazione del servizio.

Modalità di gestione e affidamento del servizio

Modalità di gestione esterna mediante affidamento con procedura ad evidenza pubblica

Tipologia di Fondo/Fondi: FNPS, FSR, finanziamento Comuni

	2015	2017 II SEMESTRE	2018
Indicatore N. persone non autosufficienti seguite in telesoccorso	4	35	60
Costo complessivo		€ 9.000,00	26.000,00

Id: 1.9 **Servizio: Servizio Trasporto ed accompagnamento anziani**

Campo di intervento: servizi dell’AT1

A T 1 – Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio sociale

OE: 8

Attività

- o Scopi del servizio/intervento: innalzare la qualità della vita delle persone anziane; prevenire e ridurre l’isolamento; evitare la cronicizzazione delle situazioni; rimuovere gli ostacoli che impediscono il mantenimento potenziale di autonomia.
- o Obiettivi operativi: agevolare l’accesso e la fruizione dei servizi sanitari (prelievi, fisioterapia, radiografie ecc.) a coloro che, per motivi di ordine ambientale o sociale, si trovano nella condizione di non poter avvalersene.
- o Popolazione target e stima quantitativa sull’utenza prevista: sono beneficiari del servizio gli anziani soli o in coppia con età maggiore di 80 (ottanta) anni; gli anziani soli o in coppia di età compresa tra i 65 (sessantacinque) e gli 80 (ottanta) anni in condizioni di totale o parziale non autosufficienza; portatori di handicap certificati ai sensi della L.104/92.
- o Stima quantitativa 30-50 utenti
- o Viaggi minimi settimanali n. 20

Rapporto fra bisogni, obiettivi, diritti sociali collegati all’azione: assicurare all’utente interventi che gli consentano di mantenere relazioni affettive, familiari e sociali indispensabili per vivere in maniera autonoma, favorendo il mantenimento nel proprio nucleo familiare e nel contesto sociale di

appartenenz.a			
Integrazione socio-sanitaria: prevista Il Distretto Sanitario e l’ECAD provvedono alla valutazione e alla stesura del PAI. Le funzioni e le attività attinenti le attività sociali sono gestiti e finanziati dall’Ambito mentre le funzioni e le attività attinenti alle attività sanitarie sono gestiti e finanziati dall’Azienda in coerenza con quanto previsto nella Convenzione socio-sanitaria e nel rispetto delle disposizioni e dei vincoli definiti dagli atti di programmazione approvati nelle materie di competenza.			
Coerenza con il Piano sociale regionale Il servizio di Trasporto trova coerenza con l’OE 8 - INTERVENTI/MISURE PER FACILITARE INCLUSIONE E AUTONOMIA del PSR.			
Modalità di erogazione e di accesso Il processo di erogazione del servizio prevede: - Segnalazione al PUA e/o Segretariato sociale; - Presa in carico da parte del Servizio sociale professionale; - Attivazione dell’UVM; - Stesura del PAI; - Avvio dell’utente presso la struttura convenzionata.			
Modalità di gestione e affidamento del servizio Il servizio è gestito da soggetto privato.			
Tipologia di Fondo/Fondi: FNPS FSR, Co-finanziamento Comuni			
	2015	2017 II SEMESTRE	2018
Indicatore N. persone anziane e disabili trasportatee	40	40	70
Costo complessivo	-	€ 14.646,52	€ 18.000,00-

Id: 1.10	Servizio: Ufficio di Piano – Uffici di Piano zonali		
Campo di intervento: servizi dell’AT1			
A T 1 – Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio sociale			OE: 1
Attività e assetto organizzativo: L’Ufficio di Piano è lo strumento operativo dei nuovi assetti di welfare locale e sarà costituito dai Responsabili di Servizio dell’ECAD e delle due Zone di gestione sociale previste. L’Ufficio di Piano assolve ad un compito strategico a supporto del livello istituzionale per l’attuazione del Piano di ambito distrettuale e avrà, quindi, una dotazione di risorse professionali e mezzi adeguati per svolgere le complesse attività ed assumere le responsabilità che gli competono, consistenti, principalmente, in: <ul style="list-style-type: none"> • funzioni di programmazione e progettazione, comprendenti il monitoraggio e la valutazione; • funzioni di gestione tecnica e amministrativa, estese alla predisposizione dei bandi e di gestione delle gare, in collaborazione con la Centrale unica di committenza (CUC) all’uopo individuata; • funzioni contabili e finanziarie, con particolare riferimento alla gestione delle risorse finanziarie e relativa rendicontazione. L’Ufficio di Piano potrà essere rafforzato sia in termini di competenze professionali, sia in termini di collaborazioni interistituzionali, con l’obiettivo di assicurare la necessaria stabilità organizzativa. L’Ufficio di Piano dovrà articolarsi secondo i seguenti principi: 1) autonomia funzionale e stabilità delle figure professionali per garantire l’esercizio delle funzioni di programmazione, coordinamento, gestione tecnica e amministrativa, gestione contabile e			

finanziaria; 2) individuazione di un Responsabile che assolve al compito di referente tecnico diretto per i rapporti con l’Amministrazione regionale; 3) articolazione aree di responsabilità specifiche.

Anche al fine di rendere efficiente il Gruppo di Piano, si stabilisce di articolare lo stesso, sulla base delle funzioni assunte da ciascun componente, secondo le seguenti modalità:

LIVELLO DI RESPONSABILITA'	ATTRIBUZIONE FUNZIONE
Ufficio di Piano	Responsabile ECAD
Amministrativa	Responsabile ZGS CM Gran Sasso
Finanziaria	Responsabile ECAD
Tecnica	Responsabile Unione Comuni Laga

In relazione al presidio dell’area socio-sanitaria è prevista la collaborazione del Responsabile DSB dell’Azienda sanitaria locale (Teramo e Montorio).

L’Ufficio di Piano si riunirà, settimanalmente, presso l’ECAD per le evidenti attività e funzioni di raccordo programmatico, esecutivo e finanziario.

Potranno essere aggregate all’Ufficio di Piano anche altre risorse professionali, qualora la natura delle attività da svolgere lo richieda.

Saranno attivati, anche presso le Zone di gestione sociale Gran Sasso e Laga (Comunità montana Gran Sasso e Unione dei comuni montani della Laga) specifici Uffici di Piano zionali, dotati – come già espresso precedentemente, di organici tecnici ed amministrativi.

Integrazione socio-sanitaria: prevista sia in termini di integrazione istituzionale, sia programmatica e gestionale;

Coerenza con il Piano sociale regionale

L’ufficio di Piano è strumento funzionale e coerente con l’attuazione di tutti gli obiettivi del PSR.

Modalità di erogazione e di accesso

L’Ufficio di Piano si riunirà, settimanalmente, presso l’ECAD per le evidenti attività e funzioni di raccordo programmatico, esecutivo e finanziario. L’accesso interlocutorio con il Responsabile dell’Ufficio di Piano e con i componenti è consentito in maniera continuata secondo i calendari di funzionamento degli enti locali.

Modalità di gestione e affidamento del servizio

Il servizio è gestito direttamente

Tipologia di Fondo/Fondi: FNPS FSR, Co-finanziamento Comuni

	2015	2017 II SEMESTRE	2018
Indicatore Ore di servizio dedicate	500	250	500
Costo complessivo	-	€ 0,00 UDP ECAD € 12.500,00 GRAN SASSO € 12.500,00 ZGS LAGA Totale costo € 25.000,00	€ 0,00 UDP ECAD € 25.000,00 GRAN SASSO € 25.000,00 ZGS LAGA Totale costo € 43.000,00

ASSE TEMATICO 2 - INTERVENTI E SERVIZI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

In questo Asse Tematico sono definiti gli interventi e i servizi per la non autosufficienza dell’Ambito Distrettuale e del Distretto sanitario, secondo quanto previsto nel § II.9 del PSR.

Le azioni si dividono in due Aree.

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

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

In quest’Area vengono ricompresi gli interventi e servizi finanziati con risorse del Fondo per l’integrazione socio-sanitaria per il contributo ai Comuni per la compartecipazione ai costi dell’utenza in strutture socio-sanitarie.

Relativamente agli interventi per la Non Autosufficienza, di cui all’**Area 2A**, l’Ambito intende proseguire il percorso intrapreso con i precedenti PLNA finalizzato alla prosecuzione di un complesso di interventi per garantire, da parte delle istituzioni, dei servizi e della comunità locale, una più efficace tutela di quelle persone in condizioni di non autosufficienza, persone disabili gravi e persone anziane con più di 65 anni, e delle rispettive famiglie caregiver che hanno un carico assistenziale elevato e presentano sofferenza, disagio nel compito che assolvono.

La specificità, peculiarità degli interventi ruota attorno alla considerazione che:

- Sono usati strumenti di misurazione del bisogno e di progettazione personalizzata validati che consentono la verifica e la valutazione dei progetti individualizzati per la non autosufficienza;
- La valutazione dei bisogni e dei profili assistenziali praticati dai servizi implementati tengono conto di quanto raccomandato dall’atto di indirizzo e coordinamento sull’integrazione socio-sanitaria (Dcpm 14 febbraio 2001)
- È definito un protocollo di collaborazione tra diversi servizi che consente la presa in carico integrata globale delle famiglie in situazioni di sofferenza;

Il processo di presa in carico si sviluppa attraverso il progetto assistenziale individualizzato, di sostegno e di accompagnamento della persona non autosufficiente e del suo nucleo familiare nell’ambito degli interventi previsti, da valutare nella loro globalità, in rapporto alla situazione di bisogno di assistenza rilevato mediante utilizzazione di specifiche scale di valutazione.

I servizi/interventi/prestazioni ritenuti necessari dall’UVM per la persona non autosufficiente, devono essere inseriti nel PAI, predisposto dalla UVM medesima, prevedendo necessariamente almeno un intervento sanitario ed un intervento sociale.

Il PAI deve individuare l’operatore di riferimento, sia per la persona assistita ed i suoi familiari, sia per gli altri operatori che intervengono a domicilio per la realizzazione del progetto stesso.

Tale compito si sostanzia in una attività di raccordo e di collegamento tra servizi e nucleo familiare che deve essere resa in forma unitaria, evitando sovrapposizioni di interventi che molto spesso risultano deleteri ai fini assistenziali.

Servizi/interventi – Area 2A

1. Assistenza Domiciliare Socio Assistenziale
2. Assistenza Domiciliare Integrata
- 3 Centro Diurno per persone non autosufficienti

4. Residenze temporanee e di sollievo per persone non autosufficienti

5. Teleassistenza – Telesoccorso

6. Budget di Cura

Per quanto attiene alle risorse si fa riferimento a quelle assegnate per l'ultima annualità e sono ripartite in linea generale:

- per il 60% per i servizi consolidati erogati nell'ambito del programma per la non autosufficienza,
- per il 40% per gli interventi rivolti alle persone in condizioni di disabilità gravissima, al momento come individuate dall'art. 3 del Decreto Interministeriale del 14 maggio 2015, ivi incluse quelle a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica.

Servizi/interventi – Area 2B

1. Contributo a non autosufficienti per il sostegno ai costi della residenzialità e semi- residenzialità

In ragione della maggiore autonomia programmatoria riconosciuta dal PSR all'Ambito distrettuale, ferma restando la garanzia della disponibilità di tutti gli obiettivi essenziali di servizio su tutto il territorio, la quantificazione dei volumi dei servizi ed interventi verranno commisurati alla effettiva domanda sociale del territorio.

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

Asse Tematico 2 - Interventi e servizi per la non autosufficienza

Id	Servizio/intervento	OE	SS	Indicatore	Utenti N.A.	Utenti N.A. disabilità gravissima	Valori target dell'indicatore	
							2017	2018
2A.1	Assistenza domiciliare	4	X	N. prestazioni AD sociale	75	-		
				N. prestazioni AD Integrata	69		69	120
2A.2	Centro diurno per persone non autosufficienti (specificare la tipologia e aggiungere righe se necessario) ⁴	6	X	N. persone non autosufficienti in carico x N. ore frequenza annua per persona non autosufficiente	12	-	12	20
2A.3	Residenze temporanee e di sollievo per persone non autosufficienti	7	X	N. persone non autosufficienti in residenza	-	-	10	15
2A.4	Telesoccorso/Teleassistenza	4	X	N. persone non autosufficienti seguite in telesoccorso	4	-	4	15
2A.5	Budget di cura	8	X	N. persone non autosufficienti assistite con assegni di cura	15	2	15	20

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

Id: 2A.1	Servizio: Assistenza domiciliare Sociale - Assistenza domiciliare Integrata
Campo di intervento: tassi superiori alla media nazionale rispetto alla presenza di malattie croniche/ trend in crescita delle malattie neurodegenerative	
A T 2 Interventi e servizi per la non autosufficienza	OE: 4
<p>Attività <i>SAD – Assistenza domiciliare socio assistenziale</i> Il servizio è rivolto a persone che necessitano di interventi di carattere socio-assistenziale finalizzati alla prevenzione, al mantenimento e al recupero delle potenzialità residue che permettono alla persona di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto di relazione. Sono servizi rivolti alla cura ed igiene della persona, aiuto nella gestione della propria abitazione e sostegno psicologico.</p> <p><i>ADI – Assistenza domiciliare integrata</i> L’ADI consiste in prestazioni socio assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative) erogate a domicilio, per evitare ricoveri impropri e mantenere l’anziano e il disabile grave nel proprio ambiente di vita. Il servizio di assistenza domiciliare sociale e l’ADI hanno lo scopo di permettere alla persona non autosufficiente di continuare a vivere nel proprio ambiente di vita attraverso l’offerta di prestazioni socio-assistenziali e sanitarie al proprio domicilio secondo quanto stabilito nei PAI. I servizi domiciliari risultano essere un valido mezzo per contrastare il rischio di istituzionalizzazione.</p> <p>I servizi sono fondati sul modello della domiciliarizzazione delle cure e delle prestazioni e si connota per una forte valenza integrativa delle azioni in relazione alla natura e alla complessità dei bisogni a cui si rivolge. Caratteristica essenziale è l’unitarietà dell’assistenza, che deve essere basata su interventi sanitari e di protezione sociale, organicamente inseriti nel progetto assistenziale individualizzato (PAI). La richiesta di intervento va inoltrata, su appositi moduli, presso il PUA o presso i Segretariati Sociali. L’attivazione del servizio avviene a seguito di valutazione multidimensionale da parte dell’UVM. La valutazione dei bisogni è la premessa per la definizione e l’attuazione di interventi mirati ed efficaci e la multidimensionalità costituisce il requisito fondamentale per garantire il rispetto del principio di equità al momento dell’accesso dell’utente alla rete dei servizi.</p> <p>Le prestazioni vengono definite nel PAI. Il PAI individua anche l’operatore di riferimento (case manager), sia per la persona assistita ed i suoi familiari sia per gli altri operatori che intervengono a domicilio per la realizzazione del progetto. Il suo compito si sostanzia in un’attività di raccordo e di collegamento tra servizi e famiglia che deve essere resa in forma unitaria e aderente agli obiettivi prefissati nel progetto individualizzato garantendo il mantenimento della rete tra gli operatori sanitari e sociali durante tutto il periodo della presa in carico ed in particolare nelle verifiche di valutazione in itinere degli obiettivi raggiunti.</p> <p><i>Le prestazioni a carattere socio assistenziali</i> si sostanziano in: - cura ed igiene della persona, - sostegno all’autonomia personale, - aiuto nel governo degli ambiente domestico di peculiare uso dell’utente - sostegno alla socializzazione.</p> <p><i>Le prestazioni a carattere sanitario</i> di competenza dell’Asl si sostanziano in: prestazioni terapeutico – riabilitative, prestazioni di medicina generale e specialistica, prestazione infermieristica.</p> <p><i>Figure professionali:</i> Assistenti domiciliari per l’erogazione delle prestazioni previste dal piano personalizzato dell’intervento.</p>	
<p>Integrazione socio-sanitaria: prevista Il processo strategico prevede la complementarietà dei servizi sanitari e sociali e delle relative risorse economiche con una condivisione delle responsabilità; il modello di assistenza pone il paziente, con i suoi bisogni, al centro della rete dei servizi sanitari e sociali, per migliorare il livello qualitativo della vita e della salute, con il più efficace ed efficiente utilizzo delle risorse disponibili, riducendo il carico assistenziale che i familiari devono assumersi.</p>	

Pertanto sia l’ASL che l’ADS sono impegnate nella valutazione delle domande e nell’elaborazione e gestione dei PAI attraverso l’UVM; l’ASL e l’ADS sono quindi impegnate nelle erogazioni delle prestazioni socio-assistenziali e sanitarie di propria competenza.

Le funzioni e le attività attinenti le attività sociali sono gestiti e finanziati dall’Ambito mentre le funzioni e le attività attinenti alle attività sanitarie sono gestiti e finanziati dall’Azienda in coerenza con quanto previsto nella Convenzione socio-sanitaria e nel rispetto delle disposizioni e dei vincoli definiti dagli atti di programmazione approvati nelle materie di competenza.

Coerenza con il Piano sociale regionale

Il servizio di assistenza domiciliare sociale trova coerenza con le politiche integrate per la non autosufficienza di cui al par. II.9 del PSR.

Modalità di erogazione e di accesso

Al servizio si accede presentando domanda al PUA e/o presso i segretariati sociali. A seconda dell’intervento (ADS o ADI) viene effettuata la valutazione del bisogno dal Servizio sociale professionale o dall’UVM, la presa in carico e l’elaborazione del PAI. In caso di ADI l’ASL gestisce e definisce la parte sanitaria e l’ADS la parte sociale.

Le modalità di erogazione e accesso sono coerenti con le disposizioni del Regolamento di accesso allegato al Piano.

Modalità di gestione e affidamento del servizio

Modalità di gestione esterna mediante affidamento con procedura ad evidenza pubblica.

Tipologia di Fondo/Fondi: FNNA, Co-finanziamento Comuni

	2015	2017	2018
Indicatore n. utenti SAD n. utenti ADI	60	69	120
Costo complessivo	-	€ 92.433,00	€ 184.887,00
Quota disabilità gravissima *		€ 41.121,00	€ 82.242,00

*Allo stato attuale non è possibile suddividere con precisione l’utenza tra disabilità generale e disabilità gravissima.

Id: 2A.2	Servizio: Centro diurno per persone non autosufficienti
Campo di intervento: tassi superiori alla media nazionale rispetto alla presenza di malattie croniche/ trend in crescita delle malattie neurodegenerative	
A T 2 – Interventi e servizi per la non autosufficienza	OE: 6
<p>Attività Il Centro diurno per persone non autosufficienti è una struttura semiresidenziale finalizzata alla deistituzionalizzazione, al sostegno e sollievo al nucleo familiare ed al miglioramento e mantenimento dell'autonomia residua della persona non autosufficiente. Gli <i>obiettivi</i> delle attività del Centro diurno possono essere così riassunti: - promuovere lo sviluppo di una capacità di vita autonoma dei soggetti disabili, così da acquisire competenze nell’esercizio delle comuni attività quotidiane; - sviluppare il potenziamento delle capacità psicomotorie, espressivo relazionali e comportamentali; - favorire la socializzazione e l’inserimento sociale; - stimolare l’attivazione di risorse individuali per uno sviluppo armonico della propria individualità. Le <i>prestazioni</i> in genere erogate sono: - di tipo artistico in piccoli gruppi; - di animazione teatrale ed espressiva; - di socializzazione e ludica; - di mantenimento e sviluppo delle abilità personali e delle principali funzioni; - di trasporto da e per il Centro;</p>	

- di occupazione volta all'apprendimento di specifiche competenze lavorative per l'inserimento lavorativo assistito.

Ogni utente è preso in carico attraverso un progetto personalizzato, costantemente verificato ed aggiornato da parte del Servizio sociale professionale.

Le *figure professionali* minime del Servizio sono:

- Educatore professionale, con funzioni di sostegno personalizzato e di tutoraggio, finalizzato all'integrazione nel gruppo ed alla progettazione e realizzazione di attività di socializzazione, ludiche, ricreative, lavorative;
- Animatore/Istruttore, per l'attivazione/gestione di laboratori.

Si provvederanno, altresì, a definire lo staff necessario e le eventuali figure aggiuntive per garantire le specifiche attività che verranno espletate, in base alla tipologia delle attività e dell'età dei disabili.

Per la realizzazione del servizio è prevista l'attivazione di una rete di lavoro costituita dal Servizio Sociale Professionale dell'ADS, dall'Asl di Teramo, dal Centro e dalle associazioni di volontariato.

Integrazione socio-sanitaria: prevista

Il Distretto Sanitario e l'ECAD attraverso l'UVM provvedono alla valutazione e alla stesura del PAI.

Le funzioni e le attività attinenti le attività sociali sono gestiti e finanziati dall'Ambito mentre le funzioni e le attività attinenti alle attività sanitarie sono gestiti e finanziati dall'Azienda in coerenza con quanto previsto nella Convenzione socio-sanitaria e nel rispetto delle disposizioni e dei vincoli definiti dagli atti di programmazione approvati nelle materie di competenza.

Coerenza con il Piano sociale regionale

Il servizio di Centro diurno trova coerenza con le politiche integrate per la non autosufficienza di cui al par. II.9 del PSR.

Modalità di erogazione e di accesso

Il processo di erogazione del servizio prevede:

- Segnalazione al PUA e/o Segretariato sociale;
- Presa in carico da parte del Servizio sociale professionale;
- Attivazione dell'UVM;
- Stesura del PAI;
- Avvio dell'utente presso la struttura convenzionata.

Modalità di gestione e affidamento del servizio

Il servizio è gestito da soggetto privato.

Tipologia di Fondo/Fondi: finanziamento Comuni + FONDI PRIVATI

	2015	2017 II SEMESTRE	2018
Indicatore N. persone non autosufficienti in carico x N. ore frequenza annua per persona non autosufficiente			
Costo complessivo	-	-	-
Quota disabilità gravissima *	-	€- %	€- %

Il servizio è presente e finanziato dal Comune di Montorio al Vomano e dall'IRIFOR Te

Id: 2°3	Servizio: residenze temporanee e di sollievo per persone non autosufficienti
Campo di intervento: tassi superiori alla media nazionale rispetto alla presenza di malattie croniche/ trend in crescita delle malattie neurodegenerative/ scarto tra domanda e offerta di servizi a sostegno delle persone con disabilità	
A T 2 – Interventi e servizi per la non autosufficienza	OE: 7
<p>Attività Si tratta di un accoglimento temporaneo della persona non autosufficiente, effettuato all'interno di una struttura residenziale (richiedendo la disponibilità di posti letto utilizzabili per ricoveri temporanei), in un nucleo autorizzato all'accoglimento di persone non autosufficienti dotato di adeguati requisiti di protezione e di sicurezza. Con tale servizio si intende offrire un intervento temporaneo di sollievo per le famiglie. Da un lato vuole essere una concreta risposta a: eventuali problemi di salute del caregiver, all'elevato stress emotivo ed assistenziale a cui sono sottoposti i familiari conviventi di persone affette dalle varie forme di demenza, a periodi di assenza di personale privato di assistenza (badante, assistente familiare) e dall'altro fornisce adeguati supporti alla persona disabile. La durata del ricovero temporaneo è determinata dall'UVM ed è generalmente di 30 giorni. Condizione dei ricoveri temporanei è il ritorno a domicilio al termine del periodo di durata del progetto. Le <i>finalità</i> dell'accoglienza temporanea di sollievo sono: - assicurare una adeguata assistenza personale in situazioni di emergenza dovute a mancanza improvvisa (temporanea o prolungata) del caregiver principale (familiare o assistente familiare); - garantire un periodo di sollievo per coloro che assistono persone non autosufficienti programmabile sulla base delle esigenze dell'anziano e del caregiver stesso; - assicurare l'accompagnamento nella ridefinizione delle capacità di cura del caregiver principale a seguito di una modifica dell'equilibrio assistenziale conseguente alle mutate condizioni dell'anziano. Le accoglienze temporanee di sollievo sono una opportunità ed una risorsa per il sostegno del mantenimento a domicilio e costituiscono una delle opportunità da utilizzare nel Programma personalizzato di vita e di cura. Per la realizzazione del servizio è prevista l'attivazione di una rete di lavoro costituita dal Servizio Sociale Professionale dell'ADS, dall'Asl di Teramo, dagli operatori delle Residenze e dalle associazioni di volontariato. Nelle Case-residenze per anziani non autosufficienti (Case protette/RSA) possono essere previsti dei posti letto utilizzabili per ricoveri temporanei.</p>	
<p>Integrazione socio-sanitaria: prevista Il Distretto Sanitario e l'ECAD attraverso l'UVM provvedono alla valutazione e alla stesura del PAI. Le funzioni e le attività attinenti le attività sociali sono gestiti e finanziati dall'Ambito mentre le funzioni e le attività attinenti alle attività sanitarie sono gestiti e finanziati dall'Azienda in coerenza con quanto previsto nella Convenzione socio-sanitaria e nel rispetto delle disposizioni e dei vincoli definiti dagli atti di programmazione approvati nelle materie di competenza.</p>	
<p>Coerenza con il Piano sociale regionale Il servizio trova coerenza con le politiche integrate per la non autosufficienza di cui al par. II.9 del PSR.</p>	
<p>Modalità di erogazione e di accesso Il processo di erogazione del servizio prevede: - Segnalazione al PUA e/o Segretariato sociale; - Presa in carico da parte del Servizio sociale professionale; - Attivazione dell'UVM; - Stesura del PAI; - Avvio dell'utente presso la struttura convenzionata.</p>	
<p>Modalità di gestione e affidamento del servizio Modalità di gestione esterna, mediante affidamento a strutture autorizzate al funzionamento presenti sul territorio (in previsione, tramite accreditamento, ovvero convenzione con le strutture accreditate sul territorio, dopo l'emanazione delle apposite disposizioni regionali)</p>	
<p>Tipologia di Fondo/Fondi: FNNA, Co-finanziamento Comuni</p>	

	2015	2017 II SEMESTRE	2018
Indicatore N. persone non autosufficienti in residenza	0	0	2
Costo complessivo	-	€ -	€ 2.000,00
Quota disabilità gravissima*	-	€ %	€ %

*Allo stato attuale non si è in grado di suddividere l'utenza tra disabilità generale e disabilità gravissima.

Id: 2°.4	Servizio: Telesoccorso / Teleassistenza
Campo di intervento: tassi superiori alla media nazionale rispetto alla presenza di malattie croniche/ trend in crescita delle malattie neurodegenerative	
A T 2 – Area 2° Interventi e servizi per la non autosufficienza	OE: 4
<p>Attività Il servizio di telesoccorso prevede interventi tempestivi che coprono l'intero arco della giornata, e sono rivolti a persone non autosufficienti che possono incorrere in situazioni di emergenza, o di improvvisa difficoltà, derivanti da problematiche psico-fisiche e socioeconomiche. Tale tipo di assistenza garantisce interventi di supporto e di aiuto da eseguirsi in tempi e modi adeguati al bisogno e, comunque, idonei a consentire la fruizione degli interventi attivati e dei servizi pubblici presenti nel territorio. Il Servizio della teleassistenza si esplica come l'insieme dei servizi alla persona erogabili telefonicamente ed assume quella forma particolare di 69ele compagnia, la quale sovente si rivela per l'utente l'unica occasione di evasione dalla solitudine e di stimolo per la socializzazione. <i>Figure professionali</i> La figura dell'operatore che risponde alla chiamata di emergenza deve rispondere a caratteristiche ben delineate di professionalità con preparazione trasversale atta a garantire tempestiva comprensione del bisogno e conseguente attivazione della rete di intervento. Il servizio si integra con il sistema di rete ed in particolare con il DSB, l'UVM, servizi sanitari rivolti alla persona non autosufficiente, SRA, RSA, Strutture a ciclo semiresidenziale, volontariato, cooperazione, ecc. e si raccorda con i servizi di pronto intervento e sociale e di pronto soccorso.</p>	
<p>Integrazione socio-sanitaria: prevista Attraverso il PAI l'UVM stabilisce l'opportunità del servizio di teleassistenza e l'ECAD provvede alla relativa attivazione. Le funzioni e le attività attinenti le attività sociali sono gestiti e finanziati dall'Ambito mentre le funzioni e le attività attinenti alle attività sanitarie sono gestiti e finanziati dall'Azienda in coerenza con quanto previsto nella Convenzione socio-sanitaria e nel rispetto delle disposizioni e dei vincoli definiti dagli atti di programmazione approvati nelle materie di competenza.</p>	
<p>Coerenza con il Piano sociale regionale Il servizio di teleassistenza / telesoccorso trova coerenza con le politiche integrate per la non autosufficienza di cui al par. II.9 del PSR.</p>	
<p>Modalità di erogazione e di accesso Il processo di erogazione del servizio prevede: - Segnalazione al PUA e/o Segretariato sociale; - Attivazione dell'UVM; - Stesura del PAI; - Presa in carico da parte del Servizio sociale professionale; - Assegnazione e attivazione del servizio.</p>	
Modalità di gestione e affidamento del servizio	

Modalità di gestione esterna mediante affidamento con procedura ad evidenza pubblica			
Tipologia di Fondo/Fondi: FNNA, Co-finanziamento Comuni			
	2015	2017 II SEMESTRE	2018
Indicatore N. persone non autosufficienti seguite in telesoccorso	4	4	15
Costo complessivo		€ 1.500,00	5.200,00
Quota disabilità gravissima *		€ %	€ %

Id: 2A.5	Servizio: Budget di cura
Campo di intervento: tassi superiori alla media nazionale rispetto alla presenza di malattie croniche/ trend in crescita delle malattie neurodegenerative	
A T 2 – Area 2A Interventi e servizi per la non autosufficienza	OE: 8
<p>Attività</p> <p>Il Budget di cura è un intervento volto al sostegno economico in favore dei nuclei familiari finalizzato ad integrare le risorse economiche necessarie ad assicurare la continuità dell’assistenza alla persona non autosufficiente ed a garantire alla stessa la permanenza nel nucleo familiare o nell’ambiente di appartenenza evitando il ricovero in strutture residenziali.</p> <p>L'erogazione del beneficio è subordinato alla disponibilità del nucleo familiare ad assicurare la permanenza della persona non autosufficiente nel proprio contesto abitativo, sociale ed affettivo e ad evitare il ricorso al ricovero ospedaliero. Tale disponibilità si realizza attraverso l'assistenza diretta alla persona non autosufficiente da parte del nucleo familiare, ovvero mediante ricorso alla prestazione lavorativa di assistenti familiari.</p> <p>La disponibilità all'assistenza diretta e, qualora ricorra il caso, l'individuazione dell'assistente familiare, devono essere formalizzate attraverso apposito accordo sottoscritto con il Servizio Sociale Professionale ed inserito nel progetto assistenziale individualizzato (PAI).</p> <p>Le richieste di assegno di cura, valutati positivamente dall’UVM, verranno finanziati con un importo fissato annualmente e nel limite delle risorse finanziarie disponibili, previa sottoscrizione da parte dell’utente dell’Accordo di fiducia citato.</p> <p>Rientrano in questo servizio <u>l’assegno di cura, l’assegno a favore di persone in condizione di disabilità gravissima</u>, ivi incluse le persone affette da sclerosi laterale amiotrofica e gli altri eventuali benefici economici riconducibili al budget di cura de quo anche diversamente denominati.</p> <p>In caso di ulteriori disponibilità finanziarie si prevede l'utilizzazione progressiva e sperimentale del budget di cura, quale strumento di attuazione dell'integrazione socio-sanitaria e della presa in carico integrata per la non autosufficienza, ampliandone l'area d'impiego, attualmente limitata ai servizi finanziati dal Fondo nazionale per la non autosufficienza secondo le previsioni del PSR.</p> <p>I benefici vanno erogati evitando, comunque, la sovrapposizione degli stessi, in considerazione delle incompatibilità previste dalle disposizioni vigenti.</p> <p>Nell’ambito del budget di cura sono fondamentali le seguenti figure professionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assistente Sociale del Servizio di Segretariato per l’aiuto nella stesura del progetto individuale, - Assistente Sociale del Servizio Sociale Professionale per la valutazione integrata del caso e del progetto nell’ambito dell’UVM con conseguente firma dell’Accordo di fiducia e controllo in itinere della realizzazione del progetto approvato. 	
Integrazione socio-sanitaria: prevista	

Attraverso il PAI l’UVM stabilisce l’opportunità del beneficio economico e l’ECAD provvede alla firma dell’Accordo di fiducia, all’erogazione del beneficio e al controllo in itinere del rispetto del programma individualizzato.

Le funzioni e le attività attinenti le attività sociali sono gestiti e finanziati dall’Ambito mentre le funzioni e le attività attinenti alle attività sanitarie sono gestiti e finanziati dall’Azienda in coerenza con quanto previsto nella Convenzione socio-sanitaria e nel rispetto delle disposizioni e dei vincoli definiti dagli atti di programmazione approvati nelle materie di competenza.

Il budget di cura, pur non essendo solo strumento di definizione economica, ma anche di gestione delle altre risorse che concorrono a costruire il percorso di cura (professionali, umane, comunitarie, tecnologiche), si qualifica in modo particolare per la prerogativa di contribuire alla definizione della sostenibilità dell’impegno economico, considerando fin dall’inizio del percorso di presa in carico un unico budget, alimentato dai bilanci sia di parte sociale che sanitaria.

Coerenza con il Piano sociale regionale

L’intervento budget di cura trova coerenza con le politiche integrate per la non autosufficienza di cui al par. II.9 del PSR.

Modalità di erogazione e di accesso

Il processo di erogazione del servizio prevede:

- Segnalazione al PUA e/o Segretariato sociale;
- Attivazione dell’UVM;
- Stesura del PAI;
- Presa in carico da parte del Servizio sociale professionale;
- Assegnazione beneficio e sottoscrizione da parte dell’utente di apposito Accordo di fiducia.

Modalità di gestione e affidamento del servizio

Gestione diretta da parte dell’ECAD in accordo/integrazione con il Distretto Sanitario.

Tipologia di Fondo/Fondi: FNNA, Co-finanziamento Comuni

	2015	2017 II SEMESTRE	2018
Indicatore N. persone non autosufficienti assistite con assegni di cura			
Costo complessivo			
Quota disabilità gravissima		€ 44.084,00	€ 88.165,00

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

Asse Tematico 2 - Interventi e servizi per la non autosufficienza

Id	Servizio/intervento	OE	SS	Indicatore	Utenti N.A.	Valori target dell'indicatore	
						2017	2018
2B.1	Contributi a persone non autosufficienti per il sostegno ai costi della residenzialità e semiresidenzialità	8	X	N. persone non autosufficienti assistite in regime residenziale	34	51	60

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

Id: 2B.1	Servizio: Contributi a persone non autosufficienti per il sostegno ai costi della residenzialità e semiresidenzialità
Campo di intervento: tassi superiori alla media nazionale rispetto alla presenza di malattie croniche/ trend in crescita delle malattie neurodegenerative/ scarto tra domanda e offerta di servizi a sostegno delle persone con disabilità	
A T 2 – Area 2B Interventi e servizi per la non autosufficienza	OE: 8
<p>Attività</p> <p>Concorso alla spesa della quota sociale di compartecipazione a carico dell’utente e/o del Comune di residenza dello stesso per le prestazioni sociosanitarie in regime residenziale e semiresidenziale, secondo quanto previsto dalla legge regionale 14 ottobre 2014, n.37 (Istituzione del Fondo regionale per l’integrazione sociosanitaria) nonché in attuazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 febbraio 2001 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie) e del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza).</p> <p>L’obiettivo è quello di assicurare il diritto alla tutela della salute e all’accesso alle prestazioni, garantendo cure gratuite agli indigenti, ai sensi degli articoli 32 e 38 della Costituzione.</p> <p>Le prestazioni sociosanitarie rientranti nell’obbligo di compartecipazione sono riferite esclusivamente alle prestazioni, rientranti nell’Allegato 1.C del d.p.c.m. 29/11/2001 e s.m.i.</p> <p>Il Comune tenuto alla contribuzione della spesa è il Comune dove l’utente ha la residenza prima dell’inizio delle prestazioni residenziali o semiresidenziali, secondo quanto previsto dall’art. 6, comma 4, della l. 328/2000.</p> <p>La Struttura accreditata deve informare previamente il Comune di residenza dell’assistito e l’Ambito Distrettuale Sociale nel quale è ricompreso il Comune all’atto della richiesta di ricovero o, nei casi in cui il ricovero sia disposto d’urgenza, all’atto di accettazione, al fine dell’assunzione da parte del Comune degli obblighi connessi all’eventuale integrazione economica.</p> <p>Il Comune procede al riconoscimento del diritto alle agevolazioni e al pagamento delle prestazioni socio-sanitarie nei confronti delle strutture ospitanti.</p> <p>L’Ambito Distrettuale Sociale assicura funzioni di assistenza tecnica ai Comuni attraverso il Servizio Sociale Professionale, modalità applicative della compartecipazione secondo criteri di omogeneità e uniformità, rendicontazione dei costi sostenuti e riparto del Fondo.</p> <p>Nell’ambito di questo intervento è fondamentale la figura dell’Assistente Sociale del Servizio di Segretariato per l’informazione e l’aiuto nella stesura della richiesta da parte dell’utente.</p>	
<p>Integrazione socio-sanitaria: prevista</p> <p>Le UVM, le Aziende USL, le Strutture sanitarie e socio sanitarie accreditate, i Comuni e gli ADS collaborano in rete al fine di assicurare l’efficace applicazione del regolamento regionale attraverso lo svolgimento congiunto delle verifiche e lo scambio dei dati e delle informazioni.</p> <p>Le funzioni e le attività attinenti le attività sociali sono gestiti e finanziati dall’Ambito mentre le funzioni e le attività attinenti alle attività sanitarie sono gestiti e finanziati dall’Azienda in coerenza con quanto previsto nella Convenzione socio-sanitaria e nel rispetto delle disposizioni e dei vincoli definiti dagli atti di programmazione approvati nelle materie di competenza.</p>	
<p>Coerenza con il Piano sociale regionale</p> <p>L’intervento trova coerenza con le politiche integrate per la non autosufficienza di cui al par. II.9 del PSR.</p>	
<p>Modalità di erogazione e di accesso</p> <p>1. Le persone che accedono alle prestazioni sociosanitarie contribuiscono al costo delle prestazioni inerenti i livelli essenziali di assistenza per la parte non a carico del fondo sanitario regionale, secondo le quote stabilite dall’Allegato 1.0 del D.P.C.M. 29.11.2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza) e dalle tariffe definite dalla disciplina regionale in materia.</p> <p>2. Nel caso in cui la persona che accede alle prestazioni socio-sanitarie o altra persona per lui non possa garantire interamente la contribuzione prevista dai tariffari vigenti a livello regionale, l’utente può presentare, nell’ambito dei criteri stabiliti dal regolamento dell’Ambito Distrettuale Sociale, una domanda di agevolazione. In tal caso, per la valutazione delle condizioni economiche, si applica quanto previsto</p>	

all'art. 6 del D.P.C.M. 159/2013.

3. Le modalità attraverso le quali, prima dell'accesso al servizio, il Comune erogatore dell'agevolazione procede alla valutazione della richiesta di prestazione agevolata sulla base delle soglie ISEE stabilite, prevedendo le specifiche modalità di pagamento e riscossione delle quote soggette a compartecipazione e mantenendo comunque a favore dell'anziano non autosufficiente e del disabile una quota per spese personali, pari ad almeno il 30% del trattamento minimo pensionistico INPS, sono definite nel regolamento di accesso allegato.

Modalità di gestione e affidamento del servizio

Gestione diretta da parte dell'ECAD attraverso i Comuni dell'ADS con il supporto delle risorse professionali di cui al Servizio Sociale Professionale e Segretariato sociale secondo le modalità di gestione precisate in tali servizi.

Tipologia di Fondo/Fondi: Fondo integrazione socio-sanitaria

	2015	2017 II SEMESTRE	2018
Indicatore N. utenti		51	60
Costo complessivo*		€ 125.500,00	€ 280.000,00
Quota disabilità gravissima		€- %	€- %

*Non a carico Piano Distrettuale

ASSE TEMATICO 3 - STRATEGIE PER L'INCLUSIONE SOCIALE E IL CONTRASTO ALLE POVERTÀ

Nel presente Asse Tematico sono definiti gli interventi e i servizi di inclusione sociale e descritta la strategia generale di contrasto alla povertà e all'esclusione dell'Ambito Distrettuale, attuando le politiche di cui § II.8 e II.10 del PSR.

L'Asse Tematico si articola in Azioni dirette e azioni indirette.

Azioni dirette

Sono quelle finanziate con FNPS, FSR, Fondi Comunali e nello specifico, seguendo le direttive del PSR, in coerenza con i fabbisogni rilevati nel Profilo sociale locale si intendono realizzare Misure di sostegno al reddito. Trattasi di interventi di sostegno alle condizioni economiche e sociali delle persone esposte al rischio della marginalità sociale e che siano impossibilitate a provvedere al proprio mantenimento e dei figli a carico, per cause fisiche, psichiche e sociali.

L'intervento consiste nell'erogazione di un **contributo economico** da parte del Comune di residenza per fronteggiare le spese di gestione familiare (utenze, canoni di locazione, beni di prima necessità, medicine...), nell'ambito di un percorso concordato con l'Assistente sociale finalizzato a superare le condizioni di difficoltà del nucleo familiare beneficiario. I costi di tale azione sono a totale carico dei comuni.

Parimenti, tra le azioni dirette, si prevede la possibilità, da parte dei Comuni di ambito, di erogare, previa pubblicazione di avviso, **borse lavoro** e relativi contributi economici in favore di soggetti in condizione di grave disagio sociale, economico e familiare. I costi di tale azione sono a totale carico dei comuni.

L'Ambito Distrettuale Sociale assicura funzioni di assistenza tecnica ai Comuni attraverso il Servizio Sociale Professionale.

Azioni indirette

Sono le strategie per il contrasto alla povertà che saranno attuate dall'Ambito Distrettuale con l'utilizzo di altre fonti di finanziamento rispetto al FNPS, FSR, Fondi Comunali. Il Piano Sociale Distrettuale prevede, tra le azioni indirette, la partecipazione ai bandi e agli avvisi che saranno emanati a livello regionale e nazionale nell'ambito delle seguenti fonti di finanziamento:

- del Fondo Sociale Europeo (*Asse Inclusione del P.O.FSE Abruzzo 2014-2020 e del PON Inclusione, gestito dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali*), nonché delle risorse di cui al Fondo nazionale per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale, istituito dalla legge 208 del 2015 (art. 1, comma 386);
- del SIA (Sostegno per l'Inclusione Attiva), gestito dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali e relative PON Inclusione.

Le **azioni indirette** inserite nel PSD sono

- **PON Inclusione per l'attuazione del SIA**: In relazione alle funzioni richieste dall'attuazione del SIA si rende necessario il potenziamento dei servizi di segretariato sociale, dei servizi per la presa in carico e degli interventi sociali rivolti alle famiglie destinatarie del SIA” nel rispetto del principio contenuto nella sezione 4.5 dell'Avviso n. 3/2016 che prevede che non possano essere proposti interventi diversi dall'azione A.1 se non è presente nel territorio un organico adeguato in termini numerici per le funzioni del servizio sociale professionale quantificabile nella presenza nei servizi sociali di almeno 1 assistente sociale ogni 10.000 abitanti. L'Ambito, pertanto, ha già presentato un progetto in riferimento all'Avviso pubblico non competitivo per la presentazione di progetti da finanziare a valere sul FSE, programmazione 2014/2020, PON “Inclusione”, per l'attuazione dei seguenti interventi:

- Sostegno alle funzioni del segretariato sociale, attivo nell'Ambito Territoriale per garantire la fase di pre-assessment;
- Rafforzamento del Servizio Sociale Professionale al fine di supportare la creazione dell'equipe multidisciplinare di Ambito e dei Comuni per la presa in carico (per le funzioni di Assessment, progettazione, valutazione e monitoraggio dell'intervento integrato).
- Creazione di portali gestionali e piattaforme interattive che consentono l'integrazione e l'interoperabilità con sistemi esterni e banche dati di uffici ed enti diversi, l'interazione di ciascun componente dell'EM, nonché un supporto all'accesso ai servizi, alla erogazione, monitoraggio e consuntivazione delle

prestazioni, e gestione di una cartella sociale informatizzata.

- **Servizio di inclusione sociale:** Il sostegno per l'inclusione attiva (SIA) consiste in un sussidio economico, finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, alle famiglie in condizione economiche disagiate mediante l'adesione ad un progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa. Per godere del beneficio, il nucleo familiare del richiedente dovrà aderire ad un progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa sostenuto da una rete integrata di interventi, individuati dai servizi sociali dei Comuni (coordinati a livello di Ambiti distrettuali), in rete con gli altri servizi del territorio (i centri per l'impiego, i servizi sanitari, le scuole) e con i soggetti del terzo settore, le parti sociali e tutta la comunità.

- **Asse Inclusione del P.O.FSE Abruzzo 2014-2020:** L'ADS nel percorso di contrasto alla povertà e di sostegno all'inclusione sociale intende intercettare le opportunità offerte dall'Asse Inclusione del P.O.FSE Abruzzo 2014-2020.

Con il POR FSE 2014-2020, si intende attuare una strategia per la crescita inclusiva attraverso tre obiettivi tematici:

1. promuovere l'occupazione e sostenere la mobilità dei lavoratori,
2. promuovere l'inclusione sociale e combattere la povertà,
3. investire nelle competenze, nell'istruzione e nell'apprendimento permanente.

Per tali interventi si descrivono nell'apposite schede le azioni da svolgere sul territorio, tenendo conto delle linee guida e delle disposizioni contenute negli avvisi sino ad oggi emanati; è fatta, quindi salva la facoltà dell'Ambito Distrettuale di aggiustare le azioni sulla base delle disposizioni emanande e di attuare ulteriori interventi sulla base di nuovi bandi e avvisi.

Un'importante complementarità potrà essere attivata anche con il Piano di Sviluppo Rurale 2014-2020 in materia di inclusione sociale nelle aree rurali e con una forte interazione fra GAL (Gruppi di Azione Locale) e Ambito Distrettuale.

In ragione della maggiore autonomia programmatica riconosciuta dal PSR all'Ambito distrettuale, ferma restando la garanzia della disponibilità di tutti gli obiettivi essenziali di servizio su tutto il territorio, la quantificazione dei volumi dei servizi ed interventi verranno commisurati alla effettiva domanda sociale del territorio.

AT 3 - Quadro sinottico dei servizi/interventi e indicatori

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

Id	Servizio/intervento	OE	Az.	SS	Indicatore	Utenti	Valori target dell'indicatore	
							2017	2018
3.1	PON Inclusione per l'attuazione del SIA	8	I		N. contatti	90	90	100
3.2	Servizio di inclusione sociale	8	I		N. persone in situazione di povertà	200/300	200/300	200/300
3.3	Misure sostegno reddito	8	D		N. contributi	50	50	70
3.4	Asse Inclusione del P.O.FSE Abruzzo 2014-2020	8	I		N. utenti coinvolti	35	35	35

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

Id: 3.1	Servizio/Azione: PON Inclusione per l’attuazione del SIA	
Campo di intervento: Aumento delle fasce di popolazione a rischio di povertà ed esclusione – difficoltà di integrazione (soprattutto lavorativa) delle giovani generazioni.		
AT 3. Strategie per l’inclusione sociale e il contrasto alla povertà		OE: 8
Strategia L’ADS nel percorso di contrasto alla povertà e di sostegno all’inclusione sociale intende intercettare le opportunità offerte dal PON Inclusione programmazione 2014-2020. L’obiettivo principale della presente progettazione è quello di dare una risposta concreta e mirata ai bisogni espressi dai beneficiari del SIA, infatti attraverso il potenziamento dei servizi di segretariato sociale e servizio sociale professionale si possono effettuare efficacemente le funzioni di pre-assessment, assessment e progettazione. Anche l’equipe multidisciplinare riuscirà a svolgere i propri compiti con maggiore efficacia. Il rafforzamento dei servizi con l’incremento dell’organico con ulteriori Assistenti Sociali porterà benefici indiretti anche all’utenza assimilabile ai destinatari del SIA.		
Attività In relazione alle funzioni richieste dall’attuazione del SIA si rende necessario il potenziamento dei servizi di segretariato sociale, dei servizi per la presa in carico e degli interventi sociali rivolti alle famiglie destinatarie del SIA” nel rispetto del principio contenuto nella sezione 4.5 dell’Avviso n. 3/2016 che prevede che non possano essere proposti interventi diversi dall’azione A.1 se non è presente nel territorio un organico adeguato in termini numerici per le funzioni del servizio sociale professionale quantificabile nella presenza nei servizi sociali di almeno 1 assistente sociale ogni 10.000 abitanti. La proposta progettuale è riconducibile, pertanto, all’attuazione dei seguenti interventi: - Sostegno alle funzioni del segretariato sociale, attivo nell’Ambito Territoriale per garantire la fase di pre-assessment; - Rafforzamento del Servizio Sociale Professionale al fine di supportare la creazione dell’equipe multidisciplinare di Ambito e dei Comuni per la presa in carico (per le funzioni di Assessment, progettazione, valutazione e monitoraggio dell’intervento integrato). - Creazione di portali gestionali e piattaforme interattive che consentono l’integrazione e l’interoperabilità con sistemi esterni e banche dati di uffici ed enti diversi, l’interazione di ciascun componente dell’EM, nonché un supporto all’accesso ai servizi, alla erogazione, monitoraggio e consuntivazione delle prestazioni, e gestione di una cartella sociale informatizzata.		
Integrazione socio-sanitaria Sia il Segretariato sociale che il Servizio sociale professionale sono funzionalizzati a livello gestionale, favorendo e rafforzando la piena integrazione con la componente sanitaria e garantendo una più diffusa capillarità territoriale, facilitando l’accesso ai servizi in tutti i Comuni dell’Ambito.		
Coerenza con il Piano sociale regionale L’intervento trova coerenza con le politiche integrate per la non autosufficienza di cui al par. II.8 del PSR.		
Tipologia di Fondo/Fondi: PON Inclusione programmazione 2014-2020		
	2017 II SEMESTRE	2018
Indicatore N. contatti	90	100
Costo*	€ -	€ 130.640,00-

* il costo è imputato a Fondi nazionali extra FNPS

Id: 3.2	Servizio/Azione: Servizio Inclusione sociale – Progetto SIA
Campo di intervento: Aumento delle fasce di popolazione a rischio di povertà ed esclusione – difficoltà di integrazione (soprattutto lavorativa) delle giovani generazioni.	
AT 3. Strategie per l’inclusione sociale e il contrasto alla povertà	OE: 8
<p>Strategia Nell’ambito del contrasto alla povertà e per favorire l’inclusione sociale il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha avviato il Programma SIA (Sostegno per l’Inclusione Attiva). E’ una misura di contrasto alla povertà che prevede l'erogazione di un sussidio economico alle famiglie in condizioni economiche disagiate nelle quali almeno un componente sia minorenni oppure sia presente un figlio disabile o una donna in stato di gravidanza accertata. Per godere del beneficio è necessario aderire ad un progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa sostenuto da una rete integrata di interventi, individuati dai servizi sociali dei Comuni (coordinati a livello di Ambiti territoriali), in rete con gli altri servizi del territorio (i centri per l’impiego, i servizi sanitari, le scuole) e con i soggetti del terzo settore, le parti sociali e tutta la comunità. La strategia che sottende a quest’azione è quella di responsabilizzare il cittadino ed indurlo ad una vita sociale attiva e partecipativa evitando il rischio di disagio e di emarginazione sociale ma anche l’integrazione tra gli strumenti nazionali individuati dal PON che quelli regionali e le risorse ordinarie per le politiche sociali.</p>	
<p>Attività Il sostegno per l'inclusione attiva (SIA) consiste in un sussidio economico, finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, alle famiglie in condizione economiche disagiate mediante l'adesione ad un progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa. Per godere del beneficio, il nucleo familiare del richiedente dovrà aderire ad un progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa sostenuto da una rete integrata di interventi, individuati dai servizi sociali dei Comuni (coordinati a livello di Ambiti distrettuali), in rete con gli altri servizi del territorio (i centri per l’impiego, i servizi sanitari, le scuole) e con i soggetti del terzo settore, le parti sociali e tutta la comunità.</p> <p><i>Prestazioni</i> Entro 15 giorni lavorativi dalla ricezione delle domande, i Comuni inviano all’Inps le richieste di beneficio. Entro i successivi 10 giorni l’Inps: - controlla il requisito relativo ai trattamenti economici; - controlla il requisito economico (ISEE); - attribuisce i punteggi relativi alla condizione economica; - in esito ai controlli, trasmette ai Comuni l’elenco dei beneficiari. Il beneficio è concesso bimestralmente e viene erogato attraverso una Carta di pagamento elettronica (Carta SIA). Con la Carta si possono effettuare acquisti in tutti i supermercati, negozi alimentari, farmacie e parafarmacie abilitati al circuito Mastercard. La Carta può essere anche utilizzata presso gli uffici postali per pagare le bollette elettriche e del gas. Entro 60 giorni dall’accreditamento del primo bimestre i Comuni, coordinati a livello di Ambiti territoriali, predispongono il progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa, che viene costruito insieme al nucleo familiare sulla base delle indicazioni operative fissate a livello nazionale dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali (Linee guida per la predisposizione dei progetti di presa in carico del SIA). L’obiettivo è migliorare le competenze, potenziare le capacità e favorire l’occupabilità dei soggetti coinvolti.</p>	
<p>Integrazione socio-sanitaria Possibile una collaborazione con i servizi dell’Azienda Usl (consultori familiari, sert etc.) ove previsto da progetti individualizzati.</p>	
<p>Coerenza con il Piano sociale regionale L’intervento trova coerenza con le politiche integrate per la non autosufficienza di cui al par. II.8 del PSR</p>	
<p>Tipologia di Fondo/Fondi: PON “Inclusione sociale”</p>	

	2017 II SEMESTRE	2018
Indicatore N. persone in situazione di povertà		
Costo*	€ -	€ -

* il costo è imputato a Fondi nazionali extra FNPS

Id: 3.3	Servizio: Misure sostegno reddito		
Campo di intervento: Aumento delle fasce di popolazione a rischio di povertà ed esclusione			
AT 3. Strategie per l'inclusione sociale e il contrasto alla povertà			OE: 8
Attività			
L'Ambito Distrettuale Sociale può attivare un sostegno alle condizioni economiche e sociali delle persone esposte al rischio della marginalità sociale e che siano impossibilitate a provvedere al proprio mantenimento e dei figli a carico, per cause fisiche, psichiche e sociali.			
L'intervento consiste nell'erogazione di un contributo economico da parte del Comune di residenza per fronteggiare le spese di gestione familiare (utenze, canoni di locazione, beni di prima necessità, medicine...) o nell'attribuzione di Borse lavoro. Al contributo economico si accede su richiesta del cittadino su specifica modulistica e dietro presentazione dell'ISEE, mentre al percorso di Borsa lavoro si accede previa domanda da inviarsi in seguito a pubblicazione Avviso da parte del Comune. I costi di tali misure sono a totale ed esclusivo carico dei comuni.			
L'Ambito Distrettuale Sociale assicura funzioni di assistenza tecnica ai Comuni attraverso il Servizio Sociale Professionale. Nell'ambito di questo intervento è fondamentale la figura dell'Assistente Sociale del Servizio di Segretariato per l'informazione e l'aiuto nella stesura della richiesta da parte dell'utente.			
Integrazione socio-sanitaria			
Il servizio, pur non essendo gestito in modo integrato e previsto nella Convenzione socio-sanitaria, si integra con il sistema di rete e, quindi, anche con i servizi della ASL			
Coerenza con il Piano sociale regionale			
L'intervento trova coerenza con le politiche integrate per la non autosufficienza di cui al par. II.8 del PSR.			
Modalità di erogazione e di accesso			
La richiesta di accesso al contributo deve essere effettuata mediante apposito modello di domanda disponibile presso il Segretariato Sociale, il quale è tenuto ad effettuare la valutazione professionale che sarà trasmessa direttamente all'ufficio dei servizi sociali del Comune.			
La domanda, corredata dalla relazione dell'assistente sociale che attesti lo stato di disagio e il progetto d'intervento, va presentata al Protocollo del Comune di residenza e deve essere corredata dall'attestazione ISEE concernente le informazioni necessarie per la determinazione della situazione economica del nucleo familiare.			
La domanda di aiuto economico è istruita dall'Ufficio Servizi Sociali del Comune di riferimento.			
Allo scopo di accertare la corrispondenza tra quanto dichiarato dal richiedente e la situazione di fatto, possono essere eseguite visite domiciliari da parte delle assistenti sociali.			
I Comuni sulla base del progetto predisposto dall'Assistente Sociale e delle disponibilità di bilancio, determinano l'assistenza di carattere economico stabilendone le modalità ed il limite temporale.			
Il procedimento di accesso alla borsa lavoro è disciplinata da specifica regolamentazione comunale. Nel caso in cui le domande eccedano i posti disponibili, si provvederà ad esperire procedimento selettivo con colloquio.			
Modalità di gestione e affidamento del servizio			
Gestione diretta attraverso i Comuni dell'ADS con il supporto delle risorse professionali di cui al Servizio Sociale Professionale e Segretariato sociale secondo le modalità di gestione precisate in tali servizi.			
Tipologia di Fondo/Fondi: FNPS, FSR, FSE-Fondo nazionale lotta povertà, Co-finanziamento Comuni PON Inclusione			
	2015	2017 II SEMESTRE	2018

Indicatore N. contributi	15	34	n.d.
Costo*	€ -	€ -	€ -

*A carico bilanci comunali.

Id: 3.4	Servizio/Azione: Asse Inclusione del P.O.FSE Abruzzo 2014-2020
Campo di intervento: Aumento delle fasce di popolazione a rischio di povertà ed esclusione	
AT 3. Strategie per l'inclusione sociale e il contrasto alla povertà	OE: 8
<p>Strategia</p> <p>L'ADS nel percorso di contrasto alla povertà e di sostegno all'inclusione sociale intende intercettare le opportunità offerte dall'Asse Inclusione del P.O.FSE Abruzzo 2014-2020.</p> <p>Con il POR FSE 2014-2020, la Regione Abruzzo intende concentrare i finanziamenti sull'occupazione, insieme a iniziative di istruzione e inclusione sociale a sostegno di una crescita di cui possa beneficiare la maggior parte della popolazione abruzzese.</p> <p>La strategia per la crescita inclusiva si concretizza attraverso tre obiettivi tematici:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. promuovere l'occupazione e sostenere la mobilità dei lavoratori, 2. promuovere l'inclusione sociale e combattere la povertà, 3. investire nelle competenze, nell'istruzione e nell'apprendimento permanente. <p><i>Occupazione:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - sviluppare un'ampia gamma di interventi di politica attiva a favore della platea di soggetti in cerca di lavoro e inattivi, - interventi destinati a giovani, donne e lavoratori colpiti dalla crisi economica. - attenzione anche ad altri target a rischio, quali lavoratori maturi, disoccupati di lunga data, immigrati e soggetti svantaggiati. <p><i>Inclusione sociale:</i></p> <p>Promozione delle pari opportunità, della partecipazione attiva e del miglioramento dell'occupabilità dei soggetti maggiormente in difficoltà agendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sul sostegno al reddito, - sui mercati del lavoro inclusivi, - sull'accesso a servizi di qualità. <p>La strategia per l'inclusione sociale si concentra su due assi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. interventi diretti per l'inclusione attiva di destinatari in condizione di povertà e di altre categorie a rischio esclusione, quali: disabili, detenuti, tossicodipendenti, immigrati, rom, etc, 2. misure indirette di prevenzione del fenomeno dell'esclusione sociale, attraverso il rafforzamento delle imprese e dell'economia sociale. <p><i>Istruzione e formazione</i></p> <p>Sviluppo di un sistema di istruzione di qualità nella quale risulta centrale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - incrementare la rispondenza dell'offerta formativa alle richieste del mercato del lavoro, - promuovere una sempre maggiore capacità del sistema formativo di garantire efficienza ed efficacia nella definizione e nell'attuazione delle misure di politica attiva. <p>Allo stato attuale, l'ADS ha attivato il progetto “Abruzzo Include” Asse 2 Inclusione Sociale - Obiettivo tematico: 9 Inclusione sociale e lotta alla povertà Promuovere l'inclusione sociale e combattere la povertà e ogni discriminazione per n. 35 beneficiari unitamente all'ADS Teramo.</p> <p>Attività</p> <p>Si tratta, in sostanza, della possibilità di offrire, a persone che sono in carico ai servizi socio-assistenziali e sanitari, alle persone che sono in condizione di disabilità, non occupate e che si trovano in particolari condizioni di svantaggio, l'opportunità di svolgere tirocini lavorativi in aziende pubbliche e private, all'interno di un progetto più generale presentato da Associazione temporanea di scopo (Ats) con dentro l'Ambito sociale, un'agenzia di lavoro accreditata, un organismo di formazione.</p> <p>Il Piano integrato delle prestazioni si articola attraverso 2 linee d'intervento.</p> <p><u>Linea 1):</u> il progetto prevede l'attivazione di un Servizio di contrasto alla Povertà e all'Esclusione Sociale</p>	

(SPES), territorialmente collocato nell’ambito di riferimento del progetto, finalizzato all’individuazione, presa in carico e redazione di un progetto individuale di inclusione socio-lavorativa dei soggetti in condizione di svantaggio o povertà.

Linea 2): Inclusione attiva, avvio di servizi finalizzati all’attivazione di tirocini extracurricolari in favore degli utenti dei servizi di cui alla Linea 1 e, per quelli gravati da carichi di cura, all’erogazione di voucher di servizio.

Il progetto prevede un tempo di realizzazione di 18 mesi a partire dalla comunicazione di ammissione a finanziamento.

Il piano finanziario prevede una spesa pari ad € 450.000,00 (Per l’ATS).

Spese a carico dell’Ambito sono quelle relative a richiesta, tutoraggio, alla formazione e accoglienza dei partecipanti

Integrazione socio-sanitaria

Il servizio, pur non essendo gestito in modo integrato e previsto nella Convenzione socio-sanitaria, si integra con il sistema di rete e, quindi, anche con i servizi della ASL

Coerenza con il Piano sociale regionale

L’intervento trova coerenza con le politiche integrate per la non autosufficienza di cui al par. II.8 del PSR.

Tipologia di Fondo/Fondi: Asse Inclusione del P.O.FSE Abruzzo 2014-2020

	2017 II SEMESTRE	2018
Indicatore N. utenti coinvolti	35	35
Costo*	€ 12.000	€ 24.000

*L’intervento è finanziato con le risorse del P.O. / FSE 2014-2020. La gestione finanziaria dei 35 tirocini è in capo al soggetto mandatario –.

ASSE TEMATICO 4 - SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ E ALLE FAMIGLIE, NUOVE GENERAZIONI, PREVENZIONE E CONTRASTO ALLA VIOLENZA DOMESTICA

In questo Asse Tematico sono definiti gli interventi e servizi per il sostegno alla genitorialità e alla famiglia, per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani, per la prevenzione e il contrasto della violenza domestica, declinando le politiche di cui al § II.4 e II.5 del PSR.

L'Asse Tematico si articola in Azioni dirette e azioni indirette.

Azioni dirette

Sono quelle finanziate con FNPS, FSR, Fondi Comunali e nello specifico seguendo le direttive del PSR, in coerenza con i fabbisogni rilevati nel Profilo sociale locale si definiscono i seguenti servizi, tutti ad azione diretta:

Equipe Adozioni e Affidò familiare: Il servizio richiede un importante lavoro del Servizio sociale professionale che è chiamato a collaborare con l'équipe territoriale competente per le adozioni nelle attività istruttorie e di sostegno dell'adozione in collegamento con il Tribunale per i minorenni, le Regioni, la Commissione per le adozioni internazionali.

L'ADS, inoltre, svolge, attraverso il Servizio sociale professionale, un'attività di intermediazione e supporto finalizzata a favorire l'accoglienza temporanea di un minore in un nucleo familiare quando la famiglia di origine sia momentaneamente impossibilitata a provvedervi in modo adeguato e a sostenere economicamente gli affidi perfezionati.

Assistenza domiciliare educativa: Il servizio, attraverso l'assistenza domiciliare, favorisce la permanenza del minore nel suo ambiente evitando il ricovero in strutture residenziali, e supporta la famiglia nel recupero del proprio ruolo genitoriale, fornendogli gli strumenti per superare le difficoltà esistenti.

Centro diurno minori: L'ADS attua interventi a carattere aggregativo, di socializzazione e di organizzazione del tempo libero dei minori con le finalità di sostenere il minore nel percorso di crescita, offrire risposte ai bisogni di socializzazione ed integrazione, prevenire situazioni di disadattamento e di marginalità e svolgere azioni di supporto alle funzioni genitoriali.

Residenza per minori: Il servizio garantisce l'accoglienza temporanea di minori abbandonati o allontanati, qualora la famiglia di origine sia incapace o impossibilitata ad assolvere al proprio compito, favorendo l'armonico sviluppo della personalità per mezzo del progetto educativo individualizzato promuovendo rapporti di solidarietà all'interno del gruppo dei pari, l'educazione alla condivisione di regole organizzative, i rapporti positivi dei ragazzi/ragazze con le loro famiglie e la partecipazione degli adolescenti alla progettualità ed alle decisioni relative ai diversi interventi con la scuola.

Complementari a tali servizi sono anche il Servizio sociale Professionale e le collaborazioni con i Servizi consultoriali e altri servizi distrettuali, oltre che la collaborazione con il Terzo settore per il sostegno alla genitorialità e alla nascita, per la consulenza e prevenzione e contrasto alla violenza alle donne e bambini

Azioni indirette

Sono le strategie per il sostegno alla genitorialità e alla famiglia, per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani, per la prevenzione e il contrasto della violenza domestica attuate dall'Ambito Distrettuale con l'utilizzo di altre fonti di finanziamento rispetto al FNPS, FSR, Fondi Comunali. Il Piano Sociale Distrettuale prevede, tra le azioni indirette, la partecipazione ai bandi e agli avvisi che saranno emanati a livello regionale e nazionale nell'ambito delle seguenti fonti di finanziamento:

- Fondo “Provvidenze in favore della famiglia”, istituito dall'art. 16 della L.R. 95/95, per il finanziamento di interventi per la famiglia gestiti dai Comuni, dai Consultori e dalle Associazioni, anche nelle more della revisione della legge, del Fondo Nazionale Politiche della Famiglia, istituito dalla L. 296/2006, per il finanziamento delle azioni in favore delle famiglie, e ripartito annualmente con Decreto del Ministro delle Politiche Sociali,

- Fondo Nazionale per le Politiche Giovanili, istituito dalla L. 248/2006, ripartito annualmente con Intesa della Conferenza Stato-Regioni. In questo ambito rientrano anche gli interventi relativi al raccordo con i Centri finanziati dal Fondo “Disposizioni per la promozione ed il sostegno dei centri anti violenza e delle

case di accoglienza per le donne maltrattate”, istituito dall’art. 13 della L.R. 31/2006, per il finanziamento dei centri anti violenza (consistenza 2015: € 175.000,00) e dal Fondo per il finanziamento del “Piano d’azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere”, istituito dalla L. 119/2013, per il finanziamento di azioni per il contrasto alla violenza di genere.

L’ADS, al momento, fatta, salva la facoltà attuare ulteriori interventi sulla base di nuovi bandi e avvisi, prevede in queste strategie l’attuazione locale della seguente scheda di servizio:

- L.R. 95/95 – Interventi in favore della famiglia: azioni di sostegno prioritarie per le famiglie nelle quali entrambi i coniugi, le gestanti, le madri o le persone sole presentano problemi psichiatrici di tossicodipendenza o di grave emarginazione sociale.

In ragione della maggiore autonomia programmatoria riconosciuta dal PSR all’Ambito distrettuale, ferma restando la garanzia della disponibilità di tutti gli obiettivi essenziali di servizio su tutto il territorio, la quantificazione dei volumi dei servizi ed interventi verranno commisurati alla effettiva domanda sociale del territorio.

AT 4 - Quadro sinottico dei servizi/interventi e indicatori

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

Id	Servizio/intervento	OE	Az.	SS	Indicatore	Utenti	Valori target dell'indicatore	
							2017	2018
4.1	Equipe Adozioni e Affidamento familiare	2	D	X	N. famiglie seguite	5	5	8
4.2	Assistenza domiciliare educativa	4	D		N. prestazioni ADE	20	44	50
4.3	Centro diurno minori	6	D		N. minori in carico x N. ore frequenza annua per minore	30 x 500	30 x 500	50 x 500
4.4	Residenza per minori	7	D		N. minori in residenza	15	15	15
4.5	L.R. 95/95 – Interventi in favore della famiglia	6	I	X	N. utenti in carico	20	20	20

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

Id: 4.1	Servizio: Equipe Adozioni - Affidamento familiare – famiglie professionali	
Campo di intervento: Incidenza doppia, rispetto alla media nazionale, dei casi di violenza sulle donne e i bambini		
AT 4: Sostegno alla genitorialità e alle famiglie, nuove generazioni, prevenzione e contrasto alla violenza domestica		OE: 2
<p>Attività Rafforzamento dell’equipe per le adozioni e sviluppo dell’affidamento. Attività di intermediazione e supporto finalizzata, in caso di affidamento, a favorire l’accoglienza temporanea di un minore in un nucleo familiare quando la famiglia di origine sia momentaneamente impossibilitata a provvedervi in modo adeguato; in caso di adozione, a proteggere e tutelare la crescita di un minore in stato di abbandono attraverso l’accoglienza definitiva in un nucleo familiare. Il servizio affidamento viene svolto dal Servizio sociale professionale che si occupa di tutte le diverse fasi previste dall’affidamento che vanno dall’individuazione e valutazione delle famiglie affidatarie, predisposizione di progetti di interventi, sostegno alle famiglie di origine ed affidatarie lungo tutto il percorso dell’affidamento. Si prevede di sperimentare uno specifico percorso relativo all’individuazione delle cd. Famiglie professionali, previa approvazione di regolamento, avviso, selezione e formazione nuclei. Per ciò che riguarda le adozioni, occorre evidenziare che si fa riferimento alle équipes integrate ASL. L’équipe provvede alle attività istruttorie e di sostegno in collegamento con il Tribunale per i minorenni, le Regioni, la Commissione per le adozioni internazionali.</p> <p><i>Obiettivi:</i> o Garantire l’erogazione del servizio per l’affidamento familiare e l’adozione nazionale ed internazionale, anche attraverso convenzioni d’inter-ambito; o Sensibilizzare i cittadini alla problematica dell’affidamento familiare; o Orientare coloro che stanno maturando la scelta dell’affidamento; o Sostenere attraverso un’azione formativa e di supporto, i singoli e le coppie impegnate nel ruolo di affidatari.</p> <p>Il processo strategico intende favorire la più ampia integrazione tra i servizi che prendono in carico la famiglia di origine e quelli che prendono in carico la famiglia affidataria al fine di assicurare un intervento globale per favorire il rientro del minore nella sua famiglia di origine. Il servizio si integra con il sistema di rete ed in particolare con i Servizi di psicologia, neuropsichiatria infantile, psichiatria e consultoriale ASL Teramo, con le famiglie affidatarie e candidate all’adozione, Tribunale per i minorenni, la Regione, la Commissione per le adozioni internazionali.</p>		
<p>Integrazione socio-sanitaria: prevista L’attività di integrazione si sostanzia all’interno dell’equipe attraverso la collaborazione professionale tra le varie figure coinvolte; in particolare si prevede il coinvolgimento dei Servizi di psicologia, neuropsichiatria infantile, psichiatria e consultoriale. Le funzioni e i servizi attinenti alle attività sociali sono gestiti e finanziati dall’Ambito mentre le funzioni e i servizi attinenti alle attività sanitarie sono gestiti e finanziati dall’Azienda in coerenza con quanto previsto nella Convenzione socio-sanitaria e nel rispetto delle disposizioni e dei vincoli definiti dagli atti di programmazione approvati nelle materie di competenza.</p>		
<p>Coerenza con il Piano sociale regionale L’intervento trova coerenza con le politiche per l’infanzia, l’adolescenza e famiglia e nelle politiche giovanili di cui al par. II.4 e II.5 del PSR.</p>		
<p>Modalità di erogazione e di accesso Al servizio affidamento si accede su provvedimento dell’autorità giudiziaria o su segnalazione di una situazione di disagio presso i servizi sociali comunali. Al servizio adozioni su richiesta degli interessati presso l’Equipe Adozioni. Provinciale</p>		
<p>Modalità di gestione e affidamento del servizio L’intervento richiede soprattutto l’azione del Sociale Professionale sociale, pertanto, per quanto riguarda la gestione e l’affidamento del servizio si rimanda alla scheda 1.3 “Servizio Sociale Professionale”; per</p>		

quanto riguarda l'erogazione di contributi alle famiglie affidatarie si provvede direttamente.			
Tipologia di Fondo/Fondi: FNPS, FSR, Co-finanziamento Comuni			
	2015	2017 II SEMESTRE	2018
Indicatore N. famiglie seguite	4	5	8
Costo	€ -	€ 10.000	€ 20.000,00

* L'azione, relativamente all'attività professionale, non produce costi diretti, in quanto i costi delle unità professionali in carico all'ADS sono compresi nel servizio 1.3 “Servizio sociale professionale”. Il costo riportato si riferisce ai soli contributi erogati a sostegno delle famiglie affidatarie e professionali.

Id: 4.2	Servizio: Assistenza domiciliare educativa		
Campo di intervento: Incidenza doppia, rispetto alla media nazionale, dei casi di violenza sulle donne e i bambini			
AT 4: Sostegno alla genitorialità e alle famiglie, nuove generazioni, prevenzione e contrasto alla violenza domestica			OE: 4
<p>Il servizio ha il duplice scopo di consentire la permanenza del minore nel suo ambiente evitando il ricovero in strutture residenziali, e supportare la famiglia nel recupero del proprio ruolo genitoriale, fornendogli gli strumenti per superare le difficoltà esistenti.</p> <p>Le attività educative vengono erogate su indicazione del Servizio Sociale Professionale presso il domicilio del minore, ma all'occorrenza può essere erogato anche al di fuori delle mura domestiche. Il Servizio Sociale svolge una prima analisi dei bisogni ed un progetto di intervento. Gli educatori domiciliari, dopo una prima fase di osservazione, elaborano progetti individualizzati e verificano il raggiungimento degli obiettivi. Periodicamente informano i servizi sociali dell'andamento del percorso utilizzando apposite schede operative.</p> <p>Il servizio si integra con il sistema di rete ed in particolare con il Servizio socio – psico - educativo per la famiglia, neuropsichiatria infantile, psichiatria e consultoriali ASL Teramo, con il CSA e con le Direzioni scolastiche, con il TpM, con l'USM, con le FF.OO., con il terzo settore, con istituti convittuali e comunitari, con le famiglie affidatarie.</p>			
Integrazione socio-sanitaria			
Il servizio si integra con il sistema di rete e, quindi, anche con i servizi della ASL.			
Coerenza con il Piano sociale regionale			
L'intervento trova coerenza con le politiche per l'infanzia, l'adolescenza e famiglia e nelle politiche giovanili di cui al par. II.4 e II.5 del PSR.			
Modalità di erogazione e di accesso			
L'accesso al servizio avviene attraverso il Servizio sociale professionale a seguito di un progetto di recupero personalizzato.			
Modalità di gestione e affidamento del servizio			
Gestione esterna mediante procedure ad evidenza pubblica			
Tipologia di Fondo/Fondi: FNPS, FSR, Co-finanziamento Comuni			
	2015	2017 II SEMESTRE	2018
Indicatore N. prestazioni ADE	35	44	50
Costo	€ 32.000,00	€ 40.000,00	€ 74.800,00

Id: 4.3	Servizio: Centro Diurno per Minori (Ludoteche e Centri Aggregativi)		
Campo di intervento: Bassi tassi di natalità - Difficoltà di integrazione delle giovani generazioni			
AT 4: Sostegno alla genitorialità e alle famiglie, nuove generazioni, prevenzione e contrasto alla violenza domestica			OE: 6
Attività			
<p>I centri aggregativi per minori svolgono un ruolo primario nel processo di socializzazione dei ragazzi. Agiscono sulla sfera dell'autonomia e dell'autostima. Hanno l'obiettivo di: sostenere il minore nel percorso di crescita; offrire risposte ai bisogni di socializzazione ed integrazione; prevenire situazioni di disadattamento e di marginalità; svolgere azioni di supporto alle funzioni genitoriali. Le attività svolte sono differenziate e le proposte operative vengono variate in modo tale che l'offerta possa soddisfare le esigenze dei minori e le loro predisposizioni personali. In generale esse spaziano dal sostegno scolastico, ad attività ludiche e di laboratorio. Le attività si svolgono in orari pomeridiani durante il periodo scolastico. Durante il periodo estivo i centri, a seconda delle esigenze, possono modificare l'orario di apertura o sospendere le attività.</p> <p>I servizi sono orientati al modello di rete sociale, prevedendo il massimo coinvolgimento di altri organismi territoriali o extra territoriali (scuole, parrocchie, consultorio familiare, distretti sanitari, U.S.S.M., comandi di pubblica sicurezza, informagiovani, servizio orientamento, associazioni culturali, sportive e ricreative del territorio). Sono a totale ed esclusiva gestione comunale.</p>			
Integrazione socio-sanitaria			
Il servizio, pur non essendo gestito in modo integrato e previsto nella Convenzione socio-sanitaria, si integra con il sistema di rete e, quindi, anche con i servizi della ASL.			
Coerenza con il Piano sociale regionale			
L'intervento trova coerenza con le politiche per l'infanzia, l'adolescenza e famiglia e nelle politiche giovanili di cui al par. II.4 e II.5 del PSR.			
Modalità di erogazione e di accesso			
L'accesso al servizio avviene mediante richiesta da inoltrare al Comune di residenza o al soggetto gestore, qualora si tratti di gestione privata.			
Modalità di gestione e affidamento del servizio			
Pubblica, mista o privata autorizzata			
Tipologia di Fondo/Fondi: finanziamento Comuni			
	2015	2017 II SEMESTRE	2018
Indicatore N. minori in carico x N. ore frequenza annua per minore	30 x 500	30 x 500	50 x 500
Costo*	€ -	€ -	€ -

*a totale carico Comune o soggetto privato

Id: 4.4	Servizio: Residenze per minori		
Campo di intervento: Incidenza doppia, rispetto alla media nazionale, dei casi di violenza sulle donne e i bambini- Difficoltà di integrazione delle giovani generazioni			
AT 4: Sostegno alla genitorialità e alle famiglie, nuove generazioni, prevenzione e contrasto alla violenza domestica			OE: 7
Attività			
<p>Servizio residenziale finalizzato alla prevenzione e/o al superamento di situazioni di bisogno, di disagio fisico, psichico e relazionale, attraverso l'attuazione di interventi educativi o di reinserimento sociale con l'obiettivo di ricreare un contesto il più possibile vicino a quello familiare. Il servizio accoglie temporaneamente il minore, qualora la famiglia di origine sia incapace o impossibilitata ad assolvere al proprio compito, favorendo l'armonico sviluppo della personalità per mezzo del progetto educativo individualizzato promuovendo rapporti di solidarietà all'interno del gruppo dei pari, l'educazione alla condivisione di regole organizzative, i rapporti positivi dei ragazzi/ragazze con le loro famiglie e la</p>			

partecipazione degli adolescenti alla progettualità ed alle decisioni relative ai diversi interventi con la scuola.

All'occorrenza il servizio può essere erogato limitatamente all'attività diurna.

Obiettivi:

o Presa in carico minori in stato di allontanamento e/o senza fissa dimora;

o Cura e tutela minori in condizioni disagio;

o Ulteriore obiettivo è quello di agire sulla famiglia, eliminando i fattori di rischio e aiutandola a superare le difficoltà iniziali, per favorire il reinserimento del minore;

o Integrazione interistituzionale con altri Enti e/o deputati alla tutela dei minori.

Il servizio si propone di operare in rapporto di interdipendenza con altri servizi (educativi, sociali, sanitari e sportivi), e con le forme di volontariato e associazionismo presenti sul territorio e si integrano con il servizio sociale professionale, il Tdm, servizi scolastici, servizi consultoriali.

Figure professionali

- Educatore.

- Assistente sociale.

- Psicologo.

- Varie figure di esperti.

Integrazione socio-sanitaria

Il servizio, pur non essendo gestito in modo integrato e previsto nella Convenzione socio-sanitaria, si integra con il sistema di rete e, quindi, anche con i servizi della ASL alla quale potrebbero essere richiesti interventi specialistici di neuropsichiatria infantile, psicoterapia e psicologia.

Coerenza con il Piano sociale regionale

L'intervento trova coerenza con le politiche per l'infanzia, l'adolescenza e famiglia e nelle politiche giovanili di cui al par. II.4 e II.5 del PSR.

Modalità di erogazione e di accesso

Il servizio viene attivato attraverso segnalazione specifica, su disposizione del Tribunale per i minorenni o in esecuzione dell'art. 403 del codice civile. Il servizio sociale professionale predispone l'istituzionalizzazione, nei casi di abbandono, maltrattamento, grave trascuratezza, su indicazione del TM, prevedendo un programma di intervento personalizzato che dovrà tendere alla massima tutela del minore e contemporaneamente al recupero della famiglia.

Modalità di gestione e affidamento del servizio

Gestione esterna mediante affidamento a strutture specializzate accreditate dall'ADS.

Tipologia di Fondo/Fondi: FSR (Fondo per minori in comunità), Co-finanziamento Comuni

	2015	2017 II SEMESTRE	2018
Indicatore N. minori in residenza	18	15	15
Costo	€ 60.000,00*	€ 30.000,00*	€ 60.000,00*

Il dato di costo, in relazione alle annualità esposte è parziale in quanto la parte eccedente di spesa è a carico dei bilanci comunali.

Id: 4.5	Servizio/Azione: L.R. 95/95 – Interventi in favore della famiglia	
Campo di intervento: Incidenza doppia, rispetto alla media nazionale, dei casi di violenza sulle donne e i bambini - Bassi tassi di natalità - Difficoltà di integrazione delle giovani generazioni		
AT 4: Sostegno alla genitorialità e alle famiglie, nuove generazioni, prevenzione e contrasto alla violenza domestica	OE: 6	
Strategia		
Attraverso la L.R. 95/95 la Regione Abruzzo riconosce e sostiene come soggetto la famiglia fondata a norma dell'art 29 della Costituzione, o comunque fondata su vincoli di parentela, filiazione o adozione, ed orienta a tale fine le politiche sociali, economiche, di lavoro e di organizzazione dei servizi. La Regione, in armonia con i principi enunciati dagli artt. 2, 3, 29, 30, 31, 37, 38 e 47 della Costituzione, predispone ed		

attuata una organica politica per promuovere e sostenere il diritto della famiglia al libero svolgimento delle sue funzioni. La Regione riconosce la famiglia come luogo di educazione e di crescita delle persone che la compongono ed a tal fine la individua come soggetto destinatario di particolari forme di assistenza e, più in generale, la pone al centro del sistema dei servizi sociali. Annualmente la Regione pubblica l'Avviso inerente il Piano regionale di interventi in favore della famiglia.

L'ADS n. 24 negli ultimi anni ha ricevuto finanziamenti per porre in essere azioni di sostegno prioritarie per le famiglie nelle quali entrambi i coniugi, le gestanti, le madri o le persone sole presentano grave emarginazione sociale.

I modelli territoriali di intervento basati sui servizi di supporto e riabilitazione domiciliare appaiono quelli maggiormente riconosciuti come validati da evidenza scientifica perché consentono di dare alle famiglie quegli strumenti necessari ad assicurare sostegno, coesione, e, mantenimento del ruolo funzionale del nucleo stesso, contrastando i processi di stigma, desocializzazione ed emarginazione.

Tale progetto inoltre favorisce i processi di mutuo aiuto tra i cittadini e i nuclei familiari che partecipano ad un analogo percorso di riabilitazione imparando dagli altri e nel contempo essere d'aiuto per altre persone in difficoltà.

Attività

I° Fase Individuazione e valutazione delle famiglie;

II° Fase Attivazione azioni di sostegno e di assistenza domiciliare (l'intervento domiciliare è calibrato in modo tale da elaborare un programma personalizzato tendente a potenziare i processi di empowerment delle persone rispetto alle competenze nell'affrontare le problematiche quotidiane e il disagio derivante dai disturbi psicopatologici. Lo scopo e la natura dell'intervento è quello di insegnare alle persone interessate a potenziare le proprie abilità di autogestione, rispetto alle diverse aree vitali (autonomia nella gestione della casa, uso del denaro, relazioni interpersonali, famiglia, lavoro). Gli operatori lavoreranno per coinvolgere le persone come soggetti attivi del loro percorso di ripresa sociale.);

III° Fase Valutazione risultati finali.

Le attività oggetto del presente progetto saranno realizzate secondo una modalità di lavoro in rete, dove risulta essenziale lo scambio di esperienze, competenze e professionalità tra Enti ed Istituzioni per rendere qualitativo, efficace ed efficiente il servizio, e soprattutto per far fronte in maniera alquanto esaustiva alle richieste dell'utenza.

Il processo di presa in carico si sviluppa, comunque, attraverso il progetto assistenziale individualizzato, di sostegno e di accompagnamento della persona e del suo nucleo familiare in collegamento alla rete dei servizi già programmati all'interno dei Piani di Zona, da valutare nella loro globalità, in rapporto alla situazione di bisogno di assistenza rilevato mediante utilizzazione di specifiche scale di valutazione.

Integrazione socio-sanitaria: prevista

Il processo strategico prevede la complementarietà dei servizi sanitari e sociali e delle relative risorse economiche con una condivisione delle responsabilità; il modello di assistenza pone il paziente, con i suoi bisogni, al centro della rete dei servizi sanitari e sociali, per migliorare il livello qualitativo della vita e della salute, con il più efficace ed efficiente utilizzo delle risorse disponibili, riducendo il carico assistenziale che i familiari devono assumersi.

La particolarità dell'utenza richiede un elevato livello di integrazione dei servizi sociali con quelli sanitari offerti dal Distretto Sanitario di Base Asl Teramo e dal Dipartimento di salute mentale e la collaborazione di soggetti del Terzo settore.

Pertanto sia l'ASL che l'ADS sono impegnate in equipe nella valutazione delle domande e nell'elaborazione e gestione dei PAI; l'ASL e l'ADS sono quindi impegnate nelle erogazioni delle prestazioni socio-assistenziali e sanitarie di propria competenza.

Le funzioni e le attività attinenti alle attività sociali sono gestite e finanziate dall'Ambito mentre le funzioni e le attività attinenti alle attività sanitarie sono gestite e finanziate dall'Azienda in coerenza con quanto previsto nella Convenzione socio-sanitaria e nel rispetto delle disposizioni e dei vincoli definiti dagli atti di programmazione approvati nelle materie di competenza.

Coerenza con il Piano sociale regionale

- L'intervento trova coerenza con le politiche per l'infanzia, l'adolescenza e famiglia, le politiche giovanili, le politiche per le persone con disabilità e le politiche socio-sanitarie per le dipendenze di cui al par. II.4, II.5, II.6 e II.10 del PSR.

Tipologia di Fondo/Fondi: L.R. 95/95 e Cofinanziamento Comuni		
	2017 II SEMESTRE	2018
Indicatore N. famiglie in carico	20	40
Costo*	€ 10.000,00	€ 20.000,00

*finanziato con fondi specifici e quote comunali.

ASSE TEMATICO 5 - STRATEGIA PER LE PERSONE CON DISABILITÀ

In questo Asse Tematico sono definiti gli interventi e i servizi per le persone con disabilità, declinando le politiche di cui al § II.6 e II.10 del PSR. L'Asse Tematico si articola in Azioni dirette e azioni indirette.

Azioni dirette

Sono quelle finanziate con FNPS, FSR, Fondi Comunali, Fondo sanitario nazionale utilizzato dalle Aziende ASL per la disabilità e nello specifico seguendo le direttive del PSR, in coerenza con i fabbisogni rilevati nel Profilo sociale locale si definiscono i seguenti servizi, tutti ad azione diretta:

Centro diurno disabili: Il Centro diurno per disabili è servizio semiresidenziale finalizzato alla deistituzionalizzazione, al sostegno e sollievo al nucleo familiare ed al miglioramento e mantenimento dell'autonomia residua della persona disabile.

Residenza per disabili: L'obiettivo principale dell'azione è quello di mantenere o recuperare l'autonomia residua della persona diversamente abile, accoglierla e supportarla nella vita quotidiana, prevenendone l'isolamento.

Servizio di trasporto: Il servizio è rivolto alle persone con disabilità in situazione di gravità ai sensi della legge 104/92, al fine di facilitare il contatto con le realtà sociali, ricreative, culturali del proprio territorio e partecipare ad attività quali laboratori, teatri, manifestazioni, etc. Inoltre, tale servizio comprende l'accompagnamento a Centri Diurni, visite mediche, a terapie riabilitative ed altre attività di socializzazione ed integrazione sociale.

Servizio di autonomia studenti disabili: Il servizio viene svolto nell'ambito scolastico, al fine di garantire il diritto allo studio degli alunni in situazione di handicap. Gli interventi sono realizzati al fine di favorire la piena partecipazione alla vita scolastica della persona diversamente abile e che, in tal modo, rafforza ed implementa le proprie abilità.

Piani riabilitativi formativi: I piani riabilitativi si configurano come espressione di simulazione lavorativa al fine dell'acquisizione di competenze di performance sociale, destinate a fronteggiare gli effettivi casi di esclusione sociale e lavorativa di persone con disabilità psichiatrica che hanno concluso un percorso farmaco terapeutico.

Altri servizi dei livelli essenziali ricompresi nei Macrolivelli degli obiettivi di servizio, sempre ad azione diretta, (assistenza domiciliare sociale disabili – assistenza domiciliare integrata disabili e anziani), vengono inseriti e descritti negli Assi Tematici n.ri 1 e 2A in conformità al format predisposto dalla Regione Abruzzo.

Azioni indirette

Sono le strategie per il sostegno alle persone con disabilità, attuate dall'Ambito Distrettuale con l'utilizzo, di altre fonti di finanziamento rispetto al FNPS, FSR, Fondi Comunali. Il Piano Sociale Distrettuale prevede, tra le azioni indirette, l'utilizzo del FSE (PON nazionale Inclusione e POFSE regionale) tramite la partecipazione ai bandi e agli avvisi che saranno emanati a livello regionale e nazionale nell'ambito delle seguenti fonti di finanziamento:

- Fondo nazionale sul “Dopo di noi”, istituito dalla legge 208 del 2015 (art. 1, comma 400);
- Fondo “Interventi per la Vita Indipendente”, istituito dall'art. 18 della L.R. 57/2012), erogato dagli Enti di ambito per il finanziamento di progetti personalizzati di vita indipendente e direttamente erogato alle persone con disabilità, anche in previsione della semplificazione normativa.

Le **azioni indirette** inserite nel PDS sono:

L.R. 57/2012 –Interventi regionali per la Vita Indipendente: Nel rispetto delle risorse disponibili annualmente sul bilancio regionale, si garantisce alle persone con disabilità grave il diritto alla vita indipendente ed autodeterminata, attraverso il finanziamento di progetti di assistenza personale autogestita, finalizzata a contrastare l'isolamento, a garantire la vita all'interno della comunità e l'integrazione con il proprio ambiente sociale.

Legge 208/2015 “Dopo di noi”: Attivazione di programmi di intervento, volti a favorire percorsi di deistituzionalizzazione e di supporto alla domiciliarità in abitazioni o gruppi-appartamento (da realizzare/sistemare ex novo oppure utilizzando immobili comunali in disuso) che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare.

Complementari a tali servizi sono anche:

L.R. 78/78 - Interventi per l'attuazione del diritto allo studio: L'ADS n. 24, medio tempore, svolge i servizi in materia di Assistenza Scolastica qualificata, in favore di studenti portatori di handicap che frequentano l'unico istituto secondario superiore ubicato in Castelli con decorrenza dalla data di approvazione della deliberazione di Giunta Regionale che recepisce il citato Protocollo d'Intesa e fino alla stipula dell'Accordo bilaterale di cui all'art. 10 della L.R. 32/2015

Programma Home Care Premium: Il progetto "Home Care" è un modello innovativo e sperimentale di assistenza alla disabilità e alla non autosufficienza promosso e finanziato dall'Inps - gestione ex Inpdap ed interviene a supporto di anziani e disabili (minori e adulti) per consentire loro la permanenza a domicilio non solo con interventi economici o con servizi, ma anche a sostegno della comunità degli utenti nell'affrontare e gestire le difficoltà connesse allo status di non autosufficienza proprio o dei propri familiari. Per tali interventi si descrivono nell'apposite schede le azioni da svolgere sul territorio, tenendo conto delle linee guida e delle disposizioni contenute negli avvisi sino ad oggi emanati; è fatta, quindi salva la facoltà dell'Ambito Distrettuale di modificare le azioni sulla base delle disposizioni emanande e di attuare ulteriori interventi sulla base di nuovi bandi e avvisi.

In ragione della maggiore autonomia programmatoria riconosciuta dal PSR all'Ambito distrettuale, ferma restando la garanzia della disponibilità di tutti gli obiettivi essenziali di servizio su tutto il territorio, la quantificazione dei volumi dei servizi ed interventi verranno commisurati alla effettiva domanda sociale del territorio.

AT 5 - Quadro sinottico dei servizi/interventi e indicatori

Asse Tematico 5 - Strategia per le persone con disabilità

Id	Servizio/intervento	OE	Az.	SS	Indicatore	Utenti	Valori target dell'indicatore	
							2017	2018
5.1	Centro diurno disabili	6	D	X	N. disabili in carico x N. ore frequenza annua per disabile	20	20 x 800	20 x 800
5.2	Residenza per disabili	7	D	X	N. disabili in residenza	10	10	20
5.3	Servizio di trasporto	8	D		N. prestazioni di trasporto	30	30	50
5.4	Servizio autonomia studenti disabili*	8	D		N. utenti	42	42	42
5.5	Piani riabilitativi formativi	8	D		N. utenti	5	5	5
5.6	L.R. 78/78 - Interventi per l'attuazione del diritto allo studio	8	I		N. utenti	3	3	3
5.7	Programma Home Care Premium	4	I		N. utenti	80	80	80
5.8	L.R. 57/2012 – Vita Indipendente	8	I	X	N. utenti	7	7	7
5.9	Legge 208/2015 “Dopo di noi”	7	I	X	N. utenti			3

Asse Tematico 5 - Strategia per le persone con disabilità

Id: 5.1	Servizio: Centro Diurno per disabili
Campo di intervento: Scarto tra domanda e offerta di servizi a sostegno delle persone con disabilità	
AT 5 Strategia per le persone con disabilità	OE: 6
<p>Attività Il Centro diurno per disabili è una struttura semiresidenziale finalizzata alla deistituzionalizzazione, al sostegno e sollievo al nucleo familiare ed al miglioramento e mantenimento dell'autonomia residua della persona disabile. Attivata su impulso della Provincia di Teramo con fondi UNNRA del Ministero dell'Interno, fondi del Comune di Montorio al Vomano e della Comunità Montana Gran Sasso. Gli <i>obiettivi</i> delle attività del Centro diurno possono essere così riassunti: - promuovere lo sviluppo di una capacità di vita autonoma dei soggetti disabili, così da acquisire competenze nell'esercizio delle comuni attività quotidiane; - sviluppare il potenziamento delle capacità psicomotorie, espressivo relazionali e comportamentali; - favorire la socializzazione e l'inserimento sociale; - stimolare l'attivazione di risorse individuali per uno sviluppo armonico della propria individualità. Le <i>prestazioni</i> in genere erogate sono: - di tipo artistico in piccoli gruppi; - di animazione teatrale ed espressiva; - di socializzazione e ludica; - di mantenimento e sviluppo delle abilità personali e delle principali funzioni; - di trasporto da e per il Centro; - di occupazione volta all'apprendimento di specifiche competenze lavorative per l'inserimento lavorativo assistito. Ogni utente è preso in carico attraverso un progetto personalizzato, costantemente verificato ed aggiornato da parte del Servizio Sociale Professionale. Le <i>figure professionali</i> minime del Servizio sono: • Educatore professionale, con funzioni di sostegno personalizzato e di tutoraggio, finalizzato all'integrazione nel gruppo ed alla progettazione e realizzazione di attività di socializzazione, ludiche, ricreative, lavorative; • Animatore/Istruttore, per l'attivazione/gestione di laboratori. Si provvederanno, altresì, a definire lo staff necessario e le eventuali figure aggiuntive per garantire le specifiche attività che verranno espletate, in base alla tipologia delle attività e dell'età dei disabili. Per la realizzazione del servizio è prevista l'attivazione di una rete di lavoro costituita dal Servizio Sociale Professionale dell'ADS, dall'Asl di Teramo, dagli operatori della Comunità e dalle associazioni di volontariato.</p>	
<p>Integrazione socio-sanitaria: prevista Il Distretto Sanitario e l'ECAD attraverso l'UVM provvedono alla valutazione e alla stesura del PAI. Le funzioni e le attività attinenti alle attività sociali sono gestiti e finanziati dal Comune di Montorio mentre le funzioni e le attività attinenti alle attività sanitarie sono gestiti e finanziati dall'Azienda in coerenza con quanto previsto nella Convenzione socio-sanitaria e nel rispetto delle disposizioni e dei vincoli definiti dagli atti di programmazione approvati nelle materie di competenza.</p>	
<p>Coerenza con il Piano sociale regionale L'intervento trova coerenza con le politiche per le persone con disabilità e le politiche integrate per la non autosufficienza di cui al par. II.6 e II.9 del PSR.</p>	
<p>Modalità di erogazione e di accesso Il processo di erogazione del servizio prevede: - Segnalazione al Segretariato sociale e/o PUA; - Presa in carico da parte del Servizio Sociale Professionale; - Attivazione dell'UVM; - Stesura del PAI; - Avvio dell'utente presso la struttura convenzionata.</p>	

Modalità di gestione e affidamento del servizio			
Il servizio è privato e gestito da Associazione di volontariato (Unione italiana ciechi di Teramo).			
Tipologia di Fondo/Fondi: Co-finanziamento Comuni; fondi privati			
	2015	2017 II SEMESTRE	2018
Indicatore N. disabile in carico x N. ore frequenza annua per disabile	20	20 x 800	25 x 800
Costo*	€	€ -	€ -

*Il costo del servizio non è imputato al PDS

Id: 5.2	Servizio: Residenza per disabili
Campo di intervento: Scarto tra domanda e offerta di servizi a sostegno delle persone con disabilità	
AT 5 Strategia per le persone con disabilità	OE: 7
<p>Attività L'obiettivo principale dell'azione è quello di mantenere o recuperare l'autonomia residua della persona diversamente abile, accoglierla e supportarla nella vita quotidiana, prevenendone l'isolamento. La popolazione target è costituita dai disabili in situazione di gravità, con riconoscimento L. 104/92, residenti sul territorio dell'Ambito. L'Ambito interviene nella fase dell'inserimento delle persone con disabilità sole ed in condizioni di grave precarietà sociale ed ambientale nelle strutture presenti nel territorio ed ovviamente rispondenti ai criteri previsti dalla normativa. Per l'attivazione del servizio si procederà come a seguire: innanzitutto stipula di convenzioni con strutture presenti nella Regione Abruzzo, pianificazione di interventi assistenziali, realizzazione di PAI, incontri di equipe, monitoraggio costante. Il Servizio sarà garantito attraverso convenzioni con RSA, presenti nel territorio dell'Ambito, per persone con disabilità grave adeguate alle necessità del disabile. Il personale sarà quindi curato dalla struttura stessa che dovrà prevedere l'apporto di figure specializzate negli interventi socio-assistenziali e di socializzazione. Il servizio che coordinerà il progetto di intervento è il Servizio Sociale Professionale che collaborerà con il personale della struttura.</p>	
<p>Integrazione socio-sanitaria: prevista Il Distretto Sanitario e l'ECAD attraverso l'UVM provvedono alla valutazione e alla stesura del PAI. Le funzioni e le attività attinenti le attività sociali sono gestiti e finanziati dall'Ambito mentre le funzioni e le attività attinenti alle attività sanitarie sono gestiti e finanziati dall'Azienda in coerenza con quanto previsto nella Convenzione socio-sanitaria e nel rispetto delle disposizioni e dei vincoli definiti dagli atti di programmazione approvati nelle materie di competenza.</p>	
<p>Coerenza con il Piano sociale regionale L'intervento trova coerenza con le politiche per le persone con disabilità e nelle politiche integrate per la non autosufficienza di cui al par. II.6 e II.9 del PSR.</p>	
<p>Modalità di erogazione e di accesso Il processo di erogazione del servizio prevede: - Segnalazione al Segretariato sociale e/o PUA; - Presa in carico da parte del Servizio sociale professionale; - Attivazione dell'UVM; - Stesura del PAI; - Avvio dell'utente presso la struttura.</p>	
<p>Modalità di gestione e affidamento del servizio Modalità di gestione esterna mediante convenzionamento con strutture autorizzate al funzionamento presenti sul territorio (in previsione, tramite accreditamento, ovvero convenzione con le strutture accreditate sul territorio, dopo l'emanazione delle apposite disposizioni regionali)</p>	
Tipologia di Fondo/Fondi: Co-finanziamento Comuni; SSN	

	2015	2017 II SEMESTRE	2018
Indicatore N. disabili in residenza	5	10	20
Costo*			

*NB: L'azione non ha costi diretti sul Piano Sociale Distrettuale in quanto l'Ambito Sociale Distrettuale interviene economicamente a favore degli utenti per sostenere il costo del servizio attraverso il servizio "2B.1 - Contributi a persone non autosufficienti per il sostegno ai costi della residenzialità e semi-residenzialità"

Id: 5.3	Servizio: Servizio di trasporto disabili		
Campo di intervento: Scarto tra domanda e offerta di servizi a sostegno delle persone con disabilità			
AT 5 Strategia per le persone con disabilità			OE: 8
Attività			
<p>Il servizio di trasporto è rivolto alle persone con disabilità in situazione di gravità ai sensi della legge 104/92, al fine di facilitare il contatto con le realtà sociali, ricreative, culturali del proprio territorio e partecipare ad attività quali laboratori, teatri, manifestazioni, etc. Inoltre, tale servizio comprende l'accompagnamento a Centri Diurni, visite mediche, a terapie riabilitative ed altre attività di socializzazione ed integrazione sociale.</p> <p>Al momento, in alcuni Comuni il servizio di trasporto è organizzato in modo autonomo, senza garanzia di uniformità di soddisfazione di tutte le esigenze del territorio. Pertanto, col la presente azione si intende integrare le offerte presenti sul territorio con la finalità comune di consentire a persone in situazioni di fragilità – privi di una rete familiare di supporto e/o non in grado di servirsi autonomamente dei mezzi pubblici - di accedere ai servizi di cui necessitano. Allo scopo si intende organizzare i soggetti del terzo settore operanti sul territorio e disponibili in un sistema di rete territoriale, alla quale potranno attingere direttamente i Comuni.</p>			
Integrazione socio-sanitaria			
<p>Il servizio, pur non essendo gestito in modo integrato e previsto nella Convenzione socio-sanitaria, si integra con il sistema di rete e, quindi, anche con i servizi della ASL che potrebbe essere coinvolta per la valutazione del bisogno e per la predisposizione di progetti individualizzati finalizzati al recupero delle autonomie.</p>			
Coerenza con il Piano sociale regionale			
<p>L'intervento trova coerenza con le politiche per le persone con disabilità e le politiche integrate per la non autosufficienza di cui al par. II.6 e II.9 del PSR.</p>			
Modalità di erogazione e di accesso			
<ul style="list-style-type: none"> - richiesta al segretariato sociale; - valutazione della domanda; - inserimento nel piano organizzativo del trasporto. <p>Maggiori dettagli nel Regolamento di Ambito di accesso ai servizi sociali.</p>			
Modalità di gestione e affidamento del servizio			
<p>Modalità di gestione esterna mediante affidamento con procedura ad evidenza pubblica. In previsione è il potenziamento del servizio e la pluralizzazione dei soggetti erogatori organizzati in rete, promuovendo processi di sussidiarietà orizzontale, attraverso il convenzionamento con soggetti del Terzo Settore operanti nel territorio dell'Ambito sociale accreditati.</p>			
Tipologia di Fondo/Fondi: FNPS, FSR, Co-finanziamento Comuni			
	2015	2017 II SEMESTRE	2018
Indicatore N. prestazioni di trasporto		30	50
Costo*	€ -	20.080,00	47.828,07

*Non è al momento quantificabile dipendendo da stanziamenti predisposti nei singoli Bilanci Comunali.

Id: 5.4	Servizio: Servizio per l'autonomia e la comunicazione degli studenti con disabilità		
Campo di intervento: Scarto tra domanda e offerta di servizi a sostegno delle persone con disabilità			
AT 5 Strategia per le persone con disabilità			OE: 8
Attività			
<p>Il servizio viene svolto nell'ambito scolastico (scuole dell'obbligo, scuole dell'infanzia e asili nido), al fine di garantire il diritto allo studio degli alunni in situazione di disabilità. Gli interventi sono realizzati al fine di favorire la piena partecipazione alla vita scolastica della persona diversamente abile e che, in tal modo, rafforza ed implementa le proprie abilità. E' un supporto all'alunno diversamente abile nei percorsi educativi e relazionali e non attiene alla cura materiale dello stesso e/o alla sua custodia (a cui è tenuta l'Amministrazione scolastica).</p> <p>Il servizio di assistenza per l'autonomia e la comunicazione degli studenti con disabilità viene garantito in continuità rispetto alla precedente programmazione nell'attesa della prevista riformulazione per effetto delle emanate Linee guida regionali, previste dal Piano sociale regionale 2016-2018.</p> <p>Il servizio si integra con il sistema di rete ed in particolare con gli Istituti scolastici, i DSB ASL Teramo, l'UVM, servizi e centri riabilitativi, con l'equipe e Gruppo H, con i servizi rivolti alla persona non autosufficiente, con le Strutture a ciclo semiresidenziale, volontariato, cooperazione, ecc.</p>			
Integrazione socio-sanitaria			
Predisposizione dell'intervento personalizzato con il servizio di neuropsichiatria infantile.			
Coerenza con il Piano sociale regionale			
L'intervento trova coerenza con le politiche per le persone con disabilità di cui al par. II.6 del PSR.			
Modalità di erogazione e di accesso			
Entro il mese di maggio di ogni anno i Dirigenti Scolastici fanno richiesta ai Comuni di Assistenti Specializzati in base al numero degli alunni per cui è stata redatta una Diagnosi funzionale ed un Profilo Dinamico Funzionale (PDF), per cui si rende necessario un assistente ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3. Le modalità di intervento sul singolo alunno sono definite nel PEI (piano educativo individualizzato).			
Modalità di gestione e affidamento del servizio			
Modalità di gestione esterna mediante affidamento con procedura ad evidenza pubblica			
Tipologia di Fondo/Fondi: FNPS, FSR, Co-finanziamento Comuni			
	2015	2017 II SEMESTRE	2018
Indicatore N. utenti	33	36	36
Costo	€	€ 130.200,00	€ 280.000,00

Id: 5.5	Servizio: Piani riabilitativi formativi		
Campo di intervento: Aumento delle fasce di popolazione a rischio di povertà ed esclusione			
A T 3 Strategie per l'inclusione sociale e il contrasto alla povertà			OE: 8
Attività			
<p>Attraverso i piani riabilitativi formativi si intende mettere in campo azioni destinate a fronteggiare gli effettivi casi di esclusione sociale e lavorativa. I destinatari degli interventi sono persone con disabilità psichiatrica che hanno concluso un percorso farmaco terapeutico e sono pronti per essere inseriti in un percorso di orientamento ed inserimento sociale e lavorativo.</p> <p>Gli <i>obiettivi</i> dell'intervento sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> favorire l'autonomia delle persone svantaggiate attraverso progetti personalizzati di inserimento/inclusione sociale e/o lavorativa predisposti con il supporto di un'equipe specialistica; attivare percorsi socio-riabilitativi che consentano il recupero di fasce deboli della popolazione con disagio mentale (che hanno terminato un percorso di trattamento farmaco-terapeutico e sono pronti per essere inseriti in un contesto lavorativo) a rischio di emarginazione attraverso la promozione di circoli virtuosi tra bisogni insoddisfatti, qualificazione professionale e sviluppo occupazionale; contrastare l'istituzionalizzazione; prevenire il disagio mentale. 			

I piani riabilitativi si configurano come espressione di simulazione lavorativa al fine dell'acquisizione di competenze di performance sociale, individuando preventivamente i “datori di lavoro” tra Enti, Ditte (preferibilmente artigiane), Cooperative, Associazioni, ecc., disponibili a collaborare nell'azione.

Gli *operatori del Dipartimento* si impegnano a:

- individuare il candidato;
- reperire il datore di lavoro;
- occuparsi di sensibilizzare il contesto lavorativo;
- supportare l'inserimento lavorativo.

L'ADS provvede a finanziare gli interventi persone proposti dal Dipartimento di Salute Mentale ASL attraverso un rimborso spese per gli utenti e il rimborso degli oneri assicurativi a carico delle aziende ospitanti.

Per la realizzazione del servizio è, quindi, attivata una rete di lavoro costituita dal Servizio Sociale Professionale dell'EAS, dall'Asl di Teramo con il coinvolgimento attivo di Associazioni, Ditte private, Cooperative, Enti, ecc. Il servizio si integra con il sistema di rete sociale e sanitario.

Per la realizzazione dell'intervento è previsto l'intervento delle seguenti figure professionali: Assistente Sociale (Dipartimento Salute Mentale territoriale, segretariato sociale e servizio sociale professionale), Psicologo dell'orientamento, altre figure di istituzioni coinvolte.

Integrazione socio-sanitaria: prevista

Per l'attuazione dell'intervento è necessaria una forte integrazione con il Dipartimento di Salute Mentale Asl Teramo. L'attivazione dell'intervento è subordinata alla valutazione della situazione personale e familiare del caso effettuata dall'assistente sociale del Dipartimento di Salute Mentale territoriale in collaborazione con il Servizio Sociale Professionale del Comune di residenza e della consulenza, in caso di necessità, di figure specialistiche (psicologo, ecc.).

- L'assistente sociale ASL, in collaborazione con il Servizio Sociale Professionale: gestisce la funzione informativa, di accompagnamento ed assistenza agli inserimenti, eventualmente insieme ad un tutor della struttura accogliente, attiva la rete dei servizi territoriali. Predisporre, in accordo il Servizio Sociale Professionale del Comune di residenza, patti e convenzioni operative per la realizzazione di esperienze formative – riabilitative e lavorative. Individua le opportunità formative, lavorative e sociali; svolge le pratiche legate all'attuazione del progetto.

- Lo Psicologo: svolge funzione di orientamento e valutazione delle competenze, supporto e colloqui con l'utenza, lavoro di equipe per la predisposizione di progetti individualizzati.

Coerenza con il Piano sociale regionale

L'intervento trova coerenza con le politiche per le persone con disabilità e le politiche integrate per la non autosufficienza di cui al par. II.6 e II.8 del PSR.

Modalità di erogazione e di accesso

Ogni cittadino residente nel territorio dell'Ambito seguito dal Dipartimento di Salute Mentale territoriale può accedere ai progetti formativi riabilitativi a seguito di segnalazione da parte del dipartimento stesso. Per la valutazione del caso e l'inserimento è necessario predisporre, seguendo la prassi adottata dall'Ambito e dal Centro di Salute Mentale:

- a) la scheda di accoglienza, la cui compilazione è a cura de segretariato sociale;
- b) la scheda di valutazione delle competenze, la cui compilazione è a cura dello Psicologo referente ASL;
- c) il progetto individualizzato, la cui compilazione è a cura e dell'Assistente Sociale del dipartimento di Salute Mentale e del Servizio Sociale Professionale;
- d) il diario degli interventi e delle verifiche periodiche sugli interventi è a cura dello Psicologo e dell'Assistente Sociale del dipartimento di salute mentale, del segretariato sociale e del servizio sociale professionale.

Sono previste riunioni periodiche per valutare l'andamento del caso inserito soprattutto per la categoria di utenti con problematiche psichiatriche conclamate.

Modalità di gestione e affidamento del servizio

Per la parte sociale il servizio è gestito attraverso le risorse professionale di cui al Servizio Sociale Professionale e Segretariato sociale secondo le modalità di gestione precisate in tali servizi. La costruzione della rete e l'individuazione delle aziende presso le quali attuare i piani riabilitativi e formativi sono curate dal Centro di Salute Mentale.

Tipologia di Fondo/Fondi: FNPS, FSR, Co-finanziamento Comuni			
	2015	2017	2018
Indicatore (specificare)	0	2	6
Costo	€	€ 1.500,00	€ 4.500,00

Id: 5.6	Servizio/Azione: L.R. 78/78 - Interventi per l'attuazione del diritto allo studio		
Campo di intervento: Scarto tra domanda e offerta di servizi a sostegno delle persone con disabilità			
AT 5: Strategia per le persone con disabilità			OE: 8
Strategia			
<p>In base alla L.R. 78/78, al fine favorire il diritto allo studio, la Regione attraverso i Comuni assicurano i servizi di trasporto e assistenza didattica specialistica agli studenti disabili che frequentano le scuole secondarie di secondo grado, trasferendo le risorse finanziarie necessarie ai Comuni/ECAD che erogano materialmente i servizi.</p> <p>A seguito del riordino delle funzioni delle Province ai sensi della Legge 56/2014, la Regione Abruzzo ha emanato la L. R. 20 ottobre 2015 n. 32 che, all'art 4 comma 1) lett. a) e b), trasferisce ai Comuni le funzioni in materia di “Assistenza Scolastica qualificata e trasporto scolastico degli studenti disabili frequentanti le Scuole Superiori di II grado” (ex L. R. n. 78/78) e di “Servizi socio-assistenziali a favore di non udenti e non vedenti” (ex L. R. n. 32/97, art. 3); in data 14 luglio 2016 la Regione Abruzzo, le quattro province e l'ANCI in rappresentanza dei Comuni hanno sottoscritto un Protocollo d'Intesa che impegna i Comuni abruzzesi ad assicurare l'erogazione dei servizi menzionati già all'avvio delle attività dell'Anno Scolastico 2016/2017.</p> <p>L'ADS n. 24, medio tempore, svolge presso l'Istituto secondario di Castelli i servizi in materia di “Assistenza Scolastica qualificata” con decorrenza dalla data di approvazione della deliberazione di Giunta Regionale che recepisce il citato Protocollo d'Intesa e fino alla stipula dell'Accordo bilaterale di cui all'art. 10 della L.R. 32/2015.</p>			
Attività			
<p>Gli interventi sono realizzati al fine di favorire la piena partecipazione alla vita scolastica della persona diversamente abile e che, in tal modo, rafforza ed implementa le proprie abilità. E' un supporto all'alunno diversamente abile nei percorsi educativi e relazionali e non attiene alla cura materiale dello stesso e/o alla sua custodia (a cui è tenuta l'Amministrazione scolastica).</p> <p>Il servizio di assistenza per l'autonomia e la comunicazione degli studenti con disabilità viene garantito in continuità rispetto alla precedente programmazione nell'attesa della prevista riformulazione per effetto delle emanate Linee guida regionali, previste dal Piano sociale regionale 2016-2018.</p> <p>Il servizio si integra con il sistema di rete ed in particolare con gli Istituti scolastici, il DSB – ASL Teramo, l'UVM, servizi e centri riabilitativi, con l'equipe e Gruppo H, con i servizi rivolti alla persona non autosufficiente, con le Strutture a ciclo semiresidenziale, volontariato, cooperazione, ecc.</p>			
Integrazione socio-sanitaria			
Predisposizione dell'intervento personalizzato con il servizio di neuropsichiatria infantile.			
Coerenza con il Piano sociale regionale			
L'intervento trova coerenza con le politiche per le persone con disabilità di cui al par. II.6 del PSR.			
Tipologia di Fondo/Fondi: Regionali			
	2017	2018	
Indicatore N. utenti	3	3	
Costo*	€ 12.000,00	€ 24.000,00	

Non imputabile al Piano finanziario del PDS

Id: 5.7	Servizio/Azione: Programma Home Care Premium	
Campo di intervento: Scarto tra domanda e offerta di servizi a sostegno delle persone con disabilità		
AT 5: Strategia per le persone con disabilità	OE: 4	
<p>Ai sensi e per gli effetti del DM 463/98, l'INPS ha, tra i propri scopi istituzionali, l'erogazione di prestazioni sociali in favore dei dipendenti e dei pensionati pubblici e dei loro familiari.</p> <p>Tra le finalità dell'Istituto si annoverano varie politiche d'intervento in favore dei propri utenti, azioni a favore di soggetti non autosufficienti e, in particolare, a sostegno delle persone anziane, finalizzate alla prevenzione del decadimento cognitivo.</p> <p>Tra le differenti modalità di intervento a supporto della disabilità e non autosufficienza si è scelto di valorizzare l'assistenza domiciliare, da cui la denominazione del Progetto: Home Care Premium, ovvero un contributo “premio” finalizzato alla cura, a domicilio, delle persone non autosufficienti.</p> <p>E' stato introdotto, inoltre, un ulteriore percorso assistenziale, rispetto a precedenti, analoghi progetti promossi dall'Istituto, consistente in un intervento economico in favore di soggetti non autosufficienti residenti presso strutture residenziali o per i quali sia valutata l'impossibilità di assistenza domiciliare.</p> <p>L'Home Care Premium prevede una forma di intervento “mista”, con il coinvolgimento diretto, sinergico e attivo della famiglia, di soggetti pubblici e delle risorse sociali del cosiddetto “terzo settore”.</p> <p>In particolare, è stato individuato quale soggetto partner per la realizzazione del modello HCP, “l'ambito territoriale sociale” (ATS) ai sensi dell'art. 8, comma 3, lettera a), della legge n. 328/2000 o come diversamente denominato o identificato dalla normativa regionale in materia</p> <p>L'ADS n. 24 partecipa al progetto Home Care Premium 2014-2017 con le comunità montane.</p>		
Attività		
<p>Il progetto "Home Care" è un modello innovativo e sperimentale di assistenza alla disabilità e alla non autosufficienza promosso e finanziato dall'Inps - gestione ex Inpdap ed interviene a supporto di anziani e disabili (minori e adulti) per consentire loro la permanenza a domicilio non solo con interventi economici o con servizi, ma anche a sostegno della comunità degli utenti nell'affrontare e gestire le difficoltà connesse allo status di non autosufficienza proprio o dei propri familiari.</p> <p>Il progetto è articolato in prestazioni di: assistenza domiciliare per soggetti non autosufficienti con disabilità psichiatrica, fisica e/o motoria; progetti di assistenza e integrazione scolastica in favore di giovani studenti con disagi cognitivi e psichiatrici; interventi economici in favore di soggetti non autosufficienti residenti presso strutture residenziali e per i quali sia valutata l'impossibilità di assistenza domiciliare.</p> <p>Destinatari del progetto sono i soggetti non autosufficienti rientranti nelle seguenti categorie: i dipendenti e i pensionati, utenti Inps gestione dipendenti pubblici; i loro coniugi conviventi; i loro familiari di primo grado; giovani minorenni orfani di dipendenti o pensionati pubblici.</p>		
Integrazione socio-sanitaria		
<p>Il servizio, pur non essendo gestito in modo integrato e previsto nella Convenzione socio-sanitaria, si integra con il sistema di rete e, quindi, anche con i servizi della ASL.</p>		
Coerenza con il Piano sociale regionale		
<p>L'intervento trova coerenza con le politiche per le persone con disabilità e le politiche integrate per la non autosufficienza di cui al par. II.6 e II.9 del PSR.</p>		
Tipologia di Fondo/Fondi: Fondi INPS / ex INPDAP		
	2017	2018
Indicatore N. disabili inseriti nel programma HCP	80	80
Costo*	€ 200.00,00	400.000,00
*Finanziato con altri fondi		

Id: 5.8	Servizio/Azione: L.R. 57/2012 –Interventi regionali per la Vita Indipendente	
Campo di intervento: Scarto tra domanda e offerta di servizi a sostegno delle persone con disabilità		
AT 5: Strategia per le persone con disabilità		OE: 8
Strategia		
<p>Attraverso la L.R. n. 57/2012 la Regione Abruzzo, in osservanza degli articoli 2, 3 e 118 della Costituzione, dell'articolo 39, comma 2, lettera 1 ter), della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate) e successive modificazioni, nonché dell'articolo 19 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, riconosce come fondamentale e strategico il diritto alla vita indipendente delle persone con disabilità.</p> <p>La Regione, per la realizzazione delle modalità di vita indipendente, favorisce l'autogestione dei servizi assistenziali al fine di contrastare il ricorso all'istituzionalizzazione, garantire la personalizzazione degli interventi, l'integrazione sociale e la permanenza nel proprio ambiente di vita delle persone con grave disabilità. Nel rispetto delle risorse disponibili annualmente sul bilancio regionale, la Regione garantisce alle persone con disabilità grave il diritto alla vita indipendente ed autodeterminata, attraverso il finanziamento di progetti di assistenza personale autogestita, finalizzata a contrastare l'isolamento, a garantire la vita all'interno della comunità e l'integrazione con il proprio ambiente sociale.</p>		
Attività		
<p>La vita indipendente si realizza primariamente attraverso l'assistenza personale autogestita ovvero con l'assunzione di uno o più assistenti personali. La persona con disabilità sceglie autonomamente il proprio assistente personale, che può essere anche un familiare, ed è tenuta a regolarizzarne il rapporto di lavoro nel rispetto delle forme contrattuali previste dalla normativa vigente.</p> <p>Gli interventi per la “vita indipendente” sono rivolti esclusivamente alle persone di età compresa tra i 18 e i 67 anni con disabilità in situazioni di gravità, come individuate ai sensi dell’articolo 2 della L. R. 23 novembre 2012, n. 57.</p> <p><i>Iter procedurale per l’accesso.</i></p> <p>L'assistenza personale autogestita è realizzata attraverso l'attuazione del progetto personalizzato, redatto su appositi moduli, presentato dalla persona interessata nonché dal rappresentante legale del predetto soggetto nel caso di disabile psico-relazionale, con cadenza annuale, all’ECAD, anche per il tramite del Comune di residenza, nel rispetto delle risorse disponibili nel bilancio regionale. L’ECAD, entro 10 giorni dalla ricezione delle istanze e dei progetti presentati dai soggetti interessati attivano, le UVM, del Distretto sanitario, per la valutazione e la verifica dei progetti stessi. I progetti inviati sono valutati dall’equipe multidisciplinare in base ai criteri di cui all’art. 5 e all’articolo 8, comma 1, lettere a), b), c) e d) della L.R. 57/2012. L’Ambito sociale, successivamente alla valutazione comunicata dagli UVM, inviano la richiesta di finanziamento alla Direzione della Giunta regionale competente in materia di politiche sociali.</p>		
Integrazione socio-sanitaria: prevista		
<p>Il Distretto Sanitario e l’ECAD attraverso l’UVM provvedono alla valutazione e alla stesura del PAI. Nella valutazione dei progetti, la persona con disabilità che ha fatto richiesta di assistenza personale è parte integrante dell’equipe multidisciplinare.</p> <p>Le funzioni e le attività attinenti le attività sociali sono gestiti e finanziati dall’Ambito mentre le funzioni e le attività attinenti alle attività sanitarie sono gestiti e finanziati dall’Azienda in coerenza con quanto previsto nella Convenzione socio-sanitaria e nel rispetto delle disposizioni e dei vincoli definiti dagli atti di programmazione approvati nelle materie di competenza.</p>		
Coerenza con il Piano sociale regionale		
L’intervento trova coerenza con le politiche per le persone con disabilità e nelle politiche integrate per la non autosufficienza di cui al par. II.6 e II.9 del PSR.		
Tipologia di Fondo/Fondi: Fondo Vita indipendente – L. R. 57/2012		
	2017	2018
Indicatore N. richieste ammesse a finanziamento	7	7
Costo	€ 27.000,00	€ 54.000,00

Id: 5.9	Servizio/Azione: Legge 208/2015 “Dopo di noi”	
Campo di intervento: Scarto tra domanda e offerta di servizi a sostegno delle persone con disabilità		
AT 5: Strategia per le persone con disabilità		OE: 7
<p>Strategia La legge 208/2015, in attuazione dei principi stabiliti dagli articoli 2, 3, 30, 32 e 38 della Costituzione, dagli articoli 24 e 26 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e dagli articoli 3 e 19, con particolare riferimento al comma 1, lettera a), della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, varata a New York il 13 dicembre 2006 e ratificata dall'Italia ai sensi della legge 3 marzo 2009, n. 18, è volta a favorire il benessere, la piena inclusione sociale e l'autonomia delle persone con disabilità. La legge disciplina misure di assistenza, cura e protezione nel superiore interesse delle persone con disabilità grave, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, prive di sostegno familiare in quanto mancanti di entrambi i genitori o perché gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale, nonché in vista del venir meno del sostegno familiare, attraverso la progressiva presa in carico della persona interessata già durante l'esistenza in vita dei genitori. Tali misure, volte anche ad evitare l'istituzionalizzazione, sono integrate, con il coinvolgimento dei soggetti interessati, nel progetto individuale di cui all'articolo 14 della legge 8 novembre 2000, n. 328, nel rispetto della volontà delle persone con disabilità grave, ove possibile, dei loro genitori o di chi ne tutela gli interessi. Gli articoli 3 e 4 della legge indicano quali sono i compiti delle Regioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - adottare indirizzi di programmazione; - definire i criteri e le modalità per l'erogazione dei finanziamenti; - attivare le modalità per: la pubblicità dei finanziamenti erogati, la verifica dell'attuazione delle attività svolte, le ipotesi di revoca dei finanziamenti concessi. <p>Le Regioni, unitamente agli enti locali, al Terzo Settore, agli altri soggetti di diritto privato con comprovata esperienza nel settore dell'assistenza alle persone con disabilità e alle famiglie che si associano, nel rispetto del principio di sussidiarietà, possono partecipare al finanziamento dei programmi.</p>		
<p>Attività Attivazione di programmi di intervento, attraverso procedimenti di co-progettazione, volti a favorire percorsi di deistituzionalizzazione e di supporto alla domiciliarità in abitazioni o gruppi-appartamento (da realizzare/sistemare ex novo oppure utilizzando immobili comunali in disuso) che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare. L'intervento prevede anche la realizzazione di percorsi propedeutici per favorire l'autonomia e l'accompagnamento alla vita indipendente per la persona con disabilità al cui interno rientrano anche le esperienze saltuarie di inserimento- brevi soggiorni – per favorire un graduale distacco dal proprio nucleo familiare.</p>		
<p>Integrazione socio-sanitaria: prevista Il Distretto Sanitario e l'ECAD attraverso l'UVM provvedono alla valutazione e alla stesura del PAI. Nella valutazione dei progetti, la persona con disabilità che ha fatto richiesta di assistenza personale è parte integrante dell'equipe multidisciplinare. Le funzioni e le attività attinenti le attività sociali sono gestiti e finanziati dall'Ambito mentre le funzioni e le attività attinenti alle attività sanitarie sono gestiti e finanziati dall'Azienda in coerenza con quanto previsto nella Convenzione socio-sanitaria e nel rispetto delle disposizioni e dei vincoli definiti dagli atti di programmazione approvati nelle materie di competenza.</p>		
<p>Coerenza con il Piano sociale regionale L'intervento trova coerenza con le politiche per le persone con disabilità e nelle politiche integrate per la non autosufficienza di cui al par. II.6 e II.9 del PSR.</p>		
<p>Tipologia di Fondo/Fondi: Fondo legge “Dopo di Noi”</p>		
	2017	2018
Indicatore N° utenti	0	3
Costo*	€ -	€ -

*I costi non sono imputati al PDS

ASSE TEMATICO 6 - STRATEGIA PER L'INVECCHIAMENTO ATTIVO

In questo Asse Tematico sono definiti gli interventi e i servizi per favorire l'invecchiamento attivo, declinando le politiche di cui al § II.7 del PSR. Seguendo le direttive del PSR, in coerenza con i fabbisogni rilevati nel Profilo sociale locale si definiscono nel presente Asse Tematico i seguenti servizi, tutti ad azione diretta:

Centro diurno sociale anziani: Il Centro diurno per anziani è servizio semiresidenziale finalizzato ad offrire occasioni di svago e socializzazione in funzione del benessere psico-fisico, al fine di rompere l'isolamento sociale.

Residenza per anziani: L'obiettivo principale dell'azione è quello di mantenere o recuperare l'autonomia residua della persona anziana, accoglierla e supportarla nella vita quotidiana, prevenendone l'isolamento.

Telesoccorso / Teleassistenza per anziani: Il servizio di telesoccorso e di teleassistenza si colloca nell'ambito dei servizi domiciliari erogati dall'ADS finalizzati al mantenimento della persona all'interno del proprio contesto di vita senza rinunciare a sicurezza e protezione, offrendo da una parte un'occasione di evasione dalla solitudine e di stimolo per la socializzazione e dall'altra la possibilità di affrontare eventuali emergenze e prevenire fatti rischiosi per chiunque si trovi in condizione di maggiore rischio nella propria casa.

Altri servizi dei livelli essenziali ricompresi nei Macrolivelli degli obiettivi di servizio, sempre ad azione diretta, (assistenza domiciliare sociale anziani – assistenza domiciliare integrata disabili e anziani), vengono inseriti e descritti negli Assi Tematici n.ri 1 e 2A in conformità al format predisposto dalla Regione Abruzzo.

In ragione della maggiore autonomia programmatica riconosciuta dal PSR all'Ambito distrettuale, ferma restando la garanzia della disponibilità di tutti gli obiettivi essenziali di servizio su tutto il territorio, la quantificazione dei volumi dei servizi ed interventi verranno commisurati alla effettiva domanda sociale del territorio.

AT 6 - Quadro sinottico dei servizi/interventi e indicatori

Asse Tematico 6 - Strategia per l'invecchiamento attivo

Id	Servizio/intervento	OE	Az.	SS	Indicatore	Utenti	Valori target dell'indicatore	
							2017	2018
6.1	Centro diurno sociale anziani	6	D		N. anziani coinvolti	30	30	50
6.2	Residenza per anziani	7	D	X	N. anziani in residenza	30	30	40
6.3	Telesoccorso / Teleassistenza per anziani	4	D		N. persone anziane seguite in telesoccorso	39	39	50

Asse Tematico 6 - Strategia per l'invecchiamento attivo

Id: 6.1	Servizio: Centro Diurno anziani		
Campo di intervento: Invecchiamento progressivo della popolazione - tassi superiori alla media nazionale rispetto alla presenza di malattie croniche - trend in crescita delle malattie neurodegenerative			
AT 6 Strategia per l'invecchiamento attivo			OE: 6
Attività Si prevede di implementare il servizio in un'ottica di promozione di cittadinanza incentivando l'autonomia iniziativa dei centri sociali per anziani.. Si prevede, quindi, con questa azione di integrare le attività di tali soggetti con ulteriori attività propri del centro diurno, offrendo agli anziani autosufficienti, o anche con limitazione nell'autonomia personale, occasioni di svago e socializzazione in funzione del loro benessere psico-fisico, al fine di rompere l'isolamento sociale. I centri sociali per anziani presenti sul territorio rappresentano la sede di riferimento e di incontro per la vita comunitaria. Scopo dell'intervento è favorire il mantenimento del benessere psico-fisico dell'anziano, della sua autonomia e di promuovere relazioni sociali. Per la realizzazione del servizio è prevista l'attivazione di una rete di lavoro costituita dal Servizio Sociale Professionale dell'ADS, dall'Asl di Teramo, dai centri sociali e dalle associazioni di volontariato.			
Integrazione socio-sanitaria: Il servizio si integra con il sistema di rete e, quindi, anche con i servizi della ASL. Il Distretto Sanitario e l'ECAD attraverso l'UVM provvedono alla valutazione e alla stesura del PAI.			
Coerenza con il Piano sociale regionale L'intervento trova coerenza con le politiche per l'invecchiamento attivo e nelle politiche integrate per la non autosufficienza di cui al par. II.7 e II.9 del PSR			
Modalità di erogazione e di accesso Ai centri si accede mediante iscrizione in orari e giorni stabiliti.			
Modalità di gestione e affidamento del servizio Modalità di gestione esterna.			
Tipologia di Fondo/Fondi: finanziamento Comuni			
	2015	2017	2018
Indicatore N. centri coinvolti	30	30	50
Costo*	€ -	€ -	€ -

*I costi sono imputati ai bilanci comunali e/o di soggetti dell'Associazionismo volontario e terzo settore

Id: 6.2	Servizio: Residenza per anziani		
Campo di intervento: Invecchiamento progressivo della popolazione - tassi superiori alla media nazionale rispetto alla presenza di malattie croniche - trend in crescita delle malattie neurodegenerative			
AT 6 Strategia per l'invecchiamento attivo			OE: 7
Attività L'obiettivo principale dell'azione è quello di mantenere o recuperare l'autonomia residua della persona anziana, accoglierla e supportarla nella vita quotidiana, prevenendone l'isolamento. La popolazione target è costituita dalle persone anziane sole, non autosufficienti, che non hanno familiari in grado di prendersi cura di loro, residenti sul territorio dell'Ambito. L'Ambito interviene nella fase dell'inserimento delle persone anziane sole ed in condizioni di grave precarietà sociale ed ambientale nelle strutture presenti nel territorio ed ovviamente rispondenti ai criteri previsti dalla normativa. Per l'attivazione del servizio si procederà come a seguire: innanzitutto stipula di convenzioni con strutture presenti nella Regione Abruzzo, pianificazione di interventi assistenziali, realizzazione di PAI, incontri di			

equipe, monitoraggio costante.
 Il Servizio sarà garantito attraverso convenzioni con RSA presenti nel territorio dell’Ambito. Il personale sarà quindi curato dalla struttura stessa che dovrà prevedere l’apporto di figure specializzate negli interventi socio-assistenziali e di socializzazione. Il servizio che coordinerà il progetto di intervento è il Servizio Sociale Professionale che collaborerà con il personale della struttura.

Integrazione socio-sanitaria: prevista

Il Distretto Sanitario e l’ECAD attraverso l’UVM provvedono alla valutazione e alla stesura del PAI. Le funzioni e le attività attinenti le attività sociali sono gestiti e finanziati dall’Ambito mentre le funzioni e le attività attinenti alle attività sanitarie sono gestiti e finanziati dall’Azienda in coerenza con quanto previsto nella Convenzione socio-sanitaria e nel rispetto delle disposizioni e dei vincoli definiti dagli atti di programmazione approvati nelle materie di competenza.

Coerenza con il Piano sociale regionale

L’intervento trova coerenza con le politiche per l’invecchiamento attivo e nelle politiche integrate per la non autosufficienza di cui al par. II.7 e II.9 del PSR

Modalità di erogazione e di accesso

Il processo di erogazione del servizio prevede:
 - Segnalazione al Segretariato sociale e/o PUA;
 - Presa in carico da parte del Servizio sociale professionale;
 - Attivazione dell’UVM;
 - Stesura del PAI;
 - Avvio dell’utente presso la struttura.

Modalità di gestione e affidamento del servizio

Modalità di gestione esterna mediante convenzionamento con strutture autorizzate al funzionamento presenti sul territorio (in previsione, tramite accreditamento, ovvero convenzione con le strutture accreditate sul territorio, dopo l’emanazione delle apposite disposizioni regionali).

Tipologia di Fondo/Fondi: FNPS, FSR, Co-finanziamento Comuni

	2015	2017	2018
Indicatore N. disabili in residenza	20	30	40
Costo*	€ -	€ -	€ -

*NB: L’azione non ha costi diretti sul Piano Sociale Distrettuale in quanto l’Ambito Sociale Distrettuale interviene economicamente a favore degli utenti per sostenere il costo del servizio attraverso il servizio “2B.1 - Contributi a persone non autosufficienti per il sostegno ai costi della residenzialità e semi-residenzialità”

Id: 6.3	Servizio: Telesoccorso / Teleassistenza per anziani e disabili
Campo di intervento: Invecchiamento progressivo della popolazione - tassi superiori alla media nazionale rispetto alla presenza di malattie croniche - trend in crescita delle malattie neurodegenerative	
AT 6 Strategia per l’invecchiamento attivo	OE: 4
<p>Attività Il servizio di telesoccorso prevede interventi tempestivi che coprono l'intero arco della giornata, e sono rivolti a persone non autosufficienti che possono incorrere in situazioni di emergenza, o di improvvisa difficoltà, derivanti da problematiche psico-fisiche e socioeconomiche. Tale tipo di assistenza garantisce interventi di supporto e di aiuto da eseguirsi in tempi e modi adeguati al bisogno e, comunque, idonei a consentire la fruizione degli interventi attivati e dei servizi pubblici presenti nel territorio. Il Servizio della teleassistenza si esplica come l'insieme dei servizi alla persona erogabili telefonicamente ed assume quella forma particolare di tele-supporto, la quale sovente si rivela per l'utente l'unica occasione di evasione dalla solitudine e di stimolo per la socializzazione. La popolazione target è costituita dalle persone anziane sole che non hanno familiari in grado di prendersi cura di loro, residenti sul territorio dell’Ambito.</p>	

<p>La figura dell'operatore che risponde alla chiamata di emergenza deve rispondere a caratteristiche ben delineate di professionalità con preparazione trasversale atta a garantire tempestiva comprensione del bisogno e conseguente attivazione della rete di intervento.</p> <p>Il servizio si integra con il sistema di rete ed in particolare con il DSB, l'UVM, servizi sanitari rivolti alla persona non autosufficiente, SRA, RSA, Strutture a ciclo semiresidenziale, volontariato, cooperazione, ecc. e si raccorda con i servizi di pronto intervento e sociale e di pronto soccorso.</p>			
<p>Integrazione socio-sanitaria</p> <p>Il servizio, pur non essendo gestito in modo integrato e previsto nella Convenzione socio-sanitaria, si integra con il sistema di rete e, quindi, anche con i servizi della ASL.</p>			
<p>Coerenza con il Piano sociale regionale</p> <p>L'intervento trova coerenza con le politiche per l'invecchiamento attivo e nelle politiche integrate per la non autosufficienza di cui al par. II.7 e II.9 del PSR.</p>			
<p>Modalità di erogazione e di accesso</p> <p>Il processo di erogazione del servizio prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Segnalazione al Segretariato sociale; - Presa in carico da parte del Servizio sociale professionale; - Assegnazione e attivazione del servizio. 			
<p>Modalità di gestione e affidamento del servizio</p> <p>Modalità di gestione esterna mediante affidamento con procedura ad evidenza pubblica</p>			
<p>Tipologia di Fondo/Fondi: FNNA, FNPS, FSR Co-finanziamento Comuni</p>			
	2015	2017	2018
Indicatore N. persone anziane seguite in telesoccorso	30	39	50
Costo*	€ -	€ -	€ -

*Espresso nella scheda Id: 2°.4 e Id 1.8

ASSE TEMATICO 7 – STRATEGIE PER LO SVILUPPO DEI SERVIZI EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA

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

Coerentemente con il Piano Sociale Regionale e con l’analisi dei bisogni emersi, con il nuovo PSD si intende consolidare la rete di strutture e servizi per la prima infanzia, pubblica e privata, attiva sul territorio, attraverso il lavoro di rete con i servizi sociali dell’ADS e con altri soggetti istituzionali quali agenzie educative, strutture sanitarie e volontariato per rafforzare l’integrazione gestionale e professionale, garantire uguaglianza ed equità nell’accesso e nel trattamento delle prestazioni.

Risulta quindi fondamentale per il funzionamento del sistema pubblico integrato per i servizi alla prima infanzia nell’ATS muoversi nella direzione di una politica di interventi di rete in grado di offrire risposte non frammentarie che affrontino globalmente i bisogni e le aspettative di ciascun minore e delle famiglie, superando l’attuale sistema di gestione dei servizi alla prima infanzia autonomo ed indipendente per ciascun Comune.

Coerentemente con queste esigenze, oltre al consolidamento del sistema di offerta dei servizi per la prima infanzia esistente attraverso il lavoro di rete (Servizio 7.1) risulta strategico lo sviluppo del sistema territoriale dei servizi socio-educativi per la prima infanzia, attraverso la promozione di nuovi servizi, l’ampliamento e l’estensione dei servizi già presenti con l’obiettivo di migliorare la conciliazione fra i tempi di vita e i tempi di lavoro delle persone anche al fine di migliorare il benessere quotidiano delle famiglie (Servizio 7.2), attraverso l’esplorazione della possibilità di intercettare altre fonti di finanziamento rispetto al FNPS e ai Fondi Comunali.

Per tali interventi si descrivono nell’apposite schede le azioni da svolgere sul territorio, tenendo conto delle linee guida e delle disposizioni contenute negli avvisi sino ad oggi emanati; è fatta, quindi salva la facoltà dell’Ambito Distrettuale di aggiustare le azioni sulla base delle disposizioni emanate e di attuare ulteriori interventi sulla base di nuovi bandi e avvisi.

In ragione della maggiore autonomia programmatica riconosciuta dal PSR all’Ambito distrettuale, ferma restando la garanzia della disponibilità di tutti gli obiettivi essenziali di servizio su tutto il territorio, la quantificazione dei volumi dei servizi ed interventi verranno commisurati alla effettiva domanda sociale del territorio.

AT 7 – Quadro sinottico dei servizi/interventi e indicatori

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

Id	Servizio/intervento	OE	Az. ²	SS ³	Indicatore	Utenti	Valori target dell'indicatore	
							2017	2018
7.1	Asili nido	6	I		N. bambini in carico	82	82	100
7.2	Servizi integrativi	6	I		N. bambini in carico	30	30	50

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

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

Id: 7.1	Servizio: Asilo nido
Campo di intervento: bassi tassi di natalità	
AT: 7. Strategie per lo sviluppo dei servizi educativi per la prima infanzia	OE: 6
<p>Strategia</p> <p>L'attuale forma di gestione degli asili nido è autonoma e indipendente per ciascun Comune e non garantisce uguaglianza ed equità nell'accesso e nel trattamento delle prestazioni al livello di Ambito sociale; pertanto, in termini temporali risulta prioritario nei prossimi anni di attuazione del PSD la creazione di un sistema integrato di servizi alla prima infanzia con la creazione di una direzione unica da parte dell'ADS e con il consolidamento del sistema di offerta dei servizi per la prima infanzia esistente attraverso il lavoro di rete con i servizi sociali dell'ADS e con altri soggetti istituzionali quali agenzie educative, strutture sanitarie e volontariato per rafforzare l'integrazione gestionale e professionale, garantire uguaglianza ed equità nell'accesso e nel trattamento delle prestazioni.</p> <p>La strategia proposta consistente nel creare un sistema integrato di servizi alla prima infanzia, tenta dunque di rispondere a diverse criticità: - ridefinizione dell'offerta dei servizi secondo una migliore distribuzione territoriale; - riqualificazione dell'offerta e maggiore flessibilità organizzativa – ecc.</p> <p>Il primo aspetto positivo legato al sistema integrato è il sussistere di rapporti tra diversi soggetti in situazione paritaria che devono interagire per perseguire finalità di interesse generale.</p> <p>Altro elemento di forte connotazione per il sistema integrato riguarda la fase della programmazione in cui interviene una pluralità di soggetti ognuno dei quali necessita della presenza dell'altro per produrre i risultati e raggiungere gli obiettivi concordati.</p> <p>Il risultato che si ottiene nell'ambito di un sistema integrato in termini di soddisfazione dei bisogni è sicuramente più positivo e più incisivo rispetto ai risultati raggiunti con l'azione dei singoli soggetti poiché consente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una più precisa rilevazione del fabbisogno che si intende soddisfare a livello di ambito sociale; - Una quantificazione dei posti nei servizi tarata sull'effettivo fabbisogno rilevato; - Un sistema di monitoraggio più efficiente che rilevi anche la domanda ipotetica di posti nei servizi nell'anno in corso; - Una pianificazione di nuovi servizi nei prossimi anni; - Una garanzia di uguaglianza ed equità nell'accesso e nel trattamento delle prestazioni. <p>Risulta quindi fondamentale per il funzionamento del sistema l'esercizio della regia che nell'implementazione del sistema integrato, viene demandata all'ADS. Le modalità con cui si attua la regia da parte dell'ente possono essere classificate in base al settore organizzativo che regolano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - accesso ai servizi: introduzione di una graduatoria unica; <p>II. programmazione dell'offerta: elaborazione annuale dei posti da mettere a disposizione e previsione a lungo termine delle linee di intervento da adottare nel settore dell'infanzia;</p> <p>III. monitoraggio sulla qualità dei servizi: l'esercizio della regia in questo ambito presuppone l'intervento del Servizio Sociale Professionale con l'ausilio di operatori qualificati per verificare in modo sistematico le varie fasi di erogazione del servizio alla prima infanzia e il rispetto dei requisiti stabiliti.</p>	
<p>Attività</p> <p>L'asilo nido favorisce lo sviluppo psicofisico e la socializzazione dei bambini in armonia con le abitudini e le esperienze delle famiglie. L'asilo nido è quindi un servizio educativo-sociale, non un semplice luogo di cura ed assistenza in assenza delle figure familiari di riferimento: è un contesto educativo, nel quale si garantisce al bambino la possibilità di integrare i significati appresi ed elaborati a casa con quelli condivisi e vissuti nella struttura, dove si pone attenzione all'individualità e allo sviluppo delle potenzialità di ciascuno, con particolare riguardo all'importanza della relazione, dove si predispongono le attività più idonee alle diverse fasi evolutive. Tutto ciò avviene nel rispetto ed in collaborazione con la famiglia del bambino, con la quale viene condiviso il progetto educativo del nido, attraverso periodici incontri informativi, colloqui individuali e la documentazione delle attività proposte e realizzate. L'asilo nido intende rispondere, in stretta collaborazione con la famiglia, in un continuo scambio di informazioni, esperienze e con la condivisione di spazi e momenti formativi fra genitori ed operatori, alle esigenze</p>	

psicopedagogiche, alimentari e di cura dei bambini, al fine di stimolare lo sviluppo delle facoltà linguistiche nel rispetto della madrelingua, cognitive e motorie, favorire la loro autonomia e l'interazione con i coetanei e gli adulti.		
Integrazione socio-sanitaria Il servizio, pur non essendo gestito in modo integrato e previsto nella Convenzione socio-sanitaria, si integra con il sistema di rete e, quindi, anche con i servizi della ASL.		
Coerenza con il Piano sociale regionale L'intervento trova coerenza con le politiche per l'infanzia, l'adolescenza e la famiglia di cui al par. II.4 del PSR.		
Tipologia di Fondo/Fondi: Fondi FSC Obiettivi di Servizio – Fondo Piano Sviluppo Asili Nido – Fondi comunali		
	2017	2018
Indicatore N. bambini in carico	82	100
Costo*	€ -	€ -

*a carico comuni / soggetti terzo settore

Id: 7.2	Servizio: Servizi integrativi	
Campo di intervento: bassi tassi di natalità		
AT: 7. Strategie per lo sviluppo dei servizi educativi per la prima infanzia		OE: 6
Strategia Strategia è lo sviluppo del sistema territoriale dei servizi socio-educativi per la prima infanzia, attraverso la promozione di nuovi servizi, l'ampliamento e l'estensione dei servizi già presenti e la creazione di un sistema integrato di servizi attraverso il lavoro di rete con i servizi sociali dell'ATS e con altri soggetti istituzionali, con l'obiettivo di migliorare la conciliazione fra i tempi di vita e i tempi di lavoro delle persone anche al fine di migliorare il benessere quotidiano delle famiglie.		
Attività Si intende, pertanto, indirizzare eventuali risorse statali: - per il rafforzamento del sistema dei servizi integrativi al nido con caratteristiche educative, ludiche, culturali e di aggregazione sociale che prevedono modalità stabilite di fruizione, caratteristiche strutturali, organizzative e di funzionamento diversificate. - per il sostegno dei costi di gestione dei servizi educativi, ai fini di ridurre le rette a carico delle famiglie. I servizi integrativi e sperimentali rispondono alla necessità di offrire risposte flessibili e differenziate, modulabili alle esigenze delle famiglie dei bambini, ampliando l'offerta educativa rispetto ai nidi d'infanzia.		
Integrazione socio-sanitaria Il servizio, pur non essendo gestito in modo integrato e previsto nella Convenzione socio- sanitaria, si integra con il sistema di rete e, quindi, anche con i servizi della ASL.		
Coerenza con il Piano sociale regionale L'intervento trova coerenza con le politiche per l'infanzia, l'adolescenza e la famiglia di cui al par. II.4 del PSR.		
Tipologia di Fondo/Fondi: Fondi FSC Obiettivi di Servizio – Fondo Piano Sviluppo del sistema servizi educativi per la prima infanzia, rifinanziato dalla L 190/2014		
	2017	2018
Indicatore N. bambini in carico	30	50
Costo*	€ -	€ -

a carico comuni / soggetti terzo settore

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

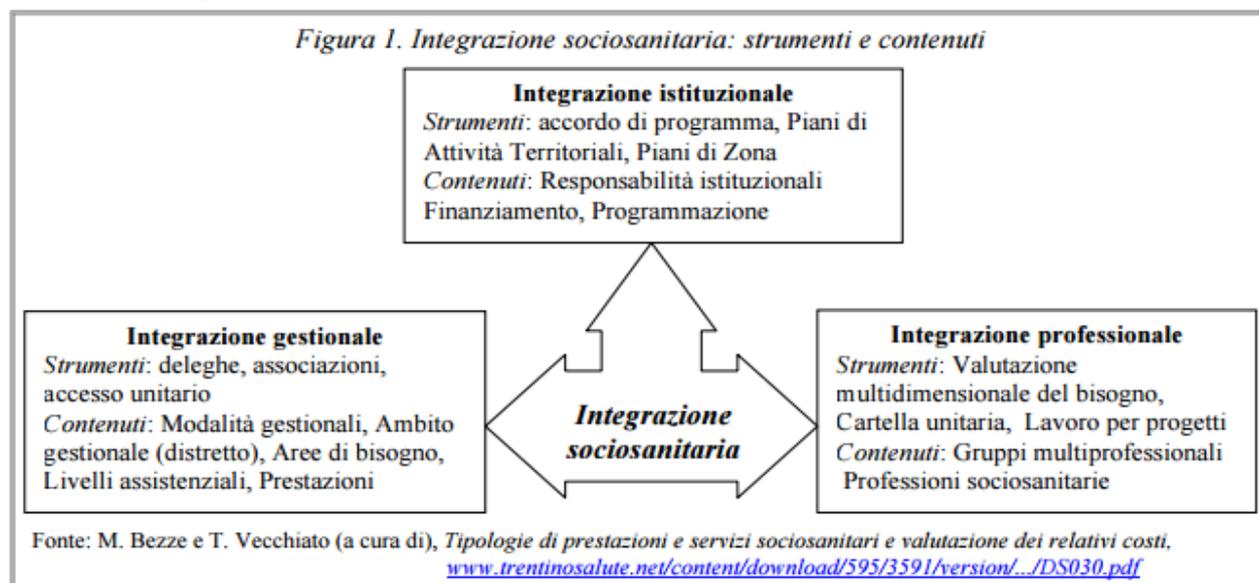
Asse	Id	OE	Servizio	Azione Diretta/ Indiretta
Asse Tematico 1 – Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio sociale				
1	1.1	1	Punto Unico di Accesso	D
1	1.2	1	Segretariato Sociale	D
1	1.3	2	Servizio Sociale Professionale	D
1	1.4	2	Unità Valutazione Multidimensionale	D
1	1.5	3	Pronto Intervento Sociale	D
1	1.6	4	Assistenza domiciliare	D
1	1.7	5	Servizi di prossimità	D
1	1.8	4	Telesoccorso/Teleassistenza	D
1	1.9	8	Trasporto	D
Asse Tematico 2 – Interventi e servizi per la non autosufficienza				
Area 2A - Programma per la non autosufficienza				
2	2A.1	4	Assistenza Domiciliare Socio Assistenziale/ Assistenza Domiciliare Integrata	D
2	2A.2	6	Centro diurno per persone non autosufficienti	I
2	2A.3	7	Residenze temporanee e di sollievo per persone non autosufficienti	D
2	2A.4	4	Telesoccorso/Teleassistenza	D
2	2A.5	8	Budget di cura	D
Area 2B – Interventi sanitari e socio – sanitari per la non autosufficienza				
2	2B.1	8	Contributi a persone non autosufficienti per il sostegno ai costi della residenzialità e semiresidenzialità	D
Asse Tematico 3 – Strategie per l’inclusione sociale e il contrasto alla povertà				
3	3.1	8	PON Inclusione per l’attuazione del SIA	I
3	3.2	8	Servizio di inclusione sociale	I
3	3.3	8	Misure sostegno reddito	D
3	3.4	8	Asse Inclusione del P.O. FSE Abruzzo 2014/2020	I
Asse Tematico 4 – Sostegno alla genitorialità e alle famiglie, nuove generazioni, prevenzione e contrasto alla violenza domestica				
4	4.1	2	Equipe adozioni e affido familiare	D
4	4.2	4	Assistenza Domiciliare Educativa	D
4	4.3	6	Centro Diurno minori	I
4	4.4	7	Residenze per minori	D
4	4.5	6	L.R. 95/95 – Provvidenze in favore della famiglia	I
Asse Tematico 5 – Strategia per le persone con disabilità				
5	5.1	6	Centro Diurno Disabili	I
5	5.2	7	Residenze per Disabili	D
5	5.3	8	Servizio di trasporto	D
5	5.4	8	Servizio autonomia studenti disabili	D
5	5.5	8	Piani riabilitativi formativi	D
5	5.6	8	L.R. 78/78- Interventi per l’attuazione del diritto allo studio	I
5	5.7	4	Programma Home Care Premium	I
5	5.8	8	L.R. 57/2012 – Vita Indipendente	I
5	5.9	7	L. 208/2015 – Dopo di noi	I
Asse Tematico 6 – Strategia per l’invecchiamento attivo				
6	6.1	6	Centro Diurno Anziani	D
6	6.2	7	Residenza per anziani	D
6	6.3	4	Telesoccorso/Teleassistenza per anziani	D
Asse Tematico 7 – Strategie per lo sviluppo dei servizi educativi per la prima infanzia				
7	7.1	6	Asili Nido	I
7	7.2	6	Servizi integrativi	I

SEZIONE 5. L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

5.1. Misure di integrazione istituzionali

Strategia chiave del PSR e quindi, del Piano sociale distrettuale riguarda l'integrazione socio-sanitaria attraverso il coordinamento fra strumenti di programmazione, sistemi dei servizi al fine di assicurare coerenza ed unitarietà all'attività dei servizi e interventi sociosanitari.

Il processo di integrazione *socio-sanitaria* concerne diversi livelli di intervento, ognuno dei quali richiama strumenti e contenuti specifici; sul piano complessivo i diversi livelli di integrazione sono in genere abbastanza collegati e interdipendenti.



La nuova *governance* pubblica delle politiche sociali, con la coincidenza ambito - distretto sanitario, consentirà di migliorare in modo determinante l'integrazione istituzionale e la programmazione territoriale socio-sanitaria. A tal riguardo l'introduzione di nuovi strumenti di carattere istituzionale, quali la Conferenza locale integrata sociosanitaria (CLISS) e la Convenzione socio-sanitaria tra l'Ambito distrettuale e l'Azienda USL, costituiscono un forte impulso all'integrazione socio-sanitaria per i livelli istituzionali, imponendo la precisazione delle rispettive responsabilità e delle funzioni da svolgere nella realizzazione e verifica delle azioni di integrazione socio-sanitaria.

La Conferenza, organo comune della convenzione, diventa fondamentale per la formulazione degli indirizzi per la programmazione sociosanitaria a livello di Ambito, per l'individuazione delle azioni comuni e per coordinare l'organizzazione e l'attuazione delle diverse attività previste in convenzione.

Attraverso la Convenzione socio-sanitaria vengono tradotte in azioni operative le scelte frutto del raccordo istituzionale tra l'Ambito distrettuale e l'Azienda USL, destinate ad assicurare il progressivo allineamento del Piano sociale distrettuale e del Programma delle attività territoriali del Distretto sanitario (PAT).

Infine, l'accordo di programma tra l'Ambito distrettuale sociale e l'Azienda USL per l'adozione del Piano Sociale Distrettuale di ambito rappresenta lo sviluppo della programmazione integrata, per la caratteristica che essa possiede di orientare e coordinare gli obiettivi, l'attività e le risorse dei diversi livelli istituzionali coinvolti.

Va in tale direzione anche la sottoscrizione dell'accordo di programma tra l'Ambito Distrettuale Sociale e l'Azienda Sanitaria Locale per l'adozione del Piano Sociale Distrettuale.

L'ASL, inoltre, come previsto dal Piano Sociale Regionale 2016-2018 è componente di diritto del Gruppo di Piano (vd. par. 1.4), strumento operativo della Conferenza dei Sindaci per la stesura e valutazione del Piano Sociale Distrettuale, proprio per coordinare gli aspetti di integrazione socio-sanitaria

5.2. Misure di integrazione fra servizi

Il Piano ha l'obiettivo di garantire un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, al fine di fornire l'unitarietà tra le prestazioni sanitarie e sociali, la continuità delle azioni di cura e riabilitazione, la realizzazione di percorsi assistenziali integrati, l'intersectorialità degli interventi, con il conseguente riequilibrio di risorse finanziarie e organizzative.

E' necessario prima di tutto instaurare connessioni stabili che prevedono il legame permanente di alcuni elementi dei servizi sanitari territoriali con altri elementi dei servizi sociali e perfezionare alcuni percorsi assistenziali integrati frutto della collaborazione di figure professionali sanitarie e sociali nei casi cosiddetti 'complessi' attraverso protocolli operativi tra diversi servizi.

Sul piano gestionale il processo di presa in carico deve svilupparsi attraverso il progetto assistenziale individualizzato, di sostegno e di accompagnamento della persona e del suo nucleo familiare nell'ambito degli interventi programmati, da valutare nella loro globalità, in rapporto alla situazione di bisogno di assistenza rilevato mediante utilizzazione di specifiche scale di valutazione.

I servizi/interventi/prestazioni ritenuti necessari dall'UVM per il caso in esame, devono essere inseriti nel PAI, predisposto dalla UVM medesima, prevedendo necessariamente tutti i servizi sanitari e sociali. Il PAI deve individuare l'operatore di riferimento, sia per la persona assistita ed i suoi familiari sia per gli altri operatori che intervengono per la realizzazione del progetto stesso.

Tale compito si sostanzia in un'attività di raccordo e di collegamento tra servizi e nucleo familiare che deve essere resa in forma unitaria, evitando sovrapposizioni di interventi che molto spesso risultano deleteri ai fini assistenziali. Ciò richiederà la disponibilità delle parti nella condivisione della documentazione e gestione informatizzata e, pertanto, l'utilizzo di un sistema informativo socio-sanitario unificato per il caricamento e la condivisione dei dati degli utenti con bisogni socio-sanitari.

La scelta fondamentale per attuare l'integrazione socio-sanitaria è realizzata attraverso il progressivo allineamento temporale, metodologico e organizzativo del Piano sociale di ambito distrettuale e del Programma delle attività territoriali (PAT), che ciascun Distretto è tenuto a redigere sulla base di quanto previsto dal D.lgs. 502/1992, dal D.lgs 229/1999 e dalla L.R. 5/2008. Pertanto, il Distretto Sanitario deve procedere alla ridefinizione del Programma delle attività territoriali, coerentemente con le scelte operate attraverso la stipula della Convenzione socio-sanitaria.

Le funzioni di raccordo operativo delle attività convenzionate per la gestione associata ed integrata è affidata all'Ufficio di Piano dell'Ente Capofila dell'Ambito Distrettuale, che provvede all'attuazione delle disposizioni contenute negli atti di programmazione e sovrintende alla gestione delle attività convenzionate. La funzione di coordinamento operativo delle attività convenzionate è affidata al Responsabile del predetto Ufficio di Piano, allo scopo formalmente nominato dall'ente di appartenenza su proposta della CLISS. I Comuni e l'ASL adottano le possibili soluzioni organizzative tendenti ad assicurare la piena funzionalità dell'Ufficio, fornendo le dotazioni organiche e strumentali necessarie allo svolgimento delle attività amministrative, tecniche, organizzative e professionali richieste dalla Convenzione.

5.3. Misure di integrazione professionale

L'Ambito distrettuale e l'Azienda ASL promuovono la più ampia integrazione operativa dei percorsi assistenziali secondo i processi di:

- a) accesso al sistema;
- b) presa in carico;
- c) attivazione delle prestazioni assistenziali;
- d) verifica, monitoraggio e valutazione degli esiti.

Tale integrazione viene assicurata attraverso i servizi strumentali di seguito specificati:

- PUA (Punto Unico di Accesso);
- UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale);
- PAI (Piano Assistenziale Individualizzato).

Con riferimento ai processi e ai servizi strumentali sopra indicati, si individua, quale buona prassi da seguire, l'attuazione di un lavoro di equipe interprofessionale (assistente sociale, medico, altri operatori

eventualmente coinvolti) basato sul costante confronto e collaborazione, con la piena disponibilità reciproca all'incontro e allo scambio, e prevedendo per questo un adeguato tempo di lavoro comune per ogni caso seguito. Il concetto di centralità dei bisogni della persona, infatti, implica non solo l'integrazione di servizi ed attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica, ma anche una gestione condivisa degli interventi assistenziali e sociali, per dar coerenza e unitarietà al lavoro delle équipes multi professionali.

L'équipe rappresenta dunque la modalità più coerente di erogazione delle prestazioni previste dai progetti di assistenza: essa interviene nella lettura del bisogno e del disagio, evidenziando il quadro conoscitivo e valutativo a più dimensioni del problema, delle potenzialità e delle risorse personali e del contesto, per mettere a fuoco obiettivi e azioni del progetto individuale.

Con la sottoscrizione della Convenzione Socio-Sanitaria, i Comuni e l'ASL si sono impegnati ad assicurare l'integrazione ed il coordinamento interprofessionale in campo sociosanitario, finalizzati a realizzare gli obiettivi individuati dalla programmazione di settore, anche in relazione ai percorsi assistenziali specifici di ciascuna area di integrazione, per favorire la più ampia integrazione operativa dei percorsi assistenziali.

Al fine di garantire la collaborazione sinergica e l'integrazione tra le prestazioni socio sanitarie integrate e le prestazioni sociali, vengono individuati all'interno dell'Ambito Distrettuale Sociale e della ASL i Referenti distrettuali con la funzione di coordinare le attività di competenza e di raccordare i servizi e le professionalità coinvolte a seconda delle *tipologie* di utenza.

I Referenti distrettuali, al fine di regolare l'impegno congiunto e coordinato delle diverse professionalità operanti nell'Ambito Distrettuale Sociale e nell'ASL nei percorsi assistenziali specifici, in ciascuna area di integrazione possono definire dei protocolli operativi. I protocolli specificano e guidano i processi di integrazione nei diversi ambiti assistenziali, le modalità interprofessionali e organizzative dei percorsi assistenziali integrati, in particolare per quanto riguarda i processi di presa in carico dei bisogni complessi, in funzione della continuità assistenziale e dell'appropriatezza.

A livello della dimensione professionale l'integrazione sociosanitaria dovrà mettere al centro la persona, con la revisione e l'ottimizzazione dello strumento che consente la gestione coordinata dei servizi integrati, ovvero il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), che dovrà essere progettato, gestito, monitorato, informatizzato e costantemente aggiornato a cura sia degli operatori sociali che sanitari, consentendo anche la partecipazione dell'utente e della sua famiglia. A tal fine il Distretto Sanitario e il Servizio Sociale Professionale dell'Ambito Distrettuale Sociale dovranno poter scambiarsi la relativa documentazione, prevedendo anche la gestione informatizzata condivisa del documento anche attraverso sistemi di inter-operabilità e cooperazione applicativa.

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

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

Il sistema dell'affidamento dei servizi sociali segue le linee guida stabilite dall'ANAC con delibera 32/2016 “Linee guida per l'affidamento di servizi a enti del terzo settore e alle cooperative sociali”. Con esse l'Autorità ha fornito chiare indicazioni alle Pubbliche Amministrazioni in materia di affidamento di servizi sociali, richiamando le stesse al rispetto dei principi di trasparenza, concorrenza, economicità ed efficienza, sia nella fase della programmazione e co-progettazione che nella fase della scelta dell'erogatore del servizio.

Tuttavia la fonte normativa principale dell'affidamento in appalto nel settore dei servizi sociali è attualmente rappresentato dal Dlgs n. 50/2016, che non contiene disposizioni derogatorie per l'aggiudicazione degli appalti di servizi sociali, come invece era previsto nel Dlgs n. 163/2006, nel quale tali tipologie di contratti erano assoggettate solo ad alcune norme e al rispetto dei principi comunitari.

Nel nuovo codice dei contratti pubblici le procedure di aggiudicazione degli appalti di servizi socio-assistenziali e socio-educativi (peraltro individuati specificamente) seguono le regole ordinarie per le varie

fasi e per i vari obblighi specifici con alcune facilitazioni.

Come evidenziato dall'ANAC nelle proprie Linee Guida il Codice degli appalti non esaurisce le modalità di affidamento degli stessi e, pertanto, la disciplina dell'affidamento degli appalti di servizi nel settore sociale deve essere necessariamente analizzata ed armonizzata alla luce della normativa speciale vigente nel settore. Tale normativa è contenuta nella legislazione regionale, in attuazione dei principi fondamentali e delle disposizioni contenute nella legge n. 328/2000 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e nel relativo decreto di attuazione (DPCM 30 marzo 2001).

L'assoggettamento integrale al codice combinato con la nuova soglia di rilevanza comunitaria stabilita dall'articolo 35 per i servizi sociali e per le altre tipologie di servizi compresi nell'allegato IX consente di acquisire tali prestazioni per valori sino a 750mila euro mediante il mercato elettronico e altre piattaforme telematiche, nel rispetto dell'obbligo previsto dal comma 450 dell'articolo 1 della legge n. 296/2006. Peraltro da dicembre 2015 è attivo nel MEPA CONSIP un bando abilitante per l'acquisto di alcune tipologie di servizi socio-assistenziali e di servizi educativi.

Qualora tali servizi non siano acquisibili mediante gli strumenti elettronici di negoziazione, in base a quanto previsto dall'articolo 37 del codice, si potrà ricorrere alla Centrale unica di committenza (CUC) istituita presso l'Unione dei comuni montani della Laga

E' possibile, comunque, fruire di un'ulteriore novità proposta dall'articolo 143 del Dlgs n. 50/2016, che stabilisce la possibilità di riservare la partecipazione alle procedure per l'affidamento di un'ampia serie di servizi sociali a soggetti privi di fine di lucro, che abbiano come obiettivo statutario il perseguimento di una missione di servizio pubblico legata alla prestazione dei servizi.

Per tutte le procedure di affidamento degli appalti di servizi sociali, l'articolo 95 prevede al comma 3 l'utilizzo obbligatorio del metodo dell'offerta economicamente più vantaggiosa per la valutazione delle offerte.

Negli affidamenti tramite procedura di evidenza pubblica, per favorire la continuità e la stabilità occupazionale dei lavoratori, si utilizzerà la clausola sociale che impone al gestore entrante di assorbire il personale di quello uscente, in conformità alle disposizioni vigenti e alle direttive regionali emanate.

Le modalità organizzative del sistema di offerta dei servizi si svolgeranno nel rispetto dei requisiti di autorizzazione e accreditamento, che saranno progressivamente emanati. Allo stato attuale si osserverà la disciplina dell'autorizzazione al funzionamento delle strutture sociali e socio-sanitarie regolata dalla Delibera della G.R. 12 dicembre 2001, n. 1230, concernente le “Direttive Generali Provvisorie” in ordine ai procedimenti amministrativi di autorizzazione, da parte dei Comuni, al funzionamento dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, in attuazione del D.M. 21 maggio 2001, n. 308; pertanto il possesso dell'autorizzazione è il provvedimento indispensabile di cui deve dotarsi chiunque intenda erogare prestazioni socio-assistenziali.

L'acquisto di servizi e prestazioni sarà di norma effettuato tramite procedura di evidenza pubblica, prestando particolare attenzione a garantire la qualità del servizio offerto.

Il Piano Sociale Regionale, inoltre, pone particolare enfasi sulla innovazione sociale: per questo motivo l'Ambito Sociale Distrettuale ha ritenuto opportuno prevedere l'avvio di forme di co-progettazione (di cui all'art. 7 del citato D.P.C.M. del 30 marzo 2001 «Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell'art. 5 della Legge 8 novembre 2000, n. 328») con riferimento ad alcuni dei servizi/interventi previsti mediante la stipula di accordi da parte di soggetti del Terzo Settore con le pubbliche amministrazioni per una gestione condivisa e di rete delle reciproche risorse che sia rispettosa dei principi enunciati dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (cfr. Delibera n. 32 del 20 gennaio 2016 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), recante “Linee guida per l'affidamento di servizi a enti del terzo settore e alle cooperative sociali”). La co-progettazione rappresenta una forma di collaborazione tra P.A. e terzo settore per la realizzazione di attività e interventi in base al principio di sussidiarietà e fonda la sua funzione sui principi di trasparenza, partecipazione e sostegno dell'impegno privato nella funzione pubblica sociale. Nella co-progettazione pertanto non si dà luogo ad un affidamento, bensì ad un rapporto di partenariato pubblico/privato per la produzione dei servizi co-progettati. Il rapporto con il Terzo Settore non nasce in ordine alla gestione di un servizio, bensì alla sua progettazione.

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

Il Piano sociale di Ambito è il luogo di definizione della *governance* territoriale dei servizi e pertanto anche del modello di relazione tra enti locali, terzo settore e gli altri soggetti partecipanti alla programmazione zonale. In questa direzione si vuole migliorare la capacità di intercettare e coinvolgere più soggetti con diversi ruoli e collocazioni, in una dimensione che presenti opportunità di incontro, confronto, aggregazione per stimolare e coinvolgere energie e risorse sempre più adeguate all'impegnativo compito di mantenimento e sviluppo del welfare.

La riduzione drastica e non ragionata della spesa, conseguente alla crisi, richiede, infatti, di individuare e di attivare tutte le energie e tutte le risorse presenti nel contesto sociale ed economico, delle persone, delle famiglie e delle organizzazioni, di sostenerle nel porsi in relazione, per perseguire in modo più efficace e duraturo nel tempo finalità di benessere equo, reale e sostenibile.

Per la valorizzazione del terzo settore, dell'economia e dell'impresa sociale sul territorio dell'Ambito distrettuale è importante la costruzione di un linguaggio comune che riconosca e valorizzi ruolo e responsabilità di ciascun soggetto da realizzarsi attraverso momenti di aggregazione che promuovano consapevolezza, condividano e sistematizzino pratiche ed esperienze e la condivisione della programmazione tra pubblico e terzo settore. Per ciò il terzo settore, l'economia e l'impresa sociale sono parte attiva del processo di formazione del Piano Sociale Distrettuale attraverso principalmente la partecipazione al gruppo di piano e ai tavoli tematici.

Strategia prioritaria del Piano è il rafforzamento del ruolo del terzo settore e della società civile, riqualificando e valorizzando le risorse della cooperazione sociale, dell'associazionismo, del volontariato, delle professioni, grazie allo sviluppo di pratiche di coprogettazione e accreditamento.

Lo sviluppo di forme di coprogettazione (D.p.c.m.30/03/2001) consentirà di costruire rapporti di partenariato integrativo e non sostitutivo dell'intervento pubblico, coinvolgendo risorse e punti di vista diversi, provenienti dal soggetto pubblico e dal terzo settore.

La coprogettazione si configura, pertanto, come strumento per favorire l'innovazione nei rapporti fra Pubblica Amministrazione e terzo settore su specifiche tematiche, che richiedono non tanto un approccio prestazionale, ma un insieme di interventi, azioni e servizi in cui ciascun attore mette le proprie risorse a disposizione, generando nuove e sperimentali modalità di approccio ai problemi sociali.

L'Ambito Sociale Distrettuale riconosce, quindi, la co-progettazione quale matrice dei rapporti con il terzo settore in ordine alla progettazione dei servizi innovativi e sperimentali e premessa strategica rispetto al modello di sussidiarietà e, pertanto, intende sviluppare processi di coprogettazione al fine di allargare la governance delle politiche sociali locali per corresponsabilizzare maggiormente i soggetti in campo e per rafforzare il senso di appartenenza verso i progetti e i programmi promossi. Tappa fondamentale è quindi la messa a punto di un regolamento per la co-progettazione, che definisca e strutturi formalmente il processo, con l'obiettivo di renderlo, per quanto possibile, certo e trasparente.

Il rilancio del sistema di accreditamento dei servizi sociali consentirà inoltre di sviluppare un sistema aperto di miglioramento della qualità dell'offerta; il sistema della erogazione dei servizi in forma voucherizzata attraverso l'accreditamento è divenuto nel tempo lo strumento ideale per la costruzione di un "percorso assistenziale attivo per l'integrazione o la reintegrazione sociale dei soggetti beneficiari" (Art. 17, c.2, L. 328/2000) e si è imposto come "un modello generale di riforma del welfare" (Det. AVCP, n. 9/2010).

Esso trasferisce risorse dall'offerta alla domanda, destinandole ai beneficiari anziché direttamente ai soggetti erogatori dei servizi previsti che, in tal modo, sono incentivati al miglioramento costante degli standard qualitativi. Infatti, il sistema di abilitazione dei fornitori, finalizzato ad individuare i soggetti erogatori dei servizi, rispetto ai quali l'utente ha libertà in ordine alla scelta per la fruizione dei servizi "voucherizzati", tende a:

- promuovere i processi di sussidiarietà orizzontale previsti dalla Costituzione;
- introdurre la pluralizzazione dei soggetti erogatori, posti in una situazione di concorrenza sul piano della qualità dei processi di erogazione, quindi sulla capacità di risposta tempestiva e puntuale ai bisogni ed alle esigenze dei cittadini;
- mantenere un elevato livello qualitativo del servizio offerto al cittadino-utente;
- conferire centralità alla figura e al ruolo del cittadino nell'ambito del proprio progetto assistenziale

e nell'esercizio del diritto di scelta del fornitore.

In ragione delle azioni previste dal Piano Sociale Regionale su questo fronte (cfr. par. III.7), qualora implementate, l'Ambito Sociale Distrettuale intende partecipare all'attuazione del prospettato regime sperimentale di accreditamento e/o, se possibile, attuare forme autonome di accreditamento.

Infine, nell'ottica della promozione del cosiddetto “secondo welfare”, l'Ambito distrettuale è impegnato nello sviluppo del proprio sistema di welfare locale anche attraverso un ruolo proattivo nell'acquisizione di altre risorse, quali, ad esempio i fondi INPS relativi alle prestazioni di servizi assistenziali, quali l'iniziativa “Home Care Premium”.

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

Le linee guida da seguire per la regolamentazione dell'accesso dei servizi previsti nella programmazione delle politiche sociali dell'Ambito Distrettuale Sociale n. 24 si ispirano ai principi di equità, imparzialità, pari opportunità, trasparenza ed omogeneità di trattamento, cioè a quei principi costituzionali che garantiscono a tutti i cittadini, che ne facciano richiesta, il diritto a servizi e prestazioni di carattere individuale, a fronte di una partecipazione alla spesa commisurata alla capacità economico-reddituale del singolo.

I parametri normativi di riferimento nella disciplina dell'accesso e dell'erogazione degli interventi e dei servizi sociali dell'Ambito Territoriale Sociale si rinvengono nelle fonti di seguito citate:

□ Legge n. 328/2000, “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;

□ Legge n. 104/1992, “Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”;

□ DPCM del 29.11.2001 – allegato 1.C “Definizione dei livelli essenziali di assistenza” Area integrazione socio-sanitaria;

□ DPCM 159 del 05.12.2013 “regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'indicatore della situazione economica equivalente – ISEE”;

□ Delibera di Giunta Regionale n. 552/P del 25.08.2016 “Atto di indirizzo applicativo per l'attuazione omogenea e integrata nel territorio della Regione Abruzzo nel settore dei servizi sociali e socio – sanitari della disciplina prevista dal DPCM 159/2013” (Indicatore della Situazione Economica Equivalente ISEE) pubblicato sul B.U.R.A. n. 1 del 04.01.2017;

□ Delibera di Giunta Regionale n. 726/2016 e n. 112/2017

□ “Piano Sociale Regionale 2016/2018” relative all'accesso ai servizi socio-sanitari;

In questo contesto generale e nel rispetto delle disposizioni normative e regolamentari vigenti, il regolamento per l'accesso dei servizi definisce:

- i principi generali del sistema di accesso ai servizi a livello di ambito distrettuale;
- l'organizzazione del sistema di accesso ai servizi a livello di ambito distrettuale;
- le modalità di sostegno economico al pagamento della quota sociale (“compartecipazione”);
- le disposizioni finali.

In particolare, nello schema tipo di regolamento sono stati individuati i servizi sociali e socio-sanitari che saranno soggetti al regolamento per l'accesso alle prestazioni sociali agevolate, utilizzando l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) così come definito dal DPCM n. 159/2013 e dalla Legge 89/2016 per l'accertamento della situazione economica di quanti richiedono prestazioni sociali agevolate.

In questa maniera lo schema tipo di regolamento si pone in piena coerenza con la legislazione nazionale e regionale, applicando il metodo della progressività lineare e tenendo conto delle soglie di esenzione stabilite dall'atto di indirizzo regionale già indicati nella DGR n.552/2016 e s.m.i.

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

Al fine di garantire un’efficace ed efficiente programmazione e realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali dell’Ambito, nella sede dell’Unione di Comuni, è costituito l’**“Ufficio di Piano”**, strumento esecutivo che assolve ad un compito strategico a supporto del livello istituzionale per l’attuazione del Piano Sociale Distrettuale. L’ECAD al fine della prosecuzione e ai sensi dell’art. 2 comma 4 della Convenzione Socio-Sanitaria adotterà le soluzioni organizzative finalizzate ad assicurare la piena funzionalità dell’Ufficio, fornendo le dotazioni organiche e strumentali necessarie allo svolgimento delle attività amministrative, tecniche, organizzative e professionali richieste dalla Convenzione.

Le funzioni attribuite all’Ufficio di Piano, all’interno del livello di responsabilità amministrativo-gestionale che gli compete, consistono, principalmente, in:

- funzioni di programmazione e progettazione, comprendenti il monitoraggio e la valutazione;
- funzioni di gestione tecnica e amministrativa, estese alla predisposizione dei bandi e di gestione delle gare;
- funzioni contabili e finanziarie, con particolare riferimento alla gestione delle risorse finanziarie e relativa rendicontazione;
- funzioni di raccordo operativo delle azioni previste nella *CONVENZIONE SOCIO-SANITARIA per l’organizzazione e la gestione delle attività di integrazione socio-sanitaria*.

La composizione dell’Ufficio di Piano è multi-professionale e flessibile per assicurare la necessaria funzionalità operativa in grado di adeguarsi costantemente alle esigenze organizzative.

L’Ufficio di Piano, che così come indicato nel PSR 2016/2018 prevede un rafforzamento dell’autonomia funzionale e stabilità delle figure professionali dello stesso, prevede la seguente composizione:

- Responsabile Ufficio dei Servizi sociali del Comune di Montorio al Vomano (ECAD);
- Responsabile Ufficio dei Servizi sociali della Comunità Montana Gran Sasso (ex EAS);
- Responsabile Ufficio dei Servizi sociali dell’Unione dei comuni montani della Laga (ex EAS);

Anche al fine di rendere efficiente il Gruppo di Piano, si stabilisce di articolare lo stesso, sulla base delle funzioni assunte da ciascun componente, secondo le seguenti modalità:

LIVELLO DI RESPONSABILITA’	ATTRIBUZIONE FUNZIONE
Ufficio di Piano	Responsabile ECAD
Amministrativa	Responsabile ZGS CM Gran Sasso
Finanziaria	Responsabile ECAD
Tecnica	Responsabile Unione Comuni Laga

In relazione al presidio dell’area socio-sanitaria è prevista la collaborazione del Responsabile DSB dell’Azienda sanitaria locale (Teramo e Montorio). Nella componente variabile dell’Ufficio di Piano rientrano anche gli eventuali esperti del settore sociale laddove la componente fissa non riesca con le proprie competenze ad assicurare le competenze tecniche necessarie su temi specifici valutati di volta in volta.

La Conferenza dei Sindaci, come previsto dal PSR, ha individuato due Zone di Gestione Sociale finalizzate all’attuazione degli interventi previsti dal Piano D’Ambito:

Zona di gestione sociale n. 1, denominata **LAGA**, gestirà i servizi ed interventi socio-assistenziali per i comuni di Campi, Cortino, Rocca Santa Maria, Torricella Sicura, Valle Castellana, attraverso l’ente gestore **Unione dei Comuni Montani della Laga**

Zona di gestione sociale n. 2, denominata **GRAN SASSO**, gestirà i servizi ed interventi socio-assistenziali per i comuni di Castelli, Castel Castagna, Colledara, Crognaleto, Fano Adriano, Isola del Gran Sasso, Montorio al Vomano, Pietracamela, Tossicia, attraverso l’ente gestore **Comunità Montana Gran Sasso**

A livello Strutturale e gestionale le Zone di Gestione Sociale attueranno, nel proprio comprensorio di riferimento, TUTTI i servizi LIVEAS e gli interventi previsti dal presente Piano con le modalità riportate nelle singole schede azione. In particolare l’Ente Gestore Unione dei Comuni Montani della Laga si occuperà, mediante la propria CUC, dell’espletamento delle procedure di appalto dei servizi che saranno effettuate in maniera unitaria.

Continueranno ad essere gestiti esclusivamente dagli uffici di Piano Zonali gli interventi in fase di esecuzione ed iniziati con una programmazione precedente come il Progetto Home Care Premium, gli Interventi a Favore della Famiglia L.R. 95/95 e le attività residuali del PLNA annualità 2016.

Organizzazione Uffici di Piano Zonali (Uffici di Gestione Sociale)

ZONA DI GESTIONE n. 1 LAGA	
LIVELLO DI RESPONSABILITA’	ATTRIBUZIONE FUNZIONE
Ufficio di Piano Zonale	Responsabile Servizi Sociale Unione dei Comuni
Amministrativa	Responsabile Servizi Sociale Unione dei Comuni
Finanziaria	Responsabile Servizi Sociale Unione dei Comuni
Tecnica	n. 1 Sociologo
Tecnica	Servizio Sociale Professionale n. 2 Assistenti Sociali

ZONA DI GESTIONE n. 2 GRAN SASSO	
LIVELLO DI RESPONSABILITA’	ATTRIBUZIONE FUNZIONE
Ufficio di Piano Zonale	Responsabile Servizi Sociale Comunità Montana
Amministrativa	Responsabile Servizi Sociale Comunità Montana
Finanziaria	Responsabile Servizi Sociale Comunità Montana
Tecnica	Servizio Sociale Professionale n. 1 Assistente Sociale
Tecnica	n. 1 Educatore Professionale
Tecnica	n. 1 Psicologo

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

La Zona di gestione Sociale n. 2 ha recentemente sperimentato un sistema informativo per la gestione innovativa dei servizi di assistenza sociale dell’ex Ambito che, in considerazione della complessità dei medesimi, fornisca un supporto a partire dalle tematiche relative all’accesso ai servizi fino alla erogazione, monitoraggio e consuntivazione delle prestazioni. L’applicativo software, che sarà sicuramente possibile sperimentare nel nuovo ECAD ha come obiettivo di consentire di snellire, gestire ed organizzare al meglio le attività dei Servizi Sociali, essendo in grado di gestire tutte le fasi del processo di relazione del cittadino con il sistema dei servizi (dall’accesso, all’assessment iniziale, alla presa in carico, alla definizione del PAI, al suo monitoraggio e valutazione) e offrendo strumenti di archiviazione, ricerca, integrazione e produzione di reports statistici. Tale sistema informativo consente l'integrazione e l'interoperabilità con sistemi esterni e banche dati di uffici ed enti diversi.

La piattaforma è costituita da diversi moduli e pertanto risulta utile anche per la gestione di progetti provenienti da leggi di settore o dalla programmazione comunitaria

Sono in fase di implementazione:

- Cartella sociale: sulla base di quanto già sperimentato dalla Regione Abruzzo con il SIRES, lo strumento consentirà di registrare e storicizzare tutti gli accessi del cittadino le richieste di prestazioni, le valutazioni effettuate su ciascuna prestazione, le prestazioni approvate ed i progetti di assistenza individualizzati predisposti per ciascuna prestazione approvata. Lo strumento sarà direttamente collegato al nomenclatore e consentirà la gestione di tutti i servizi previsti nello stesso ad Es. (Assistenza domiciliare, Assistenza domiciliare integrata, Rsa, Contributi economici, Sia-Sostegno inclusione attiva etc.) e tutte le fasi del processo di erogazione del servizio.
- Spesa sociale: lo strumento già operativo consente la programmazione e la successiva rendicontazione dei servizi erogati. Attualmente la fase di rendicontazione e di monitoraggio della stessa non è condivisa con i Comuni dell'ambito e l'obiettivo è quello di rendere possibile tale integrazione..
- PUA: in condivisione con l'ASL verrà strutturato un modulo che consenta la registrazione degli accessi (anche se non determinano una domanda di prestazione) e delle richieste di prestazione siano essere sociali che socio-sanitarie.
- Valutazione dei bisogni: la valutazione viene effettuata con strumenti diversi in relazione alla tipologia di bisogno espresso (Rif.to schede Svama, Pre-assessment ed assessment per il Sia-Sostegno inclusione attiva, Home Acre Premium, visite domiciliari etc.).
- Attivazione delle prestazioni con comunicazione delle stesse alle cooperative che gestiscono il servizio.
- Osservatorio per il monitoraggio della spesa e dei servizi erogati. Con riferimento a quest'ultimo punto l'Ambito intende acquisire dall'osservatorio regionale informazioni sugli indicatori dallo stesso definiti per misurare i risultati e lo scostamento dai risultati attesi rispetto agli obiettivi definiti.

Con la presente programmazione l'Asl-Dsb estenderanno l'uso delle funzionalità anche al distretto sanitario per uniformare i metodi e potenziare gli strumenti a supporto dell'attività del PUA, della presa in carico, della valutazione dei bisogni di tipo socio-sanitario, per l'attivazione delle prestazioni assistenziali e per la successiva verifica, monitoraggio e valutazione degli esiti. Il sistema sarà in grado di alimentare il “Casellario dell'assistenza” (D.M. 206/2014) al quale la Regione Abruzzo può collegarsi per l'esercizio della funzione di monitoraggio e valutazione. Oltre ai flussi verso il casellario, verranno analizzati ed attivati specifici flussi per l'alimentazione del Sistema Informativo gestito dall'Osservatorio sociale regionale.

6.6. Linee di indirizzo per il bilancio sociale

In base a quanto stabilito dal PSR 2016/2018 il Bilancio Sociale rappresenta lo strumento per la valorizzazione della trasparenza verso l'esterno in merito all'utilizzo delle risorse. Rappresenta inoltre, lo strumento che concorre allo sviluppo, nella Pubblica Amministrazione, di capacità e strumenti di valutazione e rendicontazione dei risultati volti al miglioramento delle politiche e dei servizi pubblici, e alla valorizzazione della trasparenza verso l'esterno.

Il Bilancio Sociale di Ambito sarà il modello di comunicazione e di rendicontazione del grado di realizzazione del Piano sociale distrettuale e, pertanto, anche degli esiti del monitoraggio e autovalutazione degli stessi. Rappresenterà il principale strumento di conoscenza e di comunicazione, che favorirà la costruzione di un dialogo permanente tra istituzioni e cittadini a tutti i livelli, incluso il privato sociale, per il quale occorrerà dare evidenza della ricaduta effettiva alle comunità in termini di servizi aggiunti e occupazione e coesione sociale.

L'Ambito distrettuale sociale si impegna annualmente nella redazione del proprio Bilancio Sociale, da pubblicare sul sito Internet dell'Osservatorio Sociale e sul sito dell'ECAD e dei Comuni dell'Ambito, secondo l'articolazione di indice suggerita dallo stesso PSR 2016/2018.

Il Bilancio Sociale illustrerà:

- le principali caratteristiche del contesto territoriale dell'Ambito, il sistema di offerta dei servizi e delle prestazioni e la missione dell'ADS,

- attraverso schede sintetiche, le principali azioni sviluppate con indicazione dei bisogni rilevati, l'offerta di servizi in essere e le risorse umane impegnate, eventuali criticità, impegni per il future,
- i dati ragionati relative alla spesa sociale e socio – sanitaria.

Di seguito le quote di compartecipazione Comunale alla Spesa per il Piano II semestre 2017- 2018

Comuni	Abitanti	Quota 2017	Quota 2018
Campoli	7176	€ 28.704,00	€ 57.408,00
Castelli	1129	€ 4.516,00	€ 9.032,00
Castel Castagna	491	€ 1.964,00	€ 3.928,00
Colledara	2161	€ 8.644,00	€ 17.288,00
Cortino	652	€ 2.608,00	€ 5.216,00
Crognaleto	1267	€ 5.068,00	€ 10.136,00
Fano Adriano	288	€ 1.152,00	€ 2.304,00
Isola del Gran Sasso	4759	€ 19.036,00	€ 38.072,00
Montorio al Vomano	8105	€ 32.420,00	€ 64.840,00
Pietracamela	263	€ 1.052,00	€ 2.104,00
Rocca Santa Maria	516	€ 2.064,00	€ 4.128,00
Torricella Sicura	2635	€ 10.540,00	€ 21.080,00
Tossicia	1380	€ 5.520,00	€ 11.040,00
Valle Castellana	968	€ 3.872,00	€ 7.744,00
TOTALE	31790	€ 127.160,00	€ 254.320,00

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

La politica della spesa del presente Piano Sociale Distrettuale segue gli indirizzi generali enunciati dal PSR e, pertanto, ha innanzitutto l'obiettivo del graduale superamento della attuale frammentarietà delle fonti di finanziamento che rischia di limitare l'efficacia e l'efficienza dei servizi e degli interventi offerti alla popolazione. I primi passi verso la gestione integrata delle risorse finanziarie auspicata dal PSR 2016-2018 sono possibili grazie al progressivo inserimento nel budget a disposizione dell'Ambito Distrettuale Sociale di fonti di finanziamento prima gestite separatamente, ma d'ora in avanti da utilizzare in modo integrato e coordinato con tutte le altre. Tale scelta consente all'Ambito di avvalersi con maggiore e crescente flessibilità di tutte le possibili risorse finanziarie, pur nel rispetto del vincolo di destinazione, ove sussistente, e che appare pienamente coerente con la strategia-chiave del Piano sociale, in base alla quale il Piano sociale di ambito distrettuale sarà sempre più il riferimento ed il “contenitore” di tutte le azioni di sviluppo del benessere sociale e di salute a livello territoriale.

Anche l'introduzione di un regime differenziato tra gli strumenti di attuazione diretta e quelli di attuazione indiretta del Piano sociale di ambito distrettuale favorisce una programmazione territoriale unitaria e organica ma allo stesso tempo flessibile: i primi (Fondo Sociale Regionale, Fondo Nazionale Politiche Sociali, Fondo Nazionale per le Non Auto-sufficienze, Fondo per l'Integrazione Socio-sanitaria) sono già inseriti nel Piano e sono assistiti con i finanziamenti correnti a carattere generale, mentre per i secondi (es. Fondi per il SIA, FSE, PON, POFSE, Fondo dopo di noi L. 208/2015, Fondo Vita Indipendente LR57/2012, LR95/95, Fondo per i minori in comunità, Fondo per l'integrazione socio-sanitaria, Fondo nazionale lotta alla povertà, Fondo sanitario nazionale...) sarà di norma prevista la presentazione di progetti o appositi provvedimenti attuativi, da finanziare in modo specifico anche se pur sempre nel rispetto della strategia generale del Piano sociale di ambito.

A questo proposito è bene evidenziare come l'Ambito Sociale Distrettuale sia già da tempo impegnato nel processo di acquisizione anche di altre risorse per lo sviluppo del proprio sistema di servizi: ne sono esempi concreti la partecipazione all'iniziativa Home Care Premium dell'INPS, l'ammissione al finanziamento al PON “Inclusione Sociale” per l'implementazione di un progetto di supporto al Sostegno all'Inclusione Attiva, la partecipazione all'iniziativa “Abruzzo Include” finanziata dal POR FSE delle Regione Abruzzo. Nel periodo di vigenza del Piano Sociale Distrettuale saranno ovviamente percorse anche altre opportunità di finanziamento (in primis, il fondo del cd. “Dopo di noi”).

Ovviamente le azioni progettuali previste saranno necessariamente ridotte o non attivati in mancanza di fondi esterni a quelli dei bilanci comunali, ordinari e non; parimenti, in ragione della maggiore autonomia programmatoria riconosciuta dal PSR all'Ambito distrettuale, ferma restando la garanzia della disponibilità di tutti gli obiettivi essenziali di servizio su tutto il territorio, la quantificazione dei volumi dei servizi ed interventi verranno commisurati alla effettiva domanda sociale del territorio. In ogni caso l'Ambito garantirà almeno il 30% della spesa complessivamente prevista per le azioni dirette del PSD.

L'Ufficio di Piano verrà garantito con fondi propri e, comunque, allo stesso saranno assegnate risorse in misura non superiore al 5% delle somme destinate al Piano Sociale Distrettuale per garantirne l'organizzazione e il funzionamento secondo le indicazioni del PSR 2016-2018 e in previsione dei definendi standard di cui alle preconizzate linee guida regionali.

Nota: Le schede finanziarie di dettaglio allegare.

SEZIONE 8. ALLEGATI

- Accordo di programma
- Convenzione socio-sanitaria
- Schema di regolamento unitario per l'accesso ai servizi
- Verbale di concertazione con le OO.SS.
- Piano delle Attività Territoriali (P.A.T.) della U.O.C. Ambito Distrettuale “Gran Sasso – Laga” – ASL Teramo