



## Ambito Distrettuale Sociale n.17 “Montagna Pescara”

Azienda ASL di Pescara

Piano Sociale Distrettuale 2017/2018  
ENTE AMBITO SOCIALE N. 17  
“MONTAGNA PESCARESE”  
(P.S.R. 2016/2018)



Comuni di:

Abbateggio, Alanno, Bolognano, Bussi sul Tirino, Caramanico Terme, Castiglione a Casauria,  
Corvara, Cugnoli, Lettomanoppello, Manoppello, Pescosansonesco, Pietranico,  
Popoli, Roccamorice, Salle, Sant’Eufemia a Maiella, Scafa, Serramonacesca, San Valentino in  
Abruzzo Citeriore, Tocco da Casauria, Torre de Passeri, Turrivalignani



## Indice

*pag.*

<b>Presentazione</b> .....	4
<b>SEZIONE 1. ASSETTI ISTITUZIONALI E FORMAZIONE DEL PIANO</b>	
<b>DISTRETTUALE</b> .....	5
1.1. Gli assetti istituzionali dell' Ambito distrettuale .....	5
1.2. L'Ufficio di Piano.....	5
1.3. Il processo di formazione del Piano sociale distrettuale.....	6
1.4. Il Gruppo di Piano .....	8
1.5. La Conferenza locale socio-sanitaria e gli assetti di integrazione .....	9
1.6. Modalità, tempi e strumenti per la partecipazione dei cittadini e delle organizzazioni.....	10
<b>SEZIONE 2. IL PROFILO SOCIALE LOCALE</b> .....	12
2.1. Analisi delle tendenze demografiche.....	12
2.2. Dimensione socio-economica del territorio e delle zone.....	21
2.3. Analisi dei fabbisogni sociali e di salute .....	27
2.4. L'attuale sistema di offerta .....	32
2.5. Analisi degli impatti della precedente programmazione .....	58
2.6. Quadro dei principali fabbisogni emersi, criticità e prospettive di miglioramento .....	68
<b>SEZIONE 3. LE PRIORITA' E LE STRATEGIE DEL PIANO DISTRETTUALE</b>	
<b>SOCIALE</b> .....	76
3.1. Priorità generali per il benessere sociale e di salute .....	76
3.2. Obiettivi della programmazione .....	77
3.3. Strategie di attuazione.....	101
3.4. Strategie di sistema per l'integrazione socio-sanitaria.....	103
<b>SEZIONE 4. LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE E SOCIO-SANITARIA</b> .....	106
Asse Tematico 1 - Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio sociale .....	106
Asse Tematico 2 - Interventi e servizi per la non autosufficienza.....	121
Asse Tematico 3 - Strategie per l'inclusione sociale e il contrasto alle povertà.....	138
Asse Tematico 4 - Sostegno alla genitorialità e alle famiglie, nuove generazioni, prevenzione e contrasto alla violenza domestica .....	147
Asse Tematico 5 - Strategia per le persone con disabilità .....	155
Asse Tematico 6 - Strategia per l'invecchiamento attivo .....	163
Asse Tematico 7 - Strategie per lo sviluppo dei servizi educativi per la prima infanzia .....	168
Quadro generale sinottico degli interventi e dei servizi inseriti nel Piano distrettuale.....	171
<b>SEZIONE 5. L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA</b> .....	173
5.1. Misure di integrazione istituzionali .....	173
5.2. Misure di integrazione fra servizi .....	175
5.3. Misure di integrazione professionale.....	176
<b>SEZIONE 6. LE AZIONI PER IL MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA LOCALE E LA</b>	
<b>CO-PROGETTAZIONE</b> .....	178
6.1. Definizione del sistema di affidamento dei servizi e degli interventi.....	178
6.2. Le misure per la valorizzazione del terzo settore, dell'economia e dell'impresa sociale .....	178

6.3. Linee guida del regolamento per l'accesso dei servizi .....	180
6.4. La composizione e il funzionamento dell'Ufficio di Piano e degli Uffici di Gestione sociale .	181
6.5. Sistema informativo di monitoraggio, valutazione, controllo dei servizi e degli interventi .....	182
6.6. Linee di indirizzo per il bilancio sociale.....	184
<b>SEZIONE 7. LA POLITICA DELLA SPESA E I QUADRI DI PREVISIONE .....</b>	<b>189</b>
<b>SEZIONE 8. ALLEGATI.....</b>	<b>194</b>

## Presentazione

Caro Assessore Regione Abruzzo Politiche Sociali, Sindaci e Assessori alle Politiche Sociali comunali, Direttore della ASL e del Distretto Sanitario, componenti del *Gruppo di Piano*, esprimo innanzitutto il più sincero e sentito ringraziamento per il prezioso lavoro di concertazione svolto in questi mesi di programmazione partecipata. Consapevole delle numerose difficoltà tuttora presenti nel nostro territorio, ritengo che sia stato un passaggio essenziale per il benessere generale del nostro territorio aver portato a compimento l'impegnativo lavoro riguardante la nuova programmazione territoriale dei servizi alla persona prevista per i 22 Comuni appartenenti all'Ambito Sociale Distrettuale n. 17 "*Montagna Pescara*"; un lavoro impegnativo che ha visto una concreta partecipazione di molti attori sociali istituzionali e del privato sociale rappresentativi del variegato e diffuso mondo dell'assistenza e del supporto alle famiglie, oltre che delle Organizzazioni Sindacali del settore sociale della provincia di Pescara.

Un lavoro impegnativo ma puntuale, suddiviso per "*Assi Tematici*" ed "*Obiettivi Essenziali di Servizio*", seguendo le "*linee guida regionali applicative del Piano Sociale Regionale 2016/2018*", emanate con Deliberazione del Consiglio della Regione Abruzzo n. 70/4 del 09.08.2016, che hanno rappresentato un vero ed indispensabile indirizzo per il lavoro programmatico svolto e che qui sono a presentare, pur consapevoli della necessità che oltre al *piano sociale distrettuale* del nostro ambito si debbano prevedere ulteriori apporti progettuali e finanziari nel prossimo periodo, considerato il permanere delle molteplici problematiche di carattere sociale, socio-sanitario ed economico-lavorativo presenti nel nostro territorio.

L'approvazione del nuovo Piano Sociale Distrettuale, pertanto, facendo tesoro sia degli aspetti positivi che di quelli negativi degli anni precedenti, può rappresentare una prima fase di avvio e di "*nuovo inizio*" che necessariamente dovrà essere ulteriormente alimentato ed integrato nel prossimo periodo di comune lavoro nel territorio.

Nel ringraziare nuovamente per il ruolo che Voi tutti mi avete affidato, quale Responsabile dell'*Ente di Ambito Sociale Distrettuale n. 17 "Montagna Pescara"*, mi odopererò con il massimo impegno al fine di garantire la realizzazione degli interventi sociali programmati nel PSD 2017/2018 ed il raggiungimento degli obiettivi fissati, assicurando in primo luogo la collaborazione con il *Distretto Sanitario di Base "Area Majella-Morrone"*, con il *CPI territoriale* e con tutti gli altri *enti ed associazioni* che hanno contribuito alla realizzazione di questo nuovo Piano Sociale Distrettuale che già da ora è in fase di avvio.

Il Presidente dell'ECAD17 "*Montagna Pescara*"  
(Sindaco del Comune di Manoppello Prof. Giorgio De Luca)



## **SEZIONE 1. ASSETTI ISTITUZIONALI E FORMAZIONE DEL PIANO DISTRETTUALE**

### **1.1. Gli assetti istituzionali dell'Ambito distrettuale**

Nella nuova riorganizzazione dei servizi territoriali alla persona, proposta dalla Regione Abruzzo, un ruolo essenziale è rappresentato dall'ampia partecipazione dei soggetti istituzionali coinvolti a vario titolo nella programmazione. In primo luogo il ruolo di tutti i 22 Comuni appartenenti all'*ECAD n° 17 "Montagna Pescara"*, che, già dalle prime fasi di consultazione hanno assunto un ruolo decisivo di indirizzo programmatico-istituzionale, svolto attraverso un incontro/scontro, a volte anche aspro, in sede della *Conferenza dei Sindaci*. La stessa assemblea dei Sindaci, nelle corso delle sedute del 11.01.2016 e del 19-11-2016, al fine di raggiungere un risultato il più possibile condiviso, ha deliberato all'unanimità la costituzione di una Commissione interna, con il compito di elaborare sia il Regolamento di funzionamento della stessa Conferenza dei sindaci, approvata all'unanimità nella seduta del 19.11.2016, sia la Convenzione associativa tra i Comuni (ai sensi dell'art. 30 del D.Lvo 267/2000) appartenenti all'Ambito Sociale distrettuale n. 17 "Montagna Pescara", approvata nella seduta del 28.11.2016.

Un ruolo essenziale per la gestione associata del nuovo Piano Distrettuale è svolto dalla *Macro-Area Distrettuale "Maiella e Morrone"*, facente capo al *Distretto Sanitario di Scafa (PE)*, già sede operativa del "Punto Unico di Accesso", il quale risulta essere di strategica importanza per l'implementazione ed attivazione dei servizi ad "*elevata integrazione socio-sanitaria*", con particolare riferimento agli interventi attivati con il "*Piano Locale per la Non Autosufficienza*", a tutte le altre prestazioni relative alle cure in ambito domiciliare e territoriale poste a essere tramite "*UVM*" competente per territorio, oltre che a specifici progetti di integrazione sociale e lavorativa rivolti agli utenti con disagio mentale e psichico, già in carico presso i servizi del dipartimento di salute mentale (es. "Progetto Armonia", "Abruzzo Include", "SIA", ed altre iniziative regionali, nazionali e comunitarie). In merito a tale aspetto, è risultata essenziale la costituzione della "*Conferenza Locale per l'Integrazione Socio-Sanitaria*" (*CLISS*), quale organismo inter istituzionale innovativo previsto nel PSR 2016/2018.

### **1.2. L'Ufficio di Piano**

L'Ufficio di Piano anche nella nuova programmazione distrettuale riveste un ruolo di importanza strategica, per la sua naturale funzione di "cabina di regia" locale, per le attività di promozione progettuale, programmazione, coordinamento amministrativo e di raccordo inter-istituzionale dei diversi attori partecipanti all'intero sistema integrato dei servizi alla persona dell'*ASD n° 17 "Montagna Pescara"*.

Dell'Ufficio di Piano fanno parte:

- il *Responsabile Ufficio di Piano referente dell'Ente Capofila* Comune di Manoppello,

individuato all'interno del personale comunale o tramite avviso pubblico, tra le figure previste;

- un Amministrativo con specifiche competenze professionali nel settore degli strumenti comunicativi informatici, di raccolta monitoraggio ed elaborazione dati e gestione generale degli interventi;
- un Amministrativo addetto alla gestione finanziaria ed alla rendicontazione, nonché verifica e controllo degli interventi e servizi;
- un Amministrativo addetto alla programmazione, allo sviluppo dei servizi e degli interventi, alle fonti di finanziamento, alle relazioni con il Gruppo di Piano ed i servizi sociali comunali, alla redazione del Bilancio sociale.
- Un esperto legale addetto agli aspetti legali-amministrativi generali e specifici relativi al sistema integrato dei servizi alla persona dell'ECAD 17;

L'Ufficio di Piano si doterà di un consulente informatico, con esperienza nel settore di riferimento, sia per la gestione ordinaria e straordinaria del sistema informatico utilizzato che in relazione alla funzione prioritaria di *“Osservatorio Sociale locale”* e di *Sistema Informativo Informatizzato, sul modello del progetto “SINAPSI” (Incubatore e rete territoriale per la verifica e valutazione e la progettazione sociale a livello locale), proposto dal “Gruppo di Piano” dell'ECAD 17, e con strumenti informativi e comunicativi accessibili a tutti i componenti della rete ed alla cittadinanza stessa.*

L'Ufficio di Piano, così come strutturato, sarà supportato:

- nella sua azione sociale, da un Assistente sociale del Segretariato Sociale e dai servizi sociali dei Comuni dell'Ambito;
- nella sua azione socio-sanitaria, dal referente e dal personale del Distretto Sanitario di Scafa.

L'Ufficio di Piano, inoltre, come previsto dal PSR 2016-2018, sarà articolato in tre Aree operative, Area sociale, Area socio-sanitaria, Area socio-educativa.

L'Ufficio di Piano sarà coadiuvato anche dal Gruppo di Piano soprattutto per quanto attiene alla programmazione, al monitoraggio, controllo, valutazione degli interventi e Bilancio sociale.

### **1.3. Il processo di formazione del Piano sociale distrettuale**

Il nuovo Piano Sociale Distrettuale 2017-2019 dell'Ambito n.17 *“Montagna Pescaresese”* è il frutto della verifica dei risultati dei precedenti Piani Sociali di zona e dall'analisi del contesto sociale del territorio, realizzate attraverso una stretta collaborazione tra l'Ufficio di Piano con gli altri enti coinvolti nella programmazione 2017/2019. In particolar modo, l'Ufficio di Piano ha collaborato insieme al *“Gruppo di Piano”* in tutte le fasi relative alla consultazione territoriale, istituzionale (Enti Locali e ASL) e con il Privato sociale locale, attraverso focus e forum tematici che hanno permesso di analizzare sia tutta la situazione relativa al bisogno sociale del territorio, sia l'offerta dei servizi alla persona, attualmente disponibile per la cittadinanza.

Nello specifico, l'iter di consultazione e dei tavoli tematici, svolti in relazione alla valutazione del bisogno sociale, agli obiettivi e priorità, per la relativa pianificazione dei servizi e stesura degli atti del Piano di Ambito Distrettuale 2017/2019, è stato il seguente:

- Costituzione, da parte della Conferenza dei Sindaci, di una Commissione Interna per la condivisione ed elaborazione degli atti relativi alla costituzione del nuovo ECAD n° 17 *“Montagna Pescaresese”*;
- Approvazione del Regolamento di funzionamento delle Conferenza dei Sindaci ECAD 17,

nella seduta del 19.11.2016;

- Approvazione della Convenzione Associativa tra Comuni (art. 30, D.Lvo 267/2000) ed Individuazione del Comune di Manoppello quale Ente Capofila Ambito Distrettuale n. 17 “*Montagna Pescara*”, nella seduta del 28.11.2016;
- Approvazione della costituzione della “*Zona di Gestione Sociale*”, da parte dei Comuni di *Scafa, Tocco Casauria, Roccamorice, Cugnoli, Torre dei Passeri, San Valentino In A.C. e Turrivalignani* a seguito di formale richiesta di una forma di autonomia gestionale dei servizi previsti nel periodo 2017/2019, nelle modalità indicate dal PSR 2016/2018 (*Paragrafo III.1*) e dalla Convenzione Associativa tra Comuni ECAD 17 (*art. 3, comma 1, lettera c*), nella seduta del 28.01.2017;
- Costituzione del Gruppo di Piano attraverso la Conferenza dei servizi estesa ad amministratori locali, privato sociale, associazioni rappresentative dei cittadini, operatori sociali e socio-sanitari, ai servizi territoriali di ambito e alla Provincia di Pescara, nella seduta del 22.02.2017. Durante l’incontro è stato definito il calendario dei diversi tavoli tematici del Gruppo di Piano e le aree di bisogno e di servizio;
- Presentazione in Conferenza Sindaci del nuovo Regolamento di accesso unitario ai servizi del Piano Sociale Distrettuale 2017/2019, nella seduta del 23.02.2017;
- Raccolta dei dati aggiornati al 31.12.2015 relativi agli indicatori socio-demografici specifici di ogni Comune dell’ECAD 17 Montagna Pescara (bilancio demografico, struttura familiare, tasso di natalità, tasso di fecondità e indice di vecchiaia, popolazione straniera, tassi di attività, occupazione e disoccupazione per genere, tassi di povertà ed altre variabili economiche, tassi di scolarizzazione, dati variabili di contesto); questa fase è stata coordinata dall’Ufficio di Piano dell’Ambito con l’ausilio degli enti e dei i servizi territoriali coinvolti nella programmazione;
- Insediamento, in data 20.02.2017, del tavolo concertazione con le OO.SS. e presentazione del piano dei servizi territoriali aggiornati al 31.12.2016, dello schema di Regolamento accesso unitario e dello schema Convenzione socio-sanitaria e presentazione dell’iter dei lavori implementazione PSD dell’ECAD 17 2017/2018;
- Istituzione della Conferenza Locale Integrazione Socio-Sanitaria e contestuale approvazione della *Convenzione Locale per l’Integrazione Socio-sanitaria*, nella seduta del 23.02.2016;
- Consultazioni del Gruppo di Piano, con il coordinamento dell’Ufficio di Piano, con le organizzazioni rappresentative degli interessi territoriali:
  - 22.02.2017: insediamento del Gruppo di Piano ed approvazione Regolamento di funzionamento, presentazione dei lavori e della sintesi del “*Profilo Sociale ECAD n.17, validazione dello Schema di convenzione socio-sanitaria per l’asse integrazione socio-sanitaria*”;
  - 24.02.2017: incontro asse tematico gruppo di piano sulle “*Strategie per l’inclusione sociale ed il contrasto alle povertà*”;
  - 27.02.2017: incontro asse tematico gruppo di piano sulle “*Strategie per il sostegno alla genitorialità e alle famiglie, nuove generazioni, prevenzione e contrasto alla violenza domestica*”;
  - 28.02.2017: incontro asse tematico gruppo di piano sulle “*Strategie per*

*l'invecchiamento attivo”;*

- 03.03.2017: incontro asse tematico gruppo di piano sulle “*Strategie per le persone con disabilità ed interventi per la non autosufficienza*”;
- 06.03.2017: incontro asse tematico gruppo di piano sulle “*Strategie ed azioni innovative per lo sviluppo di interventi e servizi per la prima infanzia*”;
- 07.03.2017: incontro asse tematico gruppo di piano sulle “*Strategie per l'integrazione socio-sanitaria*”.

- Presa d'atto del “*Profilo Sociale*” e presentazione in Conferenza dei Sindaci della prima stesura del “Piano Sociale Distrettuale 2017/2018, nella seduta del 16.03.2017;
- Secondo incontro di concertazione sindacale con le OO.SS, nella data del 10.03.2017;
- Approvazione del verbale di concertazione sindacale con le OO.SS, nella data del 15.03.2017;
- Approvazione con Accordo di Programma degli Enti sottoscrittori aderenti nella seduta del 21/09/2017;
- Approvazione con Accordo di Programma della Conferenza dei Servizi nella seduta del 25/09/2017
- Invio documentazione completa ai Comuni per recepimento ed approvazione con delibera di consiglio dei Comuni entro il 30/09/2017;

#### **1.4. Il Gruppo di Piano**

Nel pieno rispetto degli indirizzi e delle linee guida Regionali, ed a garanzia della massima trasparenza e della piena partecipazione e rappresentatività, la Conferenza dei Sindaci, nella seduta del 28.01.2017 ha approvato la bozza di Regolamento di funzionamento e la designazione dei componenti del “*Gruppo di Piano*”, cui fanno parte gli enti istituzionali maggiormente rappresentativi e già titolari di interventi e servizi nell'ambito dell'assistenza, dell'educazione, degli interventi di tutela giudiziaria e della prevenzione, dell'inclusione sociale e lavorativa, del disagio psichico e mentale e delle altre prestazioni ad elevata integrazione socio-sanitaria, come di seguito riportato in elenco:

**Direttore Generale della ASL di Pescara (o delegato);**  
**Resp. Distretto Sanitario di Scafa (Macro-Area Maiella e Morrone);**  
**Resp. Servizio Neuropsichiatria Infantile ASL di Pescara;**  
**Resp. Dipartimento di Salute Mentale ASL di Pescara;**  
**Dirigenti Scolastici Istituti Comprensivi del territorio;**  
**Resp. Centro per l'Impiego di Scafa;**  
**Resp. Prefettura di Pescara (o delegato);**  
**Resp. Servizio Sociale Minori del Tribunale per i Minorenni di L'Aquila;**  
**Resp. Ufficio di Esecuzione Penale Esterna di Pescara;**  
**Resp. di LEGACOOP, CONFCOOPERATIVE, A.G.C.I., di Pescara;**  
**Resp. Centro Servizi Volontariato di Pescara;**  
**Resp. ASP di Pescara;**  
**Resp. ENS Pescara;**  
**Commissario Liquidatore della Comunità Montana “Montagna Pescaresse”.**



Inoltre, a seguito di avvisi pubblici effettuati tramite i canali informatici istituzionale del Comune Capofila di Manoppello, è stata richiesta la partecipazione delle Associazioni locali della cittadinanza attiva, operanti nel settore del disagio sociale e del supporto alla disabilità, oltre che dei soggetti appartenenti ai settori del privato sociale organizzato e delle ONLUS attivi nel territorio. Nel pieno rispetto della normativa nazionale e regionale è stata data concreta applicazione ai principi della progettazione partecipata e della *co-progettazione* nell'ambito dei servizi alla persona, nel rispetto delle competenze maturate nei differenti settori sociali (disabilità, minori e famiglia, Anziani, Inclusione sociale e lavorativa, Associazionismo delle famiglie e della cittadinanza attiva territoriale).

Il Gruppo di Piano si è riunito più volte su base tematica, come da calendario precedentemente specificato, ed ha stabilito, nel corso delle riunioni, indirizzi, obiettivi e priorità di intervento.

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

Aspetto essenziale ed innovativo della nuova programmazione territoriale, al fine di garantire una reale ed efficace integrazione delle prestazioni e dei *“servizi ad elevata integrazione socio-sanitaria”* dell'ECAD 17, è rappresentato dalla *Conferenza locale per l'integrazione socio-sanitaria (CLISS)*: tale organismo ha l'obiettivo prioritario di rendere più efficiente e mettere *“a sistema”* uno stretto raccordo organizzativo ed operativo con i servizi socio-sanitari territoriali, il DSB di Scafa *“Macro-Area Maiella e Morrone”*, ed in modo particolare con il PUA, il Servizio *“Cure Domiciliari”*, le *“Dimissioni protette”*, i servizi per l'infanzia e la famiglia ed altri servizi territoriali.

Tale collaborazione è stata formalizzata con la *Convenzione Locale per l'Integrazione Socio-Sanitaria*, sottoscritta in data 23.02.2017, le cui indicazioni sono risultate indispensabili per l'impostazione programmatica degli interventi e dei servizi messi in campo, con particolare riferimento ai servizi di supporto personale e familiare rivolti alle disabilità gravissime ed alle attività complementari di autonomia della persona (es progetto *“Vita Indipendente”*), anche attraverso l'utilizzo di eventuali risorse di tipo economiche e progettuali integrative. In particolar modo la concertazione ha coinvolto i seguenti attori sociali: Ente di Ambito Distrettuale n. 17 *“Montagna Pescarese”* ed i servizi territoriali competenti dell'ASL (Distretto Sociosanitario di Scafa), stabilendo le modalità operative per l'attuazione di servizi e prestazioni ad elevata integrazione socio-sanitaria, per la non autosufficienza, nel rispetto delle indicazioni fornite dal DPCM 14.02.2001 e relativo A.I.R. (Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti tra i medici di medicina generale e il SSN).

Soprattutto per gli interventi di assistenza alla non autosufficienza, sono state individuate e condivise le seguenti azioni di sistema da garantire nella nuova programmazione 2017/2018:

- indicate in modo chiaro le responsabilità locali relative alle politiche sociali e sanitarie per la domiciliarità delle persone anziane e disabili in stato di non autosufficienza;
- individuati e attivati processi unitari per la valutazione del bisogno di cura da parte dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (U.V.M.) di cui al PSR 2011-2013 già costituitasi tra l'ex Ambito Sociale n. 35 e Distretto Socio-Sanitario di Scafa (Macro-area Maiella e Morrone), operativo presso il Punto Unico di Accesso, con particolare riferimento alla condizione di non autosufficienza;
- definito il processo di presa in carico degli utenti attraverso il progetto individualizzato di

intervento, di sostegno, di accompagnamento dell'anziano non autosufficiente e della sua famiglia, attraverso i processi unitari per la valutazione del bisogno di cura da parte dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (U.V.M.) di cui al P.S.R. 2011-2013 (2014/2016) costituitasi con l'Ambito Sociale n.35 "*Maiella e Morrone*" e il Distretto Socio Sanitario di Scafa anche alla luce dell'Ordinanza n.17 del Distretto Sanitario di Scafa avente ad oggetto: *Istituzione Unità di Valutazione Multidimensionale nel distretto Sanitario di Scafa*, ai sensi della L.r. 5 del 10 marzo 2008 - Piano Sanitario Regionale 2008-2010 (ancora vigente);

- le modalità operative dell'U.V.M. sono state ulteriormente estese ed aggiornate in riferimento agli ultimi atti ad oggi approvati e vigente Delibera n. 278 del 24.03.2016 del Direttore ASL di Pescara di "*Approvazione del Protocollo d'Intesa per la realizzazione del PLNA 2015 presso l'Area Distrettuale Majella-Morrone*", atto deliberativo n.97 del 31 gennaio 2017 di "*Presenza d'atto e recepimento del Protocollo d'intesa per la realizzazione del Piano Locale per la Non Autosufficienza dell'anno 2016*" e atto deliberativo n.208 del 09 marzo 2017 di "*Presenza d'atto e recepimento della Convenzione socio-sanitaria per l'organizzazione e la gestione delle attività di integrazione socio sanitaria*";
- precisati in maniera puntuale i percorsi di presa in carico integrata degli utenti attraverso il Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI), di sostegno, di accompagnamento dell'anziano e/o disabile non autosufficiente e della sua famiglia nell'ambito delle tipologie di intervento previste;
- stabiliti gli strumenti operativi per il monitoraggio e la valutazione degli interventi attuati:
  - a) scheda di valutazione e presa in carico, gestita in collaborazione e per propria competenza dall'assistente sociale referente del Comune dell'Ambito Sociale Distrettuale ECAD n° 17 "*Montagna Pescaresce*", dall'assistente sociale del Punto Unico di Accesso e dal personale referente per il Distretto Socio-Sanitario (ASL);
  - b) incontri periodici di coordinamento e monitoraggio che vedono la partecipazione, oltre che dei referenti suddetti, anche dei referenti dell'Ufficio di Piano dell'ECAD 17 e della Direzione del DSB (Area Maiella e Morrone).

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

L'elaborazione del presente Piano Sociale Distrettuale è il frutto dell'analisi dei risultati dei precedenti Piani Sociali di zona e del contesto sociale, realizzata attraverso una stretta collaborazione tra tutti gli attori sociali istituzionali e privati, coinvolti durante tutte le fasi della programmazione. In particolar modo, a seguito della manifestazione di interesse da parte delle associazioni e della cittadinanza attiva del territorio, dopo la pubblicazione di avvisi pubblici per l'acquisizione di proposte finalizzate alla partecipazione al "Gruppo di Piano", l'Ufficio di Piano ha coordinato, insieme al suddetto gruppo dell'Ambito Sociale 35, tutte le fasi relative sia all'analisi dei dati demografici e dell'offerta e domanda dei servizi alla persona già in essere, svolta secondo le indicazioni e gli indicatori previste nelle linee guida del PSR 2016/2018. Durante le fasi programmatiche essenziali sono risultate le consultazioni territoriali, istituzionale (Enti Locali e ASL) e con il Privato sociale locale e la cittadinanza attiva del territorio di ambito distrettuale, attraverso focus e forum tematici, che hanno permesso di analizzare sia tutta la

situazione relativa al bisogno sociale del territorio che all'offerta dei servizi alla persona attualmente disponibile per la cittadinanza.

Nello specifico, dopo aver formalizzata la Costituzione del *Gruppo di Piano* e previsto gli obiettivi e priorità dei focus tematici (Servizi Generali ed Integrazione Socio-Sanitaria, Anziani, Minori e Disabili, Inclusione Sociale), in relazione ai “*campi di intervento*”, “*assi tematici*” ed “*obiettivi essenziali di servizio*”, stabili dal PSR 2016/2018, si è definito il calendario dei diversi gruppi di piano e le aree di bisogno e di servizio, prevedendo specifici forum tematici in relazione alla valutazione del bisogno sociale e relativa pianificazione dei servizi, che si sono svolti come di seguito riportato:

1. “Gruppo di Piano”: *Area Servizi Generali ed Integrazione socio-sanitaria*, del 22.02.2017 (A.T. 1-2);
2. *Costituzione CLISS ed approvazione convenzione socio-sanitaria*, in data 23.02.2017;
3. “Gruppo di Piano”: *Area Inclusione sociale e Contrasto alle povertà*”, del 24.02.2017;
4. “Gruppo di Piano”: *Area Servizi Minori/Famiglia –interventi di contrasto all’abuso e violenza minori e famiglia*, del 27.02.2017 (A.T.4-7);
5. “Gruppo di Piano”: *area anziani “Strategie per l’invecchiamento attivo ”*del 28.02.2017 (A.T. 5-6.);
6. “Gruppo di Piano”: *area disabilità “Strategie per la disabilità e la non autosufficienza*, del 03.03.2017 (A.T. 6);
7. “Gruppo di Piano”: *Area minori - Strategie ed azioni innovative per lo sviluppo di interventi e servizi per la prima infanzia*, del 06.03.2017;
8. “Gruppo di Piano”: *Strategie per l’integrazione socio-sanitaria*, del 07.03.2017 (A.T.1);
9. “Gruppo di Piano”: *valutazione Profilo Sociale Locale e prima stesura PSD 2017/2018 dell’ECAD 17 del 09.03.2017*;
10. Forum con la cittadinanza di presentazione del nuovo PSD dell’ECAD 17 2017/2018, in data 14.03.2017;
11. *Approvazione in Conferenza Sindaci del PSD dell’ECAD 17 con sottoscrizione Accordo di Programma 2017/2018*, in data 21.09.2017;
12. Invio ai Comuni per l’approvazione con delibera di consiglio ed invio alla Regione Abruzzo entro il 30 Settembre 2017;

Inoltre sono stati svolti tre incontri di concertazione con le OO.SS. ed Associazioni di Categoria: primo incontro il 20.02.2017, secondo incontro 10.03.2017 e incontro conclusivo di sottoscrizione dell’Accordo di Concertazione del 15.03.2017.

L’approvazione definitiva in Conferenza dei Servizi del Profilo Sociale Locale e del Piano Sociale Distrettuale ECAD 17 “Montagna Pescara” con *Accordo di Programma* degli Enti sottoscrittori aderenti è stata effettuata nella seduta del 25.09.2017.

## SEZIONE 2. IL PROFILO SOCIALE LOCALE

### 2.1. Analisi delle tendenze demografiche

*Dati di contesto della struttura demografica generale dell'ECAD 17 "Montagna Pescara"*

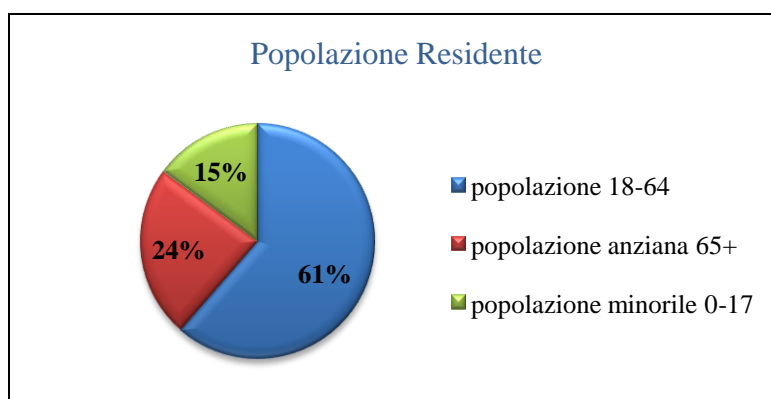
Dall'analisi dei dati relativi ai 22 Comuni appartenenti all'ECAD n° 17 "Montagna Pescara", aggiornati al 01.02.2016 e attinenti il processo di elaborazione del "Profilo Sociale", per la pianificazione sociale distrettuale 2017/18, comprensivo del territorio di riferimento della "Zona di Gestione Valle dell'Orta", effettuato dal "Gruppo di Piano", di concerto con l'Ufficio di Piano dell'ECAD n° 17 "Montagna Pescara", si evidenzia una tendenza demografica in linea con i dati generali evidenziati nel profilo sociale riportato nel PSR 2016/2018 della Regione Abruzzo, nell'ordine di priorità rilevata a livello territoriale dell'ECAD 17, in riferimento agli Assi Tematici individuati dal PSR 2016/2018:

1. invecchiamento progressivo della popolazione (Assi Tematici 1 e 6);
2. tassi significativi di presenza di malattie croniche (Assi Tematici 1,2 e 6);
3. aumento delle fasce di popolazione a rischio di povertà ed esclusione sociale (Assi Tematici 1 e 3);
4. permanente difficoltà di integrazione lavorativa delle giovani generazioni (Assi Tematici 1,3 e 4);
5. scarto tra domanda e offerta dei servizi a sostegno delle persone con disabilità (Assi Tematici 1,2,3 e 5);
6. crescita delle malattie neuro generative (Assi Tematici 1,2 e 6);
7. bassi tassi di natalità (Assi Tematici 4 e 7).

*Trend demografico di riferimento*

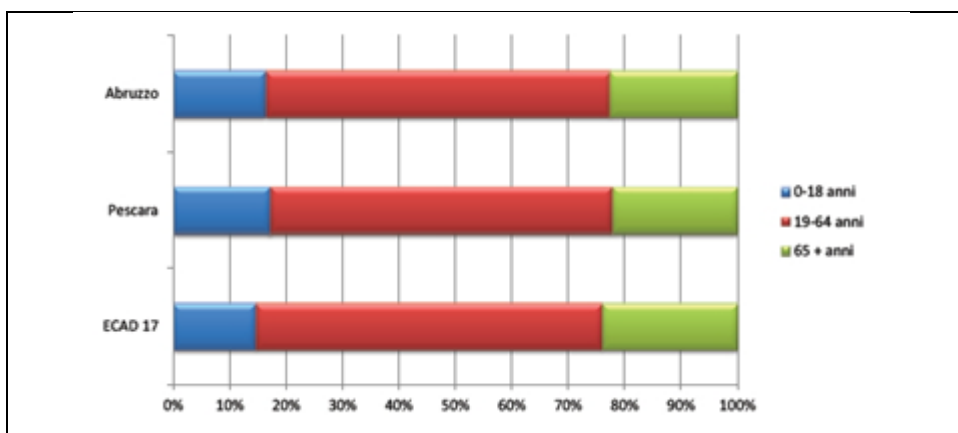
L'andamento precedentemente delineato si può già evincere da una prima analisi quantitativa dei principali dati di contesto demografico e di composizione socio-familiare rilevati nel territorio dell'ECAD n. 17 "Montagna Pescara", che in sintesi vengono di seguito riportati.

#### **Bilancio demografico**



- popolazione residente al 01.01.2016: 42639;
- popolazione anziana 65 anni e oltre: 10256;
- popolazione minorile 0-17 anni: 6289;
- popolazione residente media: 1938,14;
- saldo naturale: -166;
- saldo migratorio: +7
- saldo migratorio interno:-101 per mille abitanti;
- saldo migratorio estero:113 per mille abitanti;
- saldo migratorio totale: -159 per mille abitanti;
- età media della popolazione: 45;
- tasso di crescita totale: -15 per mille abitanti;
- tasso di natalità: 5,8 per mille abitanti;
- tasso di fecondità: 31,5 per mille abitanti;
- tasso di mortalità: 12,71 per mille abitanti;
- incidenza popolazione straniera su popolazione tot.: 4,53

***Popolazione residente per principali classi di età. Raffronto Regione – Provincia – ECAD 17***



Particolare riguardo è stato posto nei confronti della composizione della struttura familiare del territorio riferito all' Ambito Sociale Distrettuale n. 17 "Montagna Pescara":

***Struttura familiare***

- numero di famiglie: 17322
- una persona sola: 4638
- numero nuclei familiari: 12311
- coppie senza figli: 3757
- coppie con figli: 6847

- un solo genitore con figli: 1707
- famiglie con un componente: 4819
- famiglie con due componente: 4471
- famiglie con tre componente: 3581
- famiglie con quattro componente: 3408
- famiglie con cinque componente: 814
- famiglie con se o più componente: 229
- numero medio di componente per famiglia: 2.50

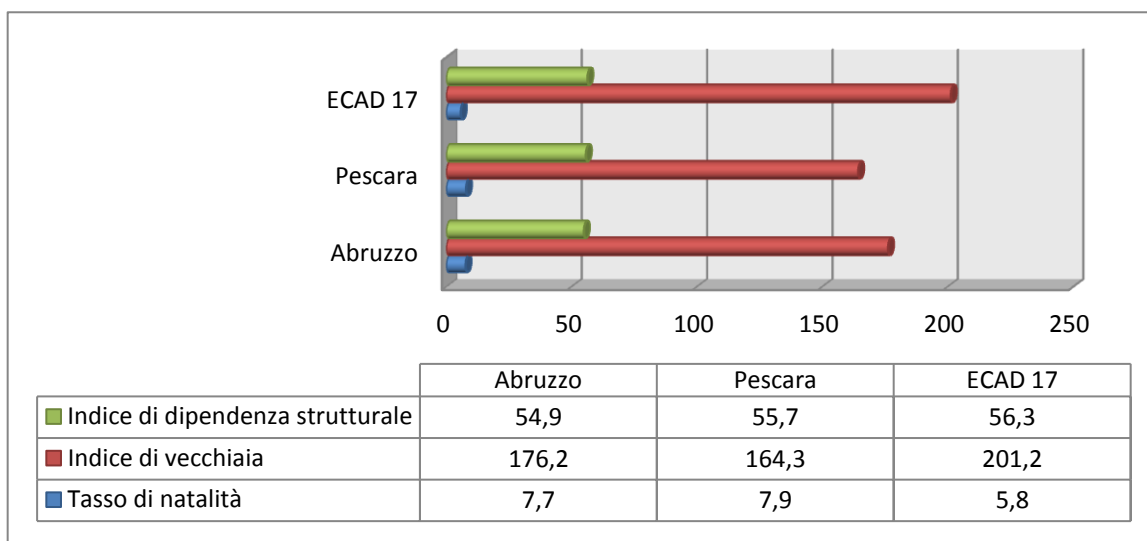
I dati riportati, come specificato successivamente in dettaglio, confermano da un lato una popolazione anziana media superiore al livello provinciale e regionale, e dall'altro una popolazione in età minorile più bassa rispetto al livello provinciale e regionale. Questo aspetto denota sia l'invecchiamento medio della popolazione dell'Ambito, sia il basso tasso di natalità e dunque il progressivo spopolamento, soprattutto delle aree interne e montane del territorio. Un trend degli ultimi cinque anni che riguarda l'intera Regione Abruzzo, come confermato da tutti gli indicatori di riferimento, che denota una progressivo aumento delle difficoltà sociali e socio-economiche e lavorativa della popolazione (basta guardare il solo dato regionale della disoccupazione, passata da circa 8,7% del 2008, al 12,62 % del 2015).

I successivi dati si riferiscono agli indicatori di carico sociale; anch'essi confermano una tendenza generale del disagio socio-familiare ed economico del territorio ECAD 17, correlato soprattutto alla grave crisi socio-economico ed occupazionale degli ultimi anni (2008/2016).

#### *Indicatori di carico sociale*

- Indice di vecchiaia: 201,20
- Indice di dipendenza strutturale: 56.3%
- Indice di dipendenza degli anziani: 37.5%

#### ***Principali indicatori socio-demografici. Raffronto Regione – Provincia - ECAD 17***



Già da una prima analisi, i dati sugli indicatori di dipendenza mostrano una media superiore rispetto al dato provinciale e regionale, per cui si evidenzia un fabbisogno per le aree della popolazione con maggior rischio di fragilità sociale, con particolare riferimento alle tre aree di bisogno:

- a) anziani;
- b) disabili e non autosufficienti;
- c) minori e famiglia.

Più nello specifico, di seguito si riportano i dati percentuali relativi alla popolazione in situazione di disabilità e/o a rischio di patologie altamente invalidanti:

*Popolazione dell'ECAD 17, per sottogruppi (dato % al 01.01.2016)*

- Popolazione con disabilità (L. 104/92): % 4,68;
- Popolazione con disabilità grave (art. 3, comma 3 L. 104/92): 2,95%;
- Indennità di accompagnamento: 37%;
- Anziani a rischio di disabilità: 27%;
- Popolazione minorile in età scolare in carico alla Neuropsichiatria Infantile (ASL): 8,40%
- Popolazione minore disabile (L. 104/92) in carico ai "GLH": 3,17%.

Il quadro sopra tracciato conferma la necessità di intervenire sulle aree di bisogno riferite agli "Assi tematici" dell'invecchiamento attivo e della disabilità e non autosufficienza, che la Regione Abruzzo individua nel Profilo sociale e nel relativo Piano Sociale Regionale 2016/2018 (DCR. 70/4 del 09.08.2016), oltre che la necessità rispondere in maniera più incisiva ai bisogni della disabilità in ambito scolastico e domiciliare ed al bisogno cognitivo e socio-educativo di minori con problematiche in ambito socio-familiare e scolastico.

In merito a quest'ultimo aspetto, appare significativo il dato concernente la popolazione minorile: 528 unità (l'8,4% della popolazione minorile dell'ECAD 17) sono in carico presso servizi competenti della "Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza" della ASL di Pescara e il 3,17% di essi risulta essere in condizione di disabilità grave ai sensi della legge 104/92 (art. 3, comma 3) e, dunque, preso in carico dai "gruppi handicap" (GLH).

In generale, si può facilmente affermare che la popolazione con disabilità certificata ai sensi della legge 104/92 incide fortemente sulla popolazione totale dell'ECAD 17, con un numero di circa 2000 persone con disabilità certificate ai sensi della L. 104/92; tale popolazione incide con una percentuale pari circa al 4,68% rispetto alla popolazione complessiva residente nell'ECAD 17, secondo le certificazioni distribuite per singolo comune riportate in tabella:

*TABELLA N. 1- PERSONE CERTIFICATE AI SENSI DELLA L. 104/92 DELL'ECAD 17*

<b>N. PORTATORI DI HANDICAP (AI SENSI della L. 104/92)</b>	<b>N. DI PORTATORI DI HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA' AI SENSI della L. 104/92)</b>	<b>N. INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO</b>
Stimabile in circa 2000 persone	63% del totale	37% del totale

I dati sopra riportati manifestano un'alta incidenza percentuale (circa il 4,68%) delle persone con problematiche relative alla disabilità (riconosciute disabili ai sensi della legge 104/92 e/o con certificazione di invalidità civile) sul totale della popolazione dell'ECAD 17 registrata al 01.01.2016, elemento in linea con i dati registrati a livello nazionale (stimabile secondo dati ISTAT tra il 4,5 e il 5,5%) ed a livello regionale (stimato tra il 4,5 ed il 5,2 %).

Per dare un quadro generale sinottico sulla composizione della popolazione a rischio di fragilità sociale, si riportano di seguito nelle tabelle 2 e 3 i dati relativi alla composizione demografica per fasce di età suddivisi per comuni ed i relativi indicatori di carico sociale.

*TABELLA N. 2 - POPOLAZIONE IN ETA' NON LAVORATIVA SUDDIVISA PER FASCE DI ETA' DI OGNI COMUNE ECAD 17*

COMUNI	ETA' 0-17	ETA': 65 - 74	ETA': oltre 74	TOTALE POPOLAZIONE
ABBATEGGIO	58	40	60	400
ALANNO	494	393	513	3487
BOLOGNANO	154	119	141	1108
BUSSI SUL TIRINO	274	343	455	2518
CARAMANICO TERME	279	203	263	1929
CASTIGLIONE A CASAURIA	106	97	133	831
CORVARA	32	25	67	256
CUGNOLI	204	151	218	1506
LETTOMANOPPELLO	457	283	340	2975
MANOPPELLO	1238	678	707	6996
PESCOSANSONESCO	71	52	84	517
PIETRANICO	52	50	94	484
POPOLI	735	614	669	5172
ROCCAMORICE	128	137	106	939
SALLE	34	39	58	308
SANT'EUFEMIA A MAIELLA	24	33	59	278
SAN VALENTINO IN A.C.	266	171	271	1922
SCAFA	593	372	458	3759
SERRAMONACESCA	51	72	112	562
TOCCO DA CASAURIA	399	306	310	2688
TORRE DE' PASSERI	523	332	373	3147
TURRIVALIGNANI	126	102	101	857
<b>TOTALE</b>	<b>6289</b>	<b>4612</b>	<b>5592</b>	<b>42639</b>



Per avere un'immediata rappresentazione della composizione sociale numerica e percentuale della popolazione complessiva dell'ECAD 17, e per le successive valutazioni specifiche riguardanti gli indicatori di carico sociale e dipendenza, si riportano, nella tabella seguente, i dati numerici e percentuali della distribuzione per area sociale:

*TABELLA N.3 - DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE PER AREA SOCIALE DELL'ECAD 17 "MONTAGNA PESCARESE" 1° GENNAIO 2016*

AREA SOCIALE	N. POPOLAZIONE PER AREA SOCIALE	% SU POPOLAZIONE TOTALE
ANZIANI	10.256	24,05%
MINORI	6289	14,75%
IMMIGRATI	2059	4,83%
PERSONE DISABILI (l. 104/92)	2000	4,68%
<b>TOTALE</b>	<b>21.116</b>	<b>47,78%</b>

In relazione ai dati demografici riportati, si evidenziano significativi indicatori di dipendenza senile e di carico sociale, che mostrano una dipendenza sociale superiore alla media regionale, come si evince anche nelle tabelle successive, se si esclude la minore incidenza demografica rispetto alla media regionale e provinciale della popolazione immigrata, maggiormente stanziata nelle zone urbane e costiere di maggiore densità demografica (Pescara e Montesilvano). I dati riportati in seguito confermano la tendenza di bassa natalità media (5,8) rispetto alla media regionale (7,7) e provinciale (7,9), evidenziando inoltre l'invecchiamento medio della popolazione presente nel territorio dell'ECAD 17 (con i relativi indicatori di dipendenza e vecchiaia superiori alle medie), con particolare riferimento ai piccoli Comuni montani ed interni.

*TABELLA N. 4 - % INDICI DI DIPENDENZA SENILE E CARICO SOCIALE COMUNI ECAD 17 (al 01.01.2016)*

COMUNI	TASSO DI NATALITÀ	INDICE DI VECCHIAIA	INDICE DI DIPENDENZA STRUTTURALE
ABBATEGGIO	0	217	64
ALANNO	7,7	234	63
BOLOGNANO	7,1	223,4	54
BUSSI SUL TIRINO	5,5	341	56
CARAMANICO T.	5,1	204,4	62
CASTIGLIONE A C.	5,9	270,7	54
CORVARA	3,8	317,9	61
CUGNOLI	3,3	245,8	63
LETTOMANOPPELLO	6,7	170,4	54
MANOPPELLO	8,9	138,7	54
PESCOSANSONESCO	5,8	248,1	62
PIETRANICO	4,1	341,5	54
POPOLI	5,8	216,1	53
ROCCAMORICE	10,6	236	53
SANT'EUFEMIA A M.	3,6	397	82
S. VALENTINO IN A.C.	6,2	208,1	65

SALLE	3,2	313,3	62
SCAFA	8,7	180,4	55
SERRAMONACESCA	1,8	427,3	54
TOCCO DA CASAURIA	7,8	188	49
TORRE DE' PASSERI	6	167,5	52
TURRIVALIGNANI	6,9	205,1	49
<b>MEDIA AMBITO</b>	<b>5,8</b>	<b>201,2</b>	<b>56,3</b>

I dati riportati registrano uno scostamento dell'1,3% dell'“Indice di carico sociale” medio dell'ECAD 17 “Montagna Pescarese” (pari al 56,3%), rispetto all'indice regionale (pari al 54,9%), evidenziando un carico assistenziale superiore alla media regionale, dovuto soprattutto all'alto indice di vecchiaia che è pari a 201,2 (i dati più elevati sono stati registrati soprattutto in alcuni Comuni montani del territorio), superiore di 16,7 punti rispetto al dato regionale (il cui indice di vecchiaia è pari a 184,5), oltre che ad una presenza leggermente inferiore rispetto la media regionale della popolazione in età minorile.

#### *Dati sulla popolazione straniera*

Per quanto concerne la popolazione straniera residente nel territorio dell'Ambito n.17, si evidenzia che al 01.01.2016 risulta essere pari 4,53% della popolazione totale, una percentuale più bassa rispetto alla media regionale (6,5 %) ed a quella provinciale (5,5%). Nello specifico si riscontra la seguente composizione demografica al 01.01.2016:

#### *Popolazione straniera presente nell'ECAD 17 “Montagna Pescarese” (al 01.01.2016)*

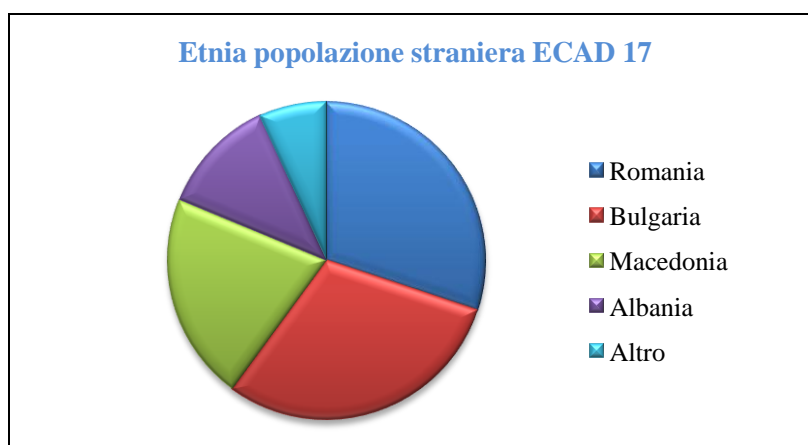
- Popolazione straniera residente al 1° gennaio: 2121;
- Popolazione straniera – incidenza % su totale popolazione:4,53%;
- Scostamento rispetto alla media regionale: (- 1,8%);

*TABELLA N. 5 - POPOLAZIONE STRANIERA PER FASCE DI ETA' DI OGNI COMUNE DELL'ECAD 17 (01.01.2016)*

COMUNI	ETA': 0-17	ETA' 18-64	ETA': oltre 65	TOTALE POPOLAZIONE
ABBATEGGIO	4	10	1	16
ALANNO	20	85	5	110
BOLOGNANO	20	61	2	83

BUSSI S.T.	12	53	5	70
CARAMANICO TERME	16	59	4	79
CASTIGLIONE A C.	13	56	2	71
CORVARA	2	14	0	16
CUGNOLI	15	48	3	66
LETTOMANOPPELLO	7	47	5	59
MANOPPELLO	35	166	12	213
PESCOSANSONESCO	3	25	2	30
PIETRANICO	3	15	3	21
POPOLI	55	222	6	283
ROCCAMORICE	4	26	4	34
SALLE	1	9	1	11
SANT'EUFEMIA A MAIELLA	6	22	0	28
SAN VALENTINO IN A.C.	6	28	4	38
SCAFA	39	167	5	211
SERRAMONACESCA	3	31	7	41
TOCCO DA CASAURIA	70	206	1	277
TORRE DE' PASSERI	80	234	6	320
TURRIVALIGNANI	15	28	1	44
<b>TOTALI</b>	<b>430</b>	<b>1610</b>	<b>81</b>	<b>2121</b>

Analizzando ulteriormente i dati, nell'ECAD risulta essere presente una prevalenza di popolazione straniera proveniente dai paesi "neo-comunitari", con percentuali maggiori della Romania (30,08%) e Bulgaria (30%) e dei paesi dell'area balcanica (Macedonia: 21,12%, Albania: 12,00%), rispetto alle popolazioni provenienti dal centro e nord Africa ed altri continenti, stanziati in maggior parte nei territori urbani e costieri di maggiore densità demografica (a livello provinciale nelle città di Pescara e Montesilvano).



*Indicatori ed Elementi di specificità “Zona di gestione Valle dell’Orta”*

Da una attenta osservazione dei dati demografici e di contesto sopra riportati, osservando nello specifico le singole realtà locali, si rileva una maggiore presenza e concentrazione della popolazione immigrata nei Comuni appartenenti alla “Zona di gestione Valle dell’Orta” (*Scafa, Tocco Casauria, Roccamorice, Cugnoli, Torre dei Passeri, San Valentino In A.C. e Turrialignani*), che risulta essere pari a 952 unità, con una incidenza complessiva pari al 44,46% sul totale della popolazione straniera dell’ECAD 17 (2121 stranieri): elemento sicuramente significativo rispetto alla minore incidenza media del tasso regionale e della provincia di Pescara.

**TABELLA N.6 - RIEPILOGATIVA DI RAFFRONTO DATI PERCENTUALI DI CONTESTO “ZONA DI GESTIONE VALLE DELL’ORTA”**

<b>DATO/INDICATORE RILEVATO</b>	<b>VALORE DEL DATO ECAD 17</b>	<b>VALORE DELLA “ZONA DI GESTIONE” VALLE DELL’ORTA</b>
TASSO DI NATALITA’ (PER MILLE ABITANTI)	5,8	7,22
TASSO DI MORTALITA’ (PER MILLE ABITANTI)	12,71	12,83
INDICE DI DIPENDENZA STRUTTURALE	56,3	55,8
INDICE DI VECCHIAIA	201,2	203,8
TASSO DI CRESCITA TOTALE (PER MILLE ABITANTI)	-15	-13
<b>INCIDENZA POPOLAZIONE STRANIERA SUL TOTALE</b>	<b>4,83</b>	<b>6,15</b>

*Dati di sintesi generale, riepilogativi del contesto socio-demografico dell’ECAD 17*

In riferimento all’analisi dei dati di composizione socio-demografica sopra riportati, e ai relativi indicatori, comparandoli con i dati del livello regionale (riportati nel profilo sociale del PSR 2016/2018), e con alcuni dati significativi a livello nazionale, si evidenzia una generale omogeneità del contesto demografico, con la presenza di alcune peculiarità a livello di ECAD 17 ed ancora più specificatamente nel territorio circoscritto della “Zona di gestione Valle dell’Orta”.

**TABELLA N.7 - RIEPILOGATIVA DI RAFFRONTO DATI % DI CONTESTO CON IL LIVELLO REGIONALE AL 01.01.2016**

<b>DATO/INDICATORE RILEVATO</b>	<b>VALORE DEL DATO REGIONALE</b>	<b>VALORE DEL DATO ECAD 17</b>	<b>VALORE DELLA “ZONA DI GESTIONE” VALLE DELL’ORTA</b>	<b>SCOSTAMENTI IN % (TRA IL DATO REGIONALE E ECAD 17)</b>
---------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	--	---

INDICE DI VECCHIAIA	176,2	201,2	203,8	+12,5%
TASSO DI NATALITA' (PER MILLE ABITANTI)	7,7	5,8	7,22	-25%
TASSO DI MORTALITA' (PER MILLE ABITANTI)	11,6	12,71	12,83	+8,75%
INDICE DI DIPENDENZA STRUTTURALE	54,9	56,3	55,8	+2,5%
TASSO DI CRESCITA TOTALE (PER MILLE ABITANTI)	-3,8	-15		-75%
INCIDENZA POPOLAZIONE STRANIERA	6,5	4,53	6,15	-30%

La nuova programmazione territoriale terrà conto degli indicatori rilevati, in relazione agli indirizzi fissati dalla Regione Abruzzo con il Piano Sociale Regionale 2016/2018, con riferimento ai relativi “*Campi d’Intervento*”, “*Assi tematici*” ed “*Obiettivi Essenziali di Servizio*”.

#### *Peculiarità di contesto di sintesi significativi rilevati*

Dall’esame dei dati riportati in tabella n.5, oltre ad una generale conferma della tendenza rilevata nel Profilo Sociale Regionale, si evidenziano *due specificità territoriali proprie dell’ECAD 17 “Montagna Pescara”*: la prima particolarità risulta essere, infatti, *l’indice di dipendenza strutturale (56,3%)* che supera dell’1,4% la media regionale (54,9%), aumento dovuto soprattutto alla maggiore incidenza della popolazione anziana presente nei territori interni e montani dell’Ambito, che presenta un *indice di vecchiaia (201,2)* superiore rispetto agli aggregati urbani e costieri della Provincia di Pescara e della Regione Abruzzo; la seconda è la più bassa *incidenza demografica della popolazione straniera (4,53%)* sul totale della popolazione residente nel territorio di circa l’1,67% rispetto alla media percentuale della Regione Abruzzo (6,5%), che risulta invece in linea con il tasso percentuale della zona di gestione “*Valle dell’Orta*” (6,15%), dato che conferma la maggiore concentrazione di cittadini stranieri nelle fasce urbane e costiere del territorio provinciale e regionale e che riguarda soprattutto la presenza delle popolazioni provenienti dalle regioni del centro e del nord-Africa, costantemente rilevato negli ultimi 5 anni della precedente pianificazione sociale (indicatori di contesto relativi al PSZ 2011/2013/2016).

Nel complesso, dunque, viene confermato il trend socio-demografico degli ultimi otto anni che ha visto un progressivo spopolamento delle aree interne della Regione Abruzzo (e della stessa regione nel suo insieme), con particolare riferimento al periodo 2011/2016, e che delinea tre aspetti demografici fondamentali:

1. *bassa natalità (multifattoriale);*
2. *invecchiamento della popolazione;*
3. *indicatori di bisogno sociale superiori alla media regionale e provinciale.*

## **2.2. Dimensione socio-economica del territorio**

*Dati di riferimento del contesto socio-economico generale dell’ECAD n° 17 “Montagna Pescara”*

Il *Profilo Sociale* rilevato, relativo alla dimensione sociale ed economica (al 1° gennaio 2016), che sinteticamente si riporta, conferma un progressivo deterioramento delle condizioni socio-lavorative delle persone e dei nuclei familiari del territorio di riferimento, nell'arco temporale degli ultimi 7 anni (2008/2015). Oltre ai fattori dovuti alla crisi economica e occupazionale generale, in linea con i livelli di crisi e disagio nazionale e regionale, si riscontra un significativo aggravarsi del tessuto economico di riferimento e delle relative condizioni sociali della popolazione, con particolare riguardo alla chiusura di numerose piccole e medie aziende, testimoniato anche da preoccupanti dati forniti dalle associazioni di categoria provinciali e regionali CNA, Confesercenti, Confindustria, Confartigianato, oltre che evidenziati dagli indicatori rilevati ed aggiornati al 2015 e 2016 dall'Istat e dal CRESA, che attestano l'incremento delle problematiche dell'inclusione lavorativa e del disagio abitativo, soprattutto nei territori comunali gravemente colpiti dal sisma del 6 aprile 2009 (Comuni appartenenti al cratere post-sisma 2009) ed dagli ultimi eventi sismici del 2015 e 2016.

### *Tasso di scolarizzazione*

Dal punto di vista dell'istruzione, nell'ECAD 17 vi è una popolazione composta come di seguito riportato:

- Possesso diploma di laurea: 3.297
- Possesso diploma scuola secondaria superiore: 12.976
- Possesso diploma scuola media inferiore: 12.204
- Possesso di licenza di scuola primaria: 8.739
- Alfabeti privi di titolo di studio: 5.858
- Analfabeti: 894

Non è sicuramente trascurabile che, a fronte di una popolazione con titolo di studio medio-alto (diploma e laurea) pari a circa 16.273 persone (il 38% della popolazione complessiva), vi siano indicatori ed alti tassi di disagio socio-lavorativi, di seguito riportati nel dettaglio, che denotano una grave crisi socio-occupazionale, con indici superiori al dato nazionale, regionale e provinciale.

### *Tassi di attività, occupazione e disoccupazione per genere*

Tasso di attività (totale): 40,92%

Tasso di attività maschile: 56,06%

Tasso di attività femminile: 27,17%

Tasso di occupazione (totale): 49,47%

Tasso di occupazione maschile: 66,41%

Tasso di occupazione femminile: 34,59%.

Tasso di disoccupazione (totale): 14,55%.

Tasso di disoccupazione maschile: 13,60%

Tasso di disoccupazione femminile: 15,68%

Tasso di disoccupazione giovanile (totale): 42%.

Già da una prima analisi, si evidenzia una situazione di grave disagio socio-economico diffuso su

tutto il territorio dell'ECAD 17 "Montagna Pescaresc".

TABELLA N.8 - INDICATORI ECONOMICO-SOCIO-OCCUPAZIONALI REGIONALI E PROVINCIALI – RAFFRONTO REGIONE – PROVINCIA – ECAD 17

INDICATORI	REGIONE	PROVINCIA	ECAD 17
INDICE DISOCCUPAZIONE	12,62%	13%	14,5
TASSO DI OCCUPAZIONE	53,30%	51,7%	49,47%

Analizzando più in dettaglio le problematiche socio-economiche e lavorative del territorio di riferimento, oltre al dato sulla disoccupazione media, che risulta essere superiore rispetto sia all'indice regionale che quello provinciale, si registra una situazione socio-lavorativa nel suo insieme piuttosto preoccupante ed "allarmante" dal punto di vista della tenuta del tessuto sociale ed in particolare con riferimento ai nuclei familiari con carichi sociali rilevanti (minori, disabili, disagio psichico e mentale, famiglie numerose, nuove generazioni), con una diffusa e diversificata situazione di disagio sociale multifattoriale.

Oltre al dato della disoccupazione, sopra riportato, tenendo conto del disagio lavorativo nel suo insieme (mobilità, cassa integrazione, lavoro precario e saltuario, ecc.) e prendendo come riferimento gli iscritti al CPI competente per territorio, il quadro complessivo si aggrava dal punto di vista della crisi occupazionale e socio-lavorativa a livello dell'Ambito.

La tabella che segue fa riferimento agli iscritti al *CPI di Scafa* (competente per territorio), aggiornati al 24.02.2016, dei cittadini che risiedono nei 22 Comuni dell'ECAD 17.

TABELLA N. 9 - ISCRITTI ALLE LISTE DI CUI AL D.LGS. 150/15 SUDDIVISO PER GENERE E COMUNE ECAD 17 (aggiornamento al 24.02.2016)

COMUNE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
ABBATEGGIO	55	63	118
ALANNO	373	455	828
BOLOGNANO	154	144	298
BUSSI S.T.	329	278	607
CARAMANICO T.	232	321	553
CASTIGLIONE A CASAURIA	118	91	209
CORVARA	26	21	47
CUGNOLI	170	194	364
LETTOMANOPPELLO	682	937	1619
MANOPPELLO	401	437	838
PESCOSANSONESCO	54	72	126
PIETRANICO	57	55	112
POPOLI	578	615	1193
ROCCAMORICE	105	125	230
SALLE	33	40	73
SAN VALENTINO IN A.C.	215	253	468

SANT'EUFEMIA A.M.	31	25	56
SCAFA	515	593	1108
SERRAMONACESCA	64	59	123
TOCCO CASAURIA	391	373	764
TORE DEI PASSERI	387	343	821
TURRIVALIGNANI	105	131	236
<b>TOTALI</b>	<b>5075</b>	<b>5716</b>	<b>10791</b>

Il quadro sopra riportato disegna una situazione di estrema difficoltà socio-lavorativa, tenendo conto che, se rapportato alla popolazione complessiva dell'Ambito (42.639 abitanti), il dato incide per una percentuale pari al 25,30%. Inoltre, se si rapportano i dati in tabella con la popolazione attiva in età lavorativa (16/64 anni), risulta che circa il 42% di tale popolazione vive in una situazione di difficoltà socio-lavorativa.

Gli indicatori denotano un aggravarsi progressivo della situazione soprattutto negli ultimi otto anni, un trend negativo in linea con i dati provinciali e regionali, se si tiene conto anche degli altri indicatori socio-economico quali il tasso di attività, di produzione e, dunque, l'indice di disoccupazione generale, che a livello regionale è passato dal 8,57% del 2012 al 12,62% dell'anno 2015 (13% quello della Provincia di Pescara). La situazione di disagio socio-lavorativo, oltre a provocare una difficoltà per alcuni fattori peculiari del territorio, ha procurato una crescente difficoltà alle persone ed ai nuclei familiari, che si trovano sempre più in condizione crescente di bisogno sociale ed economico e, pertanto, di necessità di supporto materiale.

Di seguito viene riportato un quadro di sintesi delle principali richieste di supporto, rivolte ai servizi sociali comunali aggiornate al 01.01.2016.

Soffermandosi sull'evoluzione del bisogno sociale e del target di utenza che nell'arco dell'ultimo quinquennio è stata seguita dai Servizi Sociali dei Comuni dell'ECAD 17, in stretta collaborazione con la Rete PIS (Caritas, Parrocchie, ed altri enti del privato sociale) e con le associazioni di volontariato, si nota un sostanziale aumento di problematiche di povertà economica e di mancanza di lavoro che riguardano almeno il 70% delle famiglie e utenti che si sono rivolti ai servizi sociali dei Comuni, stimati complessivamente in circa n. 538 nel 2016.

Le principali richieste pervenute ai servizi sociali, infatti, con una evoluzione crescente nell'ultimo quinquennio, sono in particolare quelle riguardanti i SUSSIDI ECONOMICI (per bollette, affitto, spese sanitarie, mutuo, canone di locazione e lavoro) e le ABITAZIONI (richiesta di alloggio popolare e casa alloggio, pagamento canoni di locazione), così come dimostrato dalla seguente tabella con dati utenza (stimati) per l'anno 2016 in confronto con i dati stimati nel 2011:

*TABELLA N. 10 - INDICATORI DI POVERTÀ E ALTRE VARIABILI ECONOMICHE E DI SUPPORTO CON "PRONTO INTERVENTO SOCIALE"*

<b>INDICATORI DI POVERTÀ ED ALTRE VARIABILI ECONOMICHE</b>	<b>ANNO 2011</b>	<b>ANNO 2016</b>
Famiglie e Persone richiedenti un sussidio economico in stato di estrema povertà economica e lavorativa e/o supportate con beni prima necessità	250	370
Nuclei familiari in graduatoria per assegnazione alloggio popolare e/o richiedenti alloggi parcheggio	48	65



Persone e nuclei familiari in grave situazione di disagio socio-economico ed in condizioni di grave esclusione sociale inserite in programmi di integrazione socio-lavorativi (PSZ, Progetto Armonia ASL, FSE “Abruzzo Include)	18	43
S.I.A. - Servizio Inclusione Attiva – n. domande effettuate nel 2016	n.p.	60
<b>TOTALE</b>	<b>316</b>	<b>538</b>

Dati ufficio di piano EAS 35 – al 31.12.2016

Risulta subito evidente che nel 2016 , rispetto al 2011, vi sia stato un aumento del 42,5% dei casi assistiti (raggiunti), in forma associata e diretta, da enti pubblici e privati (*domanda evasa*).

Se ai suddetti 538 cittadini in stato di povertà e a rischio di esclusione sociale si aggiungono le persone e le famiglie residenti nei Comuni dell’Ambito di riferimento che si sono rivolte ad altri enti di supporto (Banco alimentare e direttamente alle parrocchie), il cui dato non è facilmente reperibile, si ipotizza che si possa arrivare a stimare un numero di almeno 1200/1500 utenti in stato di povertà e a rischio di grave esclusione sociale per l’anno 2016. Si parla, pertanto, della sola domanda raggiunta ed individuata, alla quale, pertanto, va sicuramente aggiunta una domanda *latente*, che per varie motivazioni risulta essere non individuata e raggiunta e che sicuramente risulta essere uguale o presumibilmente di superiore entità, di una percentuale di persone in situazione di *disagio sociale ed economico estremo* pari ad almeno il 3% della popolazione totale.

TABELLA N.11 – PRINCIPALI RICHIESTE COMUNI ECAD 17 (RETE PIS) – al 31.12.2016

TIPOLOGIE DI RICHIESTA 2016	V.A.	stima %
<b>BENI E SERVIZI MATERIALI</b> Mensa, pacchi viveri, mobili, vestiario, empori, alimenti per neonati, ecc. (Caritas, Associazioni e Parrocchie)	120	22,30%
<b>SUSSIDI ECONOMICI E LAVORO</b> N. sussidi economici per bollette, affitto, spese sanitarie, mutuo, canone di locazione alimenti, ecc. e inserimento lavorativo erogati dal P.I.S./direttamente da Comuni ECAD 17.	150	27,88%
<b>SUPPORTO TRAMITE PROGRAMMI SPECIFICI DI INTEGRAZIONE SOCIO-LAVORATIVA (PSZ/FSE/ASL)</b>	43	8%
<b>EMERGENZA ABITATIVA</b> (supporto economiche per bollette utenze a canone di locazione)	65	11,50%
<b>SUPPORTOE EMERGENZA ABITATIVA STRAORDINARIA E TEMPORANEA</b> (bollette utenze abitative e tasse comunali)	55	10,22%
<b>ALLOGGIO</b> - Richieste di assegnazione di alloggio popolare (n. utenti in graduatoria)	45	8,36%
<b>ATTIVAZIONI PROGETTI S.I.A.</b> (Sostegno Inclusione Attiva)	60	10,22%

Dai dati di sintesi sopra riportati emergono due principali aspetti:

1. L’aggravarsi della situazione sociale ed economico-lavorativa delle persone e dei nuclei familiari residenti nel territorio dell’ECAD, in linea con la tendenza nazionale, regionale e provinciale;
2. Una maggiore richiesta di supporto, rivolta direttamente ai servizi territoriali pubblici e

privati, dovuta sia all'acuirsi dei bisogni socio-familiari e lavorativi, sia all'incremento di alcune, se pur limitate, iniziative di supporto messe in campo nell'ultimo triennio (es. FSE, SIA).

Il contesto socio-economico rilevato conferma una omogeneità delle difficoltà sociali ed economiche lavorative aggravatesi negli ultimi otto anni, a causa di una serie di fattori e criticità complementari che hanno segnato profondamente il territorio. Tale profonda crisi socio-economica è testimoniata anche dalle numerose richieste di supporto in regime di "Pronto Intervento Sociale", rilevato in ognuno dei Comuni appartenenti all'ECAD 17 che, nella maggior parte dei casi, riguardano due tipologie di urgenti richieste:

- a. il supporto all'emergenza abitativa (continuativa e temporanea);
- b. la richiesta di sostegno a reddito di nuclei familiari, di tipo economico ed anche materiale (beni di prima necessità).

Entrambe le esigenze rilevate sono dovute al grave problema della mancanza di lavoro stabile e duraturo.

Nella tabella che segue vengono riepilogate le prestazioni di supporto materiale ed economico, di tipo straordinario e continuativo, e le prestazioni di sostegno al reddito realizzate tramite progetti speciali di "Inclusione sociale", erogate in forma associata e/o direttamente dai Comuni dell'ECAD 17, che confermano la crescente domanda relativa al grave disagio sociale-economico e lavorativo di persone e nuclei familiari.

TABELLA N.12 - PRESTAZIONI "PIS" E UTENTI "PROGETTO ABRUZZO INCLUSIVO"/"PROGETTO ARMONIA" – ECAD 17 - ANNO 2016

UTENTI TITOLARI DI PRESTAZIONI PER IL SUPPORTO MATERIALE ED ECONOMICO (PIS/INTERVENTI DIRETTI COMUNALI)	UTENTI "PROGETTO ABRUZZO INCLUDE" (AVVISO REGIONE ABRUZZO FSE)	UTENTI "PROGETTO ARMONIA"(ASL-PE)/BORSE LAVORO	TOTALE UTENTI IN CARICO A GRAVE RISCHIO DI ESCLUSIONE SOCIALE
538	20	23	581

Peculiarità e specificità sociali rilevate nel territorio di riferimento della "Zona di Gestione Valle dell'Orta"

In particolar modo è possibile individuare delle peculiarità e specificità territoriali, che giustificano di fatto la costituzione della "Zona di Gestione Sociale Pedemontana Valle dell'Orta", comprendente i Comuni di Scafa, Cugnoli, Roccamorice, Sant'Eufemia a Maiella, Tocco da Casauria, Torre Dei Passeri, Turrivalignani e San Valentino in A.C.

In relazione alla problematica sopra evidenziata, si riporta di seguito una tabella riepilogativa del raffronto tra i dati rilevati dell'ECAD 17, i dati regionali del PSR2016/2018, provinciali e il livello registrato nei Comuni appartenenti alla Zona di gestione "Valle dell'Orta", che confermano questo quadro generale di crisi.

TABELLA N.13 - RIEPILOGATIVA DI RAFFRONTO DATI % DI CONTESTO SOCIO-ECONOMICO DELL'ECAD

DATO/INDICATORE RILEVATO	VALORE DEL DATO ECAD 17 "MONTAGNA PESCARESE"	VALORE DEL DATO REGIONALE	VALORE DEL DATO PROVINCIA DI PESCARA	VALORE "ZONA GESTIONE VALLE DELL'ORTA"
TASSO DI DISOCCUPAZIONE	14,55%	12,62%	13%	14,08
PERCENTUALE ISCRITTI CPI (D.LVO 150/201%) SU POPOLAZIONE ATTIVA	42%			41,5%
TASSO DI ATTIVITÀ TOTALE	40,92%			42%
TASSO DI OCCUPAZIONE TOTALE	49,47%	53,3%	51,7%	50,22

Dall'analisi complessiva dei dati e degli indicatori di contesto socio-economico è possibile evidenziare un generale allineamento con gli andamenti di riferimento regionale e nazionale. Un dato sicuramente da rilevare è quello relativo agli indicatori di carico sociale (indice di vecchiaia ed indice di dipendenza) che risultano essere significativi, se si considera soprattutto un alto indice demografico della popolazione anziana (65 e oltre anni).

### 2.3. Analisi dei fabbisogni sociali e di salute

In riferimento a quanto precedentemente riportato, i dati ed indicatori di contesto e dell'offerta e della domanda mostrano l'esigenza di rafforzare ed ottimizzare la realizzazione di interventi socio-assistenziali, socio-sanitari e socio-educativi, secondo le indicazioni degli "obiettivi essenziali di servizio" e degli "Assi Tematici" riportati nel PSR Abruzzo 2016/2018, con particolare riferimento alle aree di fabbisogno sociale di seguito elencate:

1. **interventi e servizi domiciliari e territoriali in forma integrata (socio-sanitaria)** rivolti alle fasce della popolazione di maggior bisogno (anziani non autosufficienti, disabili certificate art. 3, comma 3 L. 104/92, disagio psichico e psichiatrico, disturbi dell'apprendimento in ambito scolastico), per la realizzazione di prestazioni ad elevate integrazione socio-sanitaria (Cure Domiciliari, Interventi PLNA, Dimissioni Protette, Residenzialità e Semi residenzialità assistita, sostegno scolastico specialistico e domiciliare minori), tutti aspetti delineati nella Convezione per l'Integrazione Socio-Sanitaria e di competenza della **CLISS (Riferimenti AT.1; AT.2; AT. 5; AT.6)**;
2. necessità di promuovere e incrementare sul territorio gli **interventi relativi al sostegno genitorialità**, al contrasto alla violenza domestica, all'affido familiare, sia attraverso il potenziamento dei servizi della **mediazione familiare e dell'assistenza educativa minori**, in stretta collaborazione con le Scuole e la Neuropsichiatria Infantile e per l'Adolescenza della ASL di Pescara e le Associazioni di settore operanti nell'ECAD 17, nella Provincia di Pescara e nella Regione Abruzzo, sia attraverso iniziative di sensibilizzazione con le famiglie del territorio, attività formative, informative e di incentivazione economica per le famiglie affidatarie. Per la realizzazione dei punti delineati risulterà necessaria l'istituzione di un albo dell'ECAD n°17 delle famiglie affidatarie, entro i primi sei mesi dall'avvio della nuova programmazione 2017/2018 (riferimento **AT. 4**);
3. necessità di rispondere alle gravissime **problematiche delle persone e delle famiglie con a carico soggetti affetti da disagio psichico e psichiatrico**: l'indice del tasso di disagio mentale, pari al 22,85% e superiore di circa l'8% al dato regionale, testimonia un grave

malessere presente nel territorio, con ricadute di disagio sociale sulle singole persone e sui nuclei familiari interi. Oltre alla richiesta di rendere maggiormente efficiente e promuovere nuovi interventi di supporto domiciliare, territoriale, scolastico e lavorativo, rimane aperto il grave problema del “*Dopo di Noi*” (L. 122/2016), per il quale è richiesto un serio e costante impegno di tipo progettuale, istituzionale ed economico integrato da parte di tutti i soggetti istituzionali e privati interessati e coinvolti (*riferimenti AT.2; AT. 5*);

4. necessità, nell'ambito delle politiche di ***inclusione sociale***, di rendere efficienti e realizzare interventi rivolti ad un target a ***rischio di esclusione sociale ed in situazione di povertà***: la riorganizzazione di tutti gli interventi in essere ed in fase di realizzazione a livello locale, provinciale e regionale (avvisi specifici per l'integrazione sociale e lavorativa ed altre iniziative promosse con il FSE), complementari ed integrate con il supporto ministeriale ed un progetto di implementazione territoriale di “*Sostegno Inclusione Attiva*” (SIA) in fase di attivazione nell'Ambito di riferimento, rappresenta un punto essenziale e strategico per l'implementazione stabile e funzionale di un modello integrato tra politiche sociali, politiche del lavoro ed azioni di supporto e di sistema a livello territoriale. Le professionalità e gli enti coinvolti a vario titolo, dovranno garantire l'efficienza e l'efficacia degli interventi messi in campo, attraverso una reale integrazione delle competenze dell'Ufficio di Piano di Ambito con i servizi territoriali per la presa in carico (Servizio Sociale Prof. e PUA) e con il network locale presente per le informazioni, la sensibilizzazione, l'orientamento e la formazione stessa della domanda, quali i Servizi del Piano Sociale Distrettuale, Servizi ASL, CPI, Terzo Settore e del mondo del lavoro e della formazione (***riferimento AT. 3***);
5. necessità di consolidare ed ampliare il sistema dell'offerta dei ***servizi educativi per la prima infanzia*** (0/3 anni): risulta infatti necessaria l'implementazione di una diversificazione dei servizi nido territoriali, al fine di rispondere alle numerose esigenze da parte delle famiglie di conciliare i tempi del lavoro con le esigenze di cura familiare (L. 53/2000); in tal senso, un ruolo strategico ed essenziale è richiesto all' “*Ufficio di Piano*”, il quale dovrà garantire il raccordo operativo con le strutture pubbliche e private convenzionate ed accreditate (DGR 935/2011), presenti nel territorio, per gli aspetti di tipo progettuale e qualitativo dell'offerta (Accreditamento strutture ai sensi della L.R. 76/2000 e del D.G.R. 935/2011 e ss, Progetti innovativi con fondi regionali, nazionale ed europei specifici per la prima infanzia, es *FSC, FSE*, ecc.). Il fabbisogno fa espressamente riferimento alle strategie ed alle indicazioni del PSR Abruzzo 2016/2018 (***riferimento AT. 7***).

Le priorità sopra elencate rispondono in linea generale ai fabbisogni rilevati nel profilo sociale regionale del PSR 2016/2018, con la presenza di peculiarità e specificità di fabbisogno sociale e di salute proprie dell'ECAD 17 e, ancora più circoscritte, della “*Zona di gestione sociale Valle dell'Orta*”. Già da una prima comparazione con i dati regionali e nazionali, si conferma il quadro di riferimento dei fabbisogni sociali e di salute del PSR 2016/2018, in riferimento ai *campi di intervento*, agli *obiettivi di benessere e salute*, agli *obiettivi essenziali di servizio* ed agli *assi tematici* individuati dalla Regione Abruzzo per la nuova programmazione socio-assistenziale, socio-sanitaria e socio-educativa 2017/2018 dell'ECAD 17 “*Montagna Pescara*”.

TABELLA N.14 - RIEPILOGATIVA DI RAFFRONTO DATI % FABBISOGNI DI SALUTE CON IL LIVELLO REGIONALE AL 01.01.2016

DATO/INDICATORE RILEVATO	VALORE DEL DATO REGIONALE	VALORE DEL DATO ECAD 17
Indice di vecchiaia	176,2	201,2
Indice di dipendenza strutturale	54,9	56,3
Indice di dipendenza senile	37,5	35
Indice di natalità	7,7	5,8
Indice di mortalità	11,6	12,71
Saldo migratorio interno	-0,8	-101
Saldo migratorio con l'estero	1,7	-113
Saldo migratorio totale	0	-159
Popolazione con disabilità e invalidità civile	5,1%	4,83%
Indicatore di povertà relativa	12,7%	14,55%
Indice di disoccupazione	12,6%	14,5%
Speranza di vita alla nascita	82,5	
Tasso di mortalità infantile	40,2	
Indice invalidità motoria	39,1%	
Tasso insufficienza mentale	13,5%	
Tasso malattie mentali	14,5%	22,85%
Tasso cecità	9,6%	
Tasso di sordomutismo	1,1%	
Tasso di sordità	18,9%	
Indice di presa in carico in ambito scolastico Alunni (Neuropsichiatria Infantile)		8,17%
Indice di alunni disabili gravi (L. 104/92) in carico "GLH)		3,70%
Indice di presa incarico servizio tossicodipendenze (Sert), % su popolazione in età lavorativa		1,53%

I dati riportati in tabella, oltre a confermare il trend rilevato nel *Profilo Sociale Regionale*, delineano da subito delle specificità territoriali proprie dell'Ambito di riferimento. In modo particolare, a seguito della valutazione dei dati e delle criticità discusse nei "Gruppi di Piano" attivati per "Asse Tematico", emergono con evidenza le seguenti aree di *fabbisogno di salute e benessere* prioritari:

- a) un fabbisogno socio-assistenziale della popolazione in età anziana e disabile, con particolare riferimento alle disabilità gravi e gravissime e alla non autosufficienza: l'Indice di vecchiaia, pari a 201,2 e superiore sia alla media regionale (176,2) che a quella provinciale (167), e l'elevato numero di persone non autosufficienti e con disabilità (4,63%), attestano questo stato di bisogno di salute e benessere dell'ECAD 17; tale aspetto giustifica la necessità di potenziare le prestazioni e le cure socio-assistenziali e socio-sanitarie di tipo domiciliare, con particolare riferimento agli interventi ad elevata integrazione socio-sanitaria per la disabilità e la non autosufficienza (*Riferimenti AT.1; AT.2; AT. 5; AT.6*);
- b) la necessità di rispondere alle gravi situazioni socio-educative presenti in ambito familiare: risulta necessario ottimizzare le attività educative domiciliari per la famiglia ed i minori, promuovere maggiormente l'istituto dell'Affido Familiare e della Mediazione familiare oltre che l'assistenza in ambito scolastico. Per questo aspetto risulta essenziale confermare le

buone prassi di integrazione già realizzate nelle precedenti programmazioni territoriali, con i Servizi territoriali della ASL (neuropsichiatria Infantile) e gli Istituti Scolastici (*Riferimento AT. 4*);

- c) la necessità di rispondere alle gravissime problematiche delle persone e delle famiglie con a carico soggetti affetti da disagio psichico e psichiatrico: altro fabbisogno di salute (il 22,85% della popolazione disabile ha problematiche di tipo mentale, dato preoccupante rispetto a quello regionale del 14,5%) che incide significativamente a livello territoriale dell'ECAD 17. Risulta essenziale dunque promuovere interventi integrati con il *Dipartimento di salute Mentale* competente per territorio (Polo sanitario di Tocco Da Casauria), con il *CPI* e le *Cooperative sociali di tipo "B"* operanti nel territorio (*Riferimenti AT.2; AT. 5; AT.3*);
- d) una reale necessità, nell'ambito delle politiche di inclusione sociale e contrasto alla povertà, di rendere efficienti e realizzare interventi rivolti ad un target a grave rischio di esclusione sociale ed in situazione di povertà; aspetto questo che richiede un'*Azione di Sistema* per la messa in rete e complementarietà a livello di competenze, di progettualità e di risorse finanziarie, come sopra specificato (*Riferimento AT. 3*);
- e) la necessità di consolidare ed ampliare il sistema dell'offerta dei servizi educativi per la prima infanzia (0/3 anni), con l'obiettivo prioritario di supportare le famiglie nell'ambito della conciliazione degli "spazi e dei tempi" per la cura familiare e le esigenze lavorative.: il basso tasso di natalità dell'Ambito rispetto alle medie nazionali, regionali e provinciali (5,8 dell'ECAD 17 rispetto al 7,7 regionale) segnala l'esigenza di rafforzare i servizi per la prima infanzia, nelle modalità sopra specificate (*Riferimento AT. 7*).

*Fabbisogni, punti di criticità e prospettive specifici della Zona di gestione sociale "Valle dell'Orta"*

Pur riscontrando una diffusa omogeneità del fabbisogno sociale a livello dell'intero territorio dell'ECAD n° 17 "Montagna Pescarese", nell'analisi dei bisogni e dei dati di contesto sociale ed economico, ed anche per particolari caratteristiche territoriali ed orografiche, risultano evidenti alcune peculiarità e specificità relative ai fabbisogni sociali e di salute dei Comuni appartenenti alla "Zona di Gestione Pedemontana Valle dell'Orta" (*Scafa, Cugnoli, Roccamorice, Sant'Eufemia Maiella, Tocco Da Casauria, Turrialignani e San Valentino in A.C.*), che si riportano di seguito:

*TABELLA N.15 RIEPILOGATIVA DEGLI SCOSTAMENTI % DEI DATI DI FABBISOGNI DI SALUTE TRA ECAD 17 E "ZONA DI GESTIONE VALLE DELL'ORTA" (dati riferiti al 01.01.2016)*

<b>DATO/INDICATORE RILEVATO</b>	<b>VALORE DEL DATO ECAD 17</b>	<b>VALORE "ZONA GESTIONE VALLE DELL'ORTA"</b>	<b>SCOSTAMENTO %</b>
Indice di vecchiaia	201,2	203,2	+2
Indice di dipendenza strutturale	56,3	55,8	-0,5
Indice di dipendenza senile	35	36	+1
Indice di natalità	5,8	7,22	+1,44
Indice di mortalità	12,71	12,83	+0,12
Saldo migratorio interno	-101		
Saldo migratorio con l'estero	-113		
Saldo migratorio totale	-159		
Popolazione con disabilità e	4,83%	4,65%	-0,18

invalidità civile			
Incidenza popolazione minori in carico servizi ASL problematiche cognitivo-comportamentali (incidenza su popolazione minorile)	8,17	15,5%	+7,33%
Incidenza popolazione straniera	4,53	6,15%	+1,22
Indicatore di povertà relativa	14,55%	13,60	-0,95
Indice di disoccupazione	14,5%	14,08	-0,42

I dati sopra riportati mostrano da un lato una omogeneità generale con i dati dell'ECAD, in riferimento agli indicatori di carico sociale (indice di vecchiaia, di dipendenza strutturale e di dipendenza senile), dall'altro due peculiarità proprie della zona di gestione "Valle dell'Orta":

1. un'elevata necessità di supporto a problematiche psico-socio-cognitive in ambito scolastico e domiciliare e territoriale (più del 41% rispetto alla media dell'ECAD 17);
2. un indice di incidenza della popolazione straniera (6,15%) superiore alla media dell'ECAD 17 (+1,62%) ed in linea con la media regionale e provinciale.

La nuova programmazione dovrà porre particolare attenzione all'assistenza mirata alle fasce più fragili della popolazione rilevate nel profilo sociale locale, e dunque porre in essere servizi diversificati e rispondenti ad una pluralità di bisogni sociali espressi ed anche latenti.

Si possono riassumere due *macro-aree di bisogno di salute* e, dunque, di priorità degli interventi sociali della programmazione distrettuale 2017/2018, evidenziatesi in relazione al Profilo Sociale dell'ECAD 17 qui delineato:

1. un rilevante disagio sociale ed economico che riguarda una fascia ampia ed intergenerazionale, a cui bisogna dare risposte concrete con interventi e servizi integrati, sia di "pronto intervento sociale" per le emergenze immediate che in forma più strutturata e stabili di ampio respiro, mirati ed innovativi per l'inclusione sociale e lavorativa;
2. La carenza di un sistema di servizi territoriali per la presa in carico residenziale di specifici target di bisogno, quale ad esempio il disagio psichiatrico e mentale, e di tipo diurno e semi-residenziale per persone con patologie degenerative altamente invalidanti e con gravi ripercussioni di disagio in ambito socio-familiare (ad esempio Alzheimer ed altre patologie degenerative complementari);
3. il permane una significativa esigenza di supporto alla persona ed alla famiglie per le varie tipologie relative alla non autosufficienza ed alla cronicità di patologie altamente invalidanti, che richiedono prestazioni integrate socio-sanitarie sempre più diffuse ed efficaci.

Quest'ultimo aspetto, già espressamente sottolineato nei "campi di intervento" e negli "assi tematici" del PSR 2016/2018, è evidenziato anche da una indagine a campione (i cui risultati vengono mostrati nella successiva tabella) svolta nella precedente programmazione dell'Ambito Sociale n.35, attraverso interviste strutturate dirette a circa 160 anziani ultra sessantacinquenni con esigenze di supporto personale e con diverse gradazioni di non autosufficienza residenti nei 18 Comuni dell'Ambito in considerazione (circa il 1,8% della popolazione anziana ultra sessantacinquenne residente nel territorio dell'Ambito n.35).

*TABELLA N.16 - INDAGINE CAMPIONARIA SUL BISOGNO SOCIO-ASSISTENZIALE E SOCIO-SANITARIO (TIPOLOGIA DI DISAGIO, SITUAZIONE SOCIO-ECONOMICA E FAMILIARE) DEGLI ANZIANI ULTRA SESSANTACINQUENNI BISOGNOSI DI UN SUPPORTO SOCIALE, RESIDENTI NEI COMUNI DELL'AMBITO*

TIPO DI GENERE		TIPOLOGIA DI DISAGIO		GRADO DI SITUAZIONE SOCIO-ECONOMICA			GRADO DI SITUAZIONE SOCIO-FAMILIARE		ANZIANI NON AUTOSUFFICI ENTI CON SERVIZIO (A.D.I.)		BISOGNO DI ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA (A.D.I.)
M	F	fisico	Psico-fisico	Minima	Discreta	Buona	Vive solo	Non vive solo	Si	No	%
31%	69%	46%	54%	33%	48%	19%	37%	63%	10,2%	89,8%	29%

Da un primo esame dei dati in tabella, si evidenziano tre aspetti che confermano quanto sopra detto:

- una maggiore richiesta socio-assistenziale da parte del genere femminile nella fascia di età di riferimento;
- il permanere di un'alta percentuale della domanda di assistenza per la non autosufficienza;
- una rete parentale che tuttavia risulta essere diffusa e presente a livello territoriale, anche se il dato del 37% di anziani con problematiche sociali che vivono una situazione di solitudine non è affatto trascurabile.

*Dati sul disagio mentale – Servizio Igiene Mentale di Tocco da Casauria - anno 2015*

Pazienti in carico: 388;

Nuovi ingressi: 330;

Nuovi pazienti in carico: 58.

## 2.4. L'attuale sistema di offerta

*Descrizione servizi e attività realizzati con il piano Sociale di Zona ed altri interventi integrativi e complementari settoriali (riferimento anno 2015)*

Con il presente report descrittivo, riferito ai Comuni dell'EAS 35 "Maiella e Morrone" (compresi gli otto Comuni appartenenti alla "Zona di Gestione pedemontana Valle dell'Orta"), dei Comuni ex Area Vestina (Bussi Sul Tirino, Castiglione A Casauria, Corvara, Pescosansonesco e Pietranico), si ritiene opportuno presentare un quadro sintetico e dettagliato di quanto realizzato nel corso dell'anno 2015, nonostante le numerose problematiche e criticità presenti negli ultimi anni nell'Ambito di riferimento. Il quadro sinottico vuole essere una rappresentazione, sintetica, dettagliata e puntuale, di quanto sia essenziale per il nostro territorio un sistema ormai consolidato di servizi alla persona, sicuramente da ridefinire e migliorare che, tra mille difficoltà dovute in primis ai continui tagli finanziari effettuati nel periodo 2011 al 2014 (solo per il "Piano Sociale di Zona" dell'ex Ambito n. 35 pari a circa 1.650.000,00 euro) e ad altri fattori gestionali e specifici, continua ad essere incisivo ed indispensabile per la cittadinanza più bisognosa del nostro territorio. Nell'anno solare 2015, nell'ambito della programmazione del Piano di Zona dell'Ambito Sociale n.35 "Maiella e Morrone" sono stati puntualmente attivati i servizi alla persona di seguito



elencati, che hanno seguito e preso in carico stabilmente circa n. 1314 utenti (n. 1210 utenti per LIVEAS e Servizi Integrativi Infanzia, Giovani ed Adulti in Disagio Sociale, altri n. 104 utenti per *Progetti Speciali* ed altri *Interventi Integrativi* per la *I^ Infanzia, Anziani e Disabili e per l'Inclusione Sociale*), con una media di carico assistenziale di circa *43826 ore prestate*, nel pieno rispetto degli indirizzi previsti nella pianificazione territoriale triennale.

Di seguito vengono riportati, nello specifico, i servizi ed interventi espletati nel PSZ 2015.

## LIVELLI ESSENZIALI GENERALI

### Servizi Generali

- Servizio di Segretariato Sociale: presente in ognuno dei comuni aderenti al PSZ, ha garantito attività di front-office, di informazione e di orientamento alla cittadinanza locale (famiglie, minori, anziani, diversamente abili, immigrati ed altri target di bisogno); pertanto, nell'annualità 2015 del PSZ si è tenuto conto in primo luogo delle indicazioni programmatiche del Piano Sociale Regionale 2011-2013 e delle Linee guida regionali sul servizio di Segretariato Sociale, che a seguito e preso in carico nell'intero Ambito sociale n.35 un numero complessivo di *circa 300 utenti*, garantendo il necessario raccordo operativo con tutti gli altri servizi ed interventi sociali, socio-sanitari e socio-educativi presenti e posti in essere nell'anno 2015;
- Servizio Sociale Professionale: presente in ognuno dei Comuni aderenti al PSZ, ha svolto la sua azione in stretta relazione con il Servizio di Segretariato Sociale e gli altri servizi di presa in carico specifici; ha assicurato la presa in carico integrata attraverso la messa in rete di tutte le risorse socio-assistenziali-educative e socio-sanitarie, per *circa 165 utenti* dell'EAS 35;
- Servizio di Punto Unico di Accesso (PUA): presente presso il Distretto Socio-Sanitario di Scafa, ha garantito tutte le attività orientate ad una effettiva presa in carico dei bisogni socio-sanitari della cittadinanza locale, anche attraverso una valutazione multidimensionale del bisogno svolta dall'UVM; ha garantito, in particolar modo, un'attenzione alle esigenze relative alla multi problematicità di fasce deboli della popolazione locale (anziani, diversamente abili e famiglie con minori in situazione di disagio sociale). Anche in questo caso, di grande utilità sono risultati sia i riferimenti delineati nel Piano sociale regionale sia le linee guida redatte ai sensi della sperimentazione regionale sul Punto Unico di Accesso (Assessorato Politiche Sociali e Sanità), per una utenza pari a *circa 65 utenti* dell'EAS 35;
- Pronto Intervento Sociale (PIS): è stato un servizio di vasta area che ha realizzato una stretta collaborazione con l'Associazionismo ed il privato Sociale dell'EAS 35 e del territorio Provinciale di Pescara (CARITAS, Banco Alimentare, ed altre Associazioni locali di assistenza materiale ai nuclei familiari in situazione di estrema difficoltà); il servizio ha saputo rispondere alle improvvise e gravi emergenze di tipo socio-economico, anche attraverso il supporto di beni e servizi di prima necessità, con particolare riferimento al supporto di alimenti e beni per la famiglia e l'infanzia, ed altre esigenze primarie (rimborso spese di trasporto, l'emergenza abitativa straordinaria attraverso il pagamenti di utenze abitative arretrate , ecc.). Il servizio ha seguito con un supporto concreto *circa n. 10 utenti* in grave situazione di disagio sociale ed economico-lavorativo;
- Servizi di contrasto al *child abuse*: attivato a partire dal primo luglio, ha riscontrato una importante ricaduta per quanto riguarda la presa incarico di tipo complesso di famiglie e

minori con gravi problematiche socio-familiari; il servizio, in attuazione delle “*Linee guida Regionali in Materia di Maltrattamento ed Abuso in danno dei Minori*”, svolto da personale con esperienza nel settore, ha avuto uno stretto raccordo con gli altri enti territoriali pubblici e privati a livello regionale e provinciali (Servizi competenti ASL, Servizio Minori del Trib. per i Minorenni, Scuola, ed altri soggetti pubblici e privati), attuando così una strategia efficiente e partecipata nell’ottica della “*messa in rete*” di tutte le risorse sociali utili alla risoluzione e contrasto di tali difficili problematiche. Il servizio in stretto raccordo con il *Segretariato Sociale*, il *Servizio Sociale Professionale* e *l’Educativa Minori*, ha seguito *circa 20* casi in situazione di disagio familiare ed specifiche problematiche di tipo genitoriale;

### Servizi Domiciliari

#### ANZIANI

- Assistenza Domiciliare Anziani: il servizio è stato rivolto prioritariamente agli anziani non autosufficienti ed è stato coordinato in stretto raccordo operativo con il Piano locale per la non autosufficienza e l’ADI; ha garantito una assistenza costante e continuativa per *circa 50 anziani* in situazione di bisogno assistenziale dell’EAS 35 nel 2015 (125 prese in carico nel 2016);
- Assistenza Domiciliare Integrata: il servizio ha garantito prioritariamente la presa in carico ad elevata integrazione socio-sanitaria ed è stato coordinato in stretto raccordo operativo con il Punto Unico di Accesso e L’UVM attivati presso il DSB di Scafa, rispondendo soprattutto alle esigenze domiciliari più gravi ed a rischio di ospedalizzazione (ADI e D.P.), per un numero stabile di *circa 10 utenti* con esigenze assistenziali e socio-sanitarie dell’EAS 35 nel 2015 (18 nel 2016);
- Teleassistenza: il servizio attivato per 40 utenti stabili (2015/2016) è stato realizzato in collaborazione con la società “LINEAPERTE” di Avezzano, la cui esperienza nel settore ha garantito la massima efficacia verso le persone anziane con grave disagio personale e socio-familiare, tenendo conto nei casi specifici del grado di autosufficienza, della situazione economica e dello stato di solitudine dell’anziano dovute in primo luogo ad deficit di supporto della rete parentale dell’utente; il servizio ha assistito stabilmente *circa 40 utenti* dell’EAS 35.

#### DISABILI

- Assistenza Domiciliare Disabili: il servizio è stato rivolto prioritariamente ai disabili ed invalidi non autosufficienti ed è stato coordinato in stretto raccordo operativo con il Piano locale per la non autosufficienza e l’ADI; ha garantito una assistenza costante e continuativa per *circa 10 utenti* con esigenze socio-assistenziali e di supporto familiare;
- Assistenza Domiciliare Integrata: il servizio ha assicurato prioritariamente la presa in carico ad elevata integrazione socio-sanitaria ed è stato coordinato in stretto raccordo operativo con il Punto Unico di Accesso e L’UVM attivati presso il DSB di Scafa, rispondendo soprattutto alle esigenze domiciliari più gravi ed a rischio di ospedalizzazione (ADI e D.P.), per *circa 6 utenti* con rilevanti esigenze di carattere socio-assistenziale e socio-sanitario;

### Servizi Intermedi

- Centro Diurno socio-educativo diversamente abili: il servizio ha previsto la realizzazione di attività laboratori ali, socio-educati e ricreativi presso il Centro Diurno di Popoli “*Arcobaleno-Caritas*” e quello di più recente formazione di Manoppello “*Ali di Fata*”; molto efficace è risultato essere il rapporto diretto con le famiglie stesse e l’Associazione locale, in modo particolare la collaborazione con le Associazioni referenti dei due centri diurni, con cui si è consolidata una utile collaborazione per i servizi diurni e territoriali rivolti alle persone diversamente abili del territorio e che nell’anno 2015 ha previsto la partecipazione attiva di *circa 25/30 utenti* stabili e di familiari stessi, con disabilità certificata grave (art. 3, comma 3 L. 104/92), con varie tipologia di svantaggio psichico, intellettuale e fisico-sensoriale;
- Servizio domiciliare e territoriale socio-psicoeducativo per minori e la famiglia (ADM): il servizio è stato rivolto a minori con situazione di disagio multidimensionale, di cui 5 casi con provvedimento del Tribunale per i Minorenni Di L’Aquila; anche in questo caso essenziale è stato il rapporto operativo sia con gli stessi servizi generali del PSZ che con gli istituti scolastici territoriali e con il Servizio di Neuropsichiatria Infantile della ASL di Pescara, che cura in modo particolare il coordinamento scientifico mensile del servizio stesso. Il servizio ha preso in carico stabilmente *n. 15 utenti* con diverse problematiche socio-familiari e socio-educative;
- Servizio Affidamento familiare e Adozioni: il servizio ha continuato a svolgere tutte le azioni territoriali di sensibilizzazione all’affido e si è coordinato con l’equipe per le adozioni che ha fatto capo al Comune di Spoltore; oltre agli incontri presso i comuni, il servizio ha anche garantito tutte le fasi procedurali ed azioni rivolte alle famiglie affidatarie, ed ha seguito stabilmente *2 casi* multiproblematici dell’EAS 35;
- Assistenza scolastica per l’autonomia e la comunicazione degli alunni diversamente abili: il servizio ha garantito tutte le attività di assistenza specialistica a *circa 44 alunni* diversamente abili delle scuole dell’obbligo del territorio, con certificazione di gravità (art. 3, comma 3, L. 104/92); anche per questo servizio, sono risultate essenziali le relazioni professionali sviluppatesi nell’ambito dei “*Gruppi H*”, con il competente servizio di Neuropsichiatria Infantile della ASL di Pescara, con gli Istituti Scolastici (dirigenti scolastici, insegnanti curricolari ed insegnanti di sostegno), con il settore Politiche Sociali della Provincia di Pescara; inoltre, con l’Amministrazione Provinciale di Pescara è stato direttamente coordinato ed espletato il *Servizio di Assistenza Scolastica a n. 22 alunni diversamente abili* (art. 3, comma 3, L. 104/92), frequentanti le scuole secondarie superiori dell’EAS 35 (ai sensi della L.R. n. 15/2004).

### *Servizi Residenziali Integrazione rette per l’ospitalità in strutture residenziali*

#### Anziani e disabili

Per quanto riguarda i Servizi Residenziali, l’Ambito Maiella e Morrone n. 35, oltre alla gestione diretta di una Casa di Riposo per Anziani (“Il Girasole”) che già ospita 32 anziani per lo più non autosufficienti, ha assicurato nel periodo di vigenza del nuovo Piano Sociale di Zona 2011-2013, attraverso la società “*Maiella e Morrone srl*” per i servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, di

concerto con i singoli Comuni dell'Ambito (responsabili degli impegni di spesa specifici), gli interventi in relazione a specifici bisogni di assistenza residenziale per minori, disabili e anziani, sia presso Comunità di tipo familiare sia presso Comunità educative per minori e disabili rilevati (Comunità di tipo familiare per minori, anziani e disabili; Comunità di tipo educativo per minori e disabili, integrazione rette per l'ospitalità in strutture residenziali).

Tuttavia, l'argomento in questione è stato discusso sul tavolo di concertazione provinciale svolto presso l'Assessorato alle Politiche sociali della Provincia di Pescara in cui erano presenti tutti gli Ambiti provinciali; in quella sede si è ravvisata l'opportunità di prevedere progetti di vasta area per l'attivazione e la gestione a lungo termine di strutture residenziali sia per minori che per persone disabili. Si auspica che gli ingenti costi che comportavano le suddette strutture e la capacità economica dei singoli ambiti distrettuali per la risposta ai bisogni degli utenti possano essere affrontati e gestiti meglio in una dimensione territoriale più vasta, almeno a livello provinciale.

Nella precedente programmazione, gli ambiti sociali di riferimento (EAS 35 e i 5 Comuni dell'EAS 34) hanno inoltre assicurato tutte le azioni di presa in carico e accompagnamento dei casi segnalati dal Tribunale per i minorenni da parte del Servizio Sociale Professionale presente capillarmente in ogni Comune e di ogni altro eventuale bisogno specifico che si è presentato in itinere durante il periodo di vigenza del Piano Sociale di Zona 2011-2013 (un concreto e continuo supporto alle attività di *Cura, Amministrazioni di Sostegno e Tutele di cittadini bisognosi dei Comuni dell'EAS 35*). Dunque, l'Ambito di riferimento ha assicurato le risposte appropriate di tipo residenziale, in accordo con i referenti delle singole Amministrazioni Comunali, coordinandosi attivamente con le strutture ritenute e valutate idonee per lo specifico caso, presenti nel nostro territorio di Ambito Sociale e Provinciale, della nostra Regione ma anche fuori Regione.

I Comuni e l'Ambito n.35 Maiella e Morrone, così come già indicato ampiamente nel Profilo Sociale del PSZ 2011/2013, oltre alla disponibilità della R.A. di Popoli, della R.S.A. dell'Unità Operativa Sanitaria del Comune di Tocco da Casauria (che ospita anche disabili gravi in età anziana), della EX IPAB di Caramanico Terme e delle due piccole Case di Riposo di Alanno e Roccamorice, gestiscono direttamente una nuova Casa di Riposo presso il Comune di Serramonacesca "*Il Girasole*", tramite un *Accordo di Programma* stipulato tra l'EAS 35, il Comune di Serramonacesca e la "*Maiella e Morrone srl*" che assiste stabilmente *circa 30/32 utenti anziani* (la cui capienza massima è di n.44 unità). Nello specifico, lavorano nella casa di riposo suddetta n. 11 operatori socio-assistenziali di cui infermieri, una cuoca ed una assistente sociale coordinatrice. Tutti i relativi costi sono coperti dalle rette degli utenti, dalle eventuali integrazioni rette dei Comuni di residenza (L.328/2000, L.R. 37/2014).

#### *Minori in residenzialità e semi residenzialità seguiti dal Servizio sociale professionale*

Al 31.12.2016 risultano essere in assistenza residenziale presso comunità per minori in ambito provinciale e regionale *circa 8 minori* con gravi problematiche socio-familiari e/con segnalazione e provvedimento del Tribunale per i Minorenni di L'Aquila, oltre che 1 minore seguito in un centro semiresidenziale della Provincia di L'Aquila. Gli affidi, in maggioranza intra familiari, sono circa 10 e sono tutti seguiti dal Servizio sociale professionale del territorio di riferimento.

#### **ALTRI SERVIZI ED INTERVENTI SPECIFICI PER AREA**

### Area infanzia, adolescenti giovani e famiglia

- Servizio di Colonia Marina (ad integrazione degli altri servizi per l'infanzia e l'adolescenza già attivati con la L.285/97 - ludoteche e mediateche, attività di ed. musicale, teatrale, ambientale): il servizio ha riguardato *circa 440 minori dei Comuni dell'EAS 35* in età compresa tra i 5 e i 13 anni, svoltosi nel mese di luglio 2015, e si è perfettamente integrato con le attività laboratoriali svolte presso i centri socio-educativi attivati ai sensi della legge n. 285 del 1997, quale ad esempio la "Biblio-Mediatca" del Comune di Popoli che stabilmente ha una utenza annuale di circa 200/220 utenti e promuove numerosi laboratori ed eventi culturali, sociali ed educativi (di musica, teatro, educazione ambientale e corsi di lingua per stranieri, per studenti, giovani, adulti e famiglie stesse). Si specifica, inoltre, che il Comune di Scafa, nel periodo di gestione associata con Tocco Da Casauria 2015/2016, ha organizzato in forma autonomia sia la colonia marina che il soggiorno montano per minori in età 6-13 anni.
- Inoltre, è stato realizzato un intervento di supporto economico per le famiglie con minori frequentanti l'asilo nido: l'azione progettuale ha permesso di dare un supporto economico ad n.8 famiglie dell'EAS 35, erogando un contributo economico complesso pari a circa € 5.100,00, promosso e realizzato nell'anno 2015 nell'ambito del finanziamento per "Voucher Nido" di cui alla Determina Regione Abruzzo n. 33 DL/128-2015.

### Area integrazione ed inclusione sociale e lavorativa (FSR A2)

- Servizio Integrazione sociale ed inclusione lavorativa: per quanto riguarda il Servizio Inclusione Sociale, così come per gli altri servizi a prestazione sociale in cui è richiesto, si specifica che l'Ambito Sociale n.35, nell'ambito degli interventi speciali previsti nel Piano Sociale di Zona 2011-2013, ha promosso e sperimentato, con una significativa e positiva ricaduta territoriali, un nuovo modello di intervento territoriale per l' "*Inclusione Sociale*", attraverso la realizzazione e l'implementazione di una *rete sociale* costituita dai diversi *Attori istituzionali* e del *Privato Sociale* settoriali in ambito locale, provinciale e regionale (ASL, CPI, Enti Locali e settori della formazione professionale e del privato sociale). A testimoniare l'esito positivo di questa buona prassi, da potenziare e consolidare, vi sono i risultati di tre iniziative progettuali, strettamente integrate e correlate tra loro, quali il "*Progetto Armonia*" gestito in collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale della ASL di Pescara, l' "*Azione di Sistema*" sull'Inclusione Sociale promosso dall'EAS 35 in collaborazione con la Regione Abruzzo che lo ha approvato e finanziato con DGR n. 27 del 28.03.2015 ed il *Progetto "Percorsi-Ambiti"* sempre finanziato dalla Regione Abruzzo nell'ambito dell'Avviso FSE "Abruzzo Inclusivo".  
Queste tre iniziative progettuali sono state pienamente coordinate dall'Ufficio di Piano dell'EAS 35, e sono state messe in rete ed integrate con altre iniziative del PSZ 2015 già presenti nel territorio dell'Ambito Sociale 35 e della Provincia di Pescara, promuovendo una *progettazione partecipata* concreta e mirata a dare risposte *inclusive*" per la parte di cittadinanza più bisognosa (diversamente abili e invalidi civili, psichiatrici già seguiti dalla ASL, disoccupati ed altre categorie escluse dal mondo del lavoro con familiari e carico,

ragazze madri ed ex detenuti e/o tossicodipendenti in fase di reintegro sociale). Grazie a questa sinergia progettuale ed operative, nel solo anno 2015, nell'Ambito Sociale 35 "Maiella e Morrone" sono state supportate concretamente e positivamente, attraverso un percorso di reinserimento socio-lavorativo, circa n. 30 persone singole e nuclei familiari, sia italiane che immigrate che versano in situazione di esclusione socio-lavorativa anche grave; si sono pertanto attivati soprattutto interventi di sostegno al reddito e borse lavoro regolamentati da apposita regolamentazione di n. 4 psichiatrici in cura presso i servizi della ASL di Pescara, 7 invalidi civili ed altre 19 persone con familiari a carico, tra cui minori, sia italiani che immigrati, residenti nell'EAS 35.

#### *Area persone Anziane*

- Centri Diurni Anziani: sono attivi presso i Comuni di Popoli, Lettomanoppello, San Valentino in Abruzzo Citeriore, Tocco Da Casauria e Serramonacesca; sono gestiti in forma autonoma dagli stessi anziani e sono supportati dai Comuni e dall'EAS Comunità Montana Maiella e Morrone n.35; organizzano anche il servizio di soggiorno estivo e cure termali e prevedono un coinvolgimento ormai stabile tra i 120 ed i 150 anziani dell'EAS 35;
- È stato, inoltre, promosso e realizzato l' "Home Premium Care", finanziato dall'INPS: tale progetto ha previsto un supporto economico per circa n. 12 utenti anziani con gravi invalidità e disabilità permanenti (art. 3, comma 3, L. 104/92), erogando un contributo complessivo pari a circa 21.000,00 per richiedenti dell'EAS 35;

#### *Gestione del Piano*

- Ufficio di Piano e Sistema Informativo: il servizio ha garantito tutta l'attività di coordinamento e gestione generale del Piano Sociale di Zona (Conferenza dei Sindaci, progettazione e rapporti con Enti e coordinamento progetti).
- Sistema informativo: il servizio ha svolto una efficace azione di monitoraggio e di Osservatorio Sociale Locale, promuovendo ed implementando un nuovo modello di monitoraggio e gestione dei servizi alla persona, attraverso una specifica "Azione di Sistema" denominato "Progetto Icaro", promosso dall'EAS 35 e finanziato dalla Regione Abruzzo con D.G.R. n. 248 del 28.03.2015; il percorso progettuale ha organizzato e reso efficiente ed efficace la funzione di coordinamento dei servizi dell'EAS 35 e di Osservatorio Sociale (OSL) svolto dall'Ufficio di Piano.
- Formazione, valutazione e sistema di qualità: il servizio è stato svolto dall'Ufficio di Piano, in collaborazione con l'Assessorato Politiche del Lavoro della Provincia di Pescara; è stato realizzato un progetto per un corso di formazione della durata di 150 ore, nell'ambito dell'avviso regionale "Professionisti per la Disabilità" (FSE): tale corso è stato rivolto agli assistenti scolastici ed educativi disabili ed ha coinvolto 60 corsisti, tutti operatori sociali in servizio presso gli Ambiti Sociali della Regione Abruzzo, 15 per ognuna delle quattro Province abruzzesi ed è stato realizzato nell'anno 2015, in collaborazione con altri Enti della formazione professionale e del privato sociale settoriale, con particolare riferimento allo sviluppo di competenze nel settore dell'integrazione sociale e lavorativa di soggetti

svantaggiati e diversamente abili.

### *Descrizione delle modalità di gestione delle attività*

Nella fase di costituzione del IV° PSZ 2011-2013 dell'ambito n.35 "Maiella e Morrone" sono stati coinvolti diversi soggetti istituzionali e privati rappresentativi delle diverse aree di interesse sociale; è stata una fase di grande utilità per la successiva realizzazione programmatico-operativa delle azioni relative alle aree di intervento sociale previste nella pianificazione sociale dell'Ambito di riferimento, la cui gestione è affidata direttamente alla società per i Servizi Sociali "Maiella e Morrone srl".

In modo particolare, si è verificata una reale ed efficace collaborazione permanente con tre attori sociali rappresentativi del territorio d'Ambito e provinciale:

- Con le Scuole (già costitutesi formalmente in associazione territoriale denominata "Una rete per lavorare insieme") vi sono stati scambi e collaborazioni continui con particolare riferimento all'organizzazione e alla gestione operativa di servizio di assistenza scolastica agli alunni diversamente abili ai sensi della L.104/92.
- Con la ASL di Pescara vi è stata una fattiva collaborazione soprattutto attraverso il servizio di neuropsichiatria infantile per la presa in carico dei minori con gravi problemi cognitivi e socio-familiari, il Distretto Sociosanitario di Scafa per la valutazione della presa in carico dei casi di ADI e il Servizio Igiene Mentale di Tocco da Casauria, per la presa in carico integrata dei casi di malattia mentale, in particolar modo per quanto riguarda l'attività di reinserimento socio-lavorativo di adulti con svantaggi sociali. (supporto al progetto della ASL "Armonia" che ha visto anche la collaborazione dei Centri per l'Impiego).
- Il rapporto con il privato sociale ha coinvolto diverse associazioni territoriali per l'attivazione del Pronto Intervento Sociale con la distribuzione di derrate alimentari e di beni di prima necessità alle famiglie indigenti del territorio.

### *Valutazione complessiva delle attività svolte*

#### Punti di forza e di criticità

Negli anni del precedente Piano Sociale di Zona dell'Ambito n.35 "Maiella e Morrone", si può dire che vi è stato il consolidamento dell'offerta di servizi alla persona "essenziali", nell'ottica di una gestione unitaria delle politiche sociali a livello locale, tenendo conto del continuo monitoraggio dell'evoluzione del bisogno, sia sul piano esclusivamente finanziario che sul piano del potenziamento e qualificazione dei servizi sociali dell'Ambito gestiti in forma unitaria già promossi con il primo PSZ .

#### Punti di forza riscontrati

Di seguito vengono elencati i punti di forza rilevati nelle annualità 2015/2016.

1. Utilizzo delle risorse finanziarie complessive basato sulle reali esigenze socio-assistenziali rilevate nel corso degli anni 1999-2014 dei vari PSZ dell'Ambito n.35 così come indicato nello

stesso “Rapporto di analisi preliminare dei bisogni e dell’offerta”;

2. Progressivo riassorbimento della “*spesa consolidata*” dei singoli Comuni a favore dell’incremento crescente dell’utilizzo finanziario per il sistema unitario dei servizi socio-assistenziali e socio-educativi (L.328/2000, PSZ, EX L.285/97, L.R. 95/95, L. 296/2006 ed altre normative specifiche di settore);
3. Maggiore consapevolezza da parte degli enti locali dell’importanza dei servizi alla persona, soprattutto tenendo conto delle difficoltà finanziarie dovute ai tagli subiti dai Comuni stessi;
4. Consolidamento ed potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare per i casi di maggiore disagio resi diffusi su tutto il territorio dell’Ambito “*Maiella e Morrone*”;
5. Consolidamento ed potenziamento secondo le linee regionali (“sperimentazione del nuovo modello di segretariato sociale”) dei servizi di segretariato sociale, del servizio sociale professionale e del punto unico di accesso già in fase di sperimentazione;
6. Potenziamento del rapporto di rete con i servizi preposti della ASL, in particolare con la Neuropsichiatria infantile, con cui si svolgono stabilmente periodiche riunioni operative a cadenza mensile per la presa in carico integrata dei casi riguardanti minori e famiglia, e con il Distretto Sociosanitario di Scafa, nell’ambito della “Integrazione Sociosanitaria” a livello della *Macro-Area distrettuale “Maiella-Morrone”*;
7. Consolidamento e allargamento delle collaborazioni programmatico-operative con il privato sociale (Cooperativa Sociale “*Insieme si Può*”, Associazione Banco Alimentare Abruzzo, Associazione AVULSS e Caritas di Popoli, ed altre associazioni locali);
8. Sottoscrizione del “Protocollo d’intesa operativo Integrazione socio-sanitaria, in relazione all’integrazione socio-sanitaria ed alla sperimentazione regionale sulla “Integrazione Sociosanitaria”, al quale l’Ambito n.35 ha partecipato con il Distretto Sociosanitario di Scafa: valutazione di un modello integrato per l’erogazione di servizi ad elevata integrazione socio-sanitaria, già stipulato in data 17/04/2007 tra ASL Pescara e Ambito n.35 “*Maiella e Morrone*”, da cui è stata attivata un’equipe sociosanitaria integrata per la valutazione dell’intervento socio-sanitario integrato UVM.

#### Punti di criticità riscontrati

A fronte dei suddetti punti di forza, permangono tuttavia specifici punti di rilevante criticità, legati soprattutto ai seguenti aspetti:

- necessità di una precisa organizzazione partecipata delle politiche di integrazione dei diversi servizi di pubblica utilità territoriali;
- necessità di una effettiva concretizzazione delle procedure partecipative relative ai servizi ad alta integrazione socio-sanitaria;
- necessità di stabilizzare le procedure di compartecipazione finanziaria in relazione sia alle previsioni e gli impegni di bilancio degli Enti Locali che alle eventuali rimodulazioni programmatico-operative del PSZ stesso resesi necessarie;
- necessità di definire meglio le modalità operative dell’Osservatorio locale e Sistema Informativo Locale di Ambito, soprattutto tenendo conto del funzionamento e della relazione con il Sistema dell’Osservatorio Sociale della Regione Abruzzo (OSR);
- in relazione all’inserimento sociale di adulti in età lavorativa diversamente abili e con uno



svantaggio sociale, nonostante siano già in corso di realizzazione accordi operativi in merito a progetti di inclusione sociale specifici tra il CPI della Provincia di Pescara e l'Ente d'Ambito Sociale n.35 Comunità Montana della Maiella e del Morrone e Comuni appartenenti, non è stata ancora data un'adeguata rilevanza alla promozione delle buone prassi relative alla integrazione delle politiche sociali e del lavoro territoriali con finalità di *"Inclusione Sociale"*.

L'impegno dell'ECAD 17 "Montagna Pescara" per il prossimo PSR 2016/2018 sarà proprio quello di dare delle risposte concrete ai punti di criticità rilevati, in particolar modo sia attraverso il potenziamento e il consolidamento dei servizi assistenziali (*LIVEAS*) e delle sperimentazioni attivate in collaborazione con la Regione Abruzzo (Punto Unico di Accesso), nuovo modello di Segretariato Sociale e integrazione Sociosanitaria, sia attraverso il consolidamento e la promozione di nuovi progetti di *"Inclusione sociale"* in parte già avviati (*"Abruzzo Inclusivo"*, *"Garanzia Giovani"*, ed altre iniziative).

#### *Specifiche sulla politica delle spese e del personale*

Per tutto il personale coinvolto nei servizi socio – assistenziali dell'Ambito n.35 *"Maiella e Morrone"*, è stato applicato il *Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro UNEBA* e sono state rispettate le norme di previdenza e assistenza.

Nelle spese sostenute e rendicontate non sono comprese spese per il funzionamento degli enti strumentali sociali, ma esclusivamente le spettanze dovute per garantire tutte le prestazioni richieste ed il coordinamento dei servizi e degli interventi sociali erogati nel PSZ 2015.

#### *Sintesi riepilogata dell'offerta servizi/interventi*

Di seguito si riporta in tabella un quadro riepilogativo dell'offerta degli interventi e dei servizi svolti nel territorio di riferimento dell'Ente di Ambito Distrettuale n° 17 "Montagna Pescara"; nella tabella sono riportati anche gli interventi integrativi e complementari realizzati attraverso specifici avvisi ed iniziative della regione Abruzzo e del FSE (*Garanzia Giovani*, *Abruzzo Inclusivo*, *Voucher Rette Asilo Nido*, ecc). Si può certamente confermare che, nonostante le criticità specifiche del territorio, soprattutto gestionali e finanziarie degli ultimi anni, dovute ad una serie di ragioni e fattori specifici, nel territorio di riferimento vi sia un sistema integrato consolidato che certamente richiede azioni di efficientamento ed ottimizzazione degli interventi e delle risorse umane che, tuttavia, hanno maturato esperienza e professionalità nel corso di più di un decennio.



TABELLA N.17 - RIEPILOGO DEGLI INTERVENTI E SERVIZI ALLA PERSONA RELATIVI AL PSZ EAS 35 'ANNUALITA' 2015 - COMUNI EX EAS 35 (COMPRESO I COMUNI ZONA DI GESTIONE SOCIALE "VALLE DELL'ORTA") - ANNO 2015

SERVIZI/INTERVENTI PROGRAMMATI E UTENTI (LIVEAS/ SERVIZI INTEGRATIVI)	SPESA ANNO 2015 (IN RACCORDO CON ALTRI SERVIZI PER INTERVENTO)	TIPOLOGIA AREA SERVIZIO (LIVEAS/SERVIZI INTEGRATIVI)	PROGRAMMA DI INTERVENTO
SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE 165 casi seguiti e utenti in carico	€ 71.100,63 (c/o Comuni EAS 35)	AREA INTERVENTI GENERALI	PSZ
SEGRETRIATO SOCILE 300 casi seguiti ed utenti in carico	€ 66.730,22 (c/o Comuni EAS 35)	AREA INTERVENTI GENERALI	PSZ
PRONTO INTERVENTO SOCIALE 10 utenti in carico	€ 4.240,07 (supporto per esigenze a carattere straordinario)	AREA INTERVENTI GENERALI	PSZ
PUNTO UNICO DI ACCESSO 65 casi seguiti ed utenti in carico	€ 19.000,00 (integrazione e potenziamento "Azione di sistema" (D.G.R. 243/2015)	AREA INTERVENTI GENERALI	PSZ
SERVIZIO MEDIZIONE DI CONTRSTO AL CHILD ABUSE E VIOLENZA DI GENERE 20 casi seguiti ed utenti in carico	€ 20.521,00 (in raccordo e complementare al servizio sociale professionale/segretariato sociale/PUA)	AREA INTERVENTI GENERALI	PSZ
SERVIZIO SPERIM. NIDO FAMIGLIA (nuovi asili nido Rosciano, Lettomanoppello, Torre Dei Passeri e Manoppello)	(a carico di rette utenza ed altri fondi settoriali di Regione e Governo - supporto a gestione dei Comuni).	AREA MINORI GIOVANI E FAMIGLIA	PSZ
SERVIZIO ASILO NIDO (1 <sup>a</sup> infanzia) Voucher per retta ( 8 famiglie con minori in asilo nido)	€ 5.100,00 (Det. Reg. Abruzzo n. 33 DL/128-2015	AREA MINORI GIOVANI E FAMIGLIA	FONDI REGIONE ABRUZZO
SERVIZIO DOMICILIRE MINORI 15 utenti in carico	€ 57.127,00 (servizio psico-educativo professionale, in raccordo con Scuole, ASL e Tribunale per i Minorenni)	AREA MINORI E FAMIGLIA	PSZ
SERVIZIO FFIDO/ADOZIONI 2 casi seguiti	€ 3.488,00 (in raccordo e complementare al servizio sociale professionale/segretariato sociale/PUA)	AREA MINORI G. E. FMIGLIA	PSZ

SERVIZIO COMUNITA' MINORI 4 casi seguiti	(a carico del Fondo Minori e Comuni - previsione spesa integrativa € 30.000,00)	AREA MINORI G. E. FAMIGLIA	FONDI COMUNALI
SERVIZIO INTEGR. SOCIO- EDUCATIVO: - colonia estiva (440 utenti colonia) - biblio/medioteca (220 utenti b/medioteca Popoli)	€ 23.000,00  (€ 28.512,00 Biblio/medioteca a carico comune di Popoli)	AREA MINORI G. E. FAMIGLIA	- PSZ - FONDI COMUNE DI POPOLI
SERVIZIO INTEGRAZIONE LAVARITIVA SOGG. SVANT./UFF. DI PIANO E SUPPORTO GESTIONE ASSOCIATA 30 utenti seguiti ed in carico con disagio sociale, personale e psichiatrico, coord. in collaborazione con Coop. Soc. b. ASL-Pe, CPI PE ed EAS 34 (4 psichiatrici, 7 invalidi civili, 19 presone e nuclei familiari con disagio sociale-economico-lavorativo)	€ 33.498,74 (progettazione e coordinamento e borse lavoro comprensivo spese ufficio di piano e gestione piano); - (ad integrazione € 51.300,00 per n°19 borse lavoro "Progetto Percorsi Ambienti" - Avviso regionale "Abruzzo Inclusivo"); - (formazione personale - Prog. "Professionisti per la disabilità")	AREA INTERVENTI SPECIALI	- PSZ - AVVISO "ABRUZZO INCLUDE"
ASSISTENZ DOMICILIARE ANZIANI (SAD) 50 utenti in carico	€ 308.600,00 (previsione ore di servizio e ore coordinamento e gestione)	AREA ANZIANI	PSZ
ASSISTENZ DOMICILIARE ANZIANI INTEGRATA (ADI) 10 utenti in carico	€ 30.080,00 (ad integrazione con ADI DSB/PLNA)	AREA ANZIANI	PSZ
CENTRI DIURNI ANZIANI circa 120 anziani c/o sedi di comuni EAS 35	(gestione autonoma di Associazioni locali e Comuni)	AREA ANZIANI	PSZ
TELESSOCCORSO 40 utenti in carico	€ 18.000,00 (h/24)	AREA ANZIANI	PSZ
SERVIZIO INTEGRAZIONE RETTE circa 15 casi c/o Comuni EAS 35	(a carico di altri fondi settoriali Reg. e di Comuni -previsione spesa. € 60.000 - L.R. 37/2014)	AREA ANZIANI	FONDI COMUNALI

SERVIZIO RESIDENZIALE ANZIANI 31 utenti c/o Casa Riposo "Il Girasole" c/o il Comune di Serramonacesca	(a carico rette utenti e di altri fondi settoriali Reg. e di Comuni- Previsione spesa 2015 €. 420.000)	AREA ANZIANI	RETTE ANZIANI
ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI 10 utenti in carico	€ 80.490,72(ad integrazione PLNA e servizi DSB in relazione alle ore di assistenza previste)	AREA DISABILI	PSZ
ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI INTEGRATA 6 utenti in carico	€ 20.200,00 (ad integrazione. con ADI DSB/PLNA)	AREA DISABILI	PSZ
ASSISTENZA SCOLASTICA DISABILI 44 utenti in carico (scuola dell'obbligo) ASSISTENZA SCOLASTICA DISABILI SC. SUP. L.R. 15/2004 22 utenti in carico	€ 221.697,68 <pre>(previsione in relazione modello RAS scuole)</pre> (€ 112.457,40 - spesa a carico della P.v di Pescara)	AREA DISABILI	- PSZ - FONDI PROVINCIA (ACCORDO PROGRAMMA INTEGRAZIONE DISABILI - L.R. 15/2004)
CENTRI DIURNI DISABILI 30 utenti seguiti in coordinamento con Associazioni in n. 2 centri diurni c/o Comuni di Popoli e Manoppello	€ 5.000,00 (in collaborazione Associazioni locali)	AREA DISABILI	PSZ
SERVIZIO INTEGR. RETTE circa 10 utenti seguiti c/o Comuni EAS 35	(a carico di altri fondi settoriali e di Comuni -previsione spesa . € 60.000 - L.R. 37/2014)	AREA DISABILI	FONDI COMUNALI
SUPP. ECON. FAMILIARE DISABILI GRAVI (L.104/92) -PROGETTO "HOME CARE PREMIUM" 12 utenti con disabilità grave (L.104/92, art. 3, comma3)	(Contributi INPS per circa € 21.000,00- erogati anno 2015)	AREA DISABILI	FONDI INPS "HOME CARE PREMIUM"
<b>TOTALE</b> <b>(Servizi PSZ 2015 GESTITI IN FORMA ASSOCIATA DA EAS N. 35)</b>	<b>€ 982.774,06</b>		

Ai servizi realizzati con il piano sociale di zona 2011/2016, insieme ad altre iniziative complementari promosse con il FSE (inclusione), sopra riportate, dal 2009 sono stati attivati in forma associata i seguenti interventi e servizi realizzati con i Piani annuali del *Fondo nazionale per la Non Autosufficienza (PLNA)*.

*TABELLA N.18 - RIEPILOGO DEI SERVIZI EROGATI CON IL PLNA ECAD 17 ANNO 2016 – AGGIORNAMENTO AL 31.12.2015*

SERVIZI/INTERVENTI	UTENTI IN CARICO	SPESA ANNO 2016
ASSISTENZ DOMICILIRE ANZIANI (SAD)	30	42.500
ASSISTENZ DOMICILARE ANZIANI INTEGRATA (ADI)	3	5.000
ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI	18	25.500
ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI INTEGRATA	2	3.000
ASSEGNI DI CURA	6	21,600
CENTRI DIURNI DISABILI	30	22.000
TELEASSISTENZA	10	3.000
SOSTEGNO ECONOMICO SLA	5	66.000
SOSTEGNO ECONOMICO DIPENDENZA VITALE	8	78.975
SOSTEGNO ECONOMICO VITA INDIPENDENTE	2	12.000
TRASPORTO SOCIALE	4	10.375
<b>TOTALI</b>	<b>121</b>	<b>289.950</b>

Oltre ai servizi di cura domiciliare assicurati con il PLNA, negli anni decorrenti dal 2009 ad oggi, i Comuni appartenenti all'ECAD 17 hanno garantito dal 2000 anche interventi specifici per i minori e la famiglia, che di seguito si riportano in tabella.

*TABELLA N.19 – RIEPILOGO DEI SERVIZI PER LA FAMIGLIA E MINORI EROGATI CON LA L.R.. 95/95 E RETTE NIDO - ANNO 2015*

SERVIZI/INTERVENTI	UTENTI IN CARICO	SPESA ANNO 2015
ASSISTENZ DOMICILIRE MINORI (situazione disagio cognitivo)	3	4.000
ASSISTENZ DOMICILAREMINORI (con disabilità L. 104/92))	2	3.500
SUPPORTO ALLA GENITORIALITA' (L.R. 95/95)	5	5.000
SUPPORTO UNA TANTUM ECONOMICO FAMIGLIE NUMEROSE	62	12.000
SUPPORTO SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA (L.R. 76/2000)	8	5.100
<b>TOTALE</b>	<b>80</b>	<b>25.100</b>

Analizzando in maniera più dettagliata il quadro presentato, oltre ai dati generali dell'offerta dei Comuni dell'ex EAS 35, si riporta di seguito un quadro sinottico riepilogativo dei servizi ed

interventi offerti nei Comuni dell'ex EAS 34 (Vestina), aderenti all'ECAD 17 (ai sensi della DCR 75/3 del 09.08.16).

*TABELLA N.20 - RIEPILOGO DEGLI INTERVENTI E SERVIZI ALLA PERSONA RELATIVI AL 31.12.2016 – COMUNI EX EAS 34 (BUSSI S.T., CASTIGLIONE A.C., CORVARA, PESCOSANSONESCO, PIETRANICO)*

<b>SERVIZI/INTERVENTI EROGATI (Bussi S.T., Castiglione A.C., Corvara, Pescosansonesco, Pietranico)</b>	<b>UTENTI IN CARICO</b>	<b>SPESA ANNO 2016</b>
Servizio Sociale Professionale	65	15.120
Segretariato sociale	sportello/utenza	4440
PUA (DSB)	Sportello/accesso	/
Pronto Intervento Sociale (PIS)	3	1500
Assistenza domiciliare anziani (PSZ/PLNA)	31	73800
Assistenza domiciliare disabili (art. 3, comma 3 L. 104/92)	9	25584
Assistenza domiciliare minori e famiglia	2	12.252
Assistenza Residenziali Minori	1	25.000
Assistenza Residenziali Anziani	/	/
Assistenza residenziali Disabili (L. 104/92)	/	/
Assistenza scolastica specialistica	1	2500
Teleassistenza anziani/disabili	/	/
Sussidi economici per l'indigenza	22	11.000
<b>TOTALI</b>	<b>134</b>	<b>171.196</b>

In riferimento ai dati sull'offerta riportate nelle precedenti tabelle, al 1° gennaio 2016 sono stati impiegati circa 68 operatori sociali, con una media oraria lavorativa variabile dalle 20 ore alle 30 ore settimanali, in relazione alla tipologia del servizio svolto. Si riporta di seguito il quadro sinottico riepilogativo.

*TABELLA N. 21 - PERSONALE IN FORZA PRESSO I SERVIZI SOCIALI ASSOCIATI DELL'ECAD N. 17 AL 01.01.2016*

<b>SERVIZIO/INTERVENTO</b>	<b>QUALIFICA PERSONALE IMPIEGATO</b>	<b>ORARIO MEDIO SETTIMANALE</b>
SEGRETIARIATO SOCIALE	n. 6 assistenti sociali	36 ORE (media per ogni assistente sociale)
SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE		
PUNTO UNICO DI ACCESSO		
SERVIZIO CHILD ABUSE	n. 2 psicologi	20 ORE (media settimanale)
ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI (SAD/ADI)	n. 23 assistenti domiciliari n. 1 OSS n. 1 OSA	20 ORE (media per ogni assistente domiciliare)
ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI (SAD/ADI)		
ASSISTENZA SCOLASTICA SCUOLE DELL'OBBLIGO	n. 23 assistenti scolastici	20 ORE (media per ogni assistente scolastico)
ASSISTENZA SCOLASTICA SCUOLE SUPERIORI		

SERVIZIO EDUCATIVA MINORI (ADEM)	n. 3 educatore + <i>il supporto parziale di n. 4 assistenti educativi già impiegati assist. scolastica.</i>	20 ORE (media educatore professionale) 5 ORE (media per ogni assistente educativo)
SERVIZIO AFFIDO/MEDIAZIONE FAMILIARE	n. 1 sociologa	20 ORE (media settimanale)
UFFICIO DI PIANO	n. 1 sociologo n. 1 amministrativo contabile n. 1 informatico	20 ORE (media settimanale) 30 ORE (media settimanale) 5 ORE (media settimanale)
<b>TOTALE</b>	<b>76 operatori</b> (ad oggi impiegati)	<b>1180 ORE</b> (media ore settimanali)

Riepilogando i dati riportati, al fine di dare una sintesi immediata della presa in carico dell'intero territorio dell'ECAD 17 "Montagna Pescarese", aggiornata al 01.01.2016, si riporta nelle tabelle seguenti il riepilogo del dato numerico della domanda evasa ed inevasa degli interventi e servizi sociali presenti e la media oraria mensile dei LIVEAS erogati per ogni singolo Comune.

TABELLA N.22 – RIEPILOGO DEGLI UTENTI IN CARICO E DOMANDA INEVASA RELATIVA ALLE RICHIESTE DI INTERVENTO DEI COMUNI DELL'ECAD 17 "MONTAGNA PESCARESE" (AL 01.01.2016)

DOMANDA PER SERVIZIO E PRESTAZIONE OFFERTA	UTENTI IN CARICO	UTENTI IN LISTA DI ATTESA
Assistenza domiciliare anziani	105	5
Assistenza domiciliare disabili (art. 3, comma 3 L. 104/92)	26	3
Assistenza domiciliare integrate anziani	20	/
Assistenza domiciliare disabili (art. 3, comma 3 L. 104/92)	10	/
Assistenza domiciliare minori e famiglia	20	2
Assistenza scolastica specialistica	65	/
Teleassistenza anziani/disabili	50	/
Sostegno economico Disabili Gravi (art. 3, comma 3 L. 104/92)	23	/
trasporto sociale disabili	4	10
Centri diurni disabili	30	8
Sussidi economici per l'indigenza/pronto Intervento sociale/voucher spesa prima necessità/ supporto emergenza abitativa	453	25
Rette per assistenza residenziale minori	10	/
Integrazione rette per residenzialità anziani/disabili	30	/
Frequenza/posti asilo nido e servizi integrative prima infanzia	86	6

Dall'analisi dei dati sopra riportati, emerge un sistema variegato e diffuso dell'offerta su tutto il territorio di riferimento dell'ECAD 17, seppur con specificità e peculiarità territoriali. Un dato caratteristico da sottolineare, in merito alla gestione associata dei servizi alla persona, riguarda in modo particolare *l'ex Ambito Sociale 35 "Maiella e Morrone"*: infatti, a seguito di una impegnativa e difficile *azione di sistema*, di razionalizzazione e di efficientamento intrapresa nell'ultimo biennio 2015/2016, anche grazie al supporto diretto della Regione Abruzzo, è stato



possibile ridefinire e rimodulare nel suo complesso l'insieme degli interventi e servizi svolti in forma associata, in relazione alle effettive risorse finanziarie ed alle specifiche esigenze socio-assistenziali rilevate nel territorio, garantendo nello stesso tempo sia il miglioramento dell'offerta che la razionalizzazione del personale impiegato e della relativa spesa. Al 01.01.2016, infatti, si registra un quadro stabile ed efficace, con standard qualitativi e quantitativi adeguati e funzionali alle reali esigenze del territorio, come rappresentato nella seguente tabella sinottica, che riporta le ore mensili dei servizi LIVEAS mediamente erogate per ogni singolo Comune dell'*ECAD 17 "Montagna Pescaresese"*.

TABELLA N.23 - QUADRO SINOTTICO AGGREGATO DELLA MEDIA ORE MENSILI EROGATE ED UTENTI "PIS" E DEI SERVIZI ESSENZIALI ALLA PERSONA(LIVEAS), PER SINGOLO COMUNE ECAD 17 – AL 01.01.2016.

COMUNE	SEGRET. SOCIALE/SER V. SOCIALE PROFESS	PUA	CHILD ABUSE /MEDIAZ. FAMIL	SERVIZIO AFFIDO/ ADOZIONI	ASSISTENZA SCOLASTICA DISABILI (obbligo/sup)	ASSISTENZA DOMICILIARI ANZIANI/DIS. (PSZ/PLNA/HCP)	ASSIST. DOMIC. MINORI	TELEAS (utenti/h2 4)	P.I.S. (utenti in emergenza sociale)
ABBATEGGIO	19,50	1,92	4,58	1,56	23	62,50	27	/	
AL ANNO	43,50	3,60	8,60	2,94	394	157,50	24	4	
BOLOGNANO	7,50	2,10	5	1,70	21	38,50	/	2	
BUSSI SUL TIRINO	54	/	/	/	10	273	/	/	/
CARAMANICO T.	13	2,64	6,30	2	11	100,75	/	2	2
CASTIGLIONE C.	10,5	/	/	/	/	12	23	/	/
CORVARA	18	/	/	/	/	51,5	/	/	/
CUGNOLI	19	2,41	5,70	1,93	25,25	99	/	/	/
LETTOMANOPPELLO	48	3,11	7,40	2,57	143,75	185	10	2	/
MANOPPELLO	78	4,68	11	3,86	381	191,50	12	5	3
PESCOSANSONESCO	7,5	/	/	/	/	46	/	/	/
PIETRANICO	9	/	/	/	/	50,5	/	/	1
POPOLI	46,50	4,50	11	3,72	248	192	9	1	5
ROCCAMORICE	16	2	4,50	1,64	15,70	108,25	22	/	/
SALLE	13,50	2	3	1,53	/	37	/	5	/
SANT'EUFEMIA A.M.	12	2,60	4,70	1,84	/	/	/	1	/
SANA VALENTINO	24,50	2,42	6,20	1,98	/	156	/	2	/
SCAFA	28	5	/	3	48	188	380	5	4
SERRAMONACESCA	15	2	4,35	1,39	/	31,50	10	5	/
TOCCO DASAURIA	40	8	/	3	80	91	12	4	/
TORRE DEI PASSERI	32	3,22	7,65	2,75	317	182,25	/	3	/
TURRIVALIGANI	12	1,75	4,15	1,43	55,50	/	/	/	/

La spesa complessiva media mensile per i servizi LIVEAS erogati in forma associata, ai sensi della L. 328/2000 (PSZ/PLNA/HCP), nei Comuni dell'ECAD 17, in relazione ai dati sopra riportati aggiornati al 01.01.2016, è stata pari a circa €. 98.000,00, suddivisa per singolo Comune come riportato nella tabella seguente.

TABELLA N.24 - QUADRO RIEPILOGATIVO ( PSZ/PLNA/HCP), IN RELAZIONE ALL'ANDAMENTO DEI SERVIZI AL 31/12/16) DELLA PREVISIONE SPESA MENSILE PSZ X COMUNI ECAD 17-AGGIORNAMENTO AL 31.12.2016 \*

COMUNE ECAD 17	PREVISIONE SPESA IMPONIBILE PSZ DICEMBRE 2016*
ABBATEGGIO	€. 3.046,00
ALANNO	€. 12.645,00
BOLOGNANO	€. 1.679,00
BUSSI SUL TIRINO	€. 6.397,34
CARAMANICO TERME	€. 2.710,00
CASTIGLIONE A CASAURIA	€. 847,59
CORVARA	€. 943,19
CUGNOLI	€. 2.973,35
LETTOMANOPPELLO	€. 7.881,75
MANOPPELLO	€. 15.271,50
PESCOSANSONESCO	€. 950,60
PIETRANICO	€. 1.017,08
POPOLI	€. 10.088,65
ROCCAMORICE	€. 2.876,20
SALLE	€. 1.660,25
SANT'EUFEMIA A.M.	€. 640,40
SCAFA	€. 5.312,00
SERRAMONACESCA	€. 1.595,85
SAN VALENTINO IN A.C.	€. 3.971,35
TOCCO DA CASAURIA	€. 4.409,00
TORRE DEI PASSERI	€. 9.336,50
TURRIVALIGNANI	€. 1.655,35
<b>TOTALI</b>	<b>€. 97.908,05</b>

\*al costo orario applicato al 31.12.2016.

Al sistema dei servizi erogati in forma associata e diretta dai Comuni dell'ECAD 17, concorrono a completare l'offerta territoriale socio-assistenza, socio-sanitaria e socio-educativa una serie di servizi residenziali, semiresidenziali e diurni consolidati e forniti direttamente da enti ed istituzioni territoriali della ASL (in ambito distrettuale), dai Comuni stessi e dal Privato Sociale presente nel territorio. La rilevazione che segue è riferita agli interventi e servizi per le tre principali Aree Sociali e socio-sanitarie erogati dagli enti istituzionali della ASL di Pescara e dal privato sociale diffuso: interventi e prestazioni per la presa in carico e per l'assistenza sociale socio-sanitaria degli *Anziani*, della *Disabilità grave e gravissima e la non autosufficienza*, dei *Minori e la famiglia*.

*Interventi e servizi distrettuali per area anziani/disabilità/non autosufficienza - DSB*

TABELLA N.25 - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI) EROGATA DAL DSB – MACRO-AREA DISTRETTUALE MAIELLA E MORRONE N.35 - DATI DSB SCAFA AGGIORNAMENTO AL 31.12 2016

AREA DISTRETTO DSB/POLO SANITARIO	COMUNI DI RIFERIMENTO	PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE EROGATE DOMICILIARI/PRESTAZIONALI		
AREA DISTRETTUALE POPOLI	<i>POPOLI / BUSSI</i>	Cure palliative per malati terminali	Totale per malati terminali	32
			Di cui oltre 65 AA	27
		Cure domiciliari III livello	Totale pratiche III livello	547
			Di cui oltre 65 AA	482
		Cure domiciliari II livello	Totale pratiche II livello	31
			Di cui oltre 65 AA	24
		Cure domiciliari I livello	Totale cure I livello	31
			Di cui oltre 65 AA	27
		Cure prestazionali	Totale numero prestazioni cure prestazionali	2367
			Di cui oltre 65 AA	691
	<b>TOTALE PRATICHE</b>	<b>1332</b>		
AREA DISTRETTUALE TORRE DE PASSERI/TOCCO CASAURIA (POLO SANITARIO)	TORRE DE' PASSERI - CASTIGLIONE A CASAURIA - BOLOGNANO - PIETRANICO - PESCOSANSONESCO - CORVARA	Cure palliative per malati terminali	Totale per malati terminali	8
			Di cui oltre 65 AA	7
		Cure domiciliari III livello	Totale pratiche III livello	140
			Di cui oltre 65 AA	132
		Cure domiciliari II livello	Totale pratiche II livello	14
			Di cui oltre 65 AA	14
		Cure domiciliari I livello	Totale cure I livello	23
			Di cui oltre 65 AA	23
		Cure prestazionali	Totale numero prestazioni cure prestazionali	775
			Di cui oltre 65 AA	198
	<b>TOTALE PRATICHE</b>	<b>383</b>		

<p>AREA DISTRETTUALE SCAFA/SAN VALENTINO</p> <p>- SALLE - SANT'EUFEMIA - CARAMANICO TERME - ABBATEGGIO - ROCCAMORICE - SAN VALENTINO - LETTOMENOPPELLO - TURRIVALIGNANI - MANOPPELLO - SERRAMONACESCA - ALANNO - CUGNOLI</p>	<p>Cure palliative per malati terminali</p> <p>Cure domiciliari III livello</p> <p>Cure domiciliari II livello</p> <p>Cure domiciliari I livello</p> <p>Cure prestazionali</p> <p><b>TOTALE PRATICHE</b></p>	Totale per malati terminali	5
		Di cui oltre 65 AA	5
		Totale pratiche III livello	123
		Di cui oltre 65 AA	104
		Totale pratiche II livello	19
		Di cui oltre 65 AA	19
		Totale cure I livello	9
		Di cui oltre 65 AA	7
		Totale numero prestazioni cure prestazionali	1344
		Di cui oltre 65 AA	281
			<b>437</b>

Inoltre, in aggiunta agli interventi ed alle prestazioni ad elevata integrazione socio-sanitaria sopra riportati, vi è stata una proficua integrazione con il competente servizio di “Neuropsichiatria Infantile” della ASL di Pescara, per la presa in carico integrata di minori con problematiche di tipo psico-socio-cognitivo e con disabilità, sia in ambito scolastico (GH) che in ambito domiciliare ed extrascolastico.

*TABELLA N. 26 - UTENZA MINORI IN CARICO ALLA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE ASL DI PESCARA (DATI AL 31.12.2016)*

<b>MINORI SEGUITI AL 31.12.2016</b>	<b>ALUNNI “GLH” SEGUITI AL 31.12.2016</b>	<b>TOTALE UTENTI AL 31.12.2016</b>
528	199	727

Analizzando in maniera più approfondita i dati della presa in carico minori dalla Neuropsichiatria Infantile, si riportano i minori in carico per Comune di residenza.

*TABELLA N.27 - UTENZA MINORI IN CARICO ALLA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE ASL PESCARA PER COMUNE (DATI AL 31.12.2016)*

<b>COMUNE</b>	<b>ALUNNI PRESI IN CARICO</b>	<b>ALUNNI “GLH”</b>
ABBATEGGIO	4	2
ALANNO	48	23
BOLOGNANO	12	5
BUSSI SUL TIRINO	16	8
CARAMANICO TERME	22	6
CASTIGLIONE A CASAURIA	11	4
CORVARA	2	-
CUGNOLI	13	6
LETTOMANOPPELLO	27	12
MANOPPELLO	87	30
PESCOSANSONESCO	3	-
PIETRANICO	5	1
POPOLI	84	29
ROCCAMORICE	13	3
SALLE	2	1
S. VALENTINO IN A.C.	21	4
SANT’EUFEMIA A.M.	4	2
SCAFA	64	23
SERRAMONACESCA	1	-
TORRE DEI PASSERI	56	28
TOCCO DA CASAURIA	19	9
TURRIVALIGNANI	14	3
<b>TOTALI</b>	<b>528</b>	<b>199</b>

Altro dato significativo che conferma un evidente fabbisogno di benessere e salute è rappresentato dall'elevato numero di persone in carico ai servizi territoriali Asl del Servizio di Igiene Mentale del Polo Sanitario di Tocco da Casauria. Si registrano, infatti, complessivamente circa 776 persone prese in carico (anno 2015), per problematiche di salute mentale, che corrisponde a circa il 3,15% della popolazione complessiva in età adulta attiva; un dato significativo è rappresentato dal *tasso di disagio mentale* che incide sulla popolazione disabile del territorio per una percentuale pari al 22,85%, circa 8,5% in più rispetto all'indice regionale (pari al 14,22%). Tali aspetti sono sicuramente da tener presenti in fase di programmazione, sia per la promozione di interventi integrati e progetti innovativi (ECAD/ASL/Coop. Soc. "B") rivolti all'inclusione socio-lavorativa di persone a rischio di esclusione, sia per la promozione di una progettazione a medio termine di una comunità residenziale per il **"Dopo di Noi"** (L. 208/2015; L. 122/2016).

TABELLA N.28 - UTENZA SERVIZIO IGIENE MENTALE ASL DEL "POLO SANITARIO DI TOCCO DA CASAURIA" IN CARICO (DATI AL 31.12.2016)

PAZIENTI IN CARICO SERVIZIO IGIENE MENTALE (POLO SANITARIO TOCCO CASAURIA)	NUOVI INGRESSI	NUOVI PAZIENTI PRESI IN CARICO	TOTALE UTENTI
528	199	58	776

Un dato preoccupante che segue la tendenza negativa degli altri indicatori di disagio sociale nel suo complesso e di particolari fabbisogni di benessere e salute (ad esempio un indice di povertà in progressivo aumento e un indice delle problematiche psico-sociali e cognitivo-comportamentali dei minori in età scolastica 8,17%).

I dati sopra riportati risultano utili per definire alcune linee di intervento in relazione al fabbisogno di salute specifico riguardante la fascia minori della popolazione: si ha infatti un riferimento chiaro in merito alla necessità di incrementare i servizi in ambito domiciliare, scolastico ed extrascolastico, per rispondere ad un diffuso disagio socio-cognitivo di alunni che manifestano comportamenti problematici di tipo cognitivo-comportamentale, che non sempre hanno una precisa certificazione attestante uno stato di disabilità ai sensi della l. 104/92. Inoltre, risulta evidente un significativo fabbisogno di salute e benessere del target preso a riferimento riguardante i Comuni appartenenti alla "Zona di gestione Valle Dell'Orta", considerato che complessivamente tra minori in carico ed alunni in "GLH" risultano assistiti al 31.12.2016 *circa 298 minori* (il 41% dei minori in carico dell'intero ECAD n. 17). Questo fabbisogno è stato oggetto di approfondite discussioni e valutazione nei "Gruppi di Piano" tematici che hanno affrontato, in particolare, gli assi tematici relativi alla genitorialità, alla famiglie ed ai minori ed adolescenti: è stata fortemente evidenziata una esigenza di rafforzare la rete dei servizi e la promozione di interventi migliorativi e la promozione nuove strategie integrate, in particolar modo da parte dei referenti della Scuola e dalle Assistenti Sociali del Servizio Sociale Professionale, dalla Mediatrice familiare e dai referenti delle Associazioni partecipanti, le quali quotidianamente operano nel campo del supporto alla famiglia e ai minori. Una priorità che riguarda l'intero territorio dell'ECAD 17 ed è una peculiarità di bisogno di salute proprio della "Zona di gestione Valle dell'Orta".

Inoltre, dai dati aggiornati al 31.12.2016, emerge un quadro preoccupante riguardante circa 292 persone con problematiche relative alle tossicodipendenze, seguite e prese in carico dal Sert del Polo Sanitario di Tocco Da Casauria (ASL di Pescara).

TABELLA N.29 - UTENZA TOSSICODIPENDENTE SEGUITA E PRESA IN CARICO DAL SERT DI TOCCO C. E SEGNALAZIONI DALLA PREFETTURA DI PESCARA (DATI AL 31.12.2016)

UTENZA IN CARICO AL SERT DI TOCCO CASAURIA AL 31.12.2016	SEGNALAZIONI DA PREFETTURA DI PESCARA AL 31.12.2016	TOTALE UTENTI AL 31.12.2016
229 persone in carico	63 persone in carico (di cui 10 minori)	292

Dati che incidono per circa l'1,13% se rapportati alla popolazione del territorio di riferimento in età attiva lavorativa; a tale rilevazione va aggiunta tutta la fascia della popolazione affetta da *ludopatia, alcolismo e dipendenze varie*, che per molteplici cause non si rivolgono ai servizi territoriali preposti e, dunque, non sono segnalati e presi in carico dai servizi territoriali. Un dato generale che conferma in modo particolare un grave disagio sociale e giovanile.

Complessivamente, quindi, nel territorio dell'Area Distrettuale Montagna Pescara sono stati attivati un elevato numero di prestazioni a carattere domiciliare; è opportuno tener conto che, in base ai dati recepiti dai Distretti Sanitari di Base, un posto di ADI, ai fini della quantificazione delle giornate di degenza, equivale mediamente ad un posto letto ospedaliero; per cui un posto ADI consente di assistere in un anno 5,2 pazienti, atteso che ogni trattamento domiciliare ADI di natura sanitaria ha richiesto sinora un periodo di cura di circa 70 settanta giorni ( $365:70 = 5,2$ ). La suddetta stima è strettamente correlata alla durata media di ciascun trattamento sanitario.

Pertanto la "Convenzione Socio-Sanitaria" e la regia attiva e strategica messe in campo dalla "CLISS" con la ASL rappresentano un elemento essenziale di qualificazione e potenziamento territoriale del servizio di assistenza domiciliare a favore di anziani e disabili che va nella direzione delle indicazioni previste dalla L. 328 dell'8 novembre 2000 e di tutta la normativa nazionale e regionale per le politiche di sostegno alla *non autosufficienza*, il cui elemento essenziale è rappresentato proprio dall'integrazione territoriale con i servizi territoriali della ASL (in modo particolare con la "Macro-Area Distrettuale Maiella-Morrone"), ed altri attori sociali del territorio (cooperative sociali, associazioni di volontariato, Terzo Settore, ecc).

Nell'offerta socio-sanitaria sopra riportata si rileva, nel territorio dell'ECAD 17, la presenza di una diversificata offerta per le cure e le prestazioni di tipo residenziale, sia per tipologia socio-assistenziale che socio-sanitaria. Di seguito viene riportato un quadro sinottico di riferimento territoriale.

TABELLA N. 30 - STRUTTURE RICETTIVE PRESENTI NEL TERRITORIO ECAD 17

DENOMINAZIONE	TIPOLOGIA	LOCALITA'	P.L.
Il Giardino	Residenza protetta	POPOLI	64



Casa Dolce Casa 1	Casa famiglia	MANOPPELLO	6
Casa Dolce Casa 2	Casa famiglia	MANOPPELLO	6
Casa di Dora	Casa famiglia	MANOPPELLO	6
Il Girasole	Casa albergo	SERRAMONACESCA	43
Sacra Famiglia	Casa albergo	ROCCAMORICE	11
S. Olivieri	Casa albergo	CARAMANICO T.	
Villa Grazia	Casa albergo	CARAMANICO T.	25
Villa Citerius	Casa albergo	SAN VALENTINO IN A.C.	
Villa Aurora	Casa albergo	ALANNO	21
Villa Ventura	Casa albergo	CASTIGLIONE A CASAURIA	18
San Clemente	Casa albergo	CASTIGLIONE A CASAURIA	53
Mons. D'Achille	Casa albergo	POPOLI	25

Casa Famiglia: struttura a carattere comunitario, destinata ad accogliere utenza da bassa intensità assistenziale, priva del necessario supporto familiare o per la quale la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente o definitivamente contrastante con le personali esigenze.

Casa Albergo: struttura a prevalente accoglienza alberghiera caratterizzata da bassa intensità assistenziale, media e alta complessità organizzativa in relazione al numero delle persone ospitate, destinate ad accogliere anziani autosufficienti o parzialmente non autosufficienti.

Residenza protetta: struttura caratterizzata da media intensità assistenziale, media e alta complessità organizzativa, destinata ad accogliere utenza non autosufficiente.

Servizi territoriali pubblici e privati per la prima infanzia

TABELLA N. 31 - SERVIZI PRIMA INFANZIA PRESENTI NELL'ECAD 17 (AL 31.12.2016)

COMUNE (ubicazione)	SERVIZIO PUBBLICO	SERVIZIO PRIVATO	UTENTI IN CARICO (servizio pubblico al 31.12.2016)	UTENTI IN CARICO (servizio privato al 31.12.2016)	UTENTI IN LISTA DI ATTESA	UTENTI IN CARICO AL 31.12.2011	DIFFERENZIALE % periodo 2011-2016
POPOLI	ASILO NIDO	/	24	/	6	19	+ 21%
LETTOMANOPPELLO	ASILO NIDO	/	12	/	/	/	+ 100%
MANOPPELLO	ASILO NIDO	SERV. INTEGR.	25	15	/	15	+ 62,5%
TORRE DEI PASSERI	ASILO NIDO	/	15	/	/	/	+ 100%
<b>TOTALI</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>86</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>34</b>	<b>+ 61,5%</b>

I dati sopra riportati in tabella e quelli successivi evidenziano un aspetto estremamente positivo per quanto riguarda l'offerta dei servizi per la prima infanzia.

TABELLA N.32 - INCREMENTO % FREQUENZA NIDO PERIODO 2011-2016 ECAD 17

POPOLAZIONE 0-3 ANNI ECAD 17	TASSO DI FREQUENZA NIDO DISPONIBILI SU POPOLAZIONE 0-3 ANNO 2011	TASSO DI COPERTURA POSTI NIDO SU POPOLAZIONE 0-3 ANNO 2016	DIFFERENZIALE PERCENTUALE TASSO DI FREQUENZA 2011-2016 SU POPOLAZIONE 0-3 ANNI
1086	3,13%	7,92%	+ 4,79

TABELLA N.33 - INCREMENTO % POSTI NIDO DISPONIBILI PERIODO 2011-2016 ECAD 17

POPOLAZIONE 0-3 ANNI ECAD 17	% POSTI NIDO DISPONIBILI SU POPOLAZIONE 0-3 ANNO 2011	% POSTI NIDO DISPONIBILI SU POPOLAZIONE 0-3 ANNO 2016	DIFFERENZIALE PERCENTUALE POSTI NIDO PERIODO 2011-2016 SU POPOLAZIONE 0-3 ANNI
1086	4,60 %	12,00 %	+ 7,4 %

Un incremento degli indici di frequenza e della disponibilità dei posti nido che supera il 60% ed è in un continuo trend di crescita. Su questo aspetto va riconosciuto il ruolo positivo di regia e promozione di azioni ed interventi migliorativi da parte della Regione Abruzzo, che con specifiche linee di intervento e di finanziamento (Fondi per il supporto nido PAR-FSC, L. 296/76, D.G.R. 935/2011), ha sostenuto i comuni ed ha permesso di raggiungere significativi miglioramenti sia di tipo strutturali che dell'offerta socio-educativa e didattica e degli standard di funzionamento e di accreditamento e gestione ai sensi della legge 76/2000 e del DGR 935/2011.

Pertanto, il quadro generale sopra riportato evidenzia la presenza di un sistema di interventi e servizi diffuso e rispondente ad una vasta area della domanda sociale, ma che, tuttavia, richiede una serie di *azioni di sistema* necessarie per rendere efficienti ed ottimizzare gli interventi e le prestazioni in essere, oltre che promuovere un *empowerment* delle prestazioni integrate per i bisogni complessi ad elevata integrazione socio-sanitaria e delle azioni rivolte all'inclusione sociale e lavorativa ed al contrasto alla povertà sempre più diffusa ed in aumento.

Gli aspetti appena delineati saranno specificatamente definiti nell'analisi e valutazione riportate nel successivo paragrafo relativo all'esame degli impatti della precedente programmazione sociale del territorio di riferimento dell'*ECAD 17 "Montagna Pescara"*.

## **2.5 Analisi degli impatti della precedente programmazione**

### Premessa

Il processo VIS adattato alle specifiche caratteristiche dell'ECAD 17, si articola attraverso i seguenti fasi:

- Analisi sintetica del profilo sociale (indicatori di impatto sociale e di contesto);
- Previsione dei cambiamenti in caso di non realizzazione dell'intervento specifico per area di bisogno (stima fotografata tramite gli indicatori di contesto e di impatto sociale che si intendono modificare);
- Descrizione dei risultati attesi a medio e lungo termine in caso di realizzazione dell'intervento;
- Previsione di strumenti per la valutazione degli interventi.

### Sintesi VIS 2011/2016

Attraverso le attività di analisi e verifica dei risultati preliminari alla nuova programmazione del PSR 2016/2018, svolta nel corso degli incontri di lavoro del "Gruppo di piano" dell'ambito "Maiella e Morrone" n. 35, risulta in primo luogo che, rispetto alla corrispondenza tra obiettivi dichiarati nel precedente Piano di Zona 2011-2013 (2014/2016) dell'Ambito n.35 e il raggiungimento degli stessi, grazie al consolidato osservatorio sociale regionale e ad un costante monitoraggio da parte del servizio di segretariato sociale, riorganizzato secondo il "nuovo Modello Regionale", diffuso capillarmente su tutto il territorio dietro il coordinamento dell'"Ufficio di Piano", è stato possibile rilevare punti di forza e di criticità verificatisi negli anni di vigenza del PSZ, anche attraverso una continua "discussione" periodica in Conferenza dei Sindaci tra amministratori locali, operatori ed altri attori sociali del territorio coinvolti nella

realizzazione del sistema integrato dei servizi socio-assistenziali ed educativi.

In linea generale, quale dato positivo, si è rilevato un progressivo aumento di servizi ed una loro migliore organizzazione nel corso dell'attivazione degli interventi del IV° PSZ, anche rispetto alle attività socio-assistenziali consolidate ed espletate fino ad allora.

Il Piano di Zona dell'ex Ambito Maiella e Morrone n. 35 e dei Comuni ex area "Vestina" n. 34 per gli anni 2011-2013 (2014/2016) ha previsto i seguenti servizi:

- Segretariato sociale;
- Servizio Sociale Professionale;
- Pronto intervento sociale;
- Punto Unico di accesso;
- Ufficio di Piano;
- Interventi a favore dell'infanzia: Assistenza socio-educativa ed attività ricreative (colonia marina);
- Assistenza domiciliare educativa minori e famiglie in situazione di disagio socio-familiare;
- Assistenza domiciliare anziani e disabili;
- Teleassistenza;
- Assistenza scolastica alunni disabili riconosciuti ai sensi della L.104/92;
- Servizio Affidamento e Adozioni;
- Servizio Inclusione Sociale.

Ai servizi sopra elencati del PSZ si sono integrati, con efficacia e positivi risultati, altri interventi socio-assistenziali ed educativi, attivati con specifiche normative regionali e nazionali di settore:

- Attività socio-educative e ricreative già realizzate ai sensi della ex L.285/97: biblioteca comunale per circa 300 utenti (minori e adulti);
- Attività realizzate con il PLNA di assistenza domiciliare, aiuto personale e attività socio-educativa per anziani, persone non autosufficienti e disabili in situazione di gravità (ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 3), supporto economico alle famiglie con a carico persone affette da SLA e patologie che comportano una situazione di dipendenza vitale;
- Attività di assistenza domiciliare e aiuto personale e attività socio-educativa per minori disabili in situazione di gravità (ai sensi della L.R. 95/95);
- Attività di supporto diretto al funzionamento e gestione dei servizi per la prima infanzia del territorio e supporto economico alle famiglie con minori frequentanti servizi prima infanzia (voucher nido), tramite la partecipazione ad interventi della Regione Abruzzo dedicati al sostegno dei servizi per la prima infanzia (FSC, FSE).
- Attivazione di un servizio di inclusione sociale, tramite la partecipazione all'avviso regionale (FSE) "Abruzzo Inclusivo", realizzando circa 20 tirocini extracurricolari a favore di persone in grave situazione di disagio socio-economico e lavorativo;
- Servizio di supporto badanti (progetto FSE) realizzato in collaborazione con il Capofila

titolare del progetto Comune di San Salvo;

- Progetto di supporto economico “Estrema Povertà”, ai sensi della L. 296/2006;
- Servizio di mediazione familiare c/o DSB di Scafa, ai sensi della L. 296/2006.

Complessivamente, questi interventi, strettamente collegati tra loro, hanno permesso di potenziare il sistema integrato di servizi alla persona dell'Ambito n.35 “Maiella e Morrone” che, a supporto delle attività consolidate specifiche di ogni singolo Comune relative agli interventi previsti ai sensi dell’art.15 della L.R. N. 22/98 e L.328/2000, ha svolto contemporaneamente tre funzioni essenziali:

- Assistenza uniformata mirata alla persona e diffusa sul tutto il territorio montano;
- Dotazione sul territorio di nuove competenze professionali a supporto degli enti locali titolari dei servizi sociali e ad integrazione dei servizi socio-sanitari territoriali della ASL, delle associazioni e del privato sociale.
- Uniformità (parziale) di regolamentazione della modalità di accesso ai servizi sociali in gestione associata (L. 328/2000), aspetto essenziale da completare con l’entrata in vigore del “*Regolamento Unico di accesso*”, il cui schema è stato già approvato nella Conferenza dei sindaci ECAD 17 del 13.03.2017.

In relazione ai servizi della precedente programmazione, viene riportata di seguito una sintesi riepilogativa degli indicatori della *valutazione dell’impatto sociale*, suddivisi per Area di Intervento Sociale (*LIVEAS*), in relazione al periodo programmatico decorrente dal 01.07.2011 al 31.12.2016 (*PSZ 2011/2013 – 2014/2016*).

## RIEPILOGO GENERALE DELLA VALUTAZIONE DI IMPATTO DEI RISULTATI DELLA PRECEDENTE PROGRAMMAZIONE PER AREA DI BISOGNO ED INTERVENTO SOCIALE E SOCIO-SANITARIO

*Indicatori d'impatto dei LIVEAS rilevati al 31.12. 2016*

### AREA MINORI, GIOVANI E FAMIGLIA

*TABELLA N.34 - INDICATORI DI IMPATTO ANNO 2015 AMBITO SOCIALE DISTRETUALE N. 17 "MONTAGNA PESCARSE"*

INDICATORI DI IMPATTO	ANNO 2011	ANNO 2016	DIFFERENZIALE
Tasso di copertura posti asilo nido / servizi integrativi prima infanzia	4,6%	12%	Incremento del 61,5%
Tasso di partecipazione giovanile	14%	10%	-4%
Num. tot. affidi ed adozioni	8	10	-19%
Num. famiglie utenti del servizio socio-psico-educativo	45	18	-60%
Numero di minori in comunità	2	4	+ 50%
Numero di segnalazioni casi di violenza ai minori	3	5	+40%
Minori seguiti dal Sert Polo Sanitario di Tocco Da Casauria	252	292	+14,70%

I dati sopra riportati, evidenziano, da un lato, un aspetto molto positivo relativo al significativo incremento dell'offerta rivolta alla prima infanzia, con un aumento complessivo nel periodo 2011/2016 del 61,5% dei servizi nido, soprattutto in strutture comunali a gestione diretta e/o mista o privata. Essenziale è risultato essere il supporto offerto dalla Regione Abruzzo a livello economico-finanziario, per l'adeguamento delle strutture, la costruzione di nuovi stabili, oltre che il supporto alla gestione funzionamento, che dal punto di vista dell'adeguamento funzionale e degli standard generali degli spazi e didattico-professionale (L.R. 76/2000, DGR. 935/2011, L. 296/2004, Fondi PAR-FSC per il potenziamento dei servizi nido), ma nello stesso tempo rimarca sia il mancato coinvolgimento del target giovani che l'aggravarsi di casi di difficile disagio minorile in ambito familiare e territoriale.

### AREA PERSONE ANZIANE

TABELLA N. 35 - INDICATORI DI IMPATTO ANNO 2015 AMBITO SOCIALE DISTRETTUALE N. 17 "MONTAGNA PESCARESE"

INDICATORI DI IMPATTO	ANNO 2011	ANNO 2016	DIFFRENZIALE
TASSO DI COPERTURA DOMICILIARITÀ	1,36%	0,97%	-0,39%
TASSO DI COPERTURA SERVIZI DOMICILIARI H/UTENTE	329,4h	288h	-12,5%
TOT. ORE DI ASSISTENZA DOMICILIARE EROGATE	44.352	27.936	-37%
TOT. ANZIANI UTENTI DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE	154	97	-37%
DI CUI: - ORE DI ASSISTENZA DOMICILIARE SAD	40032	23816	-40,5%
NUM. UTENTI ANZIANI ASSISTITI	139	81	-32,73%
DI CUI: - ORE DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA ADI	4320	4120	-5,63%
NUM. UTENTI ANZIANI ASSISTITI	15	16	
NUM. ANZIANI ASSISTITI A DISTANZA	95	40	-57,9%
TASSO COPERTURA ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN RELAZIONE ALLE RICHIESTE PERVENUTE	65,40%	80,5%	+ 14,90%

I dati sopra riportati denotano tre aspetti peculiari e complementari tra loro del territorio di riferimento ECAD 17 (ex EAS 35):

1. una grave crisi gestionale finanziaria dovuta sia a minori risorse in entrata (circa il 55% delle risorse annuali) che a fattori specifici di tipo gestionale;
2. una necessaria riorganizzazione e razionalizzazione della spesa, accompagnata da un lavoro di efficientamento gestionale-operativo, operato nell'ultimo triennio programmatico;
3. un significativo incremento della presa in carico integrata con i servizi socio-sanitari a livello distrettuale; quest'ultimo risulta essere un aspetto estremamente positivo, in quanto ha permesso di rimodulare con maggiore efficienza l'insieme degli interventi e delle prestazioni erogate, che vede proprio nell'*integrazione socio-sanitaria* il punto di forza su cui far leva anche nella nuova programmazione del Piano Sociale Distrettuale 2017/2018 dell'ECAD n. 17.

Un altro aspetto che sarà sicuramente oggetto di valutazione è l'area della disabilità grave (art. 3, comma 3, legge 104/92), per evidenziare come permangono criticità significative, per cui è richiesto alla nuova programmazione distrettuale 2017/2018 una azione di efficientamento sia dal punto di vista procedurale e sistemico sia per quanto concerne l'incremento ed il miglioramento delle prestazioni erogate a livello domiciliare e territoriale, in un'ottica di piena integrazione socio-sanitaria (compito essenziale della CLISS e Convenzione socio-sanitaria).

## AREA DISABILITA'

TABELLA N. 36 - INDICATORI DI IMPATTO ANNO 2015 AMBITO SOCIALE DISTRETUALE N. 17 "MONTAGNA PESCARESE"

AMBITO N.35 – MAIELLA E MORRONE			
INDICATORI DI IMPATTO	ANNO 2011	ANNO 2016	DIFFERENZIALE
<b>ASSISTENZA DOMICILIARE:</b>			
Tasso di copertura servizi domiciliari disabili	41,5%	67%	+25,5%
TOT ORE DI ASSISTENZA DOMICILIARE EROGATE	2.448	5184	+53%
NUM. DISABILI UTENTI DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE	17	28	+39,3%
<b>ASSISTENZA SCOLASTICA PER L'AUTONOMIA E LA COMUNICAZIONE DEI DISABILI:</b>			
Numero disabili fruitori del servizio assistenza scolastica per l'autonomia e la comunicazione / media oraria di assistenza	n.53 – 397,5 h/alunno	n. 62 – 290,65 h/alunno	+9 alunni
TOT. ORE DI ASSISTENZA SCOLASTICA PER L'AUTONOMIA E LA COMUNICAZIONE DEGLI STUDENTI DISABILI	28.662	18.020	-14,5%
TOT. STUDENTI DISABILI RESIDENTI UTENTI DEL SERVIZIO ASSISTENZA SCOLASTICA PER L'AUTONOMIA E LA COMUNICAZIONE	53	62	+14,5%
Di cui:			
Numero ore di servizio di assistenza scolastica per l'autonomia e la comunicazione dei disabili presso le scuole dell'obbligo dell'Ambito 35	21025	12.788	-39,18%
Numero studenti disabili residenti utenti del servizio assistenza scolastica per l'autonomia e la comunicazione presso le scuole dell'obbligo dell'Ambito 35	37	44	+9 alunni
Numero ore di servizio di assistenza scolastica per l'autonomia e la comunicazione dei disabili presso le Scuole Superiori dell'Ambito 35	7595	5232	-31,12%
Numero studenti disabili utenti del servizio di assistenza scolastica per l'autonomia e la comunicazione dei disabili presso le Scuole Superiori dell'Ambito 35	16	18	+2 alunni
<b>ALTRI SERVIZI AI DISABILI:</b>			
% di progetti personalizzati sul totale Disabili utenti dei servizi (diagnosi funzionale/gruppo H/profilo dinamico)	41,5%	56%	+25,9%



funzionale/pei/pai)			
Prestazioni di supporto economico per il sostegno personale e familiare alle disabilità gravi e gravissime (es. SLA, Dipendenza Vitale, Vita Indipendente)	5	15	+76,67%
Numero disabili utenti fruitori del Centro Diurno Sociale a gestione integrata Ambito sociale/associazioni	15	30	+50%
Tasso copertura servizi diurni su tot. Popolazione disabile a scopo integrazione sociale, socioeducativo e socio-lavorativo	3%	3,5%	+14,20%
Numero persone con disagio mentale in carico in forma integrata con i servizi di reinserimento socio-lavorativo del Dipartimento salute mentale (Polo Sanitario Tocco Casauria)	13	23	+43,5%
Numero Prestazioni/utenti del Dipartimento Salute Mentale – U.O. Neuropsichiatria infantile residenti nell’Ambito n. 35	n.275	n. 453	+39,30%

I dati sulla valutazione dell’impatto degli interventi dell’area disabilità confermano la tendenza già emersa nell’area anziani e non autosufficienza e, dunque, evidenziano la profonda ridefinizione dei servizi e delle prestazioni dovute al drastico taglio delle risorse finanziarie a livello governativo, relativo in particolar modo al periodo 2011/2015; allo stesso tempo, denotano un significativo incremento di alcuni interventi e servizi a regime diurno (centri socio-educativi) ed un evidente incremento delle prestazioni ad elevata integrazione socio-sanitaria a livello distrettuale (PUA/DSB/UVM/EAS), sia di prestazioni di cura e supporto alla persona, che di tipo economico di supporto familiare, reso possibile anche dalle programmazioni integrate tra Ambito Sociale e Distretto Sanitario riguardante soprattutto i piani Locali per la Non autosufficienza ed altri interventi ad elevata integrazione socio-sanitaria (L. 57/2012, L.R. 95/95) messi in campo nel periodo di riferimento.

Altro dato significativo, che rimarca la grave crisi socio-economica e lavorativa vissuta con estremo disagio da persone e nuclei familiari del territorio, è quello relativo alla richiesta presso i servizi generali di accesso (segretariato e PUA) di supporto materiale ed economico per le diverse problematiche delle famiglie e cittadini.

## AREA SERVIZI GENERALI

TABELLA N. 37 - INDICATORI DI IMPATTO ANNO 2015 AMBITO SOCIALE DISTRETTUALE N. 17 “MONTAGNA PESCARESE”

INDICATORI DI IMPATTO	ANNO 2011	ANNO 2016	DIFFERENZIALE
NUM. PERSONE E/O FAMIGLIE CHE SI SONO RIVOLTE AL SEGRETARIATO SOCIALE	700	740	+ 4,6%
TOT. NUM. CASI SEGUITI DAL SERVIZIO	682	718	+5%

SOCIALE PROFESSIONALE			
Di cui: Minori e famiglia	350	365	+4,1%
Inclusione sociale / estrema povertà	63	106	+41,6%
Senza Fissa dimora	5	7	+28,58
Anziani	154	165	+6,7%
Disabili	115	211	+44,5%
Immigrati	58	45	-32,41
NUM. PERSONE E/O FAMIGLIE UTENTI DEL PRONTO INT. SOCIALE	48	97	+50%

*Dati Ufficio Piano ECAD 17*

I dati dei servizi generali di accesso e presa in carico confermano l'aggravarsi del quadro complessivo del disagio sociale e socio-economico del territorio. La richiesta di informazioni e di orientamento e supporto da parte di cittadini e nuclei familiare risulta costantemente in crescita proprio per l'aggravarsi delle condizioni di contesto socio-familiare, economico e lavorativo. Un aspetto che viene confermato anche dal raffronto dei dati successivi sull'inclusione sociale.

## AREA INTEGRAZIONE E INCLUSIONE SOCIALE

*TABELLA N. 38 - INDICATORI DI IMPATTO ANNO 2015 AMBITO SOCIALE DISTRETTUALE N. 17 "MONTAGNA PESCARESE"*

INDICATORI DI IMPATTO	ANNO 2011	ANNO 2016	DIFFERENZIALE
Num tot. Utenti dei Servizi per l'inclusione sociale	316	538	+41,30%
Tasso copertura servizi inclusione sociale per gruppo target	20%	35%	+15%
Tassi di accessi con ISEE sul totale utenti	40%	95%	+55%
% progetti integrati sul totale utenti	5,7%	8%	+2,30%

*Dati EACD 17*

Il quadro d'insieme sulla situazione relativa al fabbisogno di inclusione sociale ed al contrasto della povertà, è stato l'argomento maggiormente discusso ed approfondito nei gruppi tematici svolti dal "Gruppo di Piano", tavoli che hanno concretamente apportato spunti programmatici essenziali per la nuova programmazione distrettuale, che ha difatti recepito le linee di indirizzo emerse proprio per potenziare e sostenere anche finanziariamente le azioni d'intervento relative agli Assi Tematici di riferimento n. 3 ed 8 del PSR 2016/2018.

Si riportano di seguito i dati relativi alla valutazione d'impatto riguardante i servizi ed interventi ad elevata integrazione socio-sanitaria, che confermano le indicazioni emerse nell'area disabilità e non autosufficienza.

## SERVIZI AD ALTA INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

TABELLA N. 39 - INDICATORI DI IMPATTO ANNO – 2015 AMBITO SOCIALE DISTRETTUALE N. 17  
“MONTAGNA PESCARESE”

INDICATORI DI IMPATTO	ANNO 2011	ANO 2016	DIFFERENZIALE
Numero progetti integrati UVM - PAI	127	211	+39,82
Numero schede ADI con partecipazione Ambito Sociale attivate	15	28	46,43
Numero schede servizio ADI	15	28	46,43%
Percentuale ADI attivate/ richiesta	35%	55%	+20%
Tasso di copertura utenti non autosufficienti in relazione alle richieste di assistenza	65,40%	80%	+14,60%

*Dati Ambito n.35 e Distretto Sanitario di Scafa*

Dai dati di raffronto del periodo di riferimento 2011/2015, si evidenzia un consolidamento del fabbisogno socio-assistenziale presente nel territorio dell'ECAD 17 ed un trend degli interventi socio-assistenziali che, seppur per determinati servizi (domiciliarità anziani e assistenza scolastica disabili), ha subito una significativa riduzione delle prestazioni quantitative (monte ore) per le ragioni già accennate precedentemente (il taglio finanziario di circa 1.650,00 euro dal 2011 al 2015 e le peculiari e gravi problematiche di tipo gestionale e finanziario proprie dell'ex EAS 35 “Maiella e Morrone”); si è sicuramente registrato un netto miglioramento dal punto di vista gestionale e della qualità delle prestazioni nel suo insieme, che vede proprio nella maggiore integrazione socio-sanitari (PUA, UVM, presa in carico integrata) il punto di forza principale su cui puntare anche nella nuova programmazione distrettuale 2017/2018 dell'ECAD 17 “Montagna Pescara” che qui si delinea.

Questo aspetto denota il positivo consolidamento della razionalizzazione ed ottimizzazione dei servizi alla persona erogati in forma associata e diffusa sul territorio, oltre che la maggiore complementarietà ed integrazione con gli altri servizi socio-sanitari e socio-educativi pubblici e privati presenti, con la necessità di proseguire nel percorso di efficientamento del sistema dei servizi nel suo complesso. Un percorso già intrapreso nell'ultimo periodo, anche a seguito di alcune gravi criticità evidenziate nell'ultimo quinquennio, che per necessità riorganizzativa ha richiesto una incisiva azione di razionalizzazione delle risorse finanziarie e, nello stesso tempo, una maggiore capacità di raggiungere più capillarmente le diverse fasce di target di bisogno che, per particolari cause e fattori, risultano spesso “nascoste” e, dunque, inevase. In questo senso si ritiene essenziale l'implementazione e/o empowerment di un modello integrato e funzionale a

livello distrettuale, con la complementarietà dei diversi attori competenti (ASL, CPI, Scuola, Privato sociale) che vede nella nuova programmazione del PSR 2016/2018 un riferimento programmatico positivo ed innovativo.

### *Punti di Forza e di Criticità riscontrati nella precedente programmazione.*

Con il precedente Piano di Zona, come già prefigurato sopra, è stato possibile realizzare una maggiore offerta dei servizi alla persona. Tuttavia permangono ancora situazioni di bisogno sociale che si configurano come punti di criticità ancora irrisolti e dunque di valutazione di impatto critica.

Nello specifico, come verrà di seguito elencato, tre sono stati i punti di forza che configurano una valutazione di impatto positiva, soprattutto in relazione a determinati tipi di bisogno e diversi i punti di criticità più rilevanti, ai fini di una complessiva valutazione di impatto della precedente programmazione dei servizi alla persona.

#### Punti di Forza

1. L'implementazione di nuovi servizi essenziali per la cittadinanza sociale generale, con particolare riferimento alle esigenze della persona che richiedono un intervento ad elevata integrazione socio-sanitaria: A.D.I., Dimissioni Protette, Punto Unico di Accesso a livello Distrettuale;
2. Una concreta riqualificazione e riorganizzazione di alcune aree prioritarie di intervento (LIVEAS): il nuovo modello di Segretariato Sociale che ha permesso oltre una più diffusa ed ottimale presenza territoriale del servizio di segretariato sociale, anche e soprattutto una qualificazione professionale ed una precisa distinzione dei Servizi LIVEAS di Servizio Sociale Professionale e Segretariato Sociale. Questo è stato reso possibile anche grazie alla condivisione metodologica e degli strumenti operativi (la definizione delle singole attività afferenti a ciascun servizio, la mission del servizio e della modulistica uniformata su tutto il territorio regionale);
3. Il potenziamento di Servizi dimostratisi essenziali a favore dei minori e famiglia in situazione di forte disagio socio-familiare: in modo particolare è risultato essenziale potenziare il servizio di assistenza socio-psico-educativa domiciliare per minori in situazione di disagio socio-familiare che ha permesso di rispondere ad una sedimentata esigenza territoriale relativa alla necessità della presa in carico integrata di quelle famiglie con minori che presentano conclamate situazioni di disagio, spesso segnalati dal Tribunale per i Minorenni; basti pensare che nel corso degli ultimi 6 anni, il numero delle prese in carico di questo servizio è aumentato di oltre il 60%.

Questo rappresenta uno dei principali risultati della precedente programmazione per la sua valutazione di positivo impatto sulla specifica tipologia di utenza.

#### Punti di criticità

- Indefinita situazione relativa al sistema locale del trasporto per le persone in situazione di svantaggio sociale (diversamente abili, anziani, famiglie indigenti con minori a carico in situazione di svantaggio sociale);
- Necessità di supporto con servizi di mediazione sociale e culturale per le famiglie con minori in età scolare immigrate, residenti sul territorio dell'Ambito Sociale Maiella e Morrone;
- Necessità di potenziare una rete di servizi semiresidenziali e residenziali di tipo comunitari sul territorio della Provincia di Pescara e della Regione Abruzzo per le problematiche relative al disagio minorile e genitoriale, con particolare riferimento ai casi con provvedimenti del Tribunale per i Minorenni;
- Necessità di incrementare l'assistenza domiciliare per persone diversamente abili in permanente stato di non autosufficienza;
- Difficoltà nello sviluppare e definire le modalità operative ed organizzative previste nelle indicazioni della sperimentazione della Regione Abruzzo sul Modello di Integrazione Socio-Sanitaria, che ha previsto come punto di forza uno stretto raccordo tra Ambito Sociale e Distretto Socio-Sanitario in tutte le fasi programmatiche, organizzative ed operative dei Piani Sociali di Zona (PSZ/PAT);
- Difficoltà nel prevedere azioni innovative e sperimentali che possano rispondere a specifici bisogni sociali, spesso inevasi, relativi alla problematica generale del disagio giovanile; risulta di particolare difficoltà avviare processi innovativi a livello locale per contrastare un sempre più diffuso disagio giovanile che spesso si esprime attraverso tipiche forme comportamentali ed abitudinari devianti e distorte;
- Difficoltà nel promuovere azioni, a medio e breve e lungo termine, anche di tipo sperimentale che possano rispondere al bisogno, sempre più diffuso in ambito provinciale, regionale e nazionale, del disagio mentale, che si manifesta in molteplici forme e contesti di vita (personale, socio-familiare, socio-lavorativo); anche per questo punto di criticità è necessario avviare un percorso progettuale innovativo e sperimentale che veda in primo luogo l'attivazione di azioni integrate (socio-sanitarie e socio-lavorative) a livello distrettuale e di Ambito Sociale;
- Centri Diurni ad alta specializzazione per la presa in carico di soggetti affetti da disturbo pervasivo e sindromi correlati (a breve e medio termine);
- Centri semiresidenziali e residenziali di tipo comunitario (a medio e lungo termine);
- Percorsi di inserimento lavorativo mirati in collaborazione con la Cooperativa Sociale di Tipo B, in particolare a favore delle persone con disagio mentale e psichico-sensoriale;
- Difficoltà nel promuovere la partecipazione attiva dei referenti dell'Utenza nelle diverse fasi di programmazione e gestione dei servizi;
- Necessità di definire la procedura di valutazione della presa in carico della UVM in ambito distrettuale (classificazione ICF e PAI partecipati).

I punti di criticità sopra descritti sono stati condivisi con i referenti dei gruppi di piano tematici, oltre che con le associazioni settoriali partecipanti alla programmazione ed alla realizzazione dei servizi ed interventi programmati nel PSZ 2011/2013 (2014/2016) dell'ex EAS n. 35 Maiella e Morrone e comuni ex EAS 34 aderenti all'ECAD 17.

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

Dal relazione sopra riportata si possono sinteticamente trarre delle precise considerazioni che richiedono corrispondenti decisioni ed interventi utili e assolutamente necessari, urgenti e non più rinviabili. I quattro principali fabbisogni rilevati, e per i quali si rendono necessari correttivi rispetto alle precedenti gestioni, sono di seguito riportati in sintesi.

### Fabbisogni rilevati

1. Necessità di potenziare la risposta all'invecchiamento progressivo della popolazione, alla non autosufficienza ed all'aumento di patologie degenerative ed altamente invalidanti, attraverso l'efficientamento e la messa a regime degli interventi domiciliari e territoriali in forma integrata a livello socio-sanitario per le prestazioni ad elevate integrazione con le strutture territoriali della ASL di Pescara (Cure Domiciliari, Interventi PLNA, Dimissioni Protette, Residenzialità e Semiresidenzialità assistita), tutti aspetti delineati nella Convezione per l'Integrazione Socio-Sanitaria e di competenza della CLISS (Assi Tematici 1, 2, 5, 6);
2. Necessità di incrementare risposte per la presa in carico di famiglie e minori multiproblematiche, attraverso il potenziamento del servizio domiciliare educativa minori e la promozione sul territorio gli interventi relativi all'affido familiare, sia attraverso iniziative di sensibilizzazione con le famiglie del territorio, che attraverso mirate attività formative, informative e di incentivazione economica per le famiglie affidatarie; essenziale per la realizzazione dei punti delineati risulta l'istituzione di un albo dell'ECAD n°17 delle famiglie affidatarie (Asse Tematico n. 4);
3. Necessità di rispondere alle gravissime problematiche delle persone e delle famiglie con a carico soggetti affetti da disagio psichico e psichiatrico; oltre alla richiesta di promuovere nuovi interventi di supporto domiciliare, territoriale, scolastico e lavorativo, rimane aperto il grave problema del "Dopo di Noi", per cui è richiesto un serio e costante impegno di tipo progettuale, istituzionale ed economico integrato, da parte di tutti i soggetti istituzionali e privati interessati e coinvolti (Assi Tematici n. 1, 3, 6);
4. Reale necessità, nell'ambito delle politiche di inclusione sociale ed il contrasto alla povertà, di rendere efficiente e realizzare interventi rivolti ad un target a rischio di esclusione sociale ed in situazione di povertà; la messa a sistema di tutti gli interventi in essere ed in fase di realizzazione a livello locale, provinciale e regionale (Avvisi specifici per l'integrazione sociale e lavorativa ed altre iniziative promosse con il FSE), complementari ed integrate con il supporto ministeriale ed progetto di implementazione territoriale "Sostegno Inclusione Attiva" (SIA) in fase di attivazione nell'ECAD n° 17, rappresenta un punto essenziale e strategico per l'implementazione stabile e funzionale di un modello integrato tra politiche sociali, politiche del lavoro ed azioni di supporto e di sistema a livello territoriale. Le professionalità e gli enti coinvolti a vario titolo, dovranno garantire la efficienza ed efficacia degli interventi messi in campo, attraverso una reale integrazione delle competenze dell'Ufficio di Piano di Ambito con i servizi territoriali per la presa in carico (Servizio Sociale Prof. e PUA) ed il network locale presente per le informazioni, la sensibilizzazione, l'orientamento e la formazione stessa della domanda, attraverso una concreta ed efficace messa in rete dei servizi del Piano Sociale Distrettuale, Servizi ASL, CPI, Terzo Settore (Asse Tematico 3).

In riferimento ai fabbisogni ed alle criticità sopra richiamate, si delineano sinteticamente delle "Azioni di Sistema" di indirizzo essenziali per la realizzazione effettiva degli interventi e dei servizi previsti nella nuova programmazione 2017/2018.

“Azioni di sistema” di supporto ed efficientamento del Piano Sociale Distrettuale 2017/2018

1. Garantire l’unitarietà ed uniformità della gestionale generale dell’ECAD 17, in applicazione delle Linee guida regionali del PSR 2016/2018 e nel pieno rispetto delle autonomie programmatiche e gestionali previste dalla “Zona di Gestione Pedemontana Valle dell’Orta”; a tal fine risulta essenziale rendere funzionali ed efficienti i procedimenti amministrativi per la gestione finanziaria del Piano Sociale Distrettuale 2017/2018, che garantiscano la certezza dei tempi ed il rispetto degli impegni e delle liquidazioni di spesa finanziari da parte degli enti interessati, Comuni, Regione, Ministero Politiche Sociali ed altri enti, oltre che le compartecipazioni degli utenti, e la correttezza delle rendicontazioni di spesa;
2. Continuare il percorso di ottimizzazione e razionalizzazione dei servizi, prevedendo anche l’utilizzo a pieno regime di personale in relazione alle competenze possedute e richieste (es. OSS, educatori, ecc), sia negli interventi a carattere diurno che nei servizi delle strutture a regime residenziale e semiresidenziale dell’ECAD 17 (Casa di Riposo, Asilo Nido, Comunità Minori), oltre che garantire un piano di aggiornamento e formazione continua;
3. Promuovere altri interventi progettuali, anche in partenariato, nell’ambito di finanziamenti regionali, nazionali ed europei (es. “Progetti Obiettivo” regionali di tipo socio-sanitario, FSE, ecc.), con particolare riferimento alle politiche per l’inclusione sociale;
4. Dare seguito agli indirizzi della Convenzione per l’integrazione socio-sanitaria e rendere operativa la Conferenza locale per l’Integrazione Socio-Sanitaria (CLISS), con particolare riferimento agli interventi e servizi rivolti ai bisogni complessi rimasti inevasi non solo nel territorio di ambito sociale distrettuale, , ma anche provinciale e regionale, attraverso servizi assistenziali poco diffusi e presenti (servizi domiciliari, consulenziali specialistici, semiresidenziali e diurni), come ad esempio la necessità di attivare un Centro Diurno Alzheimer ed un “Dopo di Noi”, dei quali il territorio è sprovvisto;
5. Rendere stabile e funzionale, per la verifica e la valutazione della nuova programmazione dei servizi alla persona, il ruolo e la funzione di tutti gli attori settoriali rappresentativi e la cittadinanza attiva coinvolta (“Gruppo di Piano”), al fine di garantire la massima corrispondenza dei servizi preventivati con le priorità, i bisogni e gli obiettivi dei target rilevati nel Profilo Sociale relative al presente Piano Sociale Distrettuale 2017 – 2018.

In relazione ai punti sopra evidenziati, si riporta nelle tabelle che seguono un quadro riassuntivo dei principali fabbisogni e criticità emersi con i relative indicatori di efficientamento previsti nella programmazione 2017/2018.

TABELLA N. 40 - sintesi SU FABBISOGNI PECULIARI, CRITICITA' E PROSPETTIVE DI EFFICIENTAMENTO DELL'ECAD 17, IN RELAZIONE AGLI "ASSI TEMATICI" ED "AGLI "OBIETTIVI ESSENZIALI DI SERVIZIO" (PSR 2016/2018)

FABBISOGNI EMERSI	PUNTI DI CRITICITA'	AZIONI MIGLIORATIVE	INDICATORI DI EFFICIENTAMENTO	ASSE TEMATICO (rif. PSR 2016/18)	OBIETTIVI ESSENZIALI DI SERVIZIO (rif. PSR 2016/18)
<p>La necessità di un efficientamento e di messa a regime degli interventi domiciliari e territoriali in forma integrate a livello socio-sanitario per le prestazioni ad elevate integrazione con le strutture territoriali della ASL di Pescara (Cure Domiciliari, Interventi PLNA, Dimissioni Protette, Residenzialità e Semiresidenzialità assistita). Tutti aspetti delineati nella Convenzione per l'Integrazione Socio-Sanitaria e di competenza della CLISS.</p>	<p>- difficoltà nella gestione integrata di risorse umane; - difficoltà della condivisione di strutture di riferimento territoriale; - difficoltà applicazione accordi di indirizzo gestionale ASL/ECAD 17 a livello dei PAT/Accordi Quadro/atti di Indirizzo aziendali a livello socio-sanitario.</p>	<p>a. dare seguito agli indirizzi della convenzione per l'integrazione socio-sanitaria e rendere operativa la CLISS, con particolare riferimento agli interventi e servizi rivolti ai bisogni complessi rimasti invariati non solo nel territorio di ambito sociale distrettuale, ma anche provinciale e regionale, attraverso servizi assistenziali poco diffusi e presenti, come ad esempio la necessità di attivare un Centro Diurno Alzheimer ed un "Dopo di Noi" di cui il territorio è sprovvisto; b. continuare il percorso di ottimizzazione e dei servizi, prevedendo anche l'utilizzo a pieno regime di personale in relazione alle competenze possedute e richieste (es. OSS, educatori, ecc), sia negli interventi a carattere diurno che nei servizi delle strutture a regime residenziale e semiresidenziale (Casa di Riposo, Asilo Nido, Comunità Minori); garantire un piano di aggiornamento e formazione continuo</p>	<p>- approvazione nei Consigli Comunali del regolamento unitario di accesso e della presa incarico socio-assistenziale, socio-sanitaria e socio-educativa – entro i primi 6 mesi PSD; - adozione di una cartella unitaria socio-sanitaria dell'accesso, della valutazione e della presa in carico a livello distrettuale ECAD 17 – entro il primo anno di vigenza del piano socio-sanitario; - incremento delle cure e prestazioni domiciliari integrate ECAD/DSB in relazione al fabbisogno rilevato – del 20% entro i primi sei mesi, del 40% entro la vigenza 2018 del PSD; - l'incremento delle prestazioni diurne e semiresidenziali a livello di ECAD 17 per le patologie neuro-degenerative altamente invalidanti (Alzheimer ed altre patologie e demenze senili) – il 20% entro i primi sei mesi del PSD; del 40% entro 18 mesi di vigenza del PSD;</p>	<p>Assi Tematici n. 1 e 2, 5</p>	<p>O.E. n. 1; O.E. n. 2.; O.E. n. 4; O.E. n. 8.</p>



<p>- Necessità di promuovere e incrementare sul territorio gli interventi relativi all'affido familiare, sia attraverso iniziative di sensibilizzazione con le famiglie del territorio, che attraverso mirate attività formative, informative e di incentivazione economica per le famiglie affidatarie. Essenziale per la realizzazione dei punti delineati risulta l'istituzione di un albo dell'ECAD n°17 delle famiglie affidatarie;</p> <p>- necessità di incrementare risposte domiciliari educative al crescente fabbisogno di minori multiproblematici</p>	<p>- difficoltà nel reperimento di famiglie affidatarie disponibili;</p> <p>- difficoltà nella creazione di partenariati ECAD/ASL/Privato sociale/Famiglie per la promozione e sensibilizzazione territoriale dell'affido;</p> <p>- difficoltà applicazione atti di indirizzo di accordi operativi (ECAD/Consultori Familiari/Privato sociale), già vigenti a livello regionale e provinciale.</p>	<p>a. partecipazione alla equipe territoriale per l'affido attivo a livello regionale;</p> <p>b. definizione di un fondo territoriale per il supporto alle famiglie affidatarie disponibili;</p> <p>c. incremento sostegno educativo domiciliare per minori e servizio di mediazione familiare.</p>	<p>- sottoscrizione di accordi operativi per l'affido familiare e partecipazione alla equipe territoriale – entro il primo anno del PSD;</p> <p>- avvio di attività di sensibilizzazione e formazione per operatori sociali e famiglie sull'affido familiare – entro il primo anno del PSD;</p> <p>- incremento del servizio educativo domiciliare minori – del 30% entro il primo anno e del 40% entro la vigenza del PSD.</p>	<p>Asse Tematico n. 4</p> <p>O.E. n. 2; O.E. n. 4.</p>
<p>Necessità di rispondere alle gravissime problematiche delle persone e delle famiglie con a carico soggetti affetti da disagio psichico e psichiatrico. Oltre alla richiesta di efficientare e promuovere nuovi interventi di supporto domiciliare, territoriale, scolastico e lavorativo, rimane aperto il grave problema del "Dopo di Noi", per cui è richiesto un serio e costante impegno di tipo progettuale, istituzionale ed economico integrato, da parte di tutti i soggetti istituzionali e privati interessati e coinvolti;</p>	<p>Difficoltà reperimento risorse finanziarie e strutturali per implementazione progetto "Dopo di Noi".</p>	<p>a. costituzione di un partenariato per la definizione azione progettuale;</p> <p>b. studio fattibilità ed avvio progettazione integrata (ECAD/ASL/ASP/Privato sociale/Fondazioni)</p>	<p>- definizione partenariato territoriale per l'avvio di una progettazione relativa all'implementazione di una struttura del "Dopo di Noi" per il disagio mentale – entro i primi sei mesi del PSD;</p> <p>- avvio progettazione ai sensi della L. 122/2016 – entro la vigenza 2018 del PSD;</p>	<p>Asse Tematico n. 5</p> <p>O.E. n. 7 O.E. n. 8</p>

<p>Reale necessità, nell'ambito delle politiche di inclusione sociale, di efficientare e realizzare interventi rivolti ad un target a rischio di esclusione sociale ed in situazione di povertà. La messa a sistema di tutti gli interventi in essere ed in fase di realizzazione a livello locale, provinciale e regionale (Avvisi specifici per l'integrazione sociale e lavorativa ed altre iniziative promosse con il FSE), complementari ed integrate con il supporto ministeriale ed progetto di implementazione territoriale "Sostegno Inclusione Attiva" (SIA) in fase di attivazione nell'ECAD n° 17, rappresenta un punto essenziale e strategico per l'implementazione stabile e funzionale di un modello integrato tra politiche sociali, politiche del lavoro ed azioni di supporto e di sistema a livello territoriale. Le professionalità e gli enti coinvolti a vario titolo, dovranno garantire la efficienza ed efficacia degli interventi messi in campo, attraverso una reale integrazione delle competenze dell'Ufficio di Piano di Ambito con i servizi territoriali per la presa in carico (Servizio Sociale Prof. e PUA) ed il network locale presente per le informazioni, la sensibilizzazione, l'orientamento e la formazione stessa della domanda (Servizi del Piano Sociale Distrettuale, Servizi ASL, CPI, Terzo Settore).</p> <p>- Fabbisogno rilevato a livello di ECAD 17 di rispondere all'alto</p>	<p>Difficoltà nel formalizzare ed avviare il network di rete per le politiche di inclusione e contrasto alla povertà (ECAD/CPI/FORMAZIONE/IMP RESA/COOPERAZIONE SOC. "B")</p>	<p>Promuovere altri interventi progettuali, anche in partenariato, nell'ambito di finanziamenti regionali, nazionali ed europei (es. "Progetti Obiettivo" regionali di tipo socio-sanitario, FSE, ecc.), con particolare riferimento alle politiche per l'inclusione sociale;</p>	<p>- attivare un servizio di orientamento con il CPI, entro i primi 6 mesi del piano;  - rendere operativo e funzionale l'equipe e la modulistica del pre-assessment ed assessment del SIA, entro il primo anno del piano distrettuale;  - attivare l'osservatorio sociale locale (OSL), con funzione permanente di monitoraggio, valutazione e riprogrammazione degli interventi, dal 10 mese durante la vigenza del piano;  - monitoraggio e valutazione interventi, in itinere 2017/2018</p>	<p>Asse tematico n. 3</p>	<p>O.E. n. 8</p>
		<p>Qualificare ed incrementare gli interventi e servizi socio-educativi</p>	<p>- incremento delle prestazioni in ambito scolastico del</p>	<p>Asse tematico n. 5;</p>	<p>O.E. n. 8</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fabbisogno rilevato a livello di ECAD 17 di rispondere all'alto tasso di disagio in ambito educativo-scolastico;</li> <li>- necessità di incrementare servizi educativi in ambito scolastico per la disabilità ed il disagio cognitivo comportamentale (L. 104/92), con particolare riferimento alla "Zona di Gestione sociale Valle dell'Orta"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- difficoltà a garantire adeguate risorse integrative per le scuole superiori di II° grado (L.R. 78/78) per il diritto allo studio;</li> <li>- necessità di avviare un percorso di aggiornamento e di professionalizzazione del personale già attivo in ambito scolastico.</li> </ul>	<p>Qualificare ed incrementare gli interventi e servizi socio-educativi in ambito scolastico e territoriale (applicazione convenzione ONU).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- incremento delle prestazioni in ambito scolastico del 20% - entro primo anno del PSD;</li> <li>- copertura ottimale in relazione alle richieste scuola/neuropsichiatria infantile (Mod. RAS/Diagnosi Funzionale//GH) – entro la vigenza del PSD 2018;</li> <li>- prima verifica interventi socio-sanitari, entro i primi 8 mesi del piano distrettuale;</li> <li>- sottoscrizione del nuovo accordo operativo per l'integrazione dei disabili, entro i primi 12 mesi del piano;</li> <li>- verifica e valutazione di efficacia dei processi e delle prestazioni, in itinere a cadenza semestrale, dal II° anno di vigenza del piano distrettuale;</li> <li>- monitoraggio e valutazione interventi, in itinere 2017/2018</li> </ul>	<p>Asse tematico n. 5;</p>	<p>O.E. n. 8</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alto indice di dipendenza strutturale (56,3), un alto indice di vecchiaia (201,20) e di dipendenza senile (37,5), che denotano un fabbisogno di politiche attive per il contrasto all'invecchiamento e di contrasto all'insorgenza di malattie degenerative</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- difficoltà dovute a particolarità orografiche e diversificazione e peculiarità della composizione socio-demografica tra Comuni dell'ECAD 17;</li> <li>- differenziazione organizzativa e della strutturazione delle attività già in essere tra i diversi centri diurni comunali.</li> </ul>	<p>Incrementare forme di gestione partecipative e creare una rete territoriale di coordinamento delle attività diurne e semiresidenziali socio-ricreative per gli anziani.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- formalizzazione di una convenzione per il coordinamento della rete territoriale a livello di ECAD 17 – entro i primi 8 mesi del PSD;</li> <li>- incremento delle partecipazioni anziane alle attività dei centri – del 20% entro il primo anno PSD;</li> <li>- del 40% entro il PSD 2018.</li> </ul>	<p>Asse Tematico n. 6</p>	<p>O.E. n. 6</p>

<p>Fabbisogno espresso dalle famiglie di nuove generazioni per la difficoltà di usufruire di servizi flessibili e diversificati in relazione alle esigenze di cura familiare e di tipo lavorativo (una esigenza di efficientare e diversificare i servizi per la prima infanzia, ai sensi della L.R. 76/2000; DGR 935/2011, L. 53/2000)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- difficoltà alla piena frequenza servizi nido per inadeguatezza orari e piani di funzionamento, mancanza di flessibilità apertura e necessità di diversificazione delle attività socio-educative;</li> <li>- necessità di aggiornamento e di professionalizzazione del personale educativo;</li> <li>- definizione degli standard qualitativi e funzionali in relazione alle procedure di accreditamento delle strutture per la prima infanzia (DGR 935/11).</li> </ul>	<p>a. Conclusione procedimenti di accreditamento strutture prima infanzia presenti al 31.12.2016, ai sensi della deliberazione giunta regione Abruzzo 935/2011 e ss integrazioni;</p> <p>b. Costituzione gruppo permanente di monitoraggio e verifica dei servizi nido operanti nel territorio ECAD 17, per la verifica requisiti strutturali e standard per il funzionamento ed il piano didattico educativo ai sensi della normativa nazionale vigente e legge regione Abruzzo 76/2000;</p> <p>c. Promozione interventi progettuali "ponte" con le scuole dell'infanzia del territorio per l'istituzione di "sezioni primavera";</p> <p>d. Promozione progetti integrativi per la prima infanzia ed attività di aggiornamento e formazione operatori nei servizi nido territoriali, utilizzando fondi regionali ed europei (FSE, FONDI PAR-FSR, ecc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- definizione nei servizi territoriali prima infanzia delle procedure di adeguamento degli standard qualitativi e funzionali ai sensi del L.R. 76/2000; DGR 935/2011 (ss integrazioni) entro il PSD 2017;</li> <li>- aggiornamento professionale del personale socio-educativo impegnato nei servizi territoriali – entro il PSD 2018;</li> <li>- copertura piena frequenza (dagli attuali n. 86 ai n. 120 posti asilo nido disponibili presso i servizi asilo nido dell'ECAD 17 – entro il PSD 2018.</li> </ul>	<p>Asse Tematico n. 7</p>	<p>O.E. n. 6</p>
---	---	---	---	---------------------------	------------------

Agli aspetti generali relativi ai fabbisogni, criticità e prospettive sopra delineati, comuni per tutto il territorio dell'ECAD 17 "Montagna Pescarese", si sono potute riscontrare alcune specifiche peculiarità che riguardano il territorio di riferimento della "Zona di Gestione Sociale Pedemontana Valle dell'Orta", già sopra riportate e che sinteticamente si riepilogano nella tabella seguente:

TABELLA N. 41 - sintesi SU FABBISOGNI PECULIARI, CRITICITÀ E PROSPETTIVE "ZONA DI GESTIONE Valle dell'ORTA"

FABBISOGNI EMERSI	PUNTI DI CRITICITÀ	AZIONI MIGLIORATIVE	INDICATORI DI EFFICIENTAMENTO	ASSE TEMATICO	OBIETTIVI ESSENZIALI DI SERVIZIO
Esigenza di rafforzamento d'accesso e orientamento della domanda, delle prestazioni domiciliari e di supporto economico per la non autosufficienza e la disabilità grave e gravissima (art. 3, comma 3 L. 104/92).	Necessità di adeguamento dei processi unitari ed integrati dell'accesso e presa in carico (semplice e complessa), rif. CLISS e Convenzione socio-sanitaria	Incremento delle prestazioni ed efficientamento procedure della presa in carico ed attivazione interventi ad elevata integrazione socio-sanitaria delle prestazioni (PUA, UVM, ADI, PLNA)	Riallocazione del personale e professionalità specialistiche ad integrazione dei servizi unitari del PUA ed integrati con l'UVM e servizi DSB, (entro i primi sei mesi di vigenza del PSD)	(N.1, 2.A/2.B, 5, 6)	(N. 1,2,3, 4,8)
Problematiche di tipo psico-socio-educativo minori ed alunni disabili (art. 3, comma 3 L. 104/92) in ambito scolastico e domiciliare.	Alta incidenza problematiche in ambito domiciliare e scolastico rispetto alla media generale ECAD 17	Incremento assistenza domiciliare educativa minori e rafforzamento presa in carico integrata (ECAD/Neuropsichiatria Infantile)	Aumento quantitativo dell prestazioni orarie in ambito domiciliare e scolastico (del 20% entro il 2017, del 40% entro il 2018)	(N. 4, 5)	(N. 2,4,5,6)
Mediazione familiare sociale per le famiglie straniere ed immigrate	Alta incidenza esigenze integrazione sociale rispetto ECAD 17	Incremento servizio di mediazione sociale e familiare	Aumento orario fronte-office e mediazione familiare (del 30% entro il 2017, del 40% 2018)	(N. 3)	(N. 8)

Il report sull'offerta, sui bisogni e sugli obiettivi delineato nei precedenti paragrafi, pur rappresentando una presenza di un sistema di interventi e servizi diffuso e rispondente ad una vasta area della domanda sociale, evidenzia, tuttavia, la necessità di attivare sia una serie di *azioni di sistema* necessarie per ottimizzare gli interventi e le prestazioni dal punto di vista procedurale, dell'efficientamento e della messa in rete del network territoriale, oltre che un *empowerment* delle prestazioni integrate domiciliari e territoriali per i *bisogni complessi ad elevata integrazione socio-sanitaria* e delle azioni di pronto intervento e più strutturate di risoluzione a medio-termine per *l'inclusione sociale e lavorativa* ed il contrasto alle povertà sempre più diffuse.

Il *Piano Distrettuale 2017/18 dell'ECAD 17* ha come priorità generale il raggiungimento di questi due aspetti complementari e rispondenti ad un obiettivo generale di consolidamento, miglioramento e potenziamento di sistema integrato territoriale dei servizi alla persona (obiettivo prioritario della L. 328/2000 e del nuovo PSR Abruzzo 2016/2018).

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

### 3.1. Priorità generali per il benessere sociale e di salute

#### Le priorità generali dell'ECAD 17 "Montagna Pescara"

Le priorità della presente programmazione sociale in ambito distrettuale fanno espressamente riferimento alle indicazioni evidenziate con l'analisi del "Profilo sociale" precedentemente delineato, in relazione ai "Campi di Intervento" del PSR Abruzzo 2016/2018 (paragrafo II.1). In modo particolare va sottolineata la corrispondenza nell'ECAD 17 "Montagna Pescara" delle priorità di bisogno sociale con i "campi di intervento", elencati nell'ordine di priorità ed in relazione ai rispettivi "Assi Tematici" di riferimento:

- *invecchiamento progressivo della popolazione (Assi 1 e 6);*
- *tassi significativi di presenza di malattie croniche (Assi 1,2 e 6);*
- *aumento delle fasce di popolazione a rischio di povertà ed esclusione sociale (Assi 1 e 3);*
- *difficoltà di integrazione lavorativa delle giovani generazioni (Assi 1,3 e 4);*
- *scarto tra domanda e offerta dei servizi a sostegno delle persone con disabilità (Assi 1,2,3 e 5);*
- *crescita delle malattie neuro generative (Assi 1,2 e 6);*
- *bassi tassi di natalità (Assi 4 e 7).*

Risulta evidente, infatti, la necessità di raggiungere obiettivi di benessere relativi agli interventi e servizi essenziali (LIVEAS) che producano un reale ed effettivo risultato atteso di miglioramento delle condizioni di benessere sociale e di salute dell'utenza presa in carico. Il compito della programmazione integrata su tutto il territorio dell'ambito distrettuale sociale n. 17 "Montagna Pescara", oltre alla qualificazione delle prestazioni ed alla ottimizzazione delle risorse economiche ed umane messe in campo, sarà quello di raggiungere con politiche mirate ed incisive i diversi target di bisogno sociale.

Pertanto, in relazione ai fabbisogni di salute e benessere sopra riportati in elenco, in riferimento agli "Assi Tematici" (PSR 2016/2018), uno degli aspetti strategici per il conseguimento dei risultati attesi della programmazione del PSD 2017/2018 dell'ECAD 17 è la *messa in rete* ed a *regime* delle prestazioni e dei servizi territoriali, facendo particolarmente riferimento a quattro principali tipologie di aree di intervento:

- *Contrasto all'invecchiamento progressivo ed alla crescita di patologie degenerative altamente invalidanti, attraverso l'ottimizzazione e il potenziamento dell'accesso ai Servizi e delle procedure integrate socio-sanitarie di presa in carico; fondamentale è l'incremento del servizio Punto Unico di Accesso attivo nel Distretto Sanitario di Scafa (macro area Majella-Morrone) e del segretariato sociale e servizio sociale professionale già attivo in ognuno dei comuni dell'ECAD 17;*
- *Diminuzione dello scarto tra domanda ed offerta per la disabilità, attraverso l'efficientamento degli interventi e prestazioni a favore della disabilità grave e gravissima ed alla non autosufficienza; è richiesta una necessaria ottimizzazione ed un incremento di servizi ed interventi ad elevata integrazione socio-sanitaria (priorità della CLISS e della Convenzione socio-sanitaria), sia in ambito domiciliare che diurno, semiresidenziale e residenziale, quale*

azione di contrasto all'invecchiamento progressivo ed alle patologie degenerative altamente invalidanti ed alla non autosufficienza;

- Azioni di contrasto alla povertà ed esclusione sociale e di supporto all'inclusione socio-lavorativa (SIA, Pronto Intervento sociale, Progetto Settoriali Integrati di inclusione tramite iniziative FSE, Regione, Ministero Politiche sociali, supporto all'emergenza abitativa);
- Contrasto alle cause della bassa natalità registrata a livello dell'ECAD 17, i cui indicatori evidenziano una bassa natalità (tasso natalità 5,8) superiore alle medie nazionali, regionali e della Provinciale di Pescara, attraverso l'efficientamento dei Servizi per la prima infanzia, la diversificazione dell'offerta (L.R. 76/2000, L. 53/2000), il sostegno alle famiglie con carichi familiari e di lavoro elevate, con l'obiettivo dell'incremento delle frequenze presso i Servizi della prima infanzia e la riduzione totale delle liste di attesa.

Risulta essenziale ottimizzare la rete dei servizi già attiva a livello territoriale, con particolare riferimento a due aspetti emersi durante i focus dei "Gruppi di Piano" durante la fase programmatica:

- a) un maggiore coinvolgimento del privato sociale (associazioni e cooperative sociali) e della cittadinanza attiva;
- b) la formalizzazione di partner operativi di rete con il CPI, la formazione professionale ed altri attori attivi nel mondo dell'impresa e del lavoro che operano nell'ambito territoriale ed extraterritoriale.

### **3.2. Obiettivi della programmazione**

In relazione all'analisi delle priorità sopra delineate, la programmazione 2017/2018 si pone lo scopo di conseguire specifici e relativi obiettivi e risultati di benessere e di salute sia a livello generale di ambito distrettuale sociale che in relazione alle peculiarità poste in evidenza e rilevate nel territorio di riferimento della "Zona di gestione Valle dell'Orta". Pertanto, in relazione ai "Campi di Intervento" ed agli "Assi Tematici" del PSR 2016/2018, nell'ordine di importanza per i bisogni e, dunque, per le priorità rilevate nel "Profilo sociale locale", essenziale è risultato essere il lavoro tematico svolto nei specifici focus dal "GRUPPO DI PIANO", costituitosi nella fase preliminare della programmazione, estremamente rappresentativo a livello territoriale, sia a livello istituzionale che nell'ambito del privato sociale, dei vari settori dell'istruzione, del sociale, del socio-educativo e del socio-sanitario, in cui è stato realmente possibile mettere a fuoco le criticità presenti nel territorio, evidenziando i punti di forza, al fine di indirizzare, con obiettivi e proposte concrete e necessarie, una programmazione partecipata dei servizi alla persona mirata e rispondente a reali bisogni di benessere e salute del territorio relativo all'ECAD 17 "Montagna Pescaresc".

In relazione alle indicazioni emerse dai tavoli di lavoro per area tematica, si riportano in elenco gli obiettivi di benessere e di salute relativi alla nuova programmazione dei servizi alla persona del PSD 2017/2018.

#### *Obiettivi di benessere e della salute dell'ECAD 17 "Montagna Pescaresc"*

- Ritardare i processi degenerativi relativi alla non autosufficienza attraverso azioni assistenziali volte a favorire un "invecchiamento attivo" degli utenti in carico (A.T. 1 e 6);

- Ridurre l'insorgenza di malattie croniche gravemente invalidanti, mettendo in campo interventi e servizi di cura domiciliare e territoriale ad elevate integrazione socio-sanitaria definite nella CLISS e convenzione socio-sanitaria dell'ECAD 17 (A.T. 1, 2 e 6);
- Ridurre incisivamente il numero di persone e famiglie che versano in una grave situazione di povertà ed esclusione sociale, attraverso interventi e servizi integrati di "Inclusione Sociale", con particolare riferimento alla capacità di integrazione degli interventi di "Sostegno all'Inclusione Attiva (SIA) ed altre iniziative progettuali regionali quali "Abruzzo Include", "Garanzia Giovani" e "Garanzia Over" con le azioni di presa in carico di "Pronto Intervento sociale" (emergenza abitativa, supporto economico e sostegno materiale) e di tipo socio-educativo, quali la ADM, il supporto alla genitorialità ed all'affido familiare, ed altre azioni rivolte alla famiglia (A.T. 1 e 3);
- Ridurre il tasso di disoccupazione ed inoccupazione della popolazione giovanile attraverso la messa in campo di politiche integrate e complementari, formative, di orientamento ed inserimento attivo al lavoro, nelle modalità di intervento delineate nel precedente punto (A.T. 1,3 e 4);
- Incrementare l'incidenza degli interventi e servizi per la disabilità, attraverso l'efficientamento della rete territoriale già operativa (PUA, ADI, UVM, Dimissioni Protette, interventi integrati in ambito domiciliare e scolastico per minori, famiglia ed alunni diversamente abili L. 104/92), in applicazione delle direttive per le prestazioni domiciliari e territoriali socio-sanitari regionali del PSR 2016/2018 (il Piano Sanitario vigente e relative al periodo 2008/2010 L.R. 5/2008) e definite a livello locale nella relative CLISS e convenzione socio-sanitaria dell'ECAD 17, quale parte integrante e sostanziale della presente pianificazione 2017/2018 (A.T. 1,2,3 e 5);
- Rafforzare la rete degli interventi e prestazioni di cura per le malattie degenerative progressive; essenziale per raggiungere tale obiettivo risulta essere l'ottimizzazione delle prestazioni in ambito domiciliare e territoriali, oltre che di supporto economico alle famiglie con a carico presone affette da *SLA* e altre forme di "*Dipendenza Vitale*", già attive nel territorio con il Piano sociale di zona 2011/2013 (2014/2016), i programmi annuali del PLNA, della "Vita Indipendente (L.R. 57/2012); un ruolo strategico di regia a livello di ECAD 17 è svolto dal PUA di riferimento, istituito (dal 2005) presso il DSB di Scafa (competente per "Macro-Area Distrettuale Maiella e Morrone") che, attraverso il coordinamento delle fasi di Accesso, valutazione e definizione della presa in carico dell'UVM, assicura una reale efficacia delle prestazioni in relazione alla domanda rilevata (A.T. 1,2 e 6);
- Ampliare l'offerta, in riferimento al basso tasso di natalità, e nello stesso tempo rendere omogenei gli standard qualitative a livello territoriale dell'offerta dei servizi rivolti alla prima infanzia: si vuole concretizzare e rendere operativi gli indirizzi già fissati dalla normative nazionale e regionale (in riferimento agli obiettivi della comunità europea), attraverso il miglioramento dell'intero sistema dell'offerta sul territorio; in merito a questo aspetto, essenziali risultano gli interventi progettuali realizzati dietro un concreto impulso dato dalla Regione Abruzzo, in particolar modo agli indirizzi per l'accreditamento delle strutture dati con la D.G.R 935/2011 e ss integrazioni, già stabilite dalla L.R. 76/2000, oltre che al supporto finanziario erogato direttamente ai Comuni ed agli ambiti sociali, per gli obietti sopra richiamati, con i fondi del FSC ed altri interventi comunitari.



La presente programmazione degli interventi dei servizi alla persona per il prossimo biennio 2017/2018, pertanto, in relazione alle diverse criticità palesatesi e rilevate nelle passate gestioni, tiene conto delle reali esigenze rilevate nel profilo sociale locale, nelle sue varie articolazioni territoriali, stabilendo i relativi obiettivi di salute e benessere secondo le linee di indirizzo del PSR 2016/2018, che, difatti, nella comparazione dei dati di contesto sociale, evidenziano la piena rispondenza ai “campi d’intervento” individuati in ambito regionale e per cui si ritiene necessario stabilire precisi “obiettivi di servizio” indispensabili per il miglioramento e il potenziamento stesso dell’intero sistema integrato degli interventi e servizi “essenziali” sul territorio dell’ECAD 17. Pertanto, in relazione agli “*obiettivi di benessere e salute*” sopra delineati (paragrafo 3.1.), vengono riportati di seguito i relativi *obiettivi di servizio* ritenuti necessari, elencati nell’ordine delle priorità sottolineate, per il perfezionamento complessivo degli interventi e servizi nella nuova programmazione.

### **Obiettivi Essenziali di Servizio dell’ ECAD 17 “Montagna Pescaresè”(in ordine di priorità)**

#### Obiettivi di miglioramento dell’accesso e della presa in carico (OO.EE. 1-2)

- **Potenziare e migliorare le procedure di accesso** (rif. ML1 PSR 2016/18) all’intero sistema territoriale dei “Servizi Generali Essenziali” - Segretariato Sociale e Punto Unico di Accesso (PUA) - che svolgono un ruolo strategico prioritario per la definizione delle prestazioni di carattere sociale e socio-sanitario, sia di tipo semplice che complesso. Su questo aspetto i risultati attesi si concentrano su tre azioni migliorative da garantire nella presente programmazione:
  1. una diffusa e ponderata presenza del Segretariato sociale in ognuno dei Comuni appartenenti all’ECAD 17, dunque, un monte ore di servizio realmente corrispondente alla quantificazione e qualificazione dei bisogni sociali individuate;
  2. rendere il PUA realmente una “porta unitaria di accesso” con procedure efficienti e standardizzate ed omogenee; su questo aspetto risulta importante l’aumento della presenza nel PUA dell’Assistente Sociale di riferimento dell’ECAD 17, oltre che una regolamentazione unitaria dei servizi e delle prestazioni sociali che sia recepita e resa funzionale a livello di ambito distrettuale (regolamento unitario dei servizi e delle prestazioni);
  3. attivare un sistema informatizzato strutturato e centralizzato di accesso, archiviazione e raccolta dati, che svolga anche una funzione di osservatorio sociale locale (OSL) permanente.

Questi tre punti possono garantire un salto di qualità effettivo e pienamente realizzabile nel corso della programmazione 2017/2018;

- **Mettere “a sistema” le procedure per la presa in carico** (rif. ML1 PSR 2016/18) che tengano conto della tipologia di bisogno, dunque, se di tipo “complesso” o “semplice”: i due principali attori coinvolti, tra loro complementari nelle funzioni, sono:
  1. il Servizio Sociale Professionale, già attivo in ognuno dei Comuni dell’ECAD 17, che dovrà essere rafforzato sia dal punto di vista strutturale che strumentale, con sedi territoriali idonee a svolgere le attività richieste e previste di “pre-assessment” e di “assessment”, assicurando una regia ed un coordinamento funzionale e rimodulato in relazione ai carichi di lavoro necessari per le numerose richieste di presa in carico nei singoli Comuni;
  2. l’Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), competente per l’intera “Area Distrettuale Majella-Morrone”, facente capo al DSB di Scafa, che assicura le verifiche

e le valutazioni per la presa in carico relative ai bisogni di tipo “complesso”; essenziale risulta essere, infatti, la funzione dell’UVM per tutti casi in assistenza in cui è richiesto un intervento o un servizio assistenziale e di cura ad elevata integrazione socio-sanitaria (si pensi ai malati di SLA, dipendenza vitale, patologie altamente invalidanti ed altri numerosi casi con un bisogno multidimensionale ed a tutti gli interventi del PLNA per la non autosufficienza);

- **Ridefinire il “Pronto Intervento Sociale”** (rif ML1 PSR 2016/18 ) a livello generale nell’ambito distrettuale ECAD 17: le azioni di questo importante servizio coinvolge numerose ambiti di competenza amministrativa, finanziaria, professionale e per cui la nuova programmazione 2017/2018 dovrà garantire un necessario intervento di ridefinizione procedurale e regolamentare delle prestazioni (aspetto da definire nel regolamento unitario di accesso ai servizi ed interventi): in questo settore si è potuto riscontrare nelle precedenti programmazioni una sorta di diffusa anarchia, per cui è mancata una regia ed un coordinamento sia della valutazione del bisogno che delle risposte attivate; come emerso precedentemente, il PIS per essere efficiente deve necessariamente prevedere una complementarità degli ambiti di intervento per rispondere ad un bisogno che spesso è “complesso” e “multidimensionale”. Ad esempio, la prestazione economica per il sostegno alla persona al nucleo familiare, sottostante una pluralità di problematiche tra loro intersecate (emergenza abitativa, disagio socio-familiare-educativo, esclusione lavorativa, deficienze genitoriali che coinvolgono minori, ecc); pertanto, l’obiettivo di servizio prioritario è quello di strutturare un “Pronto Intervento sociale” che stabilisca criteri di accesso, omogeneità della risposta, validazione del procedimento integrato, e la complementarità delle risorse, della progettualità e delle responsabilità coinvolte.

In sintesi, la nuova programmazione vuole rendere l’intervento mirato e funzionale, al fine di raggiungere l’obiettivo essenziale di estinguere le cause che procurano un bisogno (“emergenziale”), sia esso immediato o consolidato;

Obiettivi di servizio per l’empowerment dell’efficacia delle prestazioni di cura domiciliare – (O.E. 4)

Incrementare l’offerta delle prestazioni in ambito domiciliare, sia sotto l’aspetto quantitativo che quello qualitativo: la nuova programmazione vuole potenziare su tutto il territorio dell’ECAD 17 le tre tipologie di intervento domiciliare già poste in essere (rif ML2 PSR 2016/18):

1. *Assistenza Domiciliare (SAD/ADI)* rivolta ad anziani e disabili che non presentano gravi patologie invalidanti ma che necessitano di un intervento prettamente di tipo sociale e di supporto alle funzioni di vita quotidiana alla persona; è richiesto, pertanto, un incremento degli interventi integrati socio-sanitari soprattutto per le prestazioni di cura rivolte alla non autosufficienza;
2. *Potenziare il servizio di teleassistenza* attraverso una maggiore diffusione per gli utenti in situazione di non autosufficienza o che si trovano in uno stato di deficit relazionale e/o privo di un adeguata rete parentale a supporto delle normali e vitali funzioni di vita quotidiana; si ritiene, pertanto, utile incrementare l’intervento di telefonia solidale sia dal punto di vista quantitativo che da quello qualitativo, inteso come maggiore efficacia e funzionalità dell’ausilio messo a disposizione dell’utente;
3. *Incrementare e migliorare l’assistenza domiciliare educativa minori (ADM)*, al fine di evitare ogni forma di istituzionalizzazione del minore, in relazione ai casi che presentano gravi problematiche socio-relazionali e di tipo cognitivo, manifestate sia in ambito familiare che scolastico; un aspetto molto delicato che coinvolge la capacità di

dare risposte adeguate e specialistiche sia dal punto di vista delle azioni di *prevenzione* che della *presa in carico* e che devono essere necessariamente integrate ad un adeguato livello socio-educativo e socio-sanitario. I quattro attori principali chiamati ad interagire sono, pertanto:

- a. i servizi generali ed educativi per la presa in carico del piano distrettuale 2017/2018;
- b. i servizi distrettuali e provinciali della ASL(Consultori familiari e neuropsichiatria infantile in primis);
- c. la Scuola;
- d. la famiglia del minore.

Obiettivi di servizio di “Pronto Intervento sociale” ed Obiettivo di Servizio per “facilitare l’inclusione” e l’autonomia(O.E. 3 – O.E. 8)

1. Misure di Inclusione Sociale e sostegno al reddito (rif. ML5 PSR 2016/18), attraverso azioni di sostegno al reddito ed interventi innovativi progettuali (“baratto amministrativo”, “reddito minimo d’inserimento”), che siano complementari alle prestazioni di “Pronto intervento Sociale” per il breve periodo; è richiesta una capacità di fare rete e di co-progettare secondo le indicazioni e le proposte emerse nei focus di lavoro dei “Gruppi di Piano”;
2. Sostegno alla mobilità sociale, con particolare riferimento alle persone disabili e non autosufficienti, per cui si richiede un incremento di servizi territoriali in merito alla mobilità sociale e per le prestazioni di terapia e cure riabilitative (Taxi sociale, Bus-navetta, ecc);

Obiettivo di servizio relativo al sistema delle “comunità e microstrutture a favore di minore e persone con fragilità” (O.E. 5-7)

1. Risposte efficaci per la presa in carico residenziale per i casi complessi in cui non sussistono le condizioni per la domiciliazione, attraverso:
  - a) l’incremento delle prestazioni di Assistenza diurna e semiresidenziale per le patologie neuro-degenerative, con la duplice finalità di contrasto alla malattia e sollievo familiare care-giver);
  - b) le prestazioni di Assistenza diurna e semiresidenziale per le patologie neuro-degenerative, con la duplice finalità di contrasto alla malattia e sollievo familiare care-giver (es Centro Diurno Alzheimer);
  - c) co-progettazione di una micro comunità del “Dopo Di Noi” per persone in condizioni di estrema fragilità, facendo riferimento alla recente normativa e relativi finanziamenti previsti a livello nazionale e regionale;
2. Definire nuove convenzioni con strutture in ambito provinciale e regionale a carattere semi-residenziale e residenziale per la presa in carico di minori in grave situazione di disagio socio-familiare e per la disabilità grave e gravissima.

Obiettivo di servizio relativo al sistema delle “asili nido ed altri servizi per la prima infanzia e polivalenti” ed Obiettivo area assistenza minori e famiglia (O.E. 6- O.E. 4)

- 1) Sistema territoriale integrato per i minori e la famiglia: incrementare l’offerta dei servizi per

la prima infanzia;

- 2) Diversificare l'offerta con interventi innovativi per la prima infanzia ad integrazione dei servizi nido (L.R. 76/2000, L. 53/2000);
- 3) Qualificare e potenziare i servizi educativo minori e l'istituto dell'affido familiare;
- 4) Promuovere presso i centri di aggregazione giovanile capacità di progettazione partecipata per il reperimento di risorse finalizzate alle attività socio-culturali, che vedono il coinvolgimento diretto di giovani con la scuola ed altri servizi formativi (Centri Aggregazione, iniziative promosse ai sensi del "Fondo Nazionale Politiche Giovanili", L.R. 42/2015).

In riferimento ai dati sopra riportati, ed agli obiettivi essenziali, previsti nell'ambito dei "*Gruppi di Piano*" dell'ECAD 17, nel ricomporre le correlazioni tra le priorità, gli obiettivi, i risultati attesi e gli indicatori di piano (in rif. al PSR 2016/2018), si riporta di seguito una tabella riepilogativa e sintetica che focalizza il quadro sinottico delle priorità, dei bisogni e degli obiettivi ed interventi individuati nella presente programmazione 2017/2018 dell'ECAD 17.

TABELLA N. 42 - QUADRO SINOTTICO DELLE PRIORITÀ, OBIETTIVI ED INDICATORI DI RISULTATO DEL PIANO DISTRETTUALE 2017/2018 ECAD 17

MACROVIVELLI DI RIFERIMENTO	ASSI TEMATICI	OBIETTIVI DI BENESSERE E SALUTE	OBIETTIVI ESSENZIALI DI SERVIZIO	RISULTATO ATTESO	AZIONI MIGLIORATIVE/INTERVENTO PREVISTO	INDICATORI DI RISULTATO
Accesso e presa in carico (rif. ML1 PSR)	Funzionale a tutti i sette assi tematici di riferimento	Funzionale a tutti gli otto obiettivi di salute e benessere di riferimento	Potenziare ed efficientare le procedure di accesso all'intero sistema territoriale dei "Servizi Essenziali" Mettere "a sistema" le procedure per la presa in carico	Offrire servizi territoriali integrati socio-sanitari con procedure di accesso e presa in carico chiare e definite Garantire una presa in carico unitaria in ambito distrettuale (PUA)	Riadeguamento regolamentazione unitaria di accesso e presa in carico Definizione processi e strumenti di valutazione e presa in carico	Approvazione nei consigli comunali ed entrata in vigore entro i primi sei mesi di vigenza del piano distrettuale Adozione di una cartella unitaria per la presa in carico entro il primo anno di vigenza del piano distrettuale
Servizi e misure per potenziare la domiciliarità (rif. ML2PSR)	Assi Tematici 1,2,5 e 6	- qualificare il supporto alla persona ed alla famiglia, con prestazioni efficaci e professionali; - attraverso servizi di assistenza domiciliare integrata, ridurre al minimo l'ospedalizzazione; - incrementare il supporto per il	Ridefinire il "Pronto Intervento Sociale"	Garantire una risposta emergenziale in tempi adeguati a gravi situazioni di disagio	La messa a regime di tutte le azioni complementari per l'inclusione sociale ed il pronto intervento (SIA, emergenza abitativa, sostegno materiale)	Sottoscrizione di un accordo di rete con i CPI la ASL e soggetti settoriali per formalizzare il network di intervento, entro i primi 6 mesi di vigenza del piano distrettuale; - monitoraggio e valutazione interventi, in itinere 2017/2018
			Incrementare le prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	Favorire il più possibile standard qualitativi adeguati a vita quotidiana in ambito domiciliare	Massimizzare l'integrazione e l'efficacia delle prestazioni di cura in ambito socio-sanitario	La messa in atto delle indicazioni della CLISS e relativa convenzione: -Prima verifica entro il primo anno di vigenza del piano distrettuale x eventuali correttivi, - monitoraggio e valutazione interventi, in itinere 2017/2018

Misure di Inclusione Sociale e sostegno al reddito (rif. ML5 PSR)	Assi Tematici 1,3,e,4	solievo per evitare carichi eccessivi di stress a caregiver Riduzione di persone e nuclei familiari in grave situazione di esclusione sociale	Mettere in rete e strutturare il network territoriale per l'inclusione sociale	Potenziare le azioni in essere e promuovere interventi di politiche attive integrate (PIS/SIA/FSE)	Formalizzare accordi operativi di rete e partenariato (ECAD/CPI/DSEB/ONLUS)	-attivare un servizio di orientamento con il CPI, entro i primi 6 mesi del piano; -rendere operativo e funzionale l'equipe e la modulistica del pre-assessment ed assessment del SIA, entro il primo anno del piano distrettuale; -attivare l'osservatorio sociale locale (OSL), con funzione permanente di monitoraggio, valutazione e riprogrammazione degli interventi, dal 10 mese durante la vigenza del piano; - monitoraggio e valutazione interventi, in itinere 2017/2018
Misure per ridurre lo scarto tra domanda e offerta servizi per la disabilità e non autosufficienza (Rif. ML2)	Assi Tematici 1,2,3 e 5	Migliorare le normali condizioni e funzioni di vita quotidiana e sociale del disabile	Qualificare gli interventi e servizi di cura domiciliare e socio-educativi in ambito scolastico e territoriale (applicazione convenzione ONU)	Garantire la presa in carico a livello quantitativo e qualitativo che migliorino le capacità psico-fisiche e cognitive-comportamentali del disabile ed il supporto per i carichi assistenziali	-rendere funzionale la CLISS e dare concreta applicazione alla Convenzione per integrazione socio-sanitaria; -Ridefinire gli Accordi per l'integrazione del disabile ex Pv (L. 104/92,L.R. 78/78), in applicazione della Convenzione ONU.	-prima verifica interventi socio-sanitari, entro i primi 8 mesi del piano distrettuale; -sottoscrizione del nuovo accordo operativo per l'integrazione, entro i primi 12 mesi del piano; - verifica e valutazione di efficacia dei processi e delle prestazioni, in itinere a cadenza semestrale, dal II° anno di vigenza del piano distrettuale; - monitoraggio e valutazione interventi, in itinere 2017/2018

Servizi a carattere residenziale e semiresidenziale per la presa in carico complessa ed il contrasto alle malattie neuro-degenerative e del disagio mentale (Rif. ML....)	Assi tematici 1,2,3, 5,6	Potenziare le capacità psico-fisiche e cognitive residuali funzionali al miglioramento della vita quotidiana in ambito familiare	-garantire una risposta efficace per la presa in carico residenziale per i casi complessi in cui non sussistono le condizioni per la domiciliarità e del "Dopo di Noi"; -Incrementare le prestazioni di Assistenza diurna e semiresidenziale per le patologie neuro-degenerative, con la duplice finalità di contrasto alla malattia e sollievo familiare, caregiver)	mettere in rete, supportare ed incrementare i servizi diurni per la terza età	Definire nuove convenzioni con strutture in ambito provinciale e regionale a carattere semi-residenziale e residenziale per la presa in carico disabilità grave e gravissima; -promuovere un servizio di ambito distrettuale per l'Alzheimer e malattie complementari della demenza senile; -definizione partenariato territoriale per l'avvio di una progettazione relativa all'implementazione di una struttura del "Dopo di Noi" per il disagio mentale; -avvio progettazione ai sensi della L. 208/2015; L. 122/2016;	Sottoscrizione di convenzioni per la presa in carico residenziale - entro i primi sei mesi del piano; - potenziamento di interventi di tipo diurno e semiresidenziale per il contrasto all'Alzheimer e malattie complementari neurodegenerative, entro i primi 18 mesi del piano; -definizione partenariato progetto "Dopo di Noi" - entro sei mesi del PSD; -avvio progettazione L. 122/2016 - entro 2018 PSD; -monitoraggio e valutazione interventi, in itinere 2017/2018
(Rif. ML.....)	Asse Tematico n. 6	Potenziare le capacità psico-fisiche e cognitive residuali funzionali al miglioramento della vita quotidiana e delle relazioni sociali	aumentare la partecipazione attiva alle attività territoriali sociali, socio-culturali e ricreative degli anziani.	incrementare forme di gestione partecipative ed integrate e creare una rete territoriale di coordinamento delle attività diurne socio-ricreative per gli anziani.	messaggio in rete di servizi diurni territoriali per l'anziano e supporto alle attività previste (laboratori tematici, eventi culturali, coinvolgimento Università della Terza Età di Popoli, progettazione partecipata).	formalizzazione di una convenzione per il coordinamento della rete territoriale a livello di ECAD 17 - entro i primi 8 mesi del PSD; -incremento delle partecipazioni anziani alle attività dei centri - del 20% entro il primo anno PSD; del 40% entro il PSD 2018
servizi territoriali per minori e la prima infanzia (rif. ML3)	Assi Tematici 4 e 7	-Sostenere tassi di natalità e coesione familiare; -potenziare spazi di aggregazione minori e giovani	-garantire un sistema territoriale integrato per i minori e la famiglia; -incrementare l'offerta dei servizi per la prima infanzia; diversificare l'offerta con interventi	-qualificare e potenziare il servizio educativo minori e l'istituto dell'affido familiare; -Accreditamento di tutte le strutture per la prima infanzia del territorio;	-definire accordi operativi con strutture a carattere residenziale e semiresidenziale per la presa in carico complessa di minori e famiglie problematiche; -qualificare personale e prestazioni e socio-educative e diversificare gli interventi	-Sottoscrizione di accordi operativi entro i primi sei mesi del piano distrettuale; -evazione delle liste di attesa relative ai nido comunali e riadeguamento degli orari di apertura e diversificazione delle attività e offerta educativa -

			<p>con interventi innovativi per la prima infanzia ad integrazione dei servizi nido (L.R. 76/2000, L. 53/2000);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-potenziare ed efficientare la funzionalità della rete territoriale delle "biblio-mediateche comunali;" per i giovani del territorio.</li> </ul>	<p>territorio;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-potenziare i servizi diurni di aggregazione deputati alla socializzazione di giovani.</li> </ul>	<p>diversificare gli interventi nell'ambito degli asili nido e dei servizi integrativi, in risposta alle esigenze di conciliazione tempi di cura e lavoro delle famiglie (L.R. 76/2000, L. 53/2000);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- promuovere presso i centri di aggregazione giovanile capacità di progettazione partecipata per il reperimento risorse finalizzate alle attività socio-culturali che vedono il coinvolgimento diretto di giovani con la scuola ed altri servizi formativi (Centri Aggregazione, iniziative promosse ai sensi della (R. 42/2015)</li> </ul>	<p>attività e offerta educativa - entro i primi 12 mesi di vigenza del piano;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-definizione nei servizi territoriali prima infanzia delle procedure di adeguamento degli standard qualitativi e funzionali ai sensi della L.R. 76/2000, DGR 935/2011 (ss integrazioni);</li> <li>- entro il PSD 2017;</li> <li>-aggiornamento professionale del personale socio-educativo impegnato nei servizi territoriali – entro il PSD 2018;</li> <li>- copertura piena frequenza (dagli attuali n. 86 ai n. 120 posti asilo nido disponibili presso i servizi asilo nido dell'ECAD 17 – entro il PSD 2018.</li> <li>-messa in rete dei centri biblio-mediateche comunali e creazione di uno sportello di orientamento e supporto progettazione centro presso i centri di aggregazione giovanile attivi - entro 18 mesi del piano distrettuale;</li> <li>-monitoraggio e valutazione interventi - in itinere 2017/2018</li> </ul>
--	--	--	---	---	---	--

Nell'analizzare i fabbisogni rilevati nel Profilo Sociale Locale dell'ECAD 17 "Montagna Pescaresè", sopra riportati nella tabella, si sono potute riscontrare alcune peculiarità proprie della "Zona di Gestione Valle dell'Orta", in relazione sia a specifici indicatori socio-demografici che in particolar modo alla maggiore incidenza di alcuni fabbisogni di salute e di benessere, che di seguito si riportano in sintesi.



Si riportano di seguito i fabbisogni peculiari ed i relativi obiettivi di benessere e di servizio della “Zona di gestione sociale Valle Dell’Orta” previste nel PSD dell’ECAD “Montagna Pescaresese” 2017/2018, con la definizione delle azioni migliorative previste.

TABELLA N.43 di sintesi SU FABBISOGNI PECULIARI, CRITICITA’ E PROSPETTIVE “ZONA DI GESTIONE Valle dell’ORTA”

FABBISOGNI EMERSI	PUNTI DI CRITICITA’	AZIONI MIGLIORATIVE	INDICATORI DI EFFICIENTAMENTO	ASSTE TEMATICO	OB. ES. SERVIZIO
Esigenza di rafforzamento dell’accesso e orientamento della domanda, delle prestazioni domiciliari e di supporto economico per la non autosufficienza e la disabilità grave e gravissima (art. 3, comma 3 L. 104/92).	Necessità di adeguamento dei processi unitari ed integrati dell’accesso e presa in carico (semplice e complessa), rif. CLISS e Convenzione socio-sanitaria	Incremento delle prestazioni ed efficientamento procedure della presa in carico ed attivazione interventi ad elevata integrazione socio-sanitaria delle prestazione (PUA, UVM, ADI, PLNA)	Riallocazione del personale e professionalità specialistiche ad integrazione dei servizi unitari del PUA ed integrati con l’UVM e servizi DSB. (entro i primi sei mesi di vigenza del PSD)	(N.1, 2.A/2.B, 5, 6)	(N. 1,2,3, 4,8)
Problematiche di tipo psico-socio-educativo minori ed alunni disabili (art. 3, comma 3 L. 104/92) in ambito scolastico e domiciliare.	Alta incidenza problematiche in ambito domiciliare e scolastico rispetto ala media generale ECAD 17	Incremento assistenza domiciliare educativa minori e rafforzamento presa in carico integrata (ECAD/Neuropsichiatria Infantile)	Aumento quantitativo delle prestazioni orarie in ambito domiciliare e scolastico (del 20% entro il 2017, del 40% entro il 2018)	(N. 4, 5)	(N. 2,4,5,6)
Mediazione familiare sociale per le famiglie straniere ed immigrate	Alta incidenza esigenze integrazione sociale rispetto ECAD 17	Incremento servizio di mediazione sociale e familiare	Aumento orario fronte-office e mediazione familiare (del 30% entro il 2017; del 40% 2018)	(N. 3)	(N. 8)

L’analisi dei fabbisogni e dei punti di criticità e di forza rilevati nel profilo sociale dell’ECAD “Montagna Pescaresese” 2017/2018, ha permesso al “Gruppo di Piano” di rilevare precise indicazioni ed obiettivi della nuova programmazione distrettuale, attraverso focus di lavoro svolti per “Assi Tematici”, secondo le indicazioni fornite dal PSR 2016/2018; un aspetto essenziale che ha permesso di implementare un programma di interventi e servizi realmente rispondente ai principali *bisogni di benessere e salute rilevati*, con precisi riferimenti alle *azioni di sistema* ed agli *obiettivi essenziali di servizio* da realizzare nei prossimi mesi ed annualità di gestione associata e partecipata dei servizi alla persona a livello distrettuale.

In relazione ai *fabbisogni di benessere e di salute* ed agli *obiettivi di servizio* per asse tematico ed agli interventi migliorativi, con i relativi indicatori emersi dai Focus tematici svolti dal “Gruppo di Piano” dell’ECAD n. 17 “Montagna Pescaresese”, si riporta nel paragrafo successivo un quadro sinottico suddiviso per “Asse tematico” riguardante l’attuazione degli obiettivi previsti nella fase programmatica durante i focus di lavoro.

## AT 1 - ATTUAZIONE DEGLI OBIETTIVI ESSENZIALI DI SERVIZIO SOCIALE

### RIEPILOGO PRINCIPALI FABBISOGNI EMERSI E ATTUAZIONE OBIETTIVI

## AT 1 – Attuazione degli Obiettivi Essenziali di Servizio Sociale

- Necessità di aumentare il numero delle risorse umane specialistiche nel Servizio Sociale professionale parametrando al numero di abitanti e ai bisogni socio-demografici e di salute e benessere rilevati, oltre che alla vastità e particolare conformazione orografica dell'ECAD 17 "Montagna Pescaresese", al fine di garantire una più attenta e corretta azione di presa in carico professionale;
- Necessità di aggiornare e uniformare la modulistica di accesso ai Servizi Sociali rendendola condivisibile in rete con la modulistica del Punto Unico di Accesso del Distretto Sanitario, al fine di assicurare una presa in carico multidimensionale con il riconoscimento della personalizzazione degli interventi e con la partecipazione attiva delle persone stesse alla definizione di progetti individualizzati;
- Necessità di implementare la rete con le associazioni e gli enti del terzo settore, le scuole, i medici servizi ASL, i servizi giudiziari e del Lavoro, al fine di approfondire costantemente l'analisi del bisogno socio sanitario locale, integrare le risorse a disposizione, stimolare la modalità di condivisione degli obiettivi e delle strategie operative mediante la co-progettazione e incoraggiare la partecipazione attiva della società civile al benessere collettivo;
- Necessità di incrementare le politiche di contrasto al fenomeno di violenza, violenza domestica ai danni delle donne e bambini (child-abuse), attraverso azioni di prevenzione nei circuiti di aggregazione minorile, in rete con le istituzioni deputate alla tutela minorile e alla repressione dei relativi fenomeni devianti;
- Necessità di azioni di potenziamento del Sistema Informativo dei Servizi dell'Ambito;
- Necessità di aggiornare ed uniformare il Regolamento Unitario di Accesso ai Servizi Socio-Sanitari e prestazioni sociali su base ISEE dell'Ambito Sociale Distrettuale dell'ECAD 17 "Montagna Pescaresese".

### **INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA:**

- Le risorse umane ed economiche impegnate per la realizzazione del Sistema Integrato dei Servizi Socio-Sanitari risultano ancora insufficienti, è necessaria una più fattiva azione di integrazione delle risorse umane ed economiche socio-sanitarie;
- Necessità di maggiore attenzione alla valutazione del bisogno complessivo e globale della persona a causa di classificazioni e modelli valutativi non sempre omogenei e a volte carenti;
- Necessità di migliorare la formazione specifica, sia del personale Sanitario (soprattutto dei medici di base) che dell'Ambito Sociale per la predisposizione della modulistica e della corretta segnalazione del bisogno del paziente.

## CRITICITÀ E PROSPETTIVE DI MIGLIORAMENTO

- Aumentare il numero di Assistenti Sociali nel Servizio Sociale Professionale, garantendo il

rapporto di almeno n.1 assistente sociale ogni n.7.000 abitanti;

- Implementare azioni di formazione e aggiornamento del personale specialistico del Segretariato Sociale e Servizio Sociale Professionale e Punto Unico di Accesso;
- Costituire un Sistema Informativo Socio-Sanitario per la gestione innovativa e integrata in Rete con i Servizi Sanitari, caratterizzata dall'interoperabilità dei Sistemi informativi e Banche dati, che supporti sia la fase dell'accesso che quella relativa all'erogazione e consuntivazione delle prestazioni, assumendo quindi una duplice funzione di "**Osservatorio Sociale Locale**" e di "Incubatore per la realizzazione dei Progetti Assistenziali Individualizzati"; interessante è risultata la proposta di attivare un tavolo permanente di lavoro proposto dalle associazioni partecipanti ai lavori tematici del "**Gruppo di Piano**", prendendo spunto dal "**Progetto Sinapsi**" proposto nei focus durante i lavori programmatici;
- Definire un Piano Assistenziale Individualizzato sotto la duplice responsabilità del Distretto sanitario e dell'Ambito distrettuale con l'adozione di una modulistica condivisa: Cartella socio sanitaria informatizzata;
- Aggiornare la "**Carta per la Cittadinanza Sociale**", con la previsione di appositi tutoring per i non udenti e i non vedenti;
- Aumentare e distribuire maggiormente gli sportelli informativi di accesso ai Servizi socio-assistenziali dell'ECAD 17;
- Aggiornare il Regolamento Unitario di Accesso ai Servizi Socio-Assistenziali dell'ECAD 17;
- Rafforzare il raccordo operativo tra la programmazione sociale e quella sanitaria al fine dell'integrazione delle risorse socio-sanitarie, in modo da assicurare maggiore organicità, unitarietà ed efficacia al processo di programmazione socio-sanitaria, e l'individuazione di soluzioni assistenziali coordinate al fine di una migliore risposta socio-assistenziale all'utenza che abbia come obiettivo la centralità della persona prescindendo dalla effettiva capacità erogativa dell'Ente;
- Rafforzare la rete PIS (Pronto Intervento Sociale) mediante l'implementazione di una modalità operativa centrata sull'attivazione di un sistema coordinato di interventi e servizi sociali e promozione di accordi di collaborazione in rete con le amministrazioni competenti sul territorio in materia di servizi per l'impiego, tutela della salute e istruzione, nonché con le associazioni e enti non profit attivi nell'ambito degli interventi di contrasto alla estrema povertà ed emergenza abitativa;
- Potenziare la presa in carico socio-sanitaria soprattutto per il rilevamento e la valutazione del bisogno complesso (U.V.M.) e la programmazione di una più completa risposta socio-assistenziale integrata con l'adozione di modelli valutativi idonei e in linea con la normativa vigente;
- finalizzare gli importi assegnati alla AUSL dalla Regione Abruzzo per la realizzazione di Progetti Obiettivo di Rilievo Nazionale (ex art. 1 CC.34 e 34 bis L.662/96) attraverso azioni di co-progettazione socio-sanitaria per l'implementazione di interventi e servizi specifici ad alta integrazione socio-sanitaria (Interventi per persone affette da malattie neurodegenerative, sviluppare nuovi interventi socio-sanitari di residenzialità leggera assistita per disabili minori ed adulti con particolare attenzione alla disabilità psichica e psichiatrica, implementare interventi specifici per il "**Dopo di Noi**").

## OBIETTIVI PSD 2017-2018

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 PAI;
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;
3. 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;
4. Aumentare la conoscenza della cittadinanza sui servizi attivati, sui requisiti e le modalità per accedervi nonché mettere a disposizione modalità e strumenti di valutazione da parte dell'utenza dei servizi stessi;

### INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

- Riconoscimento del Punto Unico di Accesso situato presso il Distretto Sanitario di Scafa;
- Piena applicazione di quanto previsto dal Piano Sociale Regionale in merito all'integrazione Socio-sanitaria – CLISS e Convenzione Socio Sanitaria;
- Progressivo allineamento del Piano Sociale Distrettuale *ECAD 17* e del Programma delle Attività Territoriali del *Distretto di Scafa* ("Macro-area Majella-Morrone") sulla base di quanto previsto dal D.lgs. 502/1992, dal D.lgs 229/1999 e dalla L.R. 5/2008;
- Finalizzazione degli importi assegnati alla A.USL. dalla Regione Abruzzo per la realizzazione di Progetti Obiettivo di Rilievo Nazionale (ex art. 1 CC.34 e 34 bis L.662/96).

### AT 4 - SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ E ALLE FAMIGLIE, NUOVE GENERAZIONI, PREVENZIONE E CONTRASTO ALLA VIOLENZA DOMESTICA

### AT 7 - STRATEGIE PER LO SVILUPPO DEI SERVIZI EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA

#### PRINCIPALI FABBISOGNI EMERSI

1. Notevole aumento del numero di famiglie, soprattutto italiane, in stato di estrema povertà ed emergenza abitativa in carico ai Servizi sociali;
2. Disagio delle famiglie nella definizione del proprio ruolo educativo che si esprime attraverso un notevole aumento di famiglie con minori segnalate ai servizi sociali in stato di grave

conflittualità;

3. Alto numero di minori segnalati ai Servizi Sociali con disturbi del comportamento e disagio legato a incuria e maltrattamento;
4. Significativo numero degli accessi al Servizio di Neuropsichiatria di minori e adolescenti con problematiche neurologiche, neuropsicologiche e psichiatriche;
5. Rilevante numero di minori ed adolescenti segnalati dalla Prefettura (tossicodipendenze), dalla Procura della Repubblica presso il Tribunale dei Minorenni, presi in carico e seguiti dall'USSM ufficio Servizio Sociale Per i Minorenni d'Abruzzo del Dipartimento di Giustizia Minorile;
6. Considerevole numero di utenti Tossicodipendenti presi in carico dal Sert di Tocco da Casauria, concentrati particolarmente nelle fasce d'età 18 – 35 anni (229 in carico, 63 segnalazioni dalla prefettura, di cui 10 minori);
7. Aumento del disagio giovanile che si esprime con l'aumento dei casi di giovani in carico ai servizi per le dipendenze, micro- criminalità giovanile/vandalismo, bullismo, abbandono degli studi/dispersione scolastica.
8. Necessità sempre crescente di mediazione culturale e linguistica sia in ambito scolastico che extrascolastico legata al rilevante bisogno sociale di inclusione di famiglie straniere con minori residenti nel territorio ECAD 17;
9. Bassa conoscenza delle risorse presenti sul territorio;
10. Necessità di aggiornare ed uniformare il Regolamento unitario di accesso ai servizi socio-assistenziali dell'ECAD 17;
11. Miglioramento, anche attraverso il lavoro di un'equipe multidisciplinare, della presa in carico congiunta dei minori/giovani adulti entrati nel circuito penale;
12. Necessità di incrementare la rete territoriale di risposta alle problematiche di inclusione, al fine di promuovere una più adeguata ed efficiente modalità di gestione integrata della rete pubblico-privata per le azioni condivise di accoglienza, ascolto e accompagnamento al superamento della situazione di esclusione sociale di famiglie e persone; essenziali sono risultate le proposte delle associazioni partecipanti ai focus programmatori del "Gruppo di piano", in modo particolare *"Il Baratto Amministrativo"* proposto dall'Associazione *"Insieme per Alanno"* e dalla referente del Comune di Popoli, insieme alle altre proposte acquisite agli atti per la programmazione del PSD 2017/2018.

## CRITICITÀ E PROSPETTIVE DI MIGLIORAMENTO

### *(proposte per la genitorialità ed il supporto ai minori)*

- Incrementare le figure specialistiche (Educatori Professionali) per potenziare il Servizio Socio-psico-educativo domiciliare per famiglie multiproblematiche con minori a rischio di allontanamento: esigenza di tutto il territorio dell'ECAD 17, ma con indici di fabbisogno elevato riguardanti in modo particolare la **"Zona di gestione Valle dell'Orta"**, che presenta circa il **41%** dei casi in carico al servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza della ASL di Pescara;
- Implementare le azioni di prevenzione piuttosto che agire solamente sull'emergenza al fine di supportare adeguatamente azioni di prevenzione di base, di tipo educativo e di socializzazione, anche in collaborazione con le scuole e le associazioni del Territorio dell'Ambito per prevenire il fenomeno emergente della devianza minorile/adolescenziale;

- Migliorare e rendere più operativo il coinvolgimento delle realtà associative presenti nel territorio dell'Ambito 17 e sviluppo di progettualità in rete con enti del terzo settore al fine di implementare strategie comuni per la diminuzione del disagio giovanile e per sviluppare servizi di comunità e di mutuo aiuto fra famiglie;
- Rafforzare le politiche familiari attraverso la qualificazione della famiglia in chiave promozionale/valorizzazione e sostegno delle diverse funzioni che svolge;
- Qualificare la famiglia in chiave socio-assistenziale attraverso percorsi formativi per le adozioni nazionali ed internazionali e l'affido familiare anche mediante sperimentazioni di forme di affido professionale, in collaborazione con il CSV di Pescara ed il gruppo regionale per l'affido familiare costituitosi;
- Potenziare e diversificare i servizi rivolti alla prima infanzia, minori e adolescenti: Asilo nido, Ludoteca /laboratorio didattico, Centro di Aggregazione giovanile, Mediateche comunali, Centri Sportivi, ecc.);
- Incrementare le politiche di contrasto al fenomeno di violenza, violenza domestica ai danni delle donne, bambini, child abuse, attraverso azioni di prevenzione nei circuiti di aggregazione minorile, in rete con le istituzioni deputate alla tutela minorile e alla repressione dei relativi fenomeni devianti;
- Sostenere le famiglie conflittuali e in stato di disagio, attraverso servizi integrati, di supporto e mediazione;
- Sopportare l'integrazione delle famiglie e dei minori stranieri, attraverso servizi di sostegno e mediazione culturale (fabbisogno particolarmente presente nella "Zona di gestione sociale Valle dell'Orta").

#### **OBIETTIVI PSD 2017-2018**

- Programmazione di un tavolo inter istituzionale in cui varie realtà del territorio sia pubbliche che private, Enti Istituzionali Socio-Sanitari, Scuole, Terzo Settore con il coinvolgimento diretto delle famiglie e dei giovani portatori di bisogni ed interessi: questo tavolo si riunirà mensilmente ed affronterà in modo integrato con la metodologia dell'integrazione delle risorse ed interventi e co-progettazione di azioni congiunte, i bisogni emergenti per le famiglie, i minori e giovani a rischio di devianza e la problematica della violenza domestica. La composizione del Tavolo Inter istituzionale sarà la seguente:
  - Responsabile Ufficio di Piano ECAD n.17
  - Assistente Sociale Servizio Sociale Professionale per minori, giovani e famiglie ECAD n.17
  - Punto Unico di Accesso (PUA) – Distretto di Scafa
  - Consultorio familiare
  - Dipartimento Salute Mentale e Neuropsichiatria Infantile AUSL PE
  - Sert
  - Centri Psico-pedagogici
  - Comunità terapeutiche e centri di recupero
  - Centri di Riabilitazione
  - Centro Ananke per la rete provinciale antiviolenza

- Forze dell'Ordine
  - Prefettura / Questura
  - Tribunale per i minorenni
  - USSM
  - Medici mmg e pediatrici
  - CSV, Associazioni attive del territorio e Parrocchie
  - Scuole
  - rappresentanza di famiglie con minori
  - rappresentanza di giovani in età adolescenziale
- Potenziare i servizi per la prima infanzia, proponendo modelli flessibili ed innovativi per la cura dei bambini nelle ore diurne, a seconda delle specificità territoriali;
  - Potenziare i servizi di prevenzione ed intervento domiciliare in favore di nuclei familiari con minori che vivono in condizione di disagio, marginalità, conflittualità;
  - Progettare servizi innovativi anche in rete con il mondo del volontariato locale per la miglior gestione degli spazi e dei tempi domestici e lavorativi in chiave solidale, come la Banca del Tempo;
  - Sviluppare servizi di socializzazione pomeridiana, in rete con le Istituzioni scolastiche e le associazioni locali, per la gestione educativa del tempo libero dei bambini e dei ragazzi;
  - Incrementare le politiche di contrasto al fenomeno di violenza, violenza domestica ai danni delle donne, bambini, child abuse, attraverso azioni di prevenzione nei circuiti di aggregazione minorile, in rete con le istituzioni deputate alla tutela minorile e alla repressione dei relativi fenomeni devianti;
  - Sostenere le famiglie conflittuali e in stato di disagio, attraverso servizi integrati, di supporto, sostegno e mediazione;
  - Sostenere l'integrazione delle famiglie e dei minori stranieri, attraverso servizi di supporto, sostegno e mediazione culturale;
  - Sostenere le famiglie attraverso l'implementazione di servizi socio-educativi extrascolastici;
  - Sviluppare servizi per il contrasto alla povertà e alla vulnerabilità sociale (S.I.A., redditi di inserimento, voucher sociali, sussidi finalizzati, inserimento socio-lavorativo).

## **AT 6 – STRATEGIA PER L'INVECCHIAMENTO ATTIVO**

### **AT 2 - INTERVENTI E SERVIZI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA**

#### **PRINCIPALI FABBISOGNI EMERSI**

- Richiesta di sviluppo di interventi specifici per anziani in situazione di gravità (Alzheimer, demenza senile, grave non autosufficienza, altre cronicità, etc.);
- Scarsità di servizi territoriali alternativi a quelli istituzionali di Ambito anche di supporto alla problematica degli anziani soli;
- Necessità di implementare azioni ed interventi, in stretta collaborazione con le associazioni che operano sul territorio dell'Ambito, di supporto alle persone anziane mirati al mantenimento

delle facoltà cognitive ed a favorire l'inclusione sociale e l'invecchiamento attivo, basati sul mantenimento ed il recupero del proprio ruolo sociale e della propria identità;

- Necessità di strutturare meglio i Centri ricreativi per gli anziani del territorio organizzandoli e regolamentandoli come veri e propri Centri diurni socio-educativi e riabilitativi per anziani;
- Bisogno rilevante da parte delle persone anziane di orientamento ai servizi del territorio e di informazione corretta sulle opportunità offerte, pertanto servizi che diretti al superamento dell'atteggiamento di chiusura degli anziani del territorio, anche con l'implementazione di azioni di coinvolgimento degli stessi nelle attività di pubblica utilità e di spazi di cultura e di condivisione.

### **CRITICITÀ E PROSPETTIVE DI MIGLIORAMENTO**

- Potenziamento servizi domiciliari e territoriali integrati per la non autosufficienza e per la rilevante problematica delle Malattie neurodegenerative;
- Migliorare la regolamentazione e l'organizzazione degli attuali Centri ricreativi per anziani presenti nel territorio riorientandoli a veri e propri Centri Diurni per Anziani;
- Realizzare diversi spazi di cultura e condivisione che coinvolgano e valorizzino le persone anziane del territorio mediante la collaborazione con il Terzo Settore;
- Costruire una rete, formalizzata attraverso un protocollo d'intesa ed una regolamentazione operativa, tra l'ente pubblico e le associazioni attive sul territorio sull'area anziani per l'attuazione di strategie progettuali, anche di carattere innovativo e sperimentale, che perseguono l'obiettivo di ottimizzare le opportunità relative alla salute, partecipazione e sicurezza, dirette a migliorare la qualità della vita delle persone anziane (invecchiamento attivo e residenzialità sociale);
- Migliorare l'azione di informazione ed orientamento agli utenti sulle modalità di richiesta ed accesso a tutti i servizi socio-sanitari diretti alle persone anziane e sulle opportunità offerte nel territorio;
- Migliorare e strutturare il coinvolgimento delle realtà associative presenti nel territorio dell'Ambito Distrettuale 17 sia all'interno dei Centri diurni per anziani che per gli interventi per l'invecchiamento attivo da attuare con il sistema della co-progettazione;
- Rivedere i modelli valutativi per la presa in carico socio-sanitaria soprattutto per la valutazione del bisogno complesso (U.V.M.) e la programmazione della risposta socio-assistenziale integrata;
- Potenziare i servizi di aggregazione sociale, anche di tipo residenziale e semiresidenziale, mediante l'implementazione di azioni progettuali come gruppi appartamenti, condomini solidali, centri sociali, ecc.

### **OBIETTIVI PSD 2017-2018**

- Favorire, ove possibile, la de-istituzionalizzazione e la permanenza a domicilio delle persone anziane, incrementando o/e riqualificando con previsione di figure specialistiche (OSA e OSS), i servizi di assistenza domiciliare e di assistenza domiciliare integrata e la continuità assistenziale, intesa quale prosecuzione metodologica di intervento;



- Facilitare le cure domiciliari dei soggetti non autosufficienti;
- Sviluppare servizi innovativi e di orientamento delle esperienze di aggregazione verso azioni di *active ageing*;
- Agevolare servizi di terapia occupazionale per anziani;
- Facilitare servizi di comunità e di vicinato per contrastare il decadimento psicofisico;
- Favorire servizi di attività motoria per la terza età;
- Sviluppare servizi per una maggiore inclusione degli anziani nel “mondo digitale”.

## AT 5 – STRATEGIA PER LE PERSONE CON DISABILITÀ

### AT 2 - INTERVENTI E SERVIZI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

#### PRINCIPALI FABBISOGNI EMERSI

- Lista di attesa, seppure in diminuzione, per il Servizio di Assistenza Domiciliare ai disabili;
- Necessità di maggiore attenzione ai problemi dei disabili privi di una rete parentale “*Dopo di noi*”;
- Necessità di implementare azioni progettuali e iniziative rivolte all’autonomia del disabile e la sua indipendenza nella gestione della vita quotidiana;
- Necessità di migliorare le azioni di informazione e orientamento per i servizi e le opportunità rivolti ai disabili e le loro famiglie;
- Necessità di sviluppare maggiori e nuovi interventi sociali e socio-educativi per disabili minori ed adulti con particolare attenzione alla disabilità psichica e psichiatrica;
- Necessità di implementare servizi di supporto all’inserimento socio-lavorativo dei disabili;
- Necessità di aggiornare e uniformare il Regolamento unitario di accesso ai servizi socio-sanitari dell’ECAD n.17;
- Necessità di adottare modelli valutativi unici per la valutazione il più possibile completa del bisogno socio-assistenziale anche per quanto concerne il Servizio di Assistenza Scolastica per l’autonomia e la comunicazione dei disabili;
- Necessità di accordi e protocolli operativi per lo snellimento delle pratiche burocratiche per le tessere parcheggio e libera circolazione;
- Monitoraggio della situazione territoriale, promozione e sensibilizzazione di enti e privati cittadini sul tema e sulle opportunità finanziarie in merito alle problematiche delle barriere architettoniche.

#### CRITICITÀ E PROSPETTIVE DI MIGLIORAMENTO

- Costituire una *rete di Ambiti Distrettuali Sociali della Provincia di Pescara* per omogeneizzare le politiche e la programmazione dei servizi socio-assistenziali ad alta integrazione socio-sanitaria rivolti alle persone disabili in stato di gravità e per l’adozione uniforme dei modelli

valutativi;

- Adeguare le strutture esistenti di accesso e presa in carico, soprattutto dal punto di vista organizzativo, con l'inserimento della figura del Case Manager socio-sanitario, al fine di garantire agli utenti disabili una completa e diffusa informazione sulle risorse a loro disposizione e un valido servizio di orientamento e/o accompagnamento ai servizi ed interventi territoriali, migliorando in tal senso la "personalizzazione" della presa in carico sulla base delle specifiche esigenze dell'utente;
- Migliorare e potenziare la presenza dell'Assistente sociale di ECAD 17 presso il PUA (Punto Unico di Accesso) situato presso il Distretto Sanitario di Scafa (*"Macro-area Majella-Morrone"*), sia come sede privilegiata per l'informazione e l'orientamento degli utenti disabili, al fine di renderli più diffusi ed accessibili a tutti, sia in merito al processo di presa in carico integrata socio-sanitaria e della predisposizione del Progetto Assistenziale Individualizzato, attraverso l'U.V.M., al fine di una presa in carico globale della persona disabile con la rilevazione di tutti i suoi bisogni socio-sanitari;
- Potenziare i servizi per i disabili in situazione di gravità, servizi domiciliari e territoriali integrati per la non autosufficienza e attivare interventi specifici per disabili in stato di disabilità psichica e psichiatrica;
- Sviluppare politiche a sostegno della famiglia e del "Dopo di Noi" ai sensi della L.n.112 del 22 giugno 2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare";
- Migliorare le strategie di inserimento socio-lavorativo delle persone disabili, sia per il mancato rispetto da parte di molte ditte private della normativa sul collocamento mirato dei disabili L.68/99 e D.lgs 469/97, sia per la necessità di rendere le politiche regionali sulla formazione professionale più attinenti ed aggiornate all'evoluzione delle opportunità lavorative del territorio;
- Migliorare le azioni di informazione ed orientamento ai cittadini disabili, rendendole il più possibile complete "in rete socio-sanitaria";
- Aggiornare il Regolamento unitario di Accesso ai Servizi Socio Sanitari dell'ECAD n.17 rispettando la normativa vigente (DPCM 159/2013; DGR n.552/P del 25/08/2016 e successive);
- Coinvolgere le realtà associative presenti nel territorio, anche con l'attivazione di una rete con gli enti del terzo settore di supporto alle Attività e Servizi dell'Ambito;
- Valutare, in maniera più attenta, il bisogno socio-assistenziale in termini di ore di servizio da erogare, sia per i servizi domiciliari che per il Servizio di Assistenza Scolastica per l'autonomia e la comunicazione dei disabili.

### **OBIETTIVI PSD 2017-2018**

- Favorire, dove possibile, la de-istituzionalizzazione e la permanenza a domicilio delle persone disabili, incrementando e riqualificando con previsione di figure specialistiche (OSA e OSS) i servizi di assistenza domiciliare e di assistenza domiciliare integrata e la continuità assistenziale, intesa quale prosecuzione metodologica di intervento;
- Favorire le cure domiciliari dei soggetti non autosufficienti (PLNA 2016);

- Assicurare il servizio di trasporto alle persone con disabilità;
- Incoraggiare la comunicazione e l'autonomia degli studenti disabili in condizione di gravità, con specifico riferimento alla reale fruizione del diritto allo studio, mediante servizio orientato ad azioni di assistenza qualificata e di tipo socio-educativa;
- Facilitare il coinvolgimento familiare (anche attraverso le Associazioni) nella predisposizione, diffusione e verifica dei P.A.I. Compartecipato;
- Favorire una presa in carico effettiva e globale prevedendo alternative di erogazione economica diretta per eventuali integrazioni da PLNA a possibile Vita indipendente;
- Favorire azioni che promuovano la reale socializzazione ed integrazione dei disabili in condizione di emarginazione e solitudine, anche a causa di isolamento territoriale, attraverso la promozione e semplificazione di aggregazioni sociali spontanee, nonché previsione nei PAI di percorsi rivolti alla rimozione di qualunque barriera socio-ambientale;
- Favorire lo sviluppo di strutture intermedie di assistenza a ciclo semiresidenziale diurno, che supportino le persone disabili nell'acquisizione dei livelli funzionali di autonomia e socializzazione anche in integrazione con il SSN, nonché che allievinò le famiglie nella gestione dei carichi assistenziali;
- Promuovere l'attivazione di strutture residenziali per disabili ("Dopo di noi") riservate a soggetti disabili in condizione di gravità privi di reti parentali primarie;
- Sviluppare di strategie di rete per l'accesso ai bandi regionali riferiti all'Inclusione Sociale con attivazione di linee strategiche per l'inserimento lavorativo di categorie svantaggiate (disabili e disabili psichici) all'interno di servizi già erogati dall'ECAD 17 "Montagna Pescaresè".

### **AT 3 - STRATEGIE PER L'INCLUSIONE SOCIALE E IL CONTRASTO ALLE POVERTÀ**

#### **PRINCIPALI FABBISOGNI EMERSI**

- Aumento esponenziale della problematica socio-economica e socio-lavorativa delle persone e delle famiglie del territorio, oltre che altissima presenza di famiglie immigrate a rischio di esclusione sociale;
- Alto numero di persone adulte in stato di deprivazione materiale;
- Necessità di rendere più accessibili gli interventi e i servizi per l'inclusione sociale evitando troppa selettività sulla base di specifici requisiti di base degli utenti;
- Grave situazione di emergenza abitativa, sia straordinaria che continuativa, acuitasi soprattutto nei paesi del cratere vittime dei sisma dal 2009 al 2016.

#### **CRITICITÀ E PROSPETTIVE DI MIGLIORAMENTO STRATEGIE ED AZIONI SISTEMICHE DI MIGLIORAMENTO**

1. Costituzione di un Punto Unico per l'Inclusione Sociale facente capo all'Ente di Ambito Distrettuale, strettamente correlato con le attività delle associazioni e del privato sociale del

territorio, funzionalmente e strutturalmente organizzato, capace di interpretare le richieste e individuare una risposta al bisogno del cittadino, attraverso una modalità di lavoro d'Equipe multidisciplinare e l'adozione di una modulistica di presa in carico "cartella sociale" unica e condivisa;

2. Attuazione di una piattaforma informatica per la gestione innovativa e integrata di tutte le fasi operative, dall'accesso all'erogazione e consuntivazione, caratterizzata dall'interoperabilità dei Sistemi informativi e Banche dati;
3. Adozione di una modalità di presa in carico basata sull'attenta valutazione della condizione personale dell'utente (maggiore "personalizzazione" degli interventi) e sulle capacità residuali dello stesso, al fine di superare definitivamente la modalità di presa in carico assistenziale fine a se stessa e di attuare un progetto individualizzato di Inclusione Attiva, fortemente condizionato all'attivazione dell'utente in termini di partecipazione a percorsi di ricerca attiva del lavoro e/o di formazione professionale e/o di altre forme di attivazione sociale possibili, valutate in base al singolo caso (*es. volontariato, baratto amministrativo, ecc.*);
4. Revisione della Regolamentazione ISEE di Accesso ed erogazione dei Servizi socio-assistenziali e Socio-sanitari, cercando di prevedere modalità sempre più attinenti alla contingente situazione socio-economica del richiedente (*es. perdita improvvisa del lavoro, insorgenza di una grave malattia e/o disabilità nel nucleo familiare, ecc.*) che siano in grado di rispondere alle attuali e specifiche esigenze dell'utente; a tal fine si pone l'attenzione sull'importanza del lavoro di RETE con le OO.SS. da potenziare e rendere più incisivo sul territorio dell'Ambito, sia in merito alla gestione ed interpretazione del sistema ISEE di accesso e di erogazione dei servizi socio-sanitari, sia in merito alla creazione di eventuali percorsi integrati di presa in carico degli utenti in stato di grave disagio socio-lavorativo;
5. Co-progettare servizi ed interventi innovativi per l'Inclusione Sociale e l'Immigrazione, per i profughi ed i rifugiati e i minori non accompagnati, anche e soprattutto attraverso l'utilizzo di Fondi Europei e Ministeriali;
6. Sostenere e implementare con l'ausilio delle associazioni il servizio di Mediazione Culturale e linguistica, anche attraverso il coinvolgimento diretto degli stessi adulti immigrati, investendo risorse nella loro formazione come mediatori culturali;
7. Implementare azioni di promozione e sensibilizzazione all'integrazione multietnica anche attraverso l'organizzazione di manifestazioni e attività svolte con le associazioni di volontariato locale in stretta collaborazione con le scuole del territorio.

Proposte di sostegno al reddito per le persone e le famiglie a rischio di grave esclusione sociale, in condizioni di fragilità estrema e per il contrasto alle povertà:

- 1) Servizio di Pronto Intervento Sociale;
- 2) Servizi integrati di sostegno al reddito;
- 3) Servizi di sostegno alle famiglie in temporanea difficoltà economica;
- 4) Interventi di co-progettazione per l'inclusione socio-lavorativa (interventi integrativi con le iniziative "SIA" ed "Abruzzo Include");
- 5) Regolamentazione di ECAD ed avvio del progetto "Baratto Amministrativo" su proposta dell'associazione "Insieme per Alanno", del Comune di Popoli ed altri componenti dell'Ufficio di Piano;

- 6) Promozione di interventi servizi di re-inserimento sociale di persone detenute ed ex-detenute, tossicodipendenti e minori entrati nel circuito penale, in collaborazione con l'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna (che ha formalmente inviato una proposta dell'ECAD 17 (in data 06.03.2017), in collaborazione con il terzo settore;
- 7) Sviluppo di un "Patto per l'Inclusione sociale e la solidarietà" fra tutti i soggetti coinvolti nella fase programmatica del PSD 2017/2018 ed altri enti e soggetti territoriali competenti a vario titolo (ECAD 17, CPI, ASL, Terzo settore, Impresa e Formazione);
- 8) Attivazione di un servizio di mediazione sociale e culturale per le persone immigrate e straniere;
- 9) Rafforzamento dell'inclusione sociale da realizzarsi nell'ambito della responsabilità sociale d'impresa.

Una serie di azioni ed interventi progettuali che prevedono per la prima volta un finanziamento annuale a regime sopra i 200.000 euro annuali, con finanziamenti propri dell'ECAD in forma "diretta" che ad integrazione con altre iniziative progettuali già messe in campo ed in fase di realizzazione ("SIA", "Abruzzo Include", FSE Inclusione, ed altri avvisi e linee di finanziamento regionali, nazionali ed europee). Un approccio programmatico completamente innovativo, se si tiene conto che al capitolo sull'inclusione sociale ed il *Pronto Intervento Sociale* del PSZ 2011/2013 l'ex EAS 35 "Maiella e Morrone" ed i Comuni della ex Area "Vestina" non investivano complessivamente più di €10.000,00 annuali.

Proposte di intervento progettuale tramite "Azioni Indirette" di sistema e strategia:

Recependo le indicazioni del "Gruppo di Piano", si prevede la realizzazione, in forma partecipata e di co-progettazione, di interventi rivolti all'inclusione socio-lavorativa ed al contrasto delle povertà, in forma integrata, in riferimento ad avvisi e finanziamenti già in essere a livello nazionale, FSE, PON Inclusione, ecc. (es. PON-fon per il SIA già finanziato con un importo di circa €. 174.000,00, "Abruzzo Include" in fase di valutazione da parte della Regione Abruzzo).

## OBIETTIVI P.S.D. 2017 – 2018

### OBIETTIVI GENERALI

- Garantire su tutto il territorio regionale lo sviluppo di misure di sostegno al reddito accompagnate da servizi di inclusione sociale di tipo multidimensionale e globale;
- Adottare di un modello strategico integrato, indicando e definendo queste misure e servizi all'interno di una più ampia strategia di contrasto alla grave emarginazione e, più in generale, alla povertà, che andrà ad integrare le diverse competenze fra i diversi settori che compongono le politiche di welfare comunali;

Una strategia efficace per la coesione sociale implica mettere in comune risorse, produrre semplificazioni organizzative, costruire capitale sociale, ovvero fiducia, che permette agli attori sociali e alle persone di avere maggiori risorse per "intraprendere", costruire competenze e identità professionali integrate e trasversali, adottare e rafforzare modalità di presa di decisione condivisa.

Si ritiene infine importante proporre una strategia progettuale che vada verso l'animazione sociale dei luoghi del disagio, conosciuti e non.

## OBIETTIVI SPECIFICI

- Sostenere il servizio di bassa soglia in un'area densamente popolata e urbanizzata con il consolidamento delle iniziative:
  - a) Promuovere forme di sostegno materiale e beni di prima necessità per gli indigenti;
  - b) Emporio della solidarietà, rifornendo di beni alimentari e materiali questi servizi, la cui implementazione è garantita da fondi ecad/comunali e dal cofinanziamento del fondo UNRRA, progetto “Alleanza contro la povertà”.
- Implementare azioni di monitoraggio costante del fenomeno anche attraverso l'utilizzo di data base informatizzati in rete con le associazioni e parrocchie del territorio;
- Promuovere ed accompagnare percorsi di inclusione socio-lavorativa, superando la frammentarietà degli interventi;
- Promuovere la presa in carico della persona in condizione di povertà estrema, supportando i servizi sociali del territorio a farsi prossimi, andando ad incontrare, e ad ascoltare le persone in strada e nei luoghi marginali.

## PROGETTI IN ATTUAZIONE E PROGRAMMAZIONE NELL'AMBITO N.17

1. Rete P.I.S. (Pronto Intervento Sociale);
2. S.I.A. – Servizio Inclusione Attiva (Fondi Pon Inclusione 2014-2020);
3. Progetto “Alleanza Contro La Povertà, in collaborazione con le Parrocchie e la Caritas diocesana locale e il suo ente strumentale fondazione Caritas, che è stato finanziato dal bando U.N.R.R.A. 2015;
4. Fondo Sociale Europeo - Programma Operativo Nazionale Inclusione e PON I FEAD, Fondo Europeo di aiuti agli indigenti - programma operativo per la fornitura di prodotti alimentari e assistenza materiale di base - programmazione 2014-2020;
5. Adesione al sistema SPRAR, rete di protezione per richiedenti asilo e rifugiati – triennio 2017-2019;
6. Progetto *Abruzzo Include* – Fondi PO FSE 2014-2020.

### 3.3. Strategie di attuazione

#### Ruoli, funzioni e competenze nell'attuazione del Piano Sociale Distrettuale 2017/2018

Il presente Piano Sociale Distrettuale 2016/2018, approvato con *Accordo di Programma* sottoscritto dagli enti partecipanti alla fase programmatica e dai Comuni aderenti con le relative *Deliberazioni di Consiglio*, è il risultato di una partecipata concertazione tra tutti gli attori istituzionali e settoriali coinvolti durante le fasi di analisi del bisogno, di individuazione delle priorità ed obiettivi e dell'offerta da mettere in campo. Le linee strategiche di attuazione, pertanto, tengono dovutamente conto della pluralità degli attori chiamati a concorrere, sia direttamente che indirettamente, all'attuazione degli interventi e servizi, oltre che a tutte le azioni complementari di verifica, monitoraggio e valutazione volti a garantire la correttezza e l'efficienza degli interventi e servizi programmati ed il concreto raggiungimento dei *risultati attesi del piano distrettuale 2017/2018*, che tengono conto dei livelli di riferimento regionali (dei *Campi di Intervento e Macrolivelli*, degli *Assi tematici e degli obiettivi di benessere, di salute e di servizio* richiamati espressamente nel *PSR 2016/18 1*) e dei parametri di riferimento contestuale e

di bisogno sociale rilevati e riportati nel *Profilo Sociale* dell'ECAD 17, compreso gli aspetti peculiari della “*Zona di Gestione pedemontana Valle dell’Orta*” che si è istituita. La strategia di attuazione del piano distrettuale, pertanto, dovrà tener conto della seguente articolazione:

- *Ruolo dei Comuni dell’ECAD 17*, che non potrà fermarsi e ridursi solo alla partecipazione durante la fase programmatica, né di semplice delegante all’Ente Capofila Distrettuale e alla Conferenza dei Sindaci, ma dovrà garantire una diretta assunzione di responsabilità sia a livello istituzionale che di controllo e verifica periodica del raggiungimento degli obiettivi prefissati nel biennio 2017/2018 (di *benessere e salute* e di *servizio*), dell’efficacia degli interventi e servizi programmati per il relativo periodo di vigenza del Piano Sociale Distrettuale; quest’ultimo aspetto si configura pienamente anche come una funzione di garanzia generale della gestione, compresi gli aspetti finanziari relative, pertanto, di effettivo “*controllo analogo*” del sistema integrato;
- *Ruolo essenziale dalla CLISS e dalla Convenzione per l’integrazione socio-sanitaria*, che rappresenta uno dei punti più qualificanti dell’intera programmazione, sia dal punto di vista “*sistemico*” che della “*performance*” relative alla prestazione dell’intervento e del servizio sociale attivato: pur rilevando una buona prassi già in essere nella precedente programmazione, con particolare riferimento alle prestazioni socio-sanitarie di tipo domiciliare effettuate con il PSZ ed il PLNA ed agli interventi di assistenza specialistica educativa per gli alunni disabili in ambito scolastico, permangono alcuni punti di grande criticità non ancora risolti nelle precedenti programmazioni zonali; infatti, l’operatività del PUA e della UVM a livello distrettuale, rimane parziale e non pienamente definita a livello procedurale e funzionale, con particolare riferimento alla valutazione e alla presa in carico di alcune aree di bisogno sociale e socio-sanitario rilevanti ed estremamente importanti per il benessere sociale e di salute della comunità nel suo complesso. Si fa riferimento a tre aree di bisogno sociale specifici:
  - a) *bisogni del disagio psichico e psichiatrico*, che esprimono un grave disagio e bisogno sociale da parte delle famiglie stesse, spesso con poco supporto domiciliare e territoriale, e con scarsi strumenti di orientamento e accompagnamento;
  - b) *vasta area delle patologie altamente invalidanti*, che richiedono un miglioramento sia dal punto di vista della risposta integrate ECAD/DSB (in quanto, difatti, è per la maggior parte un *bisogno complesso ad elevata integrazione socio-sanitaria*), che per la necessità di incrementare la prestazione anche dal punto di vista quantitative;
  - c) *bisogno sociale del disagio in ambito familiare di minori problematici*, che spesso sottintendono una domanda *nascosta* e dunque, *inevasa*: su questo delicato aspetto è assolutamente richiesta una azione di *empowerment* che migliori la complementarietà tra gli interventi e servizi generali ed educative dell’ECAD (Segretariato Sociale, Servizio Sociale Professionale, ADM, Mediazione e Affidamento Familiare) con quelli competenti della ASL, a livello distrettuale e provinciale (neuropsichiatria infantile, consultori familiari); su questo aspetto un ruolo strategico di raccordo e coordinamento è rivestito proprio dal PUA e dalla UVM competente a livello distrettuale.
- *Funzione essenziale di “Cabina di Regia”*, cui è chiamato a concorrere in primo luogo l’Ufficio di Piano dell’ECAD 17, con il concorso indispensabile della *Conferenza dei*

*Sindaci, il Distretto Sanitario di Base del “Gruppo di Piano”, di cui è parte attivo anche il “Terzo Settore”, già costituitosi nella fase programmatoria: si ritiene che proprio l’efficientamento e la definizione formale e procedurale del “sistema integrato territoriale dei servizi alla persona” può garantire il “salto di qualità” spesso annunciato ma che per una serie di oggettive motivazioni, criticità (ed in alcuni periodi programmatori anche per una scarsa volontà politico-istituzionale), sconta un ritardo non più giustificato. Il nuovo PSR 2016/2018 ci fornisce e suggerisce gli strumenti tecnici e finanziari per implementare le “azioni di sistema” necessarie al miglioramento complessivo dei servizi alla persona sul territorio:*

- a) forte indirizzo socio-sanitario a livello distrettuale, soprattutto per le politiche di intervento rivolte alla *non autosufficienza alle disabilità gravi ed alle patologie cronico-degenerative* altamente invalidanti;*
- b) messa a regime delle risorse finanziarie, progettuali, umane nell’ottica della “rete sociale” che concorre a realizzare e qualificare interventi e prestazioni sociali sempre più nella forma integrata e partecipata: basti fare riferimento alle politiche attive ed innovative per *l’inclusione sociale lavorativa* e gli interventi di contrasto alla povertà sempre più diffusa; essenziale per il raggiungimento degli obiettivi previsti nella presente programmazione risulterà essere la capacità di “creare” un “*welfare generativo*”, con la capacità di mettere in rete i *servizi essenziali (LIVEAS)* con una progettualità attiva ed innovativa. In questo senso proprio la Regione Abruzzo nel *PSR 2016/2018* definisce la strategia di pianificare interventi e servizi sia con le “*risorse dirette*” (proprie del Piano Sociale Distrettuale) che con le “*risorse indirette*”, dunque, una progettazione complementare che concorrente concretamente alla realizzazione del sistema integrato dei servizi sul territorio (*PSR, SIA, FSE, Progetti Obiettivo socio-sanitari, Interventi settoriali nazionali e regionali*)*

Pertanto, la nuova programmazione dovrà necessariamente tener conto dei tre aspetti strategici e di sistema sopra riportati, per garantire il raggiungimento degli obiettivi del Piano Distrettuale 2017/2018 e, nello stesso tempo, assicurare una costante verifica e valutazione per le eventuali azioni di correzione o anche modifica nel corso della realizzazione degli interventi e servizi.

### **3.4. Strategie di sistema per l’integrazione socio-sanitaria**

Altro ruolo essenziale è rivestito dalla *CLISS* e dalla *Convenzione per l’integrazione socio-sanitaria* che rappresenta uno dei punti più qualificanti dell’intera programmazione, sia dal punto di vista “*sistemico*” che della “*performance*” relative alla prestazione dell’intervento e del servizio sociale attivato, pur rilevando una buona prassi già in essere nella precedente programmazione, con particolare riferimento alle prestazioni socio-sanitarie di tipo domiciliare effettuate con il PSZ ed il PLNA ed agli interventi di assistenza specialistica educativa e per altre aree di bisogno e relativi interventi di tipo “*complesso*” già sopra evidenziati (*bisogni del disagio psichico e psichiatrico, la vasta area delle patologie altamente invalidanti ed il bisogno sociale del disagio in ambito familiare di minori problematici*), che spesso sottintendono una domanda *nascosta* e dunque, *inevasa*. Su questo delicato aspetto, la nuova programmazione dell’ECAD 17 2017/2018 vuole promuovere una incisiva azione di *empowerment* che migliori la complementarietà tra gli interventi e servizi generali ed educative dell’ECAD con quelli



competenti della ASL a livello distrettuale, per cui un ruolo strategico di raccordo e coordinamento è rivestito proprio dal PUA e dalla UVM, competenti a livello distrettuale, migliorabili attraverso una maggiore chiarezza e definizione dei seguenti tre punti strategici da mettere in atto nella presente programmazione 2017/2018:

- individuare in modo chiaro le responsabilità locali relative alle politiche sociali e sanitarie per la domiciliarità delle persone anziane e disabili in stato di non autosufficienza, con particolare riferimento ai processi unitari per la valutazione del bisogno di cura da parte dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (U.V.M.), a livello distrettuale (Distretto Socio-Sanitario di Scafa già Macro-area Maiella e Morrone/Vestina) ed operativo presso il Punto Unico di Accesso; è da precisare che già nella presedente programmazione questo percorso di efficientamento è stato intrapreso;
- definire un preciso processo di presa in carico degli utenti attraverso il progetto individualizzato di intervento di sostegno (PAI/PEI), di accompagnamento per le aree di bisogno sociale che riguardano i *minori e la famiglia* ed il target in ambito scolastico ed educativo (ADM, Affidamento/Adozioni, Assistenza Scolastica Alunni disabili); sarebbe opportuno, pertanto, ampliare la funzionalità della *Unità di Valutazione Multidisciplinare (U.V.M.)*, in riferimento all'Ordinanza n.17 del Distretto Sanitario di Scafa avente ad oggetto "*Istituzione Unità di Valutazione Multidimensionale nel distretto Sanitario di Scafa*" ai sensi della L.r. 5 del 10 marzo 2008 (Piano Sanitario Regionale 2008-2010, ancora vigente) ed alle indicazioni della Convenzione per l'integrazione socio-sanitaria, sottoscritta ed approvata dalla Conferenza dei Sindaci dell'ECAD 17 quale parte integrante e sostanziale della presente programmazione 2017/2018;
- promuovere sul territorio progetti innovativi ed integrati che possano rispondere ad una fascia di bisogno sociale sempre più emergenziale ed in progressiva crescita e che riguarda in primo luogo la necessità di un supporto socio-assistenziale e socio-sanitario agli utenti con gravi patologie degenerative o disabilità grave, psichica e psichiatrica, per cui ad oggi è demandata alle famiglie stesse un gravoso carico assistenziale, spesso insostenibile e privo di un supporto territoriale (diurno, semiresidenziale e residenziale): si prenda ad esempio tutto il target di bisogno sociale e di salute relativo all'Alzheimer ed altre forme di demenza senile grave o agli affetti da disagio psichico e psichiatrico grave; per tali problematiche, la presente programmazione vuole porre in essere un'azione strategica di *co-progettazione* socio-sanitaria e socio-assistenziale-educativa che sappia promuovere, reperire fondi e realizzare interventi e servizi mirati (es. un Centro Diurno per il contrasto all'Alzheimer e demenze senili e micro-strutture comunitarie per il disagio psichiatrico, interventi di inclusione sociale e lavorativa per gli adulti in età lavorativa con disagio psichico): questa azione strategica di co-progettazione, investe in primis la capacità dell'ECAD 17 di promuovere reti di collaborazione progettuale tra gli attori partecipanti al sistema integrato dei servizi alla persona, quali Ufficio di Piano, Direzione ed servizi del DSB (Area Maiella e Morrone/Vestina), ASL di riferimento e Privato Sociale competente per settore.

Si ritiene, pertanto, che il "*salto di qualità*", da tempo atteso e richiesto, che si intende perseguire con la presente programmazione 2017/2018, prendendo a riferimento le positive indicazioni riportate nel PSR 2016/2018 (in primis il forte indirizzo socio-sanitario a livello distrettuale ed la necessità di politiche attive per l'inclusione sociale ed il contrasto alle povertà), dipenda in buona

parte anche dalla capacità di efficientare i processi di valutazione e di presa in carico e la funzionalità complessiva del sistema integrato degli interventi e dei servizi ad *elevata integrazione socio-sanitaria* in ambito distrettuale: un aspetto strategico essenziale che garantisce anche l'ottimizzazione e la messa a regime delle diverse fonti di finanziamento, *dirette* ed *indirette* (europee, nazionali e regionali), oltre che la complementarietà delle risorse umane e delle capacità progettuali stesse.

## SEZIONE 4. LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE E SOCIO-SANITARIA

### Asse Tematico 1 - Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio sociale (max 6000 caratteri)

In coerenza con i fabbisogni rilevati nel profilo sociale e rispetto agli esiti degli incontri tematici svolti con il Gruppo di Piano e le Associazioni del territorio, i servizi inseriti all'interno dell'Asse tematico 1 - Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio sociale, risultano essere i seguenti:

ID	SERVIZIO	FONDO DIRETTO/INDIRETTO	OBIETTIVO ESSENZIALE	INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA
1	PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)	D	OE 1- accesso	SI
2	SERVIZIO DI SEGRETARIATO SOCIALE	D	OE 1 – accesso	
3	SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE	D	OE 2- presa in carico	
4	SERVIZIO DI PRONTO INTERVENTO SOCIALE (RETE PIS)	D	OE 3- pronto intervento sociale	
5	UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE	I	OE 2- presa in carico	SI
6	ASSISTENZA DOMICILIARE	D	OE 4 – assistenza domiciliare	
7	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA	D/I	OE 4 – assistenza domiciliare	SI
8	SERVIZIO DI TELEASSISTENZA	D	OE 5 – servizi di prossimità	
9	SISTEMA INFORMATIVO SOCIO SANITARIO	I	OE 1 – accesso	SI

Le scelte operate in merito alla programmazione dei servizi dell'Ambito Sociale Distrettuale n.17 "Montagna Pescaresè", rispondono pienamente agli obiettivi essenziali di servizio di cui al PSR 2016 – 2018, in particolare si punta a:

1. Rafforzare e 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 PAI, con l'aumento delle risorse umane, garantendo almeno il rapporto n.1 Assistente Sociale per ogni 10.000 abitanti e con la predisposizione di una cartella sociale informatizzata;
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 e con la condivisione operativa degli interventi di cui ai Piani Assistenziali Individualizzati anche attraverso l'ausilio del Sistema Informativo Socio-Sanitario;
3. 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;
4. Aumentare la conoscenza della cittadinanza sui servizi attivati, sui requisiti e le modalità per accedervi nonché mettere a disposizione modalità e strumenti di valutazione da parte dell'utenza dei servizi stessi anche attraverso il miglioramento del sistema informativo;
5. 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;

6. Favorire il superamento delle emergenze sociali rafforzando la connessione degli interventi del PIS con servizi di inclusione strutturati (OE8).

## INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Potenziamento ed miglioramento delle procedure di accesso all'intero sistema territoriale dei "Servizi Generali Essenziali", in merito particolarmente al Segretariato Sociale ed al Punto Unico di Accesso (PUA), che svolgono un ruolo strategico prioritario per la definizione delle prestazioni di carattere sociale e socio-sanitario, sia di tipo semplice che complesso. Gli obiettivi che si intendono realizzare nella programmazione del biennio 2017/2018 si concentrano su tre punti principali:

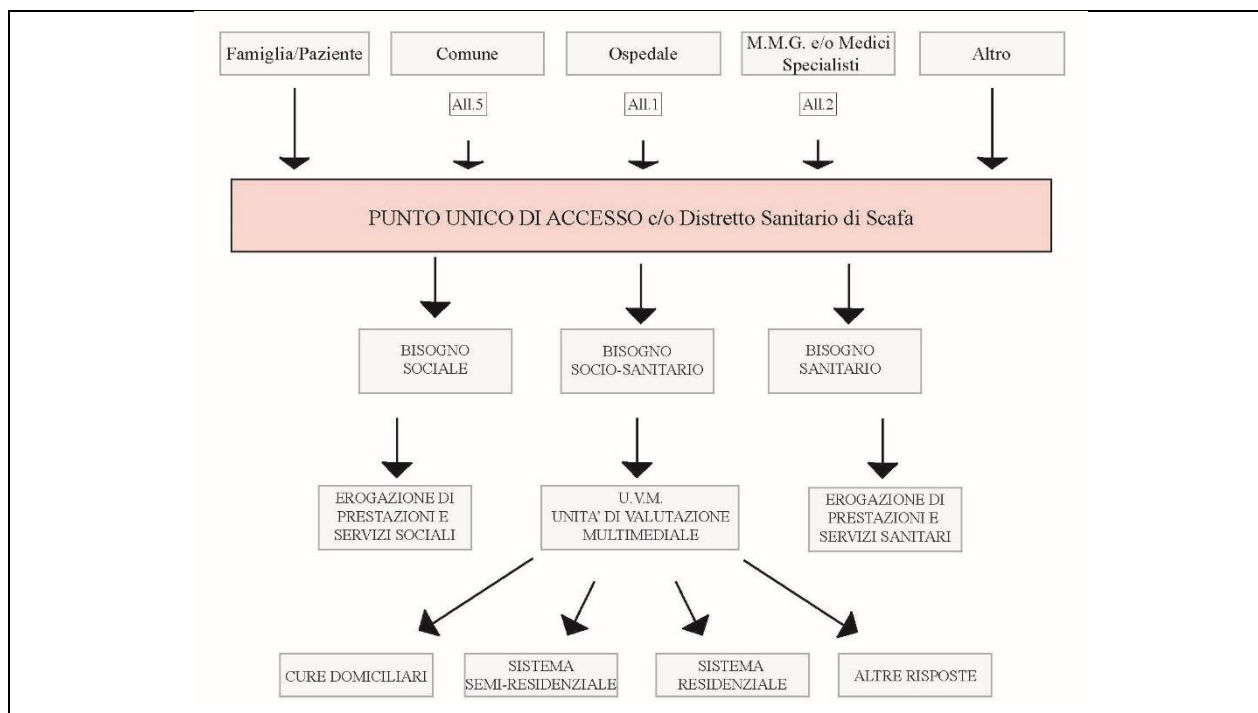
1. Riquilibrare il servizio di Segretariato Sociale sia per le risorse umane impiegate nel servizio che per la modulistica di accesso con la creazione della Cartella Sociale informatizzata di Accesso e presa in carico;
2. Rendere il PUA realmente una "*porta unitaria di accesso*" con procedure efficienti e standardizzate ed omogenee; su questo aspetto risulta importante l'aumento della presenza nel PUA dell'Assistente Sociale di riferimento dell'ECAD 17, oltre che una regolamentazione unitaria dei servizi e delle prestazioni sociali che sia recepita e resa funzionale a livello di ambito distrettuale (Regolamento unitario dei servizi e delle prestazioni);
3. Attivare un sistema informatizzato strutturato e centralizzato di accesso (Sistema Informativo Socio Sanitario).

### 1 - Quadro sinottico dei servizi/interventi e indicatori

Asse Tematico 1							
Id <sup>1</sup>	Servizio/intervento	Oe	SS <sup>2</sup>	Indicatore	Utenti <sup>6</sup>	Valori target dell'indicatore	
						2017	2018
1	Punto Unico di Accesso	1	X	N. utenti	N. 350	N. 700	N. 1500
2	Segretariato sociale	1		N. prestazioni <sup>3</sup>	N. 500	N. 450	N. 900
3	Servizio sociale prof.	2		N. utenti in carico	N. 250	N. 200	N. 300
4	UVM	2	X	N. casi valutati in modo integrato	N. 180	N. 150	N. 210
5	Pronto Intervento Sociale	3		N. interventi svolti	N. 100	N. 100	N. 100
6	Assistenza domiciliare	4	X	N. prestazioni AD sociale <sup>4</sup>	N. 24.500	N. 24.000	N. 25.000
7				N. prestazioni AD Integrata	N. 2750	N. 2750	N. 3000

## Scheda per Azioni dirette

Id <sup>1</sup> : N. 1	Servizio <sup>2</sup> : PUNTO UNICO DI ACCESSO	
Campo di intervento <sup>3</sup> : <i>funzionale a tutti i n. 8 campi di intervento</i>		
AT <sup>4</sup> N. 1 “Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio”	OE <sup>5</sup> N. 1 “Potenziare ed efficientare le procedure di accesso dell’intero sistema integrato dei servizi essenziali dell’ECAD 17”	
<p><b>Attività<sup>6</sup></b></p> <p>Il servizio rappresenta la <i>porta unitaria di accesso</i> dell’ECAD 17 ed è gestita in forma integrata presso la sede del Distretto Sanitario di Base di Scafa (<i>Macro-area distrettuale Majella-Morrone</i>); oltre che garantire le procedure informative e di accesso, con particolare riferimento alle prestazioni, interventi e servizi ad <i>elevata integrazione socio-sanitaria</i>, rappresenta la sede di riferimento per il coordinamento delle attività previste dall’UVM competente per territorio, per la organizzazione della presa in carico socio-sanitaria del territorio; è strutturata come di seguito indicato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantisce la presenza dell’Assistente Sociale dell’ECAD a cadenza settimanale ed assicura l’integrazione con i referenti distrettuali della ASL per le attività di accesso e presa in carico complessa, sia dal punto di vista procedurale-amministrativo che proprio della valutazione e della presa in carico dell’utente;</li> <li>- Programma e garantisce l’attivazione delle UVM in ambito territoriale, con le seguenti figure di riferimento distrettuale della ASL: <i>Medico competente, geriatra, resp. Servizio Cure Domiciliari, Psicologa ed Assistente Sociale competente ASL per area distrettuale e del Consultorio familiare, ed alter figure specialistiche in relazione ai casi</i>;</li> <li>- Garantisce il supporto amministrativo ed il coordinamento delle UVM per le attività proprie di valutazione ed attivazione della presa in carico degli interventi e prestazioni rivolte alla non autosufficienza del PLNA ed altri interventi ad <i>elevata integrazione socio-sanitaria</i>;</li> <li>- Garantisce il flusso informative ed il raccordo operativo tra i servizi ASL di area distrettuale ed il <i>Segretariato Sociale e Servizio Sociale Comunale dell’ECAD</i>;</li> <li>- Garantisce il flusso informative ed il raccordo operative tra i servizi generali della presa in carico dell’ECAD 17 con le strutture territoriali residenziali e semiresidenziali sia per gli <i>accessi</i> che per le <i>“dimissioni protette”</i>.</li> </ul> <p><b>Il P.U.A. può essere attivato, tramite diverse modalità di comunicazioni, da:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Singolo Cittadino o familiare</li> <li>2. Medico di medicina generale o Pediatra di libera scelta</li> <li>3. Servizi Sociali</li> <li>4. Servizi sanitari (Unità Operative ospedaliere, RSA, Consultori familiari, Servizi di riabilitazione etc)</li> <li>5. Servizi istituzionali (scuola, Tribunale per i minorenni, Ambiti sociali, etc)</li> <li>6. Servizi non istituzionali (Case di riposo, cooperative sociali, associazioni di volontariato etc.)</li> </ol> <p>In intesi la funzione generale del PUA può essere sinteticamente rappresentata secondo il modello grafico riportato di seguito.</p> <p><i>Fig.1- MODELLO ORGANIZZATIVO ED OPERATIVO DI ACCESSO AL SERVIZIO</i></p>		



1. Le funzioni di **front-office**, con la supervisione e coordinamento di un Dirigente Medico del Distretto Socio Sanitario, sono svolte da un Infermiere e da un'Assistente Sociale, con adeguato supporto amministrativo ed in stretta collaborazione con il Segretariato sociale dell'Ambito Sociale distrettuale n.17: ascolto e prima lettura del bisogno socio-sanitario del cittadino con conseguente azione informativa e di indicazione sul disbrigo di pratiche burocratiche presso i vari uffici socio-sanitari ed eventuale presa in carico del disbrigo di pratiche in casi eccezionali;
2. Le funzioni di **back-office** e di coordinamento del servizio sono assicurate dal Direttore del distretto o da un suo delegato in stretta collaborazione con il Responsabile dell'ufficio di Piano dell'Ambito Sociale Distrettuale n.17.

#### ***Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS)<sup>7</sup>***

L'ECAD 17 ha un ruolo essenziale nell'ambito delle principali funzioni di accesso, dell'efficacia ed efficienza del flusso informativo, delle procedure amministrative e di coordinamento, propedeutiche alla presa in carico dell'utente. In modo particolare fornisce le prestazioni seguenti.

#### **Risorse professionali dell'ECAD 17 coinvolte**

- Coordinamento Servizio Assistenza Domiciliare Anziani/Disabili
  - Assistente Sociale del Punto Unico di Accesso per la propria quota parte
- Assistenti domiciliari per le attività di propria competenza
- Addetti teleassistenza per la propria quota parte

#### **Risorse coinvolte della Azienda USL, attraverso Distretti Sanitari Territoriali di Competenza (ai sensi del D.lgs. 229/99, A.C.N. 23/03/2005 e relativo A.I.R. - Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti tra i medici di medicina generale e il SSN)**

- Responsabile del Distretto Sociosanitario (o suo delegato)
- Case Manager e/o un Responsabile del servizio Cure Domiciliari Integrate
- Medico di Medicina Generale dell'utente
- Medici specialisti
- Terapisti della riabilitazione
- Infermieri professionali ed altro personale specialistico
- Attività di segretariato e supporto amministrativo (PUA e altri servizi)

#### **Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>8</sup>**

Corrispondenza ai dati del profilo sociale sia regionale che dell'ECAD 17, che confermano il fabbisogno di salute e di benessere e i relativi tassi ed indicatori in linea e per specifiche criticità superiori alla media nazionale rispetto alla presenza di malattie croniche.

<b>Modalità di erogazione e di accesso<sup>9</sup></b>			
Il PUA è situato presso il Distretto Sanitario di Scafa, attivo grazie ad una sperimentazione con fondi regionali; già dal 2005 vede la presenza di personale del Distretto Sanitario (Amministrativo, Dirigente medico, Infermiera e Assistente Sociale) in stretta collaborazione con personale dell'ECAD 17, Assistente Sociale.			
All'interno del PUA è attiva l'UVM -Unità di Valutazione Multidimensionale (Socio-Sanitaria)- per la valutazione del bisogno complesso attraverso l'ausilio di appositi modelli valutativi e della programmazione dell'intervento integrato socio-sanitario con la predisposizione del Piano Assistenziale Individualizzato.			
<b>ORARIO DI SERVIZIO</b>			
Il Punto Unico di Accesso sarà aperto dal lunedì al sabato per 36 ore settimanali di cui 24 riservate alle attività di front office, e verrà gestito in modo integrato dall'Ente di Ambito Distrettuale "Montagna Pescarese" e dal Distretto Sanitario di Scafa (PE).			
<b>Modalità di gestione e affidamento del servizio<sup>10</sup></b>			
Il servizio è gestito in forma integrata con proprie specifiche competenze tra loro complementari tra l'ECAD 17 "Montagna Pescarese" ed il DSB di Scafa "Macro-area Majella-Morrone".			
<b>Tipologia di Fondo/Fondi<sup>11</sup>: FNPS / FSR / ECAD / FONDO SANITARIO NAZIONALE</b>			
	2015	2017 (luglio/dicembre)	2018 (gennaio/dicembre)
Indicatore <sup>12</sup> (specificare)	300 (tra accessi, valutazioni ed attivazioni)	350 (tra accessi, valutazioni ed attivazioni)	750 (tra accessi, valutazioni ed attivazioni)
Costo <sup>13</sup>	€ 7.000,00 (quota sociale)	€. 3.870,88 (quota sociale)	€. 13.860,00 (quota sociale)

<b>Id<sup>1</sup>: N. 2</b>	<b>Servizio<sup>2</sup>: SEGRETARIATO SOCIALE</b>		
Campo di intervento <sup>3</sup> : 1- Servizi per l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale			
AT <sup>4</sup> N. 1 "Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio"  ML: N.1 "Servizi per l'accesso e presa in carico da parte della rete assistenziale"	OE <sup>5</sup> N. 1 – ACCESSO		
<b>Attività</b>			
Le attività del Servizio di Segretariato Sociale sono le seguenti:			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientamento e accompagnamento ai servizi presenti sul territorio</li> <li>2. Informazione sulle procedure ed i requisiti di accesso</li> <li>3. Monitoraggio dei bisogni e dei servizi</li> <li>4. Informazioni sui servizi e sulle normative vigenti in materia sociale e promozione dei servizi socio-assistenziali esistenti nel territorio dell'Ambito</li> <li>5. Aiuto alla compilazione di modulistica per l'accesso ai servizi</li> <li>6. Promozione e sensibilizzazione ai servizi alla persona promossi dall'Ente di Ambito Distrettuale n. 17 "Montagna Pescarese".</li> </ol>			
Il Servizio di Segretariato Sociale dell'Ambito agirà in rete con tutti gli enti istituzionali che operano nei servizi sociali e socio-sanitari e le Associazioni territoriali, anche avvalendosi di specifici protocolli operativi da elaborare nell'arco del biennio di Piano Sociale, al fine di sviluppare una effettiva rete dei servizi e una effettiva integrazione delle azioni per l'informazione e l'orientamento dei cittadini ai servizi sociali e socio-sanitari.			
<b>OBIETTIVI SPECIFICI</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitare l'accesso alle informazioni relative ai servizi pubblici e privati riguardanti la sfera socio-assistenziale presenti sull'intero territorio;</li> <li>• Facilitare la comprensione delle dinamiche sociali, in relazione ai flussi di utenza;</li> <li>• Aumentare la conoscenza delle situazioni di disagio;</li> <li>• Sistematizzare la raccolta dati dell'utenza;</li> </ul>			

- Migliorare il raccordo tra i servizi sia istituzionali che del terzo settore (volontariato locale) presenti sul territorio;
- Potenziare il raccordo di “rete” con gli altri servizi socio-sanitari, socio-educativi, istruzione e socio-lavorativi del territorio;

#### Target di riferimento dei beneficiari del servizio

Tutta la cittadinanza e le fasce con maggiore criticità e fragilità in modo particolare.

#### Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>8</sup>

Obiettivo essenziale di Accesso - OE1

#### Modalità di erogazione e di accesso<sup>9</sup>

Il Servizio di segretariato Sociale è gestito dall'*ECAD 17 Montagna Pescaresese*, in pieno raccordo con la “Zona di gestione Valle dell’Orta”, tramite esternalizzazione del servizio con procedure di gara a pubblica evidenza.

La Figura responsabile è l’Assistente Sociale, supportato dagli amministrativi dell’Ufficio di Piano e del soggetto affidatario.

Il personale si integrerà nello svolgimento delle attività con il personale specifico dei servizi afferenti: Segretariato Sociale, PUA, Servizio socio-psico-educativo minori e famiglia; Pronto Intervento sociale.

La sede principale dell’intervento è quella dei Servizi Sociali dei Comuni dell’ECAD 17, con un preciso calendario settimanale, dal lunedì al venerdì (in casi in cui è richiesto il sabato), in fasce orarie per una media settimanale per ognuna delle 5 assistenti sociali di complessive n.30 ore settimanali.

#### Modalità di gestione e affidamento del servizio<sup>10</sup>

Il servizio è gestito dall’ECAD 17, in pieno raccordo con la “Zona di gestione Valle dell’Orta”, tramite esternalizzazione con gara a pubblica evidenza.

Tipologia di Fondo/Fondi<sup>11</sup>: FNPS / FSR / ECAD

	2015	2017 (luglio/dicembre)	2018 (gennaio/dicembre)
Indicatore <sup>12</sup> (specificare)	1500 ACCESSI	750 ACCESSI	1700 ACCESSI
Costo <sup>13</sup>	€. 66.730,22 (FNPS / FSR / ECAD)	€. 33.549,05 (FNPS / FSR / ECAD)	€. 67.098,11 (FNPS / FSR / ECAD)

<b>Id<sup>1</sup>: N. 3</b>	<b>Servizio<sup>2</sup>: SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE</b>
Campo di intervento <sup>3</sup> : 1- Servizi per l’accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale	
AT <sup>4</sup> N. 1 “Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio” ML: N.1 “Servizi per l’accesso e presa in carico da parte della rete assistenziale”	OE <sup>5</sup> N. 2 – PRESA IN CARICO
<b>Attività</b> Le attività del Servizio Sociale Professionale si possono sintetizzare in: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Individuare e censire le situazioni di emarginazione, sulla base di segnalazioni di insegnanti, medici, forze dell’ordine, privati cittadini, associazioni di volontariato;</li> <li>2. Prendere contatto con le persone, analizzare i loro bisogni e concordare un progetto di intervento;</li> <li>3. Coordinare le attività di assistenza e supporto di medici, psichiatri, psicologi, operatori socio assistenziali, educatori;</li> </ol>	



4. Monitorare l'andamento dell'intervento;
5. Segnalare alle autorità giudiziarie casi che necessitano del loro intervento (abbandoni, abusi, maltrattamenti);
6. Accompagnamento e/o visite di monitoraggio di minori in centri residenziali, famiglie affidatarie e/o altri centri;
7. Gestione Incontri Protetti;
8. Partecipazione a udienze e incontri con i Giudici del Tribunale per i minorenni;
9. Partecipazione a incontri per casi specifici con Procura, Prefettura, Questura;
10. Accoglienza e sostegno psicologico dei minori e delle famiglie in difficoltà in collaborazione con il Servizio Socio-psico-educativo;
11. Organizzazione e gestione percorsi formativi individualizzati per il recupero della genitorialità in collaborazione con l'Equipe multi territoriale Adozioni e Affidato familiare;
12. Mediazione familiare per coppie in separazione in collaborazione con i servizi competenti.

### **OBIETTIVI SPECIFICI**

Gli obiettivi fondamentali che si intende perseguire sono:

1. Prevenzione e rimozione le situazioni e le cause che ostacolano il pieno, libero e dignitoso sviluppo della persona umana attraverso servizi e prestazioni atti a garantire ad ogni persona i mezzi adeguati ad assicurare il soddisfacimento delle esigenze vitali e l'uguaglianza di prestazioni a parità di bisogni.
2. Accoglienza e sostegno psicosociale dei minori e delle famiglie in difficoltà, in collaborazione con i servizi specifici;
3. Percorsi formativi individualizzati per il recupero della genitorialità in collaborazione con i servizi specifici;
4. Mediazione familiare per coppie in separazione in collaborazione con i servizi specifici.

### **Target di riferimento dei beneficiari del servizio**

Cittadini e nuclei familiari che presentano varie criticità e fabbisogni personali, socio-assistenziali e socio-sanitari, oltre che di tipo socio-familiari e socio-economici del territorio, per le diverse aree di bisogno (anziani, disabilità e non autosufficienza, minori e famiglia, immigrazione, ecc.).

### **Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>8</sup>**

Obiettivo essenziale di Presa in carico – OE2

### **Modalità di erogazione e di accesso<sup>9</sup>**

La sede principale dell'intervento è quella dei Servizi Sociali dei Comuni dell'ECAD 17 "Montagna Pescaresc".

Il personale si integrerà nello svolgimento delle attività con il personale specifico dei servizi afferenti: Segretariato Sociale, PUA, Servizio socio-psico-educativo minori e famiglia; Pronto Intervento sociale e sarà dotato di adeguato supporto amministrativo.

### **Modalità di gestione e affidamento del servizio<sup>10</sup>**

Il Servizio è gestito dall'ECAD 17 attraverso esternalizzazione, in pieno raccordo con la "Zona di gestione Valle dell'Orta", con gara a pubblica evidenza.

Il personale addetto al servizio è:

- n.5 Assistenti Sociali dell'ECAD 17 (compreso la zona di gestione)

Tipologia di Fondo/Fondi<sup>11</sup>: FNPS / FSR / ECAD

	2015	2017 (luglio/dicembre)	2018 (gennaio/dicembre)
Indicatore <sup>12</sup> (specificare)	710 (attività di orientamento e di prese in carico)	450 (attività di orientamento e di prese in carico)	1.000,00 (attività di orientamento e di prese in carico)

Costo <sup>13</sup>	€ 71.100,63 (FNPS / FSR / ECAD)	€ 33.549,05 (FNPS / FSR / ECAD)	€ 91.197,93 (FNPS / FSR / ECAD)
---------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

<b>Id<sup>1</sup>: N. 4</b>	<b>Servizio<sup>2</sup>: UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (UVM)</b>		
Campo di intervento <sup>3</sup> : <i>funzionale a tutti i N. 8 campi di intervento</i>			
AT <sup>4</sup> N. 1 “Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio”		OE <sup>5</sup> N. 1 “Potenziare ed efficientare le procedure di presa in carico e valutazione dei casi ad elevata integrazione socio-sanitaria dell’ECAD 17”	
<p><b>Attività<sup>6</sup></b></p> <p>Il servizio rappresenta un’azione di tipo strategico ed essenziale per la valutazione preliminare e l’attivazione di tutti gli interventi socio-assistenziali ad elevata integrazione socio-sanitaria dell’ECAD 17 “Montagna Pescarese” (PLNA, ADI, Dimissioni Protette, Sostegno economico, ecc.). Opera in stretto raccordo con il personale presente nel PUA e si interfaccia con altro personale socio-sanitario, in relazione alla valutazione e tipologia dei casi della presa in carico.</p> <p>È gestita in forma integrata (personale ECAD/DSB) su tutto il territorio dell’ECAD 17, ed individua il Distretto Sanitario di Base di Scafa (<i>Macro-area distrettuale Majella-Morrone</i>), quale sede di coordinamento delle attività. Oltre che garantire le procedure della valutazione degli accessi e della presa in carico a livello distrettuale, con particolare riferimento alle prestazioni, interventi e servizi ad <i>elevata integrazione socio-sanitaria</i>, rappresenta l’equipe territoriale che si interfaccia con le altre professionalità sociali e socio-sanitarie, con i familiari ed il paziente stesso, ed è strutturata come di seguito indicato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantisce la presenza dell’Assistente Sociale dell’ECAD a cadenza settimanale ed assicura l’integrazione con i referenti distrettuali della ASL per le attività di accesso e presa in carico complessa, sia dal punto di vista procedurale-amministrativo che proprie della valutazione e della presa in carico dell’utente;</li> <li>- Programma e garantisce l’attivazione delle UVM in ambito territoriale, con le seguenti figure di riferimento distrettuale della ASL: <i>Medico competente, geriatra, resp. Servizio Cure Domiciliari, Psicologa ed Assistente Sociale competente ASL per area distrettuale e del Consultorio familiare, ed alter figure specialistiche in relazione ai casi;</i></li> <li>- Garantisce il supporto amministrativo ed il coordinamento delle UVM per le attività proprie di valutazione ed attivazione della presa in carico degli interventi e prestazioni rivolte alla non autosufficienza del PLNA ed altri interventi ad <i>elevata integrazione socio-sanitaria;</i></li> <li>- Garantisce il flusso informativo ed il raccordo operativo tra i servizi ASL di area distrettuale ed il <i>Segretariato Sociale e Servizio Sociale Comunale dell’ECAD;</i></li> <li>- Garantisce il flusso informativo ed il raccordo operative tra i servizi generali della presa in carico dell’ECAD 17 con le strutture territoriali residenziali e semiresidenziali sia per gli <i>accessi</i> che per le <i>“dimissioni protette”</i>.</li> </ul> <p><b>La UVM. può essere attivato, tramite diverse modalità di comunicazioni, da:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medico di medicina generale o Pediatra di libera scelta</li> <li>2. Servizi Sociali</li> <li>3. Servizi sanitari (Unità Operative ospedaliere, RSA, Consultori familiari, Servizi di riabilitazione etc)</li> <li>4. Servizi istituzionali (scuola, Tribunale per i minorenni, Ambiti sociali, etc)</li> <li>5. Servizi non istituzionali (Case di riposo, cooperative sociali, associazioni di volontariato etc.)</li> <li>6. Autorità Giudiziaria / Polizia Giudiziaria ( N.A.S.)</li> </ol> <p>L’ECAD 17 ha un ruolo essenziale nell’ambito delle principali funzioni di accesso, dell’efficacia ed efficienza del flusso informativo e delle procedure amministrative e di coordinamento propedeutiche alla presa in carico dell’utente. In modo particolare fornisce le seguenti prestazioni:</p> <p><u>Risorse professionali dell’ECAD 17 coinvolte</u></p>			

- Coordinamento Servizio Assistenza Domiciliare Anziani/Disabili
  - Assistente Sociale che già opera presso il Punto Unico di Accesso
- Assistenti domiciliari per le attività di propria competenza
- Addetti teleassistenza per la propria quota parte.

Risorse coinvolte della Azienda USL, attraverso Distretti Sanitari Territoriali di Competenza (ai sensi del D.lgs. 229/99, A.C.N. 23/03/2005 e relativo A.I.R. - Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti tra i medici di medicina generale e il SSN):

- Responsabile del Distretto Sociosanitario (o suo delegato)
- Case Manager e/o un responsabile del servizio Cure Domiciliari Integrate
- Medico di Medicina Generale dell'utente
- Medici specialisti
- Terapisti della riabilitazione
- Infermieri professionali ed altro personale specialistico
- Attività di segretariato e supporto amministrativo (PUA e altri servizi).

#### **Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>8</sup>**

Corrispondenza ai dati del profilo sociale sia regionale che dell'ECAD 17, che confermano il fabbisogno di salute e di benessere e i relativi tassi ed indicatori in linea e per specifiche criticità superiori alla media nazionale rispetto alla presenza di malattie croniche.

#### **Modalità di erogazione e di accesso<sup>9</sup>**

L'UVM viene attivata dal PUA coordinata presso il Distretto Sanitario di Scafa, e vede la presenza di personale del Distretto Sanitario (Amministrativo, Dirigente medico, infermiera e Assistente Sociale) in stretta collaborazione con personale dell'ECAD 17, Assistente Sociale.

La convenzione socio-sanitaria, già approvata dall'ECAD 17, dal DSB di Scafa e dalla Direzione Generale della ASL di Pescara, rappresenta il quadro di indirizzo generale e specifico che fornisce le linee di azione sia per la funzione del PUA che della stessa UVM -Unità di Valutazione Multidimensionale (Socio-Sanitaria), coordinata dal Direttore dell'UOC-e/o suo Delegato che sovrintende direttamente le attività di rilevazione e della valutazione del bisogno, attraverso l'ausilio di appositi modelli valutativi e della programmazione dell'intervento integrato socio-sanitario con la predisposizione del Piano Assistenziale Individualizzato.

#### **ORARIO DI SERVIZIO**

L'UVM si coordina tramite il Punto Unico di Accesso, in relazione alle richieste ed ai programmi calendarizzati secondo un preciso cronoprogramma degli interventi settimanali. Il PUA sarà aperto dal lunedì al sabato per 36 ore settimanali e verrà gestito in modo integrato dall'Ente di Ambito Distrettuale "Montagna Pescara" e dal Distretto Sanitario di Scafa (PE).

#### **Modalità di gestione e affidamento del servizio<sup>10</sup>**

Il servizio è gestito in forma integrata con proprie specifiche competenze tra loro complementari tra l'ECAD 17 "Montagna Pescara" ed il DSB di Scafa "Macro-area Majella-Morrone", in pieno raccordo gestionale-operativo con la "Zona di gestione sociale valle dell'Orta".

#### **Tipologia di Fondo/Fondi<sup>11</sup>: FNPS / FSR / ECAD / FONDO SANITARIO NAZIONALE**

	2015	2017 (luglio/dicembre)	2018 (gennaio/dicembre)
Indicatore <sup>12</sup> (specificare)	300 (tra accessi, valutazioni ed attivazioni)	200 (tra accessi, valutazioni ed attivazioni)	750 (tra accessi, valutazioni ed attivazioni)
Costo <sup>13</sup>	€ 7.000,00 (quota sociale)	€. 2.000,00 (quota sociale)	€. 10.000,00 (quota sociale)

<b>Id<sup>1</sup>: N. 5</b>	<b>Servizio<sup>2</sup>: SERVIZIO DI PRONTO INTERVENTO SOCIALE (RETE “PIS” ECAD/ ASSOCIAZIONI)</b>
Campo di intervento <sup>3</sup> : 1- Servizi per l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale	
AT <sup>4</sup> N. 1 “Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio” ML: N.1 “Servizi per l'accesso e presa in carico da parte della rete assistenziale”	OE <sup>5</sup> N. 3 – PRONTO INTERVENTO SOCIALE
<p>La rete PIS dell'ECAD 17 rappresenta un modello di presa in carico condivisa pubblico/privato, che consenta un reale accompagnamento verso la fuoriuscita da situazioni di disagio socio-economico, e che si articola in:</p> <p>a. <u>interventi di primo livello</u> in caso di emergenza economica straordinaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pagamento utenze domestiche, canoni di locazioni arretrati, rimborso spese di viaggio per motivi di salute o lavoro, acquisto di farmaci, rette asilo nido, ecc.</li> <li>- erogazione di pacchi viveri e/o beni di prima necessità.</li> </ul> <p>b. <u>interventi di secondo livello</u>: situazioni multiproblematiche che richiedono un progetto individualizzato e un accompagnamento di medio-lungo periodo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Razionalizzazione delle risorse economiche, professionali ed umane che ruotano attorno alle persone e famiglie in difficoltà.</li> <li>- Attuazione principi di sussidiarietà verticale tra Ente di Ambito Sociale Terzo settore inteso nel senso più ampio (associazioni, cooperative sociali, parrocchie, volontari)</li> </ul> <p><b>Attività</b></p> <p>Le attività del “Pronto Intervento sociale” dell'ECAD 17 si configurano come un sistema integrato di azioni che si possono sintetizzare in:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordinamento di progetto: Gestione e rendicontazione, animazione territoriale di progetto, monitoraggio, valutazione e diffusione dei risultati;</li> <li>2. Costituzione di un tavolo di rete: “<i>MODELLO SINAPSP</i>”, che preveda il coinvolgimento del Servizio Sociale, dei Centri di Ascolto delle Caritas parrocchiali, nonché dei rappresentanti degli enti no profit attivi sul territorio già partecipanti al “<i>Gruppo di Piano</i>”;</li> <li>3. Formazione ed aggiornamento: finalizzata ad offrire ad operatori e volontari dei CdA gli strumenti per rapportarsi nell'ambito del Tavolo di Rete e per gestire in modo condiviso i casi a loro assegnati;</li> <li>4. Coordinamento del servizio “MISURE DI SOSTEGNO AL REDDITO” e promozione percorsi di inserimento lavorativo;</li> <li>5. Coordinamento e monitoraggio interventi di inserimento socio-lavorativo (“Progetto SIA”/“Abruzzo Include”);</li> <li>6. Previsione progetto per incremento occupabilità persone maggiormente vulnerabili (FSE);</li> <li>7. Supporto all'avvio progetto “<i>BARATTO AMMINISTRATIVO</i>” (supporto per l'avvio e regolamentazione unitaria dell'intervento);</li> <li>8. Messa in rete e supporto agli enti deputati al supporto beni prima necessità tramite “Banco Alimentare” e “Lotta allo spreco alimentare” (Enti caritatevoli/Fondazione Caritas/Parrocchie territoriali/Fondi regionali e nazionali dedicati).</li> </ol> <p><b>PER LE SITUAZIONI DI EMERGENZA SOCIALE</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Segnalazione della situazione di emergenza;</li> <li>2. Colloqui-azione di filtro per l'invio degli utenti presso i servizi competenti;</li> <li>3. Compilazione di schede individuali per ogni singolo utente con l'indicazione del bisogno individuato ed altre informazioni del caso;</li> <li>4. Accompagnamento della persona in condizione di bisogno presso una delle strutture d'accoglienza che conservano la disponibilità di alcuni posti per i casi di estrema emergenza.</li> </ol> <p><b>OBIETTIVI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sperimentare una strategia di contrasto del disagio socio-economico, che coniughi le risorse pubbliche e</li> </ul>	

risorse del no profit attraverso un modello di PRESA IN CARICO CONDIVISA DEGLI UTENTI;

- Individuare famiglie e/o persone in stato di disagio che abitualmente non accedono ai servizi territoriali;
- Ridurre dello stato di disagio socio-economico di persone e famiglie;
- Risolvere la necessità urgente dell'utente derivante da una situazione di bisogno improvviso;
- Rispondere alle emergenze di tipo socio-economico, materiale e abitativo temporaneo che si presentano nel territorio;
- Costituire di una "Rete sociale" permanente con il privato sociale ("Gruppo di Piano" per la funzione di "cabina di regia", monitoraggio e verifica, progettazione partecipata ed osservatorio sociale locale per gli addetti e la cittadinanza, sul modello del "Progetto Sinapsi").

**Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>8</sup>**

Aumento delle fasce di popolazione a rischio di povertà ed esclusione e delle criticità socio-familiari ed economico-lavorative, con indici rilevati nel profilo sociale dell'ECAD 17 sopra la media nazionale, regionale e provinciale.

**Modalità di erogazione e di accesso<sup>9</sup>**

La supervisione del Servizio è dell'Ufficio di Piano e del "Gruppo di Piano" (tavolo permanente) dell'ECAD 17 "Montagna Pescaresc". Il coordinamento e l'erogazione avviene in rete e per il tramite dei servizi preposti dell'ECAD 17, Caritas locale e la rete delle Parrocchie e degli Enti del terzo settore del territorio di riferimento che aderiscono alle azioni progettuali.

**Target di riferimento dei beneficiari del servizio**

Utenti in situazione di grave disagio socio-economico, marginalità, soggetti senza dimora, immigrati.

**Modalità di gestione e affidamento del servizio<sup>10</sup>**

Gestione mista.

La supervisione del Servizio è dell'ECAD 17 ed il "Gruppo di Piano".

Il Coordinamento e l'erogazione avviene in rete e per il tramite dell'Ufficio di Piano ed il privato sociale aderente.

Tipologia di Fondo/Fondi<sup>11</sup>: FNPS / FSR / ECAD

	2015	2017	2018
Indicatore <sup>12</sup> (specificare)	12 casi (emergenza abitativa)	30 interventi (PIS integrato ECAD/Comuni/Associazioni)	60 interventi (PIS integrato ECAD/Associazioni)
Costo <sup>13</sup>	€ 4.240,07 (FNPS / FSR / ECAD/FSE/Fondi Sostegno Inclusione Attiva/risorse privato sociale e parrocchie)	€ 5.000,00 (FNPS / FSR / ECAD/FSE/Fondi Sostegno Inclusione Attiva/risorse privato sociale e parrocchie)	€ 10.000,00 (FNPS / FSR / ECAD/FSE/Fondi Sostegno Inclusione Attiva/risorse privato sociale e parrocchie)

<b>Id<sup>1</sup>: N. 6</b>	<b>Servizio<sup>2</sup>: ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE</b>
Campo di intervento <sup>3</sup> : 1- Servizi per l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale	
<p>AT<sup>4</sup> N. 1 “Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio”</p> <p>ML: N. 2 “Servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio”</p>	<p>OE<sup>5</sup> N. 4 – Incrementare l'assistenza domiciliare sociale in favore di persone anziane e disabili e metterla in rete con gli altri servizi di cura</p>
<p><b>Attività</b></p> <p>Le attività preposte sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aiuto nella cura della persona;</li> <li>- Aiuto nella cura della casa;</li> <li>- Sostegno per l'integrazione sociale e relazionale nel contesto di vita quotidiana dell'anziano;</li> <li>- Disbrigo pratiche e supporto per le relazioni extra familiari, con i servizi pubblici esterni e di pubblica utilità;</li> <li>- Promozione del benessere psico-fisico e relazionale in collegamento con i centri diurni ricreativi e socio-culturali (Centri Diurni, Università della terza età, ecc.).</li> </ul> <p><b>Altre attività correlate sono:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programmazione delle attività proprie della funzione e dello sviluppo della organizzazione del servizio, anche mediante la costruzione di un sistema informativo Socio-Sanitario;</li> <li>- Coordinamento dei rapporti e dei collegamenti tra le varie figure professionali interessate o utilizzate nel servizio con gli Enti ed organizzazioni del territorio e con i servizi a gestione ASP di Pescara;</li> <li>- Valutazione delle attività di servizio volta al controllo dei livelli di efficacia raggiunti;</li> <li>- Vigilanza sulle attività di assistenza domiciliare svolte;</li> <li>- Vigilanza e controllo sulle attività di assistenza degli organismi convenzionati eventuali;</li> <li>- Rilevazione dei bisogni di formazione permanente degli operatori impegnati in ambito domiciliare e territoriale.</li> </ul> <p><b>OBIETTIVI GENERALI:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Favorire, ove possibile, la de-istituzionalizzazione e la permanenza a domicilio delle persone anziane e disabili, incrementando i servizi di assistenza domiciliare e di assistenza domiciliare integrata e la continuità assistenziale, intesa quale prosecuzione metodologica di intervento;</li> <li>2. Potenziamento servizi domiciliari e territoriali integrati per la non autosufficienza;</li> <li>3. Sviluppo di progettualità specifiche per il potenziamento ed implementazione servizi domiciliari al fine dell'assorbimento delle liste di attesa;</li> <li>4. Maggiore promozione dei servizi presenti nel territorio di riferimento dell'ECAD 17 “Montagna Pescaresc”.</li> </ol> <p><b>OBIETTIVI SPECIFICI:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sostenere la famiglia nei compiti di assistenza alla persona anziana;</li> <li>b. Garantire condizioni di sicurezza dell'anziano e/o disabile in situazioni di assenza (anche temporanea) del familiare;</li> <li>c. Contrastare il decadimento cognitivo e affettivo dell'anziano e/o disabile.</li> </ol>	
<p><b>Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>8</sup></b></p> <p>Tassi superiori alla media nazionale rispetto alla presenza di malattie croniche.</p>	
<p><b>Modalità di erogazione e di accesso<sup>9</sup></b></p> <p>L'iter operativo di attivazione del Servizio SAD viene di seguito descritto.</p> <p>Il primo contatto si ha con le Assistenti Sociali dislocate nei Comuni dell'ECAD 17, per informazioni inerenti il servizio di assistenza domiciliare da parte dell'anziano o di qualsiasi persona.</p> <p>Alla richiesta di assistenza domiciliare segue l'istruzione della pratica di accesso al servizio, con l'apposito modulo di presa in carico, presentata all'Ente, al quale va allegata la documentazione a carattere sociale e socio-sanitario</p>	

dell'utente, oltre che l'ISEE per la definizione delle eventuali compartecipazione a proprio carico e il riconoscimento di invalidità e/o certificazione di disabilità rilasciata dalla ASL ed altri organismi competenti.

Dopo l'istruttoria della domanda e relativa visita domiciliare, l'Assistente Sociale elabora un progetto di intervento personalizzato (PAI).

#### Target di riferimento dei beneficiari del servizio

Sono assistiti gli anziani di età superiore a 65 anni, non autosufficienti o semi-autosufficienti e le persone in situazione di disabilità ai sensi della L.104 / 1992, dando priorità alla disabilità grave e gravissima ai sensi dell'art. 3, comma 3.

#### Modalità di gestione e affidamento del servizio<sup>10</sup>

Figura referente del servizio è l'Assistente Sociale responsabile per l'area Anziani /disabili.

Gli operatori domiciliari sono n. 23.

Il servizio viene svolto presso il domicilio dell'anziano.

L'assistenza è attivata per il numero di ore settimanali valutate dall'UVM e sulla base delle risorse a disposizione dell'Ente erogatore.

È prevista una compartecipazione dell'utenza sulla base del regolamento delle tariffe dell'Ambito Distrettuale sociale n. 17 (regolamento unitario di accesso).

Tipologia di Fondo/Fondi<sup>11</sup>: FNPS / FSR / ECAD

	2015	2017 (luglio/dicembre)	2018 (gennaio/dicembre)
Indicatore <sup>12</sup> (numero prestazioni di assistenza domiciliare ricondotte alla durata di n.1 ora	TOT. 16.863 ore DI CUI: - N. 15.177 - Assistenza domiciliare anziani - N.1.686 – Assistenza domiciliare disabili	TOT. 6.376 ore DI CUI: - N. 6.000 - Assistenza domiciliare anziani - N. 376 – Assistenza domiciliare disabili	TOT. 17.705 ore DI CUI: - N. 15.927 - Assistenza domiciliare anziani - N. 1.778 – Assistenza domiciliare disabili
Costo <sup>13</sup>	€. 308.600,00 (FNPS / FSR / ECAD)	€. 116.683,50 (FNPS / FSR / ECAD)	€. 324.002,67 (FNPS / FSR / ECAD)

<b>Id<sup>1</sup>: N. 7</b>	<b>Servizio<sup>2</sup>: ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA</b>
Campo di intervento <sup>3</sup> : 1- Servizi per l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale	
AT <sup>4</sup> N. 1 “Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio” ML: N. 2 “Servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio”	OE <sup>5</sup> N. 4 – Incrementare l'assistenza domiciliare integrata sociale in favore di persone anziane e disabili e metterla in rete con gli altri servizi di cura.
<b>Attività</b> L'attivazione del Servizio ADI parte sempre dalla valutazione socio-sanitaria dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) che rileva ed individua i fabbisogni sanitari e indica il piano di assistenza (P.A.I.) compartecipato che consideri il bisogno globale effettivo dell'utente anziano e/o disabile non autosufficiente. Le attività previste per il servizio ADI sono: - assistenza sanitaria-infermieristica e riabilitativa; - aiuto nella cura della persona; - svolgimento pratiche ed orientamento servizi socio-sanitari; - promozione del benessere psico-fisico e relazionale. L'erogazione del servizio viene effettuata da operatori domiciliari socio-assistenziali strutturati e dipendenti	

dall'Azienda Speciale, coordinati da un'Assistente sociale che ne organizza le attività e i turni di lavoro in base al carico assistenziale e alle caratteristiche professionali di ciascuno (esperienza, attitudini, razionalizzare degli spostamenti rispetto ai domicili, ecc.) e da professionisti incaricati dalla AUSL. L'erogazione si sviluppa in più fasi fino all'eventuale dimissione dell'utente.

- a. Attivazione del servizio ed erogazione delle prestazioni domiciliari socio-sanitarie;
- b. Gestione del caso: verifica in itinere dell'evoluzione dei bisogni, degli obiettivi, dei risultati raggiunti secondo il piano di valutazione individuato nel piano d'intervento e predisposizione di adeguate risposte sia in termini di interventi domiciliari che in termini di altre risorse da attivare;
- c. Gestione della modulistica di lavoro: registrazione simultanea delle attività svolte nell'ambito della cartella domiciliare e relativa reportistica sia ai fini amministrativi che di gestione sociale del caso.

L'assistenza è erogata fino alla modifica delle condizioni che hanno comportato la presa in carico. Ciò presuppone la verifica dei risultati raggiunti attraverso una visita di valutazione dell'assistente sociale responsabile del caso per rilevare le condizioni dell'utente e della famiglia, l'ottimizzazione delle risorse e la soddisfazione dell'utente e della famiglia.

Altre attività correlate sono:

- Programmazione delle attività proprie della funzione e dello sviluppo della organizzazione del servizio, anche mediante la costruzione di un sistema informativo Socio-Sanitario;
- Coordinamento dei rapporti e dei collegamenti tra le varie figure professionali interessate o utilizzate nel servizio con gli Enti ed organizzazioni del territorio;
- Valutazione delle attività di servizio volta al controllo dei livelli di efficacia raggiunti;
- Vigilanza sulle attività di assistenza domiciliare integrata svolte;
- Vigilanza e controllo sulle attività di assistenza degli organismi convenzionati eventuali;
- Rilevazione dei bisogni di formazione permanente degli operatori impegnati in ambito domiciliare e territoriale.

#### **OBIETTIVI GENERALI:**

- Favorire, ove possibile, la de-istituzionalizzazione e la permanenza a domicilio delle persone anziane, incrementando i servizi di assistenza domiciliare e di assistenza domiciliare integrata e la continuità assistenziale, intesa quale prosecuzione metodologica di intervento;
- Potenziamento servizi domiciliari e territoriali integrati per la non autosufficienza;
- Sviluppo di progettualità specifiche per il potenziamento ed implementazione servizi domiciliari integrati socio-sanitari al fine dell'assorbimento delle liste di attesa;
- Potenziamento della presa in carico socio-sanitaria soprattutto per il rilevamento e la valutazione del bisogno globale complesso (U.V.M.) e la programmazione della risposta socio-assistenziale integrata con la sperimentazione di nuovi modelli valutativi e coinvolgimento familiare (anche attraverso le Associazioni) nella predisposizione, diffusione e verifica dei P.A.I., che abbia come obiettivo la centralità della persona prescindendo dalla effettiva capacità erogativa dell'Ente;

#### **OBIETTIVI SPECIFICI:**

- Favorire le cure domiciliari dei soggetti non autosufficienti;
- Favorire la permanenza a domicilio dei soggetti non autosufficienti;
- Sostenere la famiglia nei compiti di assistenza alla persona anziana non autosufficiente;
- Garantire condizioni di sicurezza dell'anziano non autosufficiente in situazioni di assenza (anche temporanea) del familiare;
- Contrastare il decadimento cognitivo e affettivo dell'anziano non autosufficiente;

#### **INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA**

##### **Soggetto promotore e rete**

I soggetti promotori ed erogatori dell'intervento sono l'ECAD 17 e la AUSL di Pescara attraverso il Distretto Sanitario di Scafa.

La rete coinvolta nell'erogazione del servizio comprende il Servizio Sociale Professionale e i medici di base.

##### **Attori coinvolti e relative responsabilità nel processo di erogazione del servizio di assistenza domiciliare integrata**



**Il Distretto Sanitario di Base:**

- Recepisce la richiesta di assistenza da parte del medico curante o delle famiglie;
- Invia la stessa al servizio sociale;

**Il Servizio Sociale/PUA dell'ECAD:**

- Recepisce la richiesta di assistenza domiciliare da parte del DSB e apre la pratica ;
- Redige, congiuntamente alla ASL, il Piano d'Assistenza individualizzato (PAI) e fa sottoscrivere all'utente il Patto d'Assistenza;

**L'Unità di Valutazione Multidisciplinare:**

- Definisce e condivide internamente tra i propri componenti i criteri di valutazione dello stato di autosufficienza/autonomia, alla luce delle scale di valutazione individuate dalla Regione con D.C.A. N. 107 DEL 20 dicembre 2013 (scheda S.VA.M.DI. per la valutazione della disabilità ; S.VA.M.A. per l'area anziani e demenze, da integrare con le scale ADL, IADL e DMI per la classificazione delle fasce di non autosufficienza; HO-Nos/VADO , BPRS per l'area psichiatrica, nonché quelle determinate con Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26 settembre 2016);
- Effettua, su attivazione del Servizio Sociale, la valutazione dello stato di autosufficienza/autonomia dell'anziano con le schede S.VA.M.DI./S.VA.M.A. ( D.C.A. N. 107 DEL 20 dicembre 2013 (scheda S.VA.M.DI. per la valutazione della disabilità ; S.VA.M.A. per l'area anziani e demenze, da integrare con le scale ADL, IADL e DMI per la classificazione delle fasce di non autosufficienza; HO-Nos/VADO , BPRS per l'area psichiatrica, nonché quelle determinate con Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26 settembre 2016) ;
- Fornisce le risultanze della valutazione al Servizio Sociale.

**Le figure coinvolte nell'ADI sono:**

- U.V.G. e U.V.M. (AUL/ECAD)
- Operatori domiciliari (ECAD)
- Operatori socio-sanitari (ECAD)
- Medico di medicina generale (AUSL)
- Medici specialisti richiesti dal caso (AUSL)
- Infermieri (AUSL)
- Fisioterapisti (AUSL)

**Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>8</sup>**

- Tassi superiori alla media nazionale rispetto alla presenza di malattie croniche;
- Trend in crescita delle malattie neurodegenerative.

**Modalità di erogazione e di accesso<sup>9</sup>**

Il Punto Unico di Accesso rappresenta la sede dell'Integrazione Socio-Sanitaria, in cui si valuta il bisogno socio-sanitario attraverso l'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) ed in cui si programma il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) per singolo utente.

Il PUA è situato presso il Distretto Sanitario di Scafa e vede la presenza di una Assistente Sociale dell'Ambito in collaborazione con personale del Distretto Sanitario.

All'interno del PUA è attiva l'UVM - Unità di Valutazione Multidimensionale (Socio-Sanitaria) - che si occupa della valutazione del bisogno attraverso l'ausilio di appositi modelli valutativi (es.ICF) e della programmazione dell'intervento integrato socio-sanitario con la predisposizione del Piano Assistenziale Individualizzato.

**Processo di valutazione del bisogno e presa in carico**

Il processo di valutazione e presa in carico degli utenti per l'erogazione dell'assistenza domiciliare integrata prevede, al momento di pianificazione dell'intervento, il susseguirsi di una serie di azioni, di tipo amministrativo e tecnico, a carico dei soggetti coinvolti.

Allo scopo di proseguire nel solco dell'integrazione delle politiche sociali e sanitarie, l'ECAD intende dare luogo ad alcune forme e modalità congiunte di valutazione dello stato di non autosufficienza della persona. Nell'ambito del processo di erogazione dell'assistenza domiciliare integrata, interverrà ad operare tale valutazione l'unità di

valutazione multidisciplinare istituita dalla ASL ed integrata con l'assistente sociale dell'ECAD n.17 in base al protocollo d'intesa sottoscritto. L'UVM è dunque costituita da: *responsabile del Distretto Sanitario o suo delegato; medico specialista nella branca competente per patologia, assistente sociale dell'ECAD 17, terapeuta della riabilitazione, infermiere professionale; medico di medicina generale curante il singolo paziente.*

La valutazione ha come oggetto la verifica del livello di non autosufficienza attraverso l'utilizzo di appositi strumenti quali le schede S.VA.M.DI. e S.VA.M.A ( D.C.A. N. 107 DEL 20 dicembre 2013 (scheda S.VA.M.DI. per la valutazione della disabilità ; S.VA.M.A. per l'area anziani e demenze, da integrare con le scale ADL, IADL e DMI per la classificazione delle fasce di non autosufficienza; HO-Nos/VADO , BPRS per l'area psichiatrica, nonché quelle determinate con Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26 settembre 2016) . per raggiungere gli obiettivi enunciati e adotta una metodologia di lavoro che promuove la valorizzazione delle risorse del soggetto e del contesto familiare e sociale attraverso l'elaborazione di P.A.I., piani di assistenza personalizzati. Il P.A.I. descrive dunque il processo assistenziale della persona non autosufficiente indicando gli interventi, servizi e prestazioni ritenuti necessari dall'U.V.M. per il caso, prevedendo necessariamente un intervento sanitario e un intervento sociale. Il P.A.I. inoltre 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. Fatta salva l'autonomia dell'U.V.M. nell'individuazione dell'operatore più adeguato a svolgere tale funzione nello specifico progetto assistenziale, si ritiene che l'Assistente Sociale dell'ECAD 17 e l'infermiere professionale del Distretto Sanitario sono le figure professionali che, in misura prevalente, devono essere coinvolte nello svolgimento di tale compito.

**Target di riferimento dei beneficiari del servizio:**

I BENEFICIARI del servizio di assistenza domiciliare integrata sono persone anziane o disabili in stato di non autosufficienza o di recente dimissione ospedaliera, che si trovano in situazione di non autosufficienza, a forte rischio di istituzionalizzazione.

L'intervento mira a potenziare il servizio, non sostituendo interventi già erogati all'utente, ma integrando il piano di intervento individualizzato sulla base di una valutazione multidimensionale.

**Modalità di gestione e affidamento del servizio<sup>10</sup>**

Il servizio è gestito dall'ECAD 17 che procederà ad esternalizzarlo, in pieno raccordo con la "Zona di gestione valle dell'Orta", tramite gara a pubblica evidenza per il periodo 2017/2018. La rete coinvolta nell'erogazione del servizio comprende il Servizio Sociale Professionale, il PUA e l'UVM, al fine della valutazione integrata dei bisogni, i medici di base. Il servizio viene svolto al domicilio dell'anziano non autosufficiente.

Tipologia di Fondo/Fondi<sup>11</sup>: FNPS / FSR / ECAD

	2015	2017 (luglio/dicembre)	2018 (gennaio/dicembre)
Indicatore <sup>12</sup> (numero prestazioni di assistenza domiciliare ricondotte alla durata di n.1 ora)	N. 1.504	- N. 767	- N. 1513
Costo <sup>13</sup>	€ 30.080,00 (FNPS / FSR / ECAD)	€ 15.000,00 (FNPS / FSR / ECAD)	€ 30.000,00 (FNPS / FSR / ECAD)

## Asse Tematico 2 - Interventi e servizi per la non autosufficienza

### Programma per la non autosufficienza – PLNA 2016

Il servizio assistenziale è attivato ai sensi del riparto regionale stanziato dalla Regione Abruzzo con DGR. 852 del 15.12.2016, annualità 2016 è il seguente:

- Fondo Regionale quota 50%: € 144.975,00
- Quota 50% disabilità gravissime ed affetti da SLA: € 144.975,00

Vengono assicurati tutti i servizi previsti dal PLNA, che risultano essere complementari alle prestazioni già attivate con il Piano Sociale Distrettuale ed i servizi ed interventi del DSB di Scafa. La metodologia del PLNA prevede uno stretto raccordo con il PUA, UVM e gli altri servizi di cura a livello distrettuale della ASL, nel pieno rispetto degli accordi operativi, della Convenzione socio-sanitaria sottoscritta con la Direzione del DSB di Scafa e l'organismo di coordinamento e monitoraggio istituito della Conferenza locale per l'Integrazione Socio-Sanitaria (CLISS).

Le risorse relative al PLNA 2016 dell'ECAD n.17 saranno destinate ad implementare e finanziare le seguenti azioni, con i seguenti numeri di utenti e quote di spesa sostenuta per singola azione.

AZIONI	UTENTI	SPESA
Assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD)	48	93.011,24
Assistenza domiciliare integrata (ADI)	5	10.000,00
Teleassistenza	4	1.000,00
Assegno di cura	8	28.963,76
Assegno vita indipendente	2	12.000,00
Assegno disabilità gravissima per affetti da SLA	5	66.000,00
Assegno disabilità gravissima	8	78.975,00

persone in condizione di dipendenza vitale		
--	--	--

<b>FONDO REGIONALE QUOTA 50%</b>	€ 144.975,00
<b>QUOTA 50% DISABILITA' GRAVISSIMA</b>	€ 144.975,00

\* Il costo dell'ADI è a carico della ASL di Pescara per l'80% e dell'ECAD N.17 per il 20%.

## 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 <sup>1</sup>	Servizio/intervento	OE	SS <sub>2</sub>	Indicatore	Utenti N.A. <sup>8</sup>	Utenti N.A. disabilità gravissima <sup>9</sup>	Valori target dell'indicatore	
							2017	2018
8	Assistenza domiciliare	4	x	N. prestazioni AD sociale <sup>3</sup>	48	35	1750 ore	3.716 ore
9				N. prestazioni AD Integrata	5	3	218 ore	437 ore
10	Assegno di cura	8	x	N. persone non autosufficienti assistite con assegni di cura	6	6	6 utenti x 300,00 euro/12 mesi	6 utenti x 300,00 euro/12 mesi
11	Assegno vita indipendente	8	x	N. persone non autosufficienti assistite con assegni di cura	2	2	2 utenti x 500,00 euro/12 mesi	2 utenti x 500,00 euro/12 mesi
12	Assegno disabilità gravissime affette da SLA e disabilità gravissime	5	x	N. persone non autosufficienti assistite con assegni di cura	5	5	5 utenti x 1100 euro/12 mesi	5 utenti x 1100 euro/12 mesi

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

Scheda per Azioni dirette FNNA

<b>ID<sup>1</sup>: 8</b>	<b>SERVIZIO<sup>2</sup>: ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO – ASSISTENZIALE PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI</b>
Campo di intervento <sup>3</sup> : Trend in crescita delle malattie neurodegenerative	
AT <sup>4</sup> N.2 Interventi e servizi per la non autosufficienza ML: N. 2 “Servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio”	OE <sup>5</sup> N.4 – Assistenza domiciliare - incrementare l'assistenza domiciliare sociale in favore di persone anziane e disabili e metterla in rete con gli altri servizi di cura.
<p>Il servizio di assistenza domiciliare socio assistenziale per anziani e disabili persegue l'obiettivo di favorire la permanenza della persona non autosufficiente nell'abituale contesto di vita quotidiana, attraverso il soddisfacimento dei suoi bisogni e la valorizzazione delle sue capacità residue in collaborazione con la famiglia.</p> <p>Attraverso questo servizio viene promosso il benessere psicofisico e relazionale per prevenire o rimuovere situazioni di bisogno, di emarginazione e di disagio, attraverso prestazioni domiciliari socio-assistenziale, sulla base di PAI redatti nell'ambito delle valutazioni effettuate dall'UVM, attraverso l'assistente sociale ed il personale socio-sanitario distrettuale incaricati per la valutazione del bisogno.</p> <p>Il servizio prevede inoltre anche attività rivolte all'aiuto per necessità quotidiane, quali: accompagnamento per acquisto di farmaci e per visite mediche; cura della casa; igiene personale; compagnia.</p>	

Il servizio è rivolto ad anziani/disabili non autosufficienti e provvede attività quotidiane e strumentali. Nel caso di anziano/disabile totalmente o gravemente non autosufficiente, il nucleo familiare deve essere necessariamente presente anche se non completamente adeguato da un punto di vista assistenziale.

Azioni di cura per:

- Aiuto nella cura della persona;
- Aiuto nella cura della casa;
- Disbrigo pratiche e supporto per le relazioni extra familiari, con i servizi pubblici esterni e di pubblica utilità;
- Promozione del benessere psico-fisico e relazionale.

#### **VERIFICA E VALUTAZIONE:**

- Coordinamento dei rapporti e dei collegamenti tra le varie figure professionali interessate o utilizzate nel servizio con gli Enti ed organizzazioni del territorio;
- Valutazione delle attività di servizio volta al controllo dei livelli di efficacia raggiunti;
- Monitoraggio delle attività di assistenza domiciliare svolte;
- Monitoraggio delle attività di assistenza degli organismi convenzionati eventuali;
- Rilevazione dei bisogni di formazione permanente degli operatori impegnati in ambito domiciliare e territoriale.
- 

#### **OBIETTIVI GENERALI:**

- Favorire, ove possibile, la de-istituzionalizzazione e la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, incrementando i servizi di assistenza domiciliare e di assistenza domiciliare integrata e la continuità assistenziale, intesa quale prosecuzione metodologica di intervento;
- Potenziare servizi domiciliari e territoriali integrati per la non autosufficienza;
- Sviluppare progettualità specifiche per il potenziamento ed l'implementazione dei servizi domiciliari al fine dell'assorbimento delle liste di attesa;
- Promuovere maggiormente i servizi presenti.

#### **OBIETTIVI SPECIFICI:**

- Sostenere la famiglia nei compiti di assistenza alla persona non autosufficiente ed assicurare condizioni di tutela della persona non autosufficiente in situazioni di fragilità della rete familiare e parentale e/o assenza per periodi temporanei dei familiari;
- Contrastare il deterioramento psico-socio-cognitivo e comportamentale e affettivo della persona in situazione di svantaggio sociale e di non autosufficienza.

#### **Integrazione socio-sanitaria**

##### **CONCORRONO ALLA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI:**

##### **Il Segretariato Sociale presente in ogni comune dell'ECAD 17:**

- Recepiscono la richiesta di assistenza domiciliare da parte delle famiglie degli anziani o disabili ed avvia le procedure di presa in carico;
- Forniscono alla famiglia del richiedente tutte le indicazioni utili per accedere al servizio.
- Fornisce, se richiesto dal PUA, puntuale e dettagliata valutazione e sociale

##### **Il Punto Unico di Accesso (PUA) attivo a livello distrettuale (DSB):**

- Recepisce la richiesta di assistenza domiciliare da parte del Segretario Sociale e la certificazione ISEE;
- Invia la richiesta all' UVM per la valutazione;
- Qualora necessaria, richiede dettagliata valutazione sociale all'Assistente Sociale del Segretariato Sociale del comune di residenza

- Riceve dall'UVM l'esito della valutazione;
- Avvia l'assistenza;
- Gestisce il sistema di monitoraggio del servizio.

#### **L'Unità di Valutazione Multidisciplinare:**

- Definisce e condivide internamente tra i propri componenti i criteri di valutazione dello stato di autosufficienza/autonomia, alla luce delle scale di valutazione individuate dalla Regione (con D.C.A. N. 107 DEL 20 dicembre 2013 (scheda S.VA.M.DI. per la valutazione della disabilità ; S.VA.M.A. per l'area anziani e demenze, da integrare con le scale ADL, IADL e DMI per la classificazione delle fasce di non autosufficienza; HO-Nos/VADO , BPRS per l'area psichiatrica, nonché quelle determinate con Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26 settembre 2016;
- Effettua la valutazione dello stato di autosufficienza/autonomia della persona non autosufficiente con scheda S.VA.M.DI. per la valutazione della disabilità ; S.VA.M.A. per l'area anziani e demenze, da integrare con le scale ADL, IADL e DMI per la classificazione delle fasce di non autosufficienza; HO-Nos/VADO , BPRS per l'area psichiatrica, nonché quelle determinate con Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26 settembre 2016;
- Fornisce le risultanze della valutazione al Segretario Sociale.

#### **Il Servizio Sociale Professionale dell'Azienda Sociale:**

- Redige, congiuntamente alla ASL, il Piano d'Assistenza Individualizzato e fa sottoscrivere all'utente il Patto d'Assistenza;
- Invia la documentazione al Servizio Amministrativo per il successivo avvio delle attività operative.

#### **Il Servizio Domiciliare Sociale**

L'erogazione si sviluppa in più fasi fino alla eventuale dimissione dell'utente:

- a. Attivazione del servizio ed erogazione delle prestazioni domiciliari;
- b. Gestione del caso: verifica in itinere dell'evoluzione dei bisogni, degli obiettivi, dei risultati raggiunti secondo il piano di valutazione individuato nel piano d'intervento e predisposizione di adeguate risposte sia in termini di interventi domiciliari che in termini di altre risorse da attivare;
- c. Gestione della modulistica di lavoro: registrazione simultanea delle attività svolte nell'ambito della cartella domiciliare e relativa reportistica sia ai fini amministrativi che di gestione sociale del caso.

L'assistenza è erogata fino alla modifica delle condizioni che hanno comportato la presa in carico. Ciò presuppone la verifica dei risultati raggiunti attraverso visita di valutazione dell'assistente sociale responsabile del caso per rilevare le condizioni dell'utente e della famiglia, l'ottimizzazione delle risorse e la soddisfazione dell'utente e della famiglia. La dimissione, che avviene in genere per morte o trasferimento dell'utente in altro Comune o in Casa di Riposo, comporta l'espletamento delle formalità di dimissione e l'archiviazione dei dati.

#### **Coerenza con il Piano sociale regionale**

- Tassi superiori alla media nazionale rispetto alla presenza di malattie croniche.
- Trend in crescita delle malattie neurodegenerative.

#### **Modalità di erogazione e di accesso**

##### **SOGGETTO PROMOTORE E RETE**

Il soggetto promotore ed erogatore dell'intervento è l'*ECAD n.17 "Montagna Pescaresese"*, in pieno raccordo con la *"Zona di gestione Valle dell'Orta"*, attraverso procedura di gara a pubblica evidenza.

BENEFICIARI sono persone non autosufficienti, a rischio di residenzialità, che hanno una certificazione valida e riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 104/92.

L'intervento mira a potenziare il servizio, non sostituendo interventi già erogati all'utente, ma integrando il piano di intervento individualizzato sulla base di una valutazione multidimensionale, tenendo conto della situazione socio-familiare ed economica, in relazione al regolamento unitario di accesso ai servizi alla persona dell'ECAD 17.

#### **Modalità di gestione e affidamento del servizio<sup>10</sup>**

Il soggetto promotore ed erogatore dell'intervento è l'ECAD n.17, che in pieno raccordo con la "Zona di gestione Valle dell'Orta", esternalizza il servizio tramite gara a pubblica evidenza.			
<b>Tipologia di Fondo/Fondi<sup>11</sup>: FONDI FNNA – PLNA 2016</b>			
	2015	2017 (luglio/dicembre)	2018 (gennaio/dicembre)
Indicatore <sup>12</sup> (numero prestazioni di assistenza domiciliare ricondotte alla durata di n.1 ora)	3700 ore	3.979 ore	5082 ore
Costo complessivo <sup>13</sup>	€ 66.000,00	€ 72.812,04	€ 93.011,24

### Scheda per Azioni dirette FNNA

<b>Id<sup>1</sup>: N. 9</b>	<b>Servizio<sup>2</sup>: ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA</b>		
Campo di intervento <sup>3</sup> : 1- Servizi per l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale			
AT <sup>4</sup> N. 2 <i>"Interventi e servizi per la non autosufficienza"</i> ML: N. 2 <i>"Servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio"</i>	OE <sup>5</sup> N. 4 – Assistenza domiciliare - incrementare l'assistenza domiciliare sociale in favore di persone anziane e disabili e metterla in rete con gli altri servizi di cura.		
<p><b>Attività</b></p> <p>L'attivazione del Servizio ADI parte sempre dalla Valutazione socio-sanitaria da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) che rileva ed individua i fabbisogni sanitari e indica il piano di assistenza (P.A.I.) partecipato che consideri il bisogno globale effettivo dell'utente anziano e/o disabile non autosufficiente.</p> <p><b>Le attività previste per il servizio ADI sono:</b></p> <p>Le attività previste sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- assistenza sanitaria-infermieristica e riabilitativa</li> <li>- aiuto nella cura della persona;</li> <li>- aiuto nella cura della casa;</li> <li>- disbrigo pratiche;</li> <li>- promozione del benessere psico-fisico e relazionale.</li> </ul> <p>L'erogazione del servizio viene effettuata da operatori domiciliari coordinati da una referente delle cure domiciliari dell'ECAD 17 che ne organizza le attività e i turni di lavoro in base al PAI e alle professionalità richieste da ogni singolo caso preso in carico (esperienza, titoli professionali, razionalizzare degli spostamenti ed altri aspetti organizzativi), ad integrazione delle figure professionisti incaricati a livello distrettuale dalla AUSL.</p> <p>L'erogazione si sviluppa in più fasi fino alla eventuale dimissione dell'utente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Attivazione del servizio ed erogazione delle prestazioni domiciliari socio-sanitarie;</li> <li>- Gestione del caso: verifica in itinere dell'evoluzione dei bisogni, degli obiettivi, dei risultati raggiunti secondo il piano di valutazione individuato nel piano d'intervento e predisposizione di adeguate risposte sia in termini</li> </ul>			

di interventi domiciliari che in termini di altre risorse da attivare;

- Gestione della modulistica di lavoro: registrazione simultanea delle attività svolte nell'ambito della cartella domiciliare e relativa reportistica sia ai fini amministrativi che di gestione sociale del caso.

L'assistenza è erogata fino alla modifica delle condizioni che hanno comportato la presa in carico ed in relazione alle attività di monitoraggio e valutazione dei singoli casi in carico (condizioni dell'utente e della famiglia l'ottimizzazione delle risorse e la soddisfazione dell'utente e della famiglia) da parte del responsabile del servizio domiciliare preposto.

#### **ALTRE ATTIVITÀ CORRELATE SONO:**

- Programmazione delle attività proprie della funzione e dello sviluppo della organizzazione del servizio, anche mediante la costruzione di un sistema informativo Socio-Sanitario;
- Coordinamento dei rapporti e dei collegamenti tra le varie figure professionali interessate o utilizzate nel servizio con gli Enti ed organizzazioni del territorio;
- Valutazione delle attività di servizio, volta al controllo dei livelli di efficacia raggiunti;
- Monitoraggio sulle attività di assistenza domiciliare integrata svolte;
- Monitoraggio sulle attività di assistenza degli organismi convenzionati eventuali;
- Rilevazione dei bisogni di formazione permanente degli operatori impegnati in ambito domiciliare e territoriale.

#### **OBIETTIVI GENERALI:**

1. Favorire, ove possibile, la de-istituzionalizzazione e la permanenza a domicilio delle persone anziane, incrementando i servizi di assistenza domiciliare e di assistenza domiciliare integrata e la continuità assistenziale, intesa quale prosecuzione metodologica di intervento;
2. Potenziare i servizi domiciliari e territoriali integrati per la non autosufficienza;
3. Sviluppare progettualità specifiche per il potenziamento ed implementazione servizi domiciliari integrati socio-sanitari al fine dell'assorbimento delle liste di attesa;
4. Potenziare la presa in carico socio-sanitaria, soprattutto per il rilevamento e la valutazione del bisogno globale complesso (U.V.M.), e la programmazione della risposta socio-assistenziale integrata con la sperimentazione di nuovi modelli valutativi e coinvolgimento familiare (anche attraverso le Associazioni) nella predisposizione, diffusione e verifica dei P.A.I., che abbia come obiettivo la centralità della persona, prescindendo dalla effettiva capacità erogativa dell'Ente;

#### **OBIETTIVI SPECIFICI:**

- Favorire le cure domiciliari dei soggetti non autosufficienti;
- Favorire la permanenza a domicilio dei soggetti non autosufficienti;
- Sostenere la famiglia nei compiti di assistenza alla persona anziana non autosufficiente;
- Garantire condizioni di sicurezza dell'anziano non autosufficiente in situazioni di assenza (anche temporanea) del familiare;
- Contrastare il decadimento cognitivo e affettivo dell'anziano non autosufficiente;

### **INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA**

#### **SOGGETTO PROMOTORE E RETE**

I soggetti promotori ed erogatori dell'intervento sono l'ECAD 17.

La rete coinvolta nell'erogazione del servizio comprende il Servizio Sociale Professionale che si occupa della valutazione dei bisogni e i medici di base.

#### **ATTORI COINVOLTI E RELATIVE RESPONSABILITÀ NEL PROCESSO DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

##### **Il Distretto Sanitario di Base:**

- Recepisce la richiesta di assistenza da parte del medico curante o delle famiglie;



- Invia la stessa al servizio sociale;

#### **Il Servizio Sociale dell' ECAD n. 17:**

- Recepisce la richiesta di assistenza domiciliare da parte del DSB e apre la pratica;
- Redige, congiuntamente alla ASL, il Piano d'Assistenza individualizzato (PAI) e fa sottoscrivere all'utente il Patto d'Assistenza;

#### **L'Unità di Valutazione Multidisciplinare:**

- Definisce e condivide internamente tra i propri componenti i criteri di valutazione dello stato di autosufficienza/autonomia, alla luce delle scale di valutazione individuate dalla Regione (con D.C.A. N. 107 DEL 20 dicembre 2013 (scheda S.VA.M.DI. per la valutazione della disabilità ; S.VA.M.A. per l'area anziani e demenze, da integrare con le scale ADL, IADL e DMI per la classificazione delle fasce di non autosufficienza; HO-Nos/VADO , BPRS per l'area psichiatrica, nonché quelle determinate con Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26 settembre 2016);
- Effettua, su attivazione del Servizio Sociale, la valutazione dello stato di autosufficienza/autonomia dell'anziano con le schede S.VA.M.DI per la valutazione della disabilità ; S.VA.M.A. per l'area anziani e demenze, da integrare con le scale ADL, IADL e DMI per la classificazione delle fasce di non autosufficienza; HO-Nos/VADO , BPRS per l'area psichiatrica, nonché quelle determinate con Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26 settembre 2016 .;
- Fornisce le risultanze della valutazione al Servizio Sociale.

#### **Le figure coinvolte nell'ADI sono:**

- U.V.G. e U.V.M. (AUL/ECAD);
- Operatori domiciliari (ECAD);
- Operatori socio-sanitari (ECAD);
- Medico di medicina generale (AUSL);
- Medici specialisti richiesti dal caso (AUSL);
- Infermieri (AUSL);
- Fisioterapisti (AUSL).

#### **Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>8</sup>**

- Tassi superiori alla media nazionale rispetto alla presenza di malattie croniche.
- Trend in crescita delle malattie neurodegenerative.

#### **Modalità di erogazione e di accesso<sup>9</sup>**

Il Punto Unico di Accesso rappresenta la sede dell'Integrazione Socio-Sanitaria, in cui si valuta il bisogno socio-sanitario attraverso l'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) ed in cui si programma il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) per singolo utente. Il PUA è situato presso il Distretto Sanitario di Scafa e vede la presenza di una Assistente Sociale dell'Ambito in collaborazione con personale del Distretto Sanitario.

All'interno del PUA è attiva l'UVM - Unità di Valutazione Multidimensionale (Socio-Sanitaria) - che si occupa della valutazione del bisogno attraverso l'ausilio di appositi modelli valutativi (es.ICF) e della programmazione dell'intervento integrato socio-sanitario con la predisposizione del Piano Assistenziale Individualizzato.

#### **PROCESSO DI VALUTAZIONE DEL BISOGNO E PRESA IN CARICO**

Il processo di valutazione e presa in carico degli utenti per l'erogazione dell'assistenza domiciliare integrata prevede, al momento di pianificazione dell'intervento, il susseguirsi di una serie di azioni di tipo amministrativo e tecnico a carico dei soggetti coinvolti.

Allo scopo di proseguire nel solco dell'integrazione delle politiche sociali e sanitarie, l'ECAD intende dare luogo ad alcune forme e modalità congiunte di valutazione dello stato di non autosufficienza della persona. Nell'ambito del processo di erogazione dell'assistenza domiciliare integrata, interverrà ad operare tale valutazione l'unità di valutazione multidisciplinare istituita dalla ASL ed integrata con l'assistente sociale dell'ECAD n.17 in base al protocollo d'intesa sottoscritto. L' UVM è dunque costituita da: *responsabile del Distretto Sanitario o suo delegato ; medico specialista nella branca competente per patologia, assistente sociale dell'ECAD 17, terapeuta della*

riabilitazione, infermiere professionale; medico di medicina generale curante il singolo paziente.

La valutazione ha come oggetto la verifica del livello di non autosufficienza attraverso l'utilizzo degli appositi strumenti di cui al DCA 107 del 20 dicembre 2013 ; per raggiungere gli obiettivi enunciati è adottata una metodologia di lavoro che promuove la valorizzazione delle risorse del soggetto e del contesto familiare e sociale attraverso l'elaborazione di P.A.I., piani di assistenza personalizzati. Il P.A.I. descrive dunque il processo assistenziale della persona non autosufficiente indicando gli interventi, servizi e prestazioni ritenuti necessari dall'U.V.M. per il caso, prevedendo necessariamente un intervento sanitario e un intervento sociale. Il P.A.I. inoltre 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. Fatta salva l'autonomia dell'U.V.M. nell'individuazione dell'operatore più adeguato a svolgere tale funzione nello specifico progetto assistenziale, si ritiene che l'Assistente Sociale dell'ECAD 17 e del personale socio-sanitario del Distretto Sanitario sono le figure professionali che in misura prevalente devono essere coinvolte nello svolgimento di tale compito.

**Target di riferimento dei beneficiari del servizio:**

BENEFICIARI del servizio di assistenza domiciliare integrata sono persone anziane o disabili in stato di non autosufficienza o di recente dimissione ospedaliera, che si trovano in situazione di non autosufficienza, a forte rischio di istituzionalizzazione.

L'intervento mira a potenziare il servizio, non sostituendo interventi già erogati all'utente, ma integrando il piano di intervento individualizzato sulla base di una valutazione multidimensionale.

**Modalità di gestione e affidamento del servizio<sup>10</sup>**

I soggetti promotori ed erogatori dell'intervento sono l'ECAD 17 "Montagna Pescaresc", in pieno raccordo operativo con la "Zona di Gestione Valle dell'Orta" e con i servizi distrettuali della AUSL di Pescara.

La rete coinvolta nell'erogazione del servizio comprende il Servizio Sociale Professionale che si occupa della valutazione dei bisogni e i medici di base.

Il servizio viene svolto al domicilio dell'anziano non autosufficiente.

Per ADI superiori ai 30 giorni, è prevista una compartecipazione dell'utenza sulla base del regolamento delle tariffe dell'ECAD n.17.

**Modalità di gestione e affidamento del servizio<sup>10</sup>**

Il soggetto promotore ed erogatore dell'intervento è l'ECAD n.17.

**Tipologia di Fondo/Fondi<sup>11</sup>: FONDI FNNA – PLNA 2016**

	2015	2017 (luglio/dicembre)	2018 (gennaio/dicembre)
Indicatore <sup>12</sup> (numero prestazioni di assistenza domiciliare ricondotte alla durata di n.1 ora)	437	218	546
Costo complessivo <sup>13</sup>	8.000,00	4.000,00	10.000,00

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

**Scheda per Azioni dirette FNNA**

<b>Id<sup>1</sup>: N. 10</b>	<b>Servizio<sup>2</sup>: ASSEGNO DI CURA DISABILI GRAVI (ART.3, COMMA 3 l. 104/92)</b>
Campo di intervento <sup>3</sup> : 1- Servizi per l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale	

<p>AT<sup>4</sup> N.2 “<i>Interventi e servizi per la non autosufficienza</i>”  ML: N. 2 “<i>Servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio</i>”</p>	<p>OE<sup>5</sup>: N. 4 – Assistenza domiciliare - incrementare l’assistenza domiciliare sociale in favore di persone anziane e disabili e metterla in rete con gli altri servizi di cura.</p>
<p><b>Attività</b></p> <p>L’assegno di cura è un 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 dell’assegno di cura è concesso dietro valutazione da parte dell’UVM competente ed è concessa in relazione alla disponibilità del nucleo familiare ad assicurare la permanenza della persona non autosufficiente nel proprio contesto socio-familiare, al fine di evitare l’istituzionalizzazione e/o l’ospedalizzazione. Tale disponibilità si realizza attraverso l’assistenza diretta da parte del nucleo familiare, tramite una prestazione lavorativa di assistenti familiari. L’attivazione del servizio è subordinato ad una valutazione socio-sanitaria effettuata dall’UVM distrettuale, ed in caso si ricorra all’individuazione dell’assistente familiare, si richiede la formalizzazione di un apposito “Accordo di Fiducia” sottoscritto con il Servizio sociale competente dell’ECAD 17 ed inserito nel progetto assistenziale individualizzato (PEI). Nell’accordo devono essere indicati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il progetto assistenziale personalizzato e gli obiettivi da perseguire;</li> <li>- le attività assistenziali che il nucleo familiare si impegna ad assicurare;</li> <li>- la durata del contratto/accordo;</li> <li>- le modalità ed i tempi della verifica;</li> <li>- l’entità del contributo;</li> <li>- le modalità di erogazione;</li> <li>- gli altri impegni da parte del familiare che si assume la responsabilità dell’accordo;</li> <li>- le modalità e i tempi del monitoraggio;</li> <li>- le modalità di valutazione dell’intervento.</li> </ul> <p>L’ECAD 17 verificherà il rispetto dell’<b>“accordo di fiducia”</b> sottoscritto e, in caso di ricorso ad assistenti familiari esterni, acquisirà copia dei versamenti contributivi trimestrali effettuati.</p> <p>L’importo mensile dell’assegno di cura è stabilito in <b>300,00 Euro</b>.</p>	
<p><b>INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA</b></p> <p><b>SOGGETTO PROMOTORE E RETE</b></p> <p>I soggetti promotori ed erogatori dell’intervento sono l’ECAD 17 ed il <i>Distretto Socio-Sanitario di Scafa</i>.</p> <p>La rete coinvolta nell’erogazione del servizio comprende il PUA, Servizio Sociale Professionale e l’UVM che si occupa delle procedure di presa in carico e di valutazione dei bisogni socio-sanitari.</p> <p><b>ATTORI COINVOLTI E RELATIVE RESPONSABILITÀ NEL PROCESSO DI EROGAZIONE DEL INTERVENTO</b></p> <p>Le azioni necessarie all’erogazione dell’assegno di cura sono svolte dal personale amministrativo dell’ECAD, in stretto raccordo con il PUA dislocato presso il DSB di Scafa, che provvedono a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fissare i criteri per salvaguardare l’uniformità delle procedure di accesso;</li> <li>- Verificare il rispetto dell’utilizzo delle somme erogate ai fini della garanzia del PAI elaborato dall’UVM nell’assegnazione per progetto;</li> <li>- Verificare il rispetto del cosiddetto “patto di assistenza” sottoscritto dalla famiglia del richiedente nell’assegnazione dell’assegno di cura, resasi disponibile ad assistere lo stesso, direttamente o tramite il ricorso ad assistenti familiari esterni: in quest’ultimo caso, come richiesto dalla Regione Abruzzo, è l’ECAD a verificare l’effettiva realizzazione di questa specifica forma di assistenza, anche attraverso l’acquisizione dei versamenti contributivi trimestrali effettuati dalla famiglia;</li> <li>- Acquisisce le pratiche e gli atti richiesti e ne garantisce l’archiviazione.</li> </ul> <p><b>L’Unità di Valutazione Multidisciplinare:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definisce e condivide internamente, tra i propri componenti, i criteri di valutazione dello stato di</li> </ul>	

autosufficienza/autonomia, alla luce della scala di valutazione individuate dalla Regione con D.C.A. N. 107 DEL 20 dicembre 2013 (scheda S.VA.M.DI. per la valutazione della disabilità ; S.VA.M.A. per l'area anziani e demenze, da integrare con le scale ADL, IADL e DMI per la classificazione delle fasce di non autosufficienza; HO-Nos/VADO , BPRS per l'area psichiatrica, nonché quelle determinate con Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26 settembre 2016);

- Effettua, su attivazione del Segretario Sociale, la valutazione dello stato di autosufficienza/autonomia dell'anziano con le schede S.VA.M.DI./S.VA.M.A (scheda S.VA.M.DI. per la valutazione della disabilità ; S.VA.M.A. per l'area anziani e demenze, da integrare con le scale ADL, IADL e DMI per la classificazione delle fasce di non autosufficienza; HO-Nos/VADO , BPRS per l'area psichiatrica, nonché quelle determinate con Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26 settembre 2016);
- Fornisce le risultanze della valutazione ai servizi competenti dell'ECAD 17 per l'attivazione dell'intervento assistenziale.

**Il Servizio Sociale Professionale**, congiuntamente al DSB e al Coordinatore delle prestazioni di cura dell'ECAD 17, provvede a prendere in carico l'utente stipulando con lo stesso o con la famiglia un "Accordo di Fiducia", che ne stabilisce le linee di intervento e dettaglia il "patto di cura" tra il care giver e il Servizio competente dell'ECAD 17.

Nel patto di assistenza vengono formalizzati tutti gli elementi necessari per la corretta gestione dell'intervento e della verifica; in particolare:

- Viene individuato e definito il ruolo del care giver (famiglia/o assistente familiare);
- Viene formalizzata la disponibilità della famiglia a prendersi cura della persona non autosufficiente;
- Vengono esplicitate le modalità di verifica del rispetto del patto da parte dell'EAS che, in caso di ricorso all'assistente familiare, sarà tenuto ad acquisire copia dei versamenti contributivi.

L' "Accordo di fiducia" ed il piano personalizzato collegato verranno adeguatamente monitorati durante il percorso assistenziale attivato. In caso di dimissioni (per decesso o rinuncia) dell'anziano cui è stato concesso il contributo economico, l'assegno di cura sarà assegnato ad altro anziano che ne abbia fatto richiesta, seguendo l'ordine di graduatoria approvata dall'Ente.

#### **Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>8</sup>**

- Tassi superiori alla media nazionale rispetto alla presenza di malattie croniche.
- Trend in crescita delle malattie neurodegenerative.

#### **Modalità di erogazione e di accesso<sup>9</sup>**

L'erogazione dell'assegno di cura richiede un insieme di azioni di tipo amministrativo e tecnico operativo, gestite in forma integrata tra ECAD 17 e DSB di Scafa.

#### **SOGGETTO PROMOTORE E RETE**

Il soggetto promotore dell'intervento è l'ECAD 17, in stretto raccordo con la "Zona di gestione sociale Valle dell'Orta" ed il DSB di Scafa..

L'attuazione dello stesso è resa possibile grazie ad un'azione congiunta con la Azienda Sanitaria Locale, per il tramite del DSB di Scafa, con la quale è già stato sottoscritto sia un Protocollo in Intesa per l'assistenza domiciliare integrata, che la "Convenzione socio-sanitaria" nell'ambito della CLISS, istituita a livello di ECAD 17. A parità di punteggi valutativi per le relative graduatorie si terrà conto della certificazione ISEE.

I BENEFICIARI dell'assegno di cura sono persone non autosufficienti che si trovano in situazione di comprovata non autosufficienza e, al tempo stesso, in una condizione economica precaria, quindi a forte rischio di istituzionalizzazione.

#### **Modalità di gestione e affidamento del servizio<sup>10</sup>**

Il servizio è gestito in forma integrata con il DSB di Scafa; per la parte che compete all'ECAD 17 è prevista una procedura di valutazione con relativa graduatoria, quale risultanza delle valutazioni socio-sanitarie effettuate dall'UVM, in stretto raccordo con la zona di gestione "Valle dell'Orta".

Il servizio viene svolto al domicilio dell'anziano non autosufficiente e prevede il coinvolgimento dei medici di base ed altro personale socio-sanitario a seconda dei casi presi in carico.

**Tipologia di Fondo/Fondi<sup>11</sup>: FONDI FNNA – PLNA 2016**

	2015	2017 (luglio/dicembre)	2018 (genao/dicembre)
Indicatore <sup>12</sup> (N. persone non autosufficienti assistite con assegni di cura)	6	6	8
Costo complessivo <sup>13</sup>	€ 10.800,00	€ 10.800,00	€ 28.963,76
Quota disabilità gravissima	40 % del budget PLNA 2015 che sarà destinato totalmente all'intervento "Assegno per disabilità gravissima e SLA"	50 % del budget PLNA 2016 che sarà destinato totalmente all'intervento "Assegno per disabilità gravissima e SLA"	50 % del budget PLNA 2016 che sarà destinato totalmente all'intervento "Assegno per disabilità gravissima e SLA"

### Scheda per Azioni dirette FNNA

<b>Id<sup>1</sup>: N. 11</b>	<b>Servizio<sup>2</sup>: ASSEGNO PER LA VITA INDIPENDENTE (1.57/2012) PER NON AUTOSUFFICIENTI (ART.3, COMMA 31. 104/92)</b>		
Campo di intervento <sup>3</sup> : 1- Servizi per l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale			
AT <sup>4</sup> N.2 "Interventi e servizi per la non autosufficienza" ML: N. 2 "Servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio"	OE <sup>5</sup> N. 4 – Assistenza domiciliare - incrementare l'assistenza domiciliare sociale in favore di persone anziane e disabili e metterla in rete con gli altri servizi di cura.		
<p><b>Attività</b></p> <p>L'assegno per la vita indipendente è un sostegno economico in favore di persone e nuclei familiari finalizzato ad integrare le risorse economiche necessarie ad assicurare la continuità dell'assistenza alla persona non autosufficiente, garantire alla stessa la permanenza nel nucleo familiare o nell'ambiente di appartenenza evitando il ricovero in strutture residenziali; nello stesso tempo mira a potenziare le competenze personali e le capacità relazionali del soggetto, con la finalità prioritaria di garantire un sistema delle relazioni familiari e sociali tali da renderlo indipendente nella propria vita quotidiana, in relazione alla sua tipologia di non autosufficienza e di svantaggio socio-familiare e sociale.</p> <p>L'erogazione dell'assegno è concesso dietro valutazione da parte dell'UVM competente ed è concessa in relazione alla disponibilità del nucleo familiare ad assicurare la permanenza della persona non autosufficiente nel proprio contesto socio-familiare, al fine di evitare l'istituzionalizzazione e/o l'ospedalizzazione. Tale disponibilità si realizza attraverso l'assistenza diretta da parte del nucleo familiare, tramite una prestazione lavorativa di assistenti familiari.</p> <p>L'attivazione del servizio è subordinato ad una valutazione socio-sanitaria effettuata dall'UVM distrettuale, ed in caso si ricorra all'individuazione dell'assistente familiare, si richiede la formalizzazione di un apposito "Accordo di Fiducia" sottoscritto con il Servizio sociale competente dell'ECAD 17 ed inserito nel progetto assistenziale individualizzato (PEI). Nell'accordo devono essere indicati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il progetto assistenziale personalizzato e gli obiettivi da perseguire;</li> <li>- le attività assistenziali che il nucleo familiare si impegna ad assicurare;</li> <li>- la durata del contratto/accordo;</li> <li>- le modalità ed i tempi della verifica;</li> <li>- l'entità del contributo;</li> <li>- le modalità di erogazione;</li> <li>- gli altri impegni da parte del familiare che si assume la responsabilità dell'accordo;</li> <li>- le modalità e i tempi del monitoraggio;</li> </ul>			

- le modalità di valutazione dell'intervento.

L'ECAD 17 verificherà il rispetto dell' "Accordo di fiducia" sottoscritto e, in caso di ricorso ad assistenti familiari esterni, acquisirà copia dei versamenti contributivi trimestrali effettuati.

L'importo mensile dell'assegno di cura è stabilito da un minimo di € 500,00 ad un massimo di € 800,00 nei limiti delle risorse disponibili assegnate all'ECAD.

## **INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA**

### **SOGGETTO PROMOTORE E RETE**

I soggetti promotori ed erogatori dell'intervento sono l'ECAD 17 ed il *Distretto Socio-Sanitario di Scafa*.

La rete coinvolta nell'erogazione del servizio comprende il PUA, Servizio Sociale Professionale e l'UVM che si occupa delle procedure di presa in carico e di valutazione dei bisogni socio-sanitari.

### **ATTORI COINVOLTI NELL'INTERVENTO**

Le azioni necessarie all'erogazione dell'assegno di cura sono svolte dal personale amministrativo dell'ECAD, in stretto raccordo con il PUA dislocato presso il DSB di Scafa, che provvedono a:

- Fissare i criteri per salvaguardare l'uniformità delle procedure di accesso;
- Verificare il rispetto dell'utilizzo delle somme erogate ai fini della garanzia del PAI elaborato dall'UVM nell'assegnazione per progetto;
- Verificare il rispetto del cosiddetto "patto di assistenza" sottoscritto dalla famiglia del richiedente nell'assegnazione dell'assegno di cura, resasi disponibile ad assistere lo stesso direttamente o tramite il ricorso ad assistenti familiari esterni; in quest'ultimo caso, come richiesto dalla Regione Abruzzo, è l'ECAD a verificare l'effettiva realizzazione di questa specifica forma di assistenza, anche attraverso l'acquisizione dei versamenti contributivi trimestrali effettuati dalla famiglia;
- Acquisire le pratiche e gli atti richiesti e garantirne l'archiviazione.

### **L'Unità di Valutazione Multidisciplinare:**

- Definisce e condivide internamente tra i propri componenti i criteri di valutazione dello stato di autosufficienza/autonomia, alla luce della scala di valutazione individuate dalla Regione (con D.C.A. N. 107 DEL 20 dicembre 2013 (scheda S.VA.M.DI. per la valutazione della disabilità ; S.VA.M.A. per l'area anziani e demenze, da integrare con le scale ADL, IADL e DMI per la classificazione delle fasce di non autosufficienza; HO-Nos/VADO , BPRS per l'area psichiatrica, nonché quelle determinate con Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26 settembre 2016 );
- Effettua, su attivazione del Segretario Sociale, la valutazione dello stato di autosufficienza/autonomia dell'anziano con le schede S.VA.M.DI. per la valutazione della disabilità ; S.VA.M.A. per l'area anziani e demenze, da integrare con le scale ADL, IADL e DMI per la classificazione delle fasce di non autosufficienza; HO-Nos/VADO , BPRS per l'area psichiatrica, nonché quelle determinate con Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26 settembre 2016;
- Fornisce le risultanze della valutazione ai servizi competenti dell'ECAD 17 per l'attivazione dell'intervento assistenziale.

Il **Servizio Sociale Professionale**, congiuntamente al DSB e il Coordinatore delle prestazioni di cura dell'ECAD 17, provvede a prendere in carico l'utente stipulando con lo stesso o con la famiglia un "Accordo di Fiducia", che ne stabilisce le linee di intervento, e dettaglia il "patto di cura" tra il *care giver* e il Servizio competente dell'ECAD 17.

Nel patto di assistenza vengono formalizzati inoltre tutti gli elementi necessari per la corretta gestione dell'intervento e della verifica. In particolare:

- Viene individuato e definito il ruolo del *care giver* (famiglia/o assistente familiare);
- Viene formalizzata la disponibilità della famiglia a prendersi cura della persona non autosufficiente;
- Viene esplicitate le modalità di verifica del rispetto del patto da parte dell'ECAD che, in caso di ricorso all'assistente familiare, sarà tenuto ad acquisire copia dei versamenti contributivi.

L' "Accordo di fiducia" ed il piano personalizzato collegato verranno adeguatamente monitorati durante il percorso assistenziale attivato. In caso di dimissioni (per decesso o rinuncia) dell'anziano cui è stato concesso il contributo economico, l'assegno di cura sarà assegnato ad altro anziano che ne abbia fatto richiesta, seguendo l'ordine di graduatoria approvata dall'Ente.

<p><b>Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>8</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tassi superiori alla media nazionale rispetto alla presenza di malattie croniche.</li> <li>- Trend in crescita delle malattie neurodegenerative.</li> </ul>			
<p><b>Modalità di erogazione e di accesso<sup>9</sup></b></p> <p>L'erogazione dell'assegno per la "vita indipendente" richiede un insieme di azioni di tipo amministrativo e tecnico operativo, gestite in forma integrata tra ECAD 17 e DSB di Scafa.</p> <p><b>SOGGETTO PROMOTORE E RETE</b></p> <p>Il soggetto promotore dell'intervento è l'ECAD 17, in stretto raccordo con la "Zona di gestione sociale Valle dell'Orta" ed il DSB di Scafa.</p> <p>L'attuazione dello stesso è resa possibile grazie ad un'azione congiunta con la Azienda Sanitaria Locale, per il tramite del DSB di Scafa, con la quale è già stato sottoscritto sia un Protocollo in Intesa per l'assistenza domiciliare integrata, che la "convenzione socio-sanitaria nell'ambito della CLISS istituita a livello di ECAD 17. A parità di punteggi valutativi per le relative graduatorie si terrà conto della certificazione ISEE.</p> <p><b>I BENEFICIARI</b> dell'assegno di cura sono persone non autosufficienti che si trovano in situazione di comprovata non autosufficienza e, al tempo stesso, in una condizione economica precaria, quindi a forte rischio di istituzionalizzazione.</p>			
<p><b>Modalità di gestione e affidamento del servizio<sup>10</sup></b></p> <p>Il servizio è gestito in forma integrata con il DSB di Scafa; per la parte che compete all'ECAD 17 è prevista una procedura di valutazione con relativa graduatoria, quale risultanza delle valutazioni socio-sanitarie effettuate dall'UVM, in stretto raccordo con la zona di gestione "Valle dell'Orta".</p> <p>Il servizio viene svolto al domicilio dell'anziano non autosufficiente e prevede il coinvolgimento dei medici di base ed altro personale socio-sanitario a seconda dei casi presi in carico.</p>			
<p><b>Tipologia di Fondo/Fondi<sup>11</sup>: FONDI FNNA – PLNA 2016</b></p>			
	2015	2017 (luglio/dicembre)	2018 (gennaio/dicembre)
Indicatore <sup>12</sup> (N. persone non autosufficienti assistite con assegni di cura)	2	2	2
Costo complessivo <sup>13</sup>	12.000,00	€ 6.000,00	€ 12.000,00
Quota disabilità gravissima	40 % del budget PLNA 2015 che sarà destinato totalmente all'intervento "Assegno per disabilità gravissima e SLA"	50 % del budget PLNA 2016 che sarà destinato totalmente all'intervento "Assegno per disabilità gravissima e SLA"	50 % del budget PLNA 2016 che sarà destinato totalmente all'intervento "Assegno per disabilità gravissima e SLA"

<b>Id<sup>1</sup>: N. 12</b>	<b>Servizio<sup>2</sup>: ASSEGNO DISABILITA' GRAVISSIMA E SLA</b>		
Campo di intervento <sup>3</sup> : 1- Servizi per l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale			
AT <sup>4</sup> N.2 "Interventi e servizi per la non autosufficienza" ML: N. 2 "Servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio"	OE <sup>5</sup> : N. 4 – Assistenza domiciliare - incrementare l'assistenza domiciliare sociale in favore di persone anziane e disabili e metterla in rete con gli altri servizi di cura.		
Ai sensi dell'Atto di Indirizzo Applicativo per lo sviluppo locale degli interventi rivolti alla non autosufficienza – PLNA 2016 approvato con Delibera di Giunta Regionale n.852 del 15 dicembre 2016, pubblicata sul BURA			

ordinario n.1 del 04/01/2016, gli interventi in quota al 50% del PLNA saranno rivolti a persone in condizione di disabilità gravissima, ivi compresi quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica, finalizzati ad evitare ricoveri impropri e a mantenere il disabile gravissimo nel proprio ambiente di vita.

**I beneficiari** degli interventi per la disabilità gravissima sono definiti ai sensi dell'art.3 comma 2 del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016 e le scale per la valutazione della condizione della disabilità gravissima, sono definite nell'Allegato 1 al Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016.

Gli interventi attivabili ai sensi del P.L.N.A.2016 dell'ECAD N.17 per il sostegno a persone con disabilità gravissima sono:

1. Assegno disabilità gravissima per le persone affette da S.L.A. (sclerosi laterale amiotrofica);
2. Assegno disabilità gravissima per le persone in condizione di disabilità gravissima, ai sensi dell'Art.3 comma 2 del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016.

### **Attività**

L'assegno di cura è un 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. L'erogazione dell'assegno di cura è subordinata 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 o in istituto. Tale disponibilità si realizza attraverso l'assistenza diretta verso la persona non autosufficiente da parte del nucleo familiare, ovvero mediante ricorso alla prestazione lavorativa di assistenti familiari.

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 competente ed inserito nel progetto assistenziale individualizzato. Nell'accordo devono essere indicati:

- il progetto assistenziale personalizzato e gli obiettivi da perseguire;
- le attività assistenziali che il nucleo familiare si impegna ad assicurare;
- la durata del contratto/accordo;
- le modalità ed i tempi della verifica;
- l'entità del contributo;
- le modalità di erogazione;
- gli altri impegni da parte del familiare che si assume la responsabilità dell'accordo;
- le modalità e i tempi del monitoraggio;
- le modalità di valutazione dell'intervento.

L'ECAD 17 verificherà il rispetto dell'accordo sottoscritto e, in caso di ricorso ad assistenti familiari esterni, acquisirà copia dei versamenti contributivi trimestrali effettuati.

L'importo minimo mensile dell'assegno di cura è stabilito in **800,00 Euro** e quello massimo in **1.100,00 Euro**.

### **PROCESSO DI EROGAZIONE DELL'INTERVENTO, DI VALUTAZIONE DEL BISOGNO E PRESA IN CARICO**

L'istanza deve essere presentata all'ECAD n.17 "Montagna Pescaresc" presso l'ufficio preposto della sede territoriale (Comune di Manoppello) mediante raccomandata con ricevuta di ritorno o consegna diretta. L'erogazione dell'assegno di disabilità gravissima è subordinata alla disponibilità del nucleo familiare ad assicurare la permanenza della persona al proprio domicilio. Tale disponibilità si realizza attraverso l'assistenza diretta da parte del nucleo familiare stesso, ovvero mediante ricorso alla prestazione lavorativa di assistenti familiari.

La disponibilità all'assistenza diretta e, qualora ricorra il caso, l'individuazione dell'assistente familiare, deve essere formalizzata attraverso apposito accordo sottoscritto con il Servizio Sociale competente ed inserito nel PAI (Progetto Assistenziale Individualizzato).

Nell'Accordo devono essere indicati:

- il progetto assistenziale personalizzato e gli obiettivi da perseguire;
- le attività assistenziali che il nucleo familiare si impegna ad assicurare;
- la durata del contratto/accordo;



- le modalità e i tempi della verifica;
- l'entità del contributo;
- le modalità di erogazione;
- gli altri impegni da parte del familiare che si assume la responsabilità dell'accordo;
- le modalità e i tempi del monitoraggio;
- le modalità di valutazione dell'intervento.

L'ECAD 17 è tenuto a verificare il rispetto dell'accordo sottoscritto e, in caso di ricorso ad assistenti familiari esterni, ad acquisire copia dei versamenti contributivi trimestrali effettuati.

L'importo minimo mensile dell'Assegno Disabilità Gravissima è stabilito in € 800,00, mentre quello massimo ammonta ad €1.100,00 nei limiti delle risorse disponibili assegnate all'ECAD.

## **INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA**

### **Processi/Attori attivati per l'implementazione dell'assegno per la disabilità gravissima per le persone affette da S.L.A. (sclerosi laterale amiotrofica)**

Le modalità e i termini di erogazione dell'assegno sono stabiliti dal Piano Esecutivo SLA, approvato con D.G.R. n.742 del 12.11.2012, nei limiti delle risorse disponibili assegnate all'ECAD. L'erogazione dell'assegno per disabilità gravissima è subordinata alla disponibilità del nucleo familiare ad assicurare la permanenza della persona in condizione di dipendenza vitale al proprio domicilio; tale disponibilità si realizza attraverso l'assistenza diretta da parte del nucleo familiare stesso, ovvero mediante ricorso alla prestazione lavorativa di assistenti familiari.

### **SOGGETTO PROMOTORE E RETE**

Il soggetto promotore dell'intervento è l'ECAD N.17, in stretto raccordo con il DSB di Scafa e la "Zona di gestione Valle dell'Orta".

L'attuazione dello stesso è resa possibile grazie ad un'azione congiunta con il DSB di Scafa, con la quale è già stato sottoscritto un apposito Protocollo in Intesa per l'assistenza domiciliare integrata, oltre che la "convenzione socio-sanitaria e l'istituzione della CLISS.

La rete coinvolta nell'erogazione del servizio comprende altri servizi, già attivi sul territorio, quali il PUA, l'UVM, il Segretariato sociale ed il Servizio Sociale Professionale.

Nell'ambito di questo intervento, gli affetti da SLA hanno la priorità assoluta; per l'assegno disabilità gravissime a parità di punteggio di valutazione UVM, si terrà conto della certificazione ISEE.

### **DESTINATARI E PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE**

Possono presentare istanza di accesso all' Assegno per Disabilità Gravissima per le persone affette da S.L.A. (sclerosi laterale amiotrofica) tutti i cittadini residenti nella Regione Abruzzo per i quali sia stata certificata la diagnosi definitiva di S.L.A., rilasciata da struttura pubblica competente.

### **PROCESSO DI EROGAZIONE DELL'INTERVENTO, DI VALUTAZIONE DEL BISOGNO E PRESA IN CARICO**

L'istanza corredata dalla suddetta certificazione di diagnosi definitiva di SLA, deve essere presentata all'ECAD n.17 mediante raccomandata con ricevuta di ritorno o consegna diretta.

L'istanza deve essere formulata dall'interessato o da chi ne cura gli interessi, utilizzando il "Modello di istanza di assegno di cura" – Allegato 5 – di cui alla DGR n.742 del 12.11.2012.

### **ATTIVAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI**

L'entità dell'assegno sarà commisurata al "livello di intensità assistenziale" di cui necessita il malato di SLA, correlato al "punteggio globale" del "grado di compromissione funzionale", come definiti nella "Scheda per la valutazione dello stadio di malattia nei pazienti affetti da sclerosi laterale amiotrofica S.L.A." - Allegato 2 – di cui alla DGR n.742 del 12.11.2012.

La valutazione del grado di compromissione funzionale dei malati di SLA che hanno presentato istanza di accesso agli assegni di cura è effettuata dall'U.V.M. del Distretto Sanitario competente per territorio.

A tal fine, l'ECAD 17, in stretto raccordo con il DSB di Scafa, attiva l'U.V.M. competente trasmettendo alla medesima le istanze corredate dalla relativa documentazione. Applicando i criteri di valutazione stabiliti nella suddetta "Scheda per la valutazione dello stadio di malattia nei pazienti affetti da sclerosi laterale amiotrofica S.L.A." - Allegato 2 – di cui alla DGR n.742 del 12.11.2012, l'U.V.M. definisce per ciascun malato il punteggio globale espresso in cifre e in lettere con un numero da 0 (zero) a 72 (settantadue) – indicante il grado della

compromissione funzionale del malato.

L'U.V.M. trasmette all'ECAD richiedente la suddetta documentazione entro il termine di 30 (trenta) giorni dall'invio delle istanze presentate.

#### **Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>8</sup>**

- Tassi superiori alla media nazionale rispetto alla presenza di malattie croniche.
- Trend in crescita delle malattie neurodegenerative.

#### **Modalità di erogazione e di accesso<sup>9</sup>**

Quantificazione degli assegni per la disabilità gravissima in condizione di dipendenza vitale: assegno di € 800,00.

#### **CRITERI PER LA QUANTIFICAZIONE DEGLI ASSEGNI DISABILITÀ GRAVISSIMA PER LE PERSONE AFFETTE DA SLA**

Gli assegni disabilità gravissima per le persone affette da SLA vengono erogati alle persone per le quali, in applicazione della suddetta "Scheda per la valutazione dello stadio di malattia nei pazienti affetti da sclerosi laterale amiotrofica S.L.A.", il punteggio globale del grado di compromissione funzionale, risulti uguale o superiore a 10 (dieci).

A ciascun livello di intensità assistenziale di cui necessita la persona affetta da SLA, corrisponde un diverso importo dell'assegno, nei limiti delle risorse assegnate all'ECAD n.17, come di seguito indicato.

<b>FASCIA</b>	<b>COMPROMISSIONE FUNZIONALE PUNTEGGIO GLOBALE</b>	<b>INTENSITA' ASSISTENZIALE</b>	<b>IMPORTI MENSILI</b>
A	0-9	BASSA	€0,00
B	10-18	MEDIA	€440,00
C	19-24	MEDIO-ALTA	€660,00
D	≥ 25	ALTA	€1.100,00

#### **ACCORDO DI FIDUCIA**

L'impegno ad utilizzare l'Assegno di disabilità gravissima per le persone affette da SLA deve essere formalizzato attraverso apposito "Accordo di fiducia" sottoscritto dal malato ammesso a contributo, o dalla persona che ne tutela gli interessi, e dall'ECAD prima dell'avvio della effettiva erogazione dell'Assegno disabilità gravissima per le persone affette da SLA.

Nell'Accordo di fiducia devono essere contenuti:

- la scelta tra l'utilizzo dell'assistenza da parte di familiare care giver o di assistente familiare, indicando i relativi nominativi, e, nel primo caso, una dichiarazione resa ai sensi del DPR 445/2000 che il care giver è un familiare che si occupa della persona affetta da SLA, con l'impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione;
- le prestazioni assistenziali che il familiare care giver o l'assistente familiare devono assicurare;
- la durata dell'accordo;
- le modalità e i tempi della verifica sul rispetto degli impegni all'assistenza.

La mancata sottoscrizione dell'Accordo di fiducia è causa di decadenza del contributo.

L'accordo di fiducia deve contenere i dati identificativi e i recapiti, compreso telefono/fax ed e-mail del sottoscrittore e deve essere corredato da fotocopia del documento d'identità del medesimo in corso di validità.

L'ECAD è tenuto a monitorare almeno trimestralmente il rispetto dell'Accordo sottoscritto e, in caso di ricorso ad assistenti familiari esterni, ad acquisire copia dei versamenti contributivi effettuati.

L'ECAD è tenuto ad adeguare l'importo dell'Assegno di disabilità gravissima per le persone affette da SLA ai malati per i quali l'UVM, a seguito di nuova valutazione, verifica l'aggravamento della patologia e assegna un

punteggio globale di compromissione funzionale corrispondente a un livello di intensità assistenziale più elevato.

**DESTINATARI E PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE**

Possono presentare istanza di accesso all' Assegno per Disabilità Gravissima, tutti i cittadini residenti nella Regione Abruzzo che si trovino nella condizione di disabilità gravissima definita ai sensi dell'Art.3 del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016 e che dovrà essere certificata dalla U.V.M. territorialmente competente su attivazione dell'ECAD, utilizzando, fermo restando le scale di valutazione già approvate dalla Regione Abruzzo con Decreto del Commissario ad Acta n.107/2013, le scale di valutazione di cui al comma 2 lettere a), c), d), e) ed h) illustrate nell'allegato 1) del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016.

**Modalità di gestione e affidamento del servizio<sup>10</sup>**

I soggetti promotori ed erogatori dell'intervento sono l'ECAD 17, in stretto raccordo con il DSB di Scafa e la "Zona di gestione Valle dell'Orta"; si prevede inoltre il coinvolgimento del PUA, del Servizio Sociale Professionale, dell'UVM che si occupa della valutazione dei bisogni, dei medici di base ed di altro personale socio-sanitario in relazione ai casi presi in carico.

Il servizio viene svolto al domicilio dell'anziano non autosufficiente.

**Tipologia di Fondo/Fondi<sup>11</sup>: FONDI FNNA – PLNA 2016**

	2015	2017 (luglio/dicembre)	2018 Gennaio/dicembre)
Indicatore <sup>12</sup> (N. persone non autosufficienti assistite con assegni di cura)	10	13	13
Costo complessivo <sup>13</sup>	€ 71.190,00	€ 72.487,50	€ 144.975,00
Quota disabilità gravissima	quota 40% PLNA 2015	quota 50% PLNA 2017	quota 50% PLNA 2018

## 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 <sup>1</sup>	Servizio/intervento	OE	SS <sub>2</sub>	Indicatore	Utenti N.A.	Valori target dell'indicatore	
						2017	2018
13	Contributi a persone non autosufficienti per il sostegno ai costi della residenzialità e semiresidenziali <sup>3</sup>	8	X	N. persone non autosufficienti assistite in regime residenziale <sup>6</sup>	28	30	30

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

<b>Id<sup>1</sup>: N. 13</b>	<b>Servizio<sup>2</sup>: Contributi a persone non autosufficienti per il sostegno ai costi della residenzialità e semiresidenziali<sup>3</sup></b>		
Campo di intervento <sup>3</sup> : 1- Servizi per l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale			
AT <sup>4</sup> N.2 "Interventi e servizi per la non autosufficienza"		OE <sup>5</sup> : N.7 – Comunità / Residenze a favore di persone con fragilità.	
<b>Attività</b>			
Ai sensi della L.37/2014 – Fondo Regionale – compartecipazione spesa socio-sanitaria, la famiglia della persona non autosufficiente può fare richiesta al Servizio Sociale competente dell'ECAD n.17 "Montagna Pescara", di			

<p>compartecipazione al Costo della retta di ricovero, entro 5 gg. dal ricovero in struttura residenziale e/o semi residenziale della persona non autosufficiente.</p> <p>La percentuale di compartecipazione sarà calcolata in base all'ISEE socio – sanitario del nucleo familiare della persona non autosufficiente sulla base dei parametri fissati dalla normativa vigente. Il Servizio sociale Competente dell'ECAD svolgerà apposita valutazione dei requisiti di accesso e fisserà la quota di compartecipazione.</p>			
<p><b>INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA</b></p> <p>Il soggetto titolare dell'intervento è l'ECAD N.17.</p> <p>L'attuazione dello stesso è resa possibile grazie ad un'azione congiunta con le strutture sanitarie residenziali e semi residenziali del Territorio regionale.</p>			
<p><b>Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>8</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tassi superiori alla media nazionale rispetto alla presenza di malattie croniche.</li> <li>- Trend in crescita delle malattie neurodegenerative.</li> </ul>			
<p><b>Modalità di erogazione e di accesso<sup>9</sup></b></p> <p>La famiglia della persona non autosufficiente può fare richiesta al Servizio Sociale competente dell'ECAD n.17, di compartecipazione al Costo della retta di ricovero, entro 5 gg. dal ricovero in struttura residenziale e/o semi residenziale della persona non autosufficiente. La percentuale di compartecipazione sarà calcolata in base all'ISEE socio – sanitario del nucleo familiare della persona non autosufficiente sulla base dei parametri fissati dalla normativa vigente. Il Servizio sociale Competente dell'ECAD svolgerà apposita valutazione dei requisiti di accesso e fisserà la quota di compartecipazione.</p>			
<p><b>Modalità di gestione e affidamento del servizio<sup>10</sup></b></p> <p>I soggetti promotori ed erogatori dell'intervento sono l'ECAD 17 “Montagna Pescara”, le strutture residenziali, semiresidenziali socio-sanitarie del territorio regionale e la Regione Abruzzo.</p>			
<p><b>Modalità di gestione e affidamento del servizio<sup>10</sup></b></p> <p>Il soggetto promotore ed erogatore dell'intervento è l'ECAD n.17, in pieno raccordo operativo-gestionale con la “Zona di gestione Valle dell'Orta”.</p>			
<p><b>Tipologia di Fondo/Fondi<sup>11</sup>: FONDO REGIONALE – L.37/2014</b></p>			
	2015	2017	2018
Indicatore <sup>12</sup> (N.UTENTI)	N. 25 RESIDENZIALI N. 3 SEMI RESIDENZIALI	N. 27 RESIDENZIALI N. 3 SEMI RESIDENZIALI	N. 27 RESIDENZIALI N. 3 SEMI RESIDENZIALI
Costo complessivo <sup>13</sup>	€ 184.000,00	€ 92.000,00	€ 184.000,00
Quota disabilità gravissima	€ 184.000,00	€ 92.000,00	€ 184.000,00

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

In coerenza con i fabbisogni rilevati nel profilo sociale e rispetto agli esiti degli incontri tematici svolti con il Gruppo di Piano e le Associazioni del territorio, i servizi inseriti all'interno dell'Asse Tematico 3 – Strategie per l'inclusione sociale e il contrasto alla povertà in programmazione con Fondi Diretti e soprattutto con Fondi Indiretti (PON FSE; PON INCLUSIONE/Banco Alimentare), sono i seguenti.

ID	SERVIZIO	FONDO DIRETTO / INDIRETTO	Tipologia Fondo diretto/indiretto	OBIETTIVO ESSENZIALE	INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA
14	Misure di sostegno al reddito e contrasto alla povertà	D	FNPS/FSR/ECAD	OE 8- garantire sul	

15	Servizio Inclusione Attiva (SIA)	I	FSE-PON INCLUSIONE(SIA).	territorio interventi di sostegno al reddito accompagnati da servizi di inclusione sociale di tipo multidimensionale e globale	
16	Intervento per il contrasto alla grave emarginazione adulta e alla condizione di povertà tramite un sostegno integrato materiale (beni prima necessità)	D/I	FNPS/FSR/ECAD; "Banco Alimentare"; "Fondo per la lotta allo spreco alimentare.		
17	Servizio Inclusione Disagio Psico-socio-familiare	D/I	FNPS/FSR/ECAD; Fondi ASL ("Progetto Armonia").		x
18	Progetto "Abruzzo Include"	I	FSE Inclusione		x
19	Progetto "Baratto Amministrativo"	D	FNPS/FSR/ECAD		

### AT 3 - Quadro sinottico dei servizi/interventi e indicatori

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

Id <sup>1</sup>	Servizio/intervento	OE	Az. <sup>2</sup>	SS <sup>3</sup>	Indicatore	Utenti	Valori target dell'indicatore	
							2017	2018
14	Servizio di inclusione sociale <sup>4</sup>	8	I		N. persone in situazione di povertà	40	20	20
15	Misure sostegno reddito	8	D		N. contributi	170	60	110
16	Intervento per il contrasto alla tramite un sostegno integrato materiale (beni prima necessità)	8	D	X	N. persone in situazione di povertà	200	70	130
17	Progetto "Baratto Amministrativo"	8	D	X	N. persone in difficoltà economico-lavorativa temporanea a rischio di esclusione sociale	25	10	15
18	Progetto "Abruzzo Include"	8	I	X	N. persone a rischio di esclusione sociale	42	21	21
19	Servizio Inclusione Sociale disagio socio-economico e psico-socio-familiare	8	D		N. persone a rischio di esclusione sociale	10	10	25

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

##### Azione indiretta

<b>Id<sup>1</sup>: N. 14</b>	<b>Servizio<sup>2</sup>: SERVIZIO INCLUSIONE ATTIVA (SIA)</b>
Campo di intervento <sup>3</sup> : AUMENTO DELLE FASCE DI POPOLAZIONE A RISCHIO DI POVERTA' ED ESCLUSIONE	
AT <sup>4</sup> N.3 – "Strategie per l'inclusione ed il contrasto alle	OE <sup>5</sup> : 8 – Riduzione del numero di famiglie in situazione

povertà”	di povertà e di persone con grave deprivazione
<p><b>STRATEGIA</b></p> <p>Azione di rafforzamento dei servizi sociali:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Sostegno e potenziamento del Segretariato Sociale</b> tramite potenziamento di personale specializzato - con la creazione di un punto di accesso funzionalmente e strutturalmente organizzato; un modello organizzativo multi professionale capace di interpretare le richieste e individuare una risposta funzionale al bisogno delle persone e famiglie utenti del SIA, con particolare riferimento alla funzione di pre-Assessment, ma anche per individuare e rafforzare strumenti e modalità di coordinamento (nelle forme della collaborazione o della vera e propria cooperazione/integrazione) a livello locale, principalmente nella fase dell'accesso ai servizi territoriali del singolo cittadino o del nucleo familiare con bisogni complessi;</li> <li>2. <b>Rafforzamento del Servizio Sociale professionale</b>, tramite potenziamento di personale specializzato in riferimento alle fasi di Assessment, costituzione Equipe multidisciplinare, Progettazione degli interventi e Monitoraggio degli stessi, ma anche per gli altri interventi territoriali basati sulla presa in carico multidimensionale delle famiglie e delle persone utenti del SIA;</li> <li>3. <b>Rafforzamento servizio di mediazione familiare e sostegno psico-educativo domiciliare minori</b>;</li> <li>4. <b>Dotazione strumentale/informatica</b> per l'implementazione di un Portale gestionale/Piattaforma interattiva per la gestione innovativa e integrata in rete di tutte le fasi operative del SIA, e servizi per l'inclusione sociale dell'ECAD 17, a supporto della fase dell'accesso che quella relativa all'erogazione e consuntivazione delle prestazioni ("<i>Osservatorio Sociale Locale</i>" e di incubatore per la realizzazione di progetti integrati per l'<i>Inclusione Sociale da implementare nel nuovo Piano Sociale Regione Abruzzo 2016/2018</i>);</li> <li>5. <b>Attività formativa ed attivazione tirocini extracurricolari</b> (coop. Soc. B”);</li> <li>6. <b>Formalizzazione accordi operativi per l'inclusione con il CPI</b>, competente per territorio ECAD 17.</li> </ol>	
<p><b>Attività</b></p> <p>Il S.I.A. è una misura nazionale di contrasto alla povertà rivolta alle famiglie in condizioni economiche disagiate in cui siano presenti persone minorenni, figli disabili o donne in stato di gravidanza accertata. Il SIA associa due tipi di intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– un <b>sostegno economico</b> erogato attraverso l'attribuzione di una carta di pagamento elettronica, utilizzabile per l'acquisto di beni di prima necessità;</li> <li>– un <b>intervento di attivazione sociale e lavorativa</b>, che si concretizza con l'adesione dell'intero nucleo familiare ad un progetto personalizzato di presa in carico predisposto insieme ai servizi sociali del Comune di residenza, in rete con i servizi per l'impiego, i servizi sanitari e le scuole, nonché con soggetti privati attivi nell'ambito degli interventi di contrasto alla povertà, con particolare riguardo agli enti no profit.</li> </ul>	
<p><b>INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA</b></p> <p>E' previsto un raccordo operativo per la verifica e la valutazione degli interventi con il Servizio Salute mentale ASL di Pescara (Polo Sanitario di Tocco Casauria), per i casi in carico con problematiche di tipo psichico e mentale.</p>	
<p><b>Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>8</sup></b></p> <p>Riduzione del numero di famiglie a rischio di esclusione sociale ed in situazione di povertà.</p>	
<p><b>Modalità di erogazione e di accesso<sup>9</sup></b></p> <p>Il servizio sarà erogato <i>dall'ECAD 17</i>, in pieno raccordo operativo-gestionale con la “Zona di gestione Valle dell'Orta” ed in relazione a specifiche peculiarità con il Privato sociale (Coop. Soc. Tipo B), agenzia formativa (accreditata) e servizi territoriali del la ASL (DSB, SIM, Sert, ecc.).</p> <p><b>Target di riferimento dei beneficiari del servizio:</b></p> <p>Persone e nuclei familiari in carico al SIA a rischio di esclusione sociale.</p>	
<p><b>Modalità di gestione e affidamento del servizio<sup>10</sup></b></p> <p>Il servizio sarà erogato dall'ECAD 17, in pieno raccordo operativo-gestionale con la “Zona di gestione Valle dell'Orta” ed in relazione a specifiche peculiarità con il Privato sociale (Coop. Soc. Tipo B), agenzia formativa (accreditata) e servizi territoriali del la ASL (DSB, SIM, Sert, ecc.).</p>	

Tipologia di Fondo/Fondi <sup>11</sup> : FNPS / FSR / ECAD			
	2015	2017	2018
Indicatore <sup>12</sup> (numero utenti)	(NON ATTIVO)	- n. 60 persone e nuclei familiari a rischio di esclusione sociale ed in situazione di povertà.	- n. 60 persone e nuclei familiari a rischio di esclusione sociale ed in situazione di povertà.
Costo <sup>13</sup>	(NON ATTIVO)	€ 86.320,00 (FONDO FON-PON SIA)	€ 86.320,00 (FONDO FON-PON SIA)

<b>Id<sup>1</sup>: N. 15</b>	<b>Servizio<sup>2</sup>: SERVIZIO DI SOSTEGNO AL REDDITO E CONTRASTO ALLA POVERTA'</b>		
Campo di intervento <sup>3</sup> : AUMENTO DELLE FASCE DI POPOLAZIONE A RISCHIO DI POVERTA' ED ESCLUSIONE			
AT <sup>4</sup> N.3 – <i>“Strategie per l’inclusione ed il contrasto alle povertà”</i>	OE <sup>5</sup> N.8 – Riduzione del numero di famiglie in situazione di povertà e di persone con grave deprivazione		

<p><b>Attività</b></p> <p>L'intervento progettuale prevede l'istituzione di un fondo d'ambito dell'ECAD 17 dedicato al sostegno temporaneo di persone e nuclei familiari che si trovano in una situazione di difficoltà socio-economica e lavorativa. Le azioni attivate prevedranno la presa in carico tramite procedure validate, istruite dai servizi territoriali per l'accesso e la presa in carico (PUA, Segretariato Sociale e Servizio Sociale professionale) che, tramite appositi moduli di accesso e presa in carico, effettueranno una completa valutazione multifattoriale delle specifiche situazioni di disagio (sociale, economica, familiare e lavorativa), in applicazione degli indirizzi richiamati nel Regolamento unitario di accesso (ISEE, composizione familiare, disabilità, ecc.) adottato dall'ECAD 17, quale atto integrativo del PSD 2017/2018;</p>			
<p><b>OBIETTIVI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitare la conoscenza e l'accesso ai servizi per il contrasto alla povertà e per l'inclusione ed il sostegno al reddito;</li> <li>• Sostenere le persone ed i nuclei familiari in temporanea difficoltà economica e lavorativa, al fine di supportarle in un percorso accompagnato ed integrato di inclusione sociale;</li> <li>• Evitare l'acuirsi di situazioni di disagio socio-economico e lavorativo che colpiscono giovani nuclei familiari, con particolare attenzione al supporto per l'emergenza abitativa (continuativa e straordinaria) e le problematiche occupazionali e lavorative (disoccupazione, precariato, reddito insufficiente per il sostegno familiare);</li> <li>• Sviluppare e consolidare rapporti collaborativi con la rete dei servizi territoriali formali ed informali, in particolare il CPI, il privato sociale settoriale (associazioni per il supporto familiare, le coop. Sociali di tipo "B" per l'integrazione socio-lavorativa, gli enti di formazione per il potenziamento delle competenze e la ricollocazione lavorativa).</li> </ul>			
<p><b>Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>8</sup></b></p> <p>Riduzione del numero di famiglie in situazione di povertà e di persone con grave deprivazione e a rischio di esclusione sociale.</p>			
<p><b>Modalità di erogazione e di accesso<sup>9</sup></b></p> <p>Il servizio sarà erogato dall'ECAD 17, in pieno raccordo operativo-gestionale con la "Zona di gestione Valle dell'Orta" ed in relazione a specifiche peculiarità con il Privato sociale (Coop. Soc. Tipo B), agenzia formativa (accreditata) e servizi territoriali della ASL (DSB, SIM, Sert, ecc.).</p> <p><b>Target di riferimento dei beneficiari del servizio:</b></p> <p>Persone e famiglie a rischio di esclusione sociale.</p>			
<p><b>Modalità di gestione e affidamento del servizio<sup>10</sup></b></p> <p>Il servizio sarà gestito dall'ECAD 17, in pieno raccordo operativo-gestionale con la "Zona di gestione Valle dell'Orta" ed in relazione a specifiche peculiarità con il Privato sociale (Coop. Soc. Tipo B), agenzia formativa (accreditata) e servizi territoriali della ASL (DSB, SIM, Sert, ecc.).</p>			
<p>Tipologia di Fondo/Fondi<sup>11</sup>: FNPS / FSR / ECAD</p>			
	2015	2017	2018
Indicatore <sup>12</sup> (numero utenti)	n. 10 nuclei familiari a rischio di esclusione sociale	n. 45 nuclei familiari a rischio di esclusione sociale	n. 90 nuclei familiari a rischio di esclusione sociale
Costo <sup>13</sup>	€4.300,00 (FNPS / FSR / ECAD)	€ 21.500,00 (FNPS / FSR / ECAD)	€ 70.416,00 (FNPS / FSR / ECAD / Fondazione Caritas)



<b>Id<sup>1</sup>: N. 16</b>	<b>Servizio<sup>2</sup>: SERVIZIO INTEGRATO DI SOSTEGNO ALIMENTARE E BENI DI PRIMA NECESSITA'</b>		
Campo di intervento <sup>3</sup> : AUMENTO DELLE FASCE I POPOLAZIONE A RISCHIO DI POVERTA' ED ESCLUSIONE			
AT <sup>4</sup> N. 3 – “Strategie per l’inclusione ed il contrasto alle povertà”		OE <sup>5</sup> : 8 – Riduzione del numero di famiglie in situazione di povertà e di persone con grave deprivazione	
<p><b>Attività</b></p> <p>L'intervento progettuale prevede l'istituzione di un fondo d'ambito dell'ECAD 17 ed un'azione integrata con il privato sociale (Banco alimentare, Caritas, Rete Parrocchiale) per il sostegno materiale di persone e nuclei familiari che si trovano in una situazione di difficoltà socio-economica e lavorativa. Le azioni attivate prevedranno la presa in carico tramite procedure validate istruite dai servizi territoriale per l'accesso e la presa in carico (PUA, Segretariato Sociale e Servizio Sociale professionale) che, tramite appositi moduli di accesso e presa in carico, effettueranno una completa valutazione multifattoriale delle specifiche situazioni di disagio (sociale, economica, familiare e lavorativa), in applicazione degli indirizzi richiamati nel regolamento unitario di accesso (ISEE, composizione familiare, disabilità, ecc.) adottato dall'ECAD 17, quale atto integrativo del PSD 2017/2018;</p> <p><b>OBIETTIVI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitare la conoscenza e l'accesso ai servizi per il contrasto alla povertà e per l'inclusione ed il sostegno al reddito;</li> <li>• Sostenere le persone ed i nuclei familiari in temporanea difficoltà economica e lavorativa, al fine di supportarle tramite la fornitura di beni alimentari e di prima necessità;</li> <li>• Evitare l'acuirsi di situazioni di disagio socio-economico e lavorativo che colpiscono giovani nuclei familiari, con particolare attenzione al supporto per l'emergenza abitativa (continuativa e straordinaria) e le problematiche occupazionali e lavorative (disoccupazione, precariato, reddito insufficiente per il sostegno familiare);</li> <li>• Sviluppare e consolidare rapporti collaborativi con la rete dei servizi territoriali formali ed informali, in particolare il privato sociale settoriale (associazioni per il supporto familiare, Caritas e rete parrocchiale territoriale, Istituti caritatevole locali).</li> </ul>			
<b>Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>8</sup></b>			
Riduzione del numero di famiglie in situazione di povertà e di persone con grave deprivazione e a rischio di esclusione sociale.			
<b>Modalità di erogazione e di accesso<sup>9</sup></b>			
Il servizio sarà erogato dall'ECAD 17, in pieno raccordo operativo-gestionale con la “Zona di gestione Valle dell'Orta”, in collaborazione con il “Banco Alimentare”, l'Istituto Caritatevole Caritas Franciscana di Tocco Da Casauria ed il circuito territoriale parrocchiale dell'ECAD 17.			
<b>Target di riferimento dei beneficiari del servizio:</b>			
Persone e famiglie a rischio di esclusione sociale.			
<b>Modalità di gestione e affidamento del servizio<sup>10</sup></b>			
Il servizio sarà erogato dall'ECAD 17, in pieno raccordo operativo-gestionale con la “Zona di gestione Valle dell'Orta”, in collaborazione con il “Banco Alimentare”, l'Istituto Caritatevole Caritas Franciscana di Tocco Da Casauria ed il circuito territoriale parrocchiale dell'ECAD 17.			
Tipologia di Fondo/Fondi <sup>11</sup> : FNPS / FSR / ECAD			
	2015	2017	2018
Indicatore <sup>12</sup> (numero utenti)	n. 80 nuclei familiari a rischio di esclusione sociale	n. 80 nuclei familiari a rischio di esclusione sociale	n. 150 nuclei familiari a rischio di esclusione sociale

Costo <sup>13</sup>	€ 0 (solo volontariato)	€ 2.000,00 (FNPS / FSR / ECAD)	€ 8.000,00 (FNPS / FSR / ECAD)
---------------------	-------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

<b>Id<sup>1</sup>: N. 17</b>	<b>Servizio<sup>2</sup>: INTERVENTO SPERIMENTALE DI AVVIO DEL SERVIZIO “BARATTO AMMINISTRATIVO”</b>		
Campo di intervento <sup>3</sup> : AUMENTO DELLE FASCE DI POPOLAZIONE A RISCHIO DI POVERTA' ED ESCLUSIONE			
AT <sup>4</sup> N.3 – “Strategie per l’inclusione ed il contrasto alle povertà”		OE <sup>5</sup> : 8 – Riduzione del numero di famiglie in situazione di povertà e di persone con grave deprivazione	
<p><b>Attività</b></p> <p>L’intervento progettuale prevede l’istituzione di un fondo d’ambito dell’ECAD 17, integrato con le prestazioni di Comuni, dedicato al sostegno temporaneo di persone e nuclei familiari che si trovano in una situazione di difficoltà socio-economica e lavorativa che non possono ottemperare ai pagamenti di tassazioni locali comunali (TARI, IMU, TARES, ecc.). Le azioni attivate prevedranno la presa in carico tramite procedure validate istruite dai servizi territoriale per l’accesso e la presa in carico (PUA, Segretariato Sociale e Servizio Sociale professionale) che, tramite appositi moduli di accesso e presa in carico, effettueranno una completa valutazione multifattoriale delle specifiche situazioni di disagio (sociale, economica, familiare e lavorativa), in applicazione degli indirizzi richiamati nel regolamento unitario di accesso (ISEE, composizione familiare, disabilità, ecc.) adottato dall’ECAD 17, quale atto integrativo del PSD 2017/2018;</p> <p><b>OBIETTIVI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitare la conoscenza e l’accesso ai servizi per il contrasto alla povertà e per l’inclusione ed il sostegno al reddito;</li> <li>• Sostenere le persone ed i nuclei familiari in temporanea difficoltà economica e lavorativa, al fine di supportarle nelle emergenze immediate e di “pronto intervento sociale” ed orientarli in un percorso accompagnato ed integrato di inclusione sociale;</li> <li>• Evitare l’acuirsi di situazioni di disagio socio-economico e lavorativo che colpiscono giovani nuclei familiari, con particolare attenzione al supporto per l’emergenza abitativa (continuativa e straordinaria) e le problematiche occupazionali e lavorative (disoccupazione, precariato, reddito insufficiente per il sostegno familiare);</li> <li>• Sviluppare e consolidare rapporti collaborativi con la rete dei servizi territoriali formali ed informali, in particolare il CPI, il privato sociale settoriale (associazioni per il supporto familiare, le coop. Sociali di tipo “B” per l’integrazione socio-lavorativa, gli enti di formazione per il potenziamento delle competenze e la ricollocazione lavorativa).</li> </ul>			
<p><b>Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>8</sup></b></p> <p>Riduzione del numero di famiglie in situazione di povertà e di persone con grave deprivazione e a rischio di esclusione sociale.</p>			
<p><b>Modalità di erogazione e di accesso<sup>9</sup></b></p> <p>Il servizio sarà erogato dall’ECAD 17, in pieno raccordo operativo-gestionale con la “Zona di gestione Valle dell’Orta”, in collaborazione con i singoli Comuni dell’ECAD 17.</p> <p><b>Target di riferimento dei beneficiari del servizio:</b></p> <p>Persone e famiglie in temporanea difficoltà economica.</p>			
<b>Modalità di gestione e affidamento del servizio<sup>10</sup></b>			

Il servizio sarà gestito in forma integrata dall'ECAD 17, in pieno raccordo operativo-gestionale con la "Zona di gestione Valle dell'Orta" ed in collaborazione con i Comuni dell'ECAD 17.			
Tipologia di Fondo/Fondi <sup>11</sup> : FNPS / FSR / ECAD			
	2015	2017	2018
Indicatore <sup>12</sup> (numero utenti)	(servizio non previsto)	n. 10 nuclei familiari in situazione di temporanea difficoltà economica e lavorativa	n. 15 nuclei familiari in situazione di temporanea difficoltà economica e lavorativa
Costo <sup>13</sup>	(servizio non previsto)	€ 4.000,00 (FNPS / FSR / ECAD)	€ 8.000,00 (FNPS / FSR / ECAD)

<b>Id<sup>1</sup>: 18</b>	<b>Servizio/Azione<sup>2</sup>: PROGETTO "ABRUZZO INCLUDE".</b>		
Campo di intervento <sup>3</sup> : AUMENTO DELLE FASCE DI POPOLAZIONE A RISCHIO DI POVERTA' ED ESCLUSIONE			
AT <sup>4</sup> N.3 – "Strategie per l'inclusione ed il contrasto alle povertà"		OE <sup>5</sup> : 8 – Riduzione del numero di famiglie in situazione di povertà e di persone con grave deprivazione	
<p><b>Strategia<sup>6</sup></b></p> <p>In considerazione delle finalità sociali e dell'obiettivo di integrazione tra politiche sociali, sanitarie, formative e del lavoro dell'iniziativa progettuale, oltre che delle possibili ricadute sul territorio comunale in termini di interventi in favore delle fasce più deboli della popolazione, l'ECAD 17 "Montagna Pescara" ha aderito, in qualità di partner, al progetto presentato dal Comune Capofila Montesilvano, ECAD n.18, con la delibera della G.C. n. 243 del 09.09.2016 (partner progetto ex 35 "MAIELLA E MORRONE" ECAD n.17 "Montagna Pescara" e ex 34 "VESTINA" ora ECAD n.19 "Vestino"), prevedendo di partecipare alla realizzazione delle attività previste dal suddetto avviso regionale in Associazione Temporanea di Scopo ATS, in qualità di Ente Capofila con i suddetti Ambito Sociali Distrettuali.</p> <p>La strategia generale da portare avanti con il Progetto è la seguente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sperimentare la partnership e la co-progettazione pubblico-privato sociale fondata sull'integrazione tra politiche sociali, sanitarie, formative e del lavoro;</li> <li>- rafforzare l'occupabilità di persone svantaggiate in carico ai Servizi sociali abruzzesi;</li> <li>- sperimentare un servizio innovativo per l'inclusione sociale multi target, multidimensionale e basato su un approccio comunitario;</li> <li>- elaborare e verificare modelli di progettazione personalizzata dei percorsi di inclusione sociale connessa a nuove forme di sostegno per l'inclusione attiva;</li> <li>- valorizzare l'apporto del sistema dei servizi sociali alle finalità del Fondo Sociale e al contrasto della povertà.</li> </ul>			
<p><b>Attività<sup>7</sup></b></p> <p>In coerenza con quanto previsto dall'Avviso della Regione Abruzzo, i progetti denominati "Piani Integrati di Inclusione" dovranno essere finalizzati alla realizzazione di due linee di intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Linea 1:</b> Il "Piano Integrato di Inclusione" prevede l'attivazione, o la sostenibilità se già presente, di uno Sportello di contrasto alla Povertà e all'Esclusione Sociale (SPES), territorialmente collocato nell'area territoriale di riferimento della candidatura, finalizzato all'individuazione, presa in carico e redazione del Progetto individualizzato di inclusione socio-lavorativa dei destinatari previsti dall'avviso. Nello specifico, le Attività da realizzare nell'ambito della <b>Linea 1</b> sono le seguenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Identificazione dei destinatari, di cui all'art. 2 del presente Avviso, sulla base di uno specifico bando di selezione;</li> <li>b) Elaborazione del Progetto individualizzato di inclusione socio-lavorativa finalizzato alla ricostruzione della biografia formativa, professionale e relazionale del destinatario ed alla individuazione del gap formativo e/psico-relazionale. Il Progetto individualizzato si compone delle seguenti azioni: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profiling;</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>			

- Valutazione e stesura del bilancio di competenze;
- Counseling;
- Matching fra domanda e offerta di lavoro, l'inserimento lavorativo da prevedere presso società e/o enti privati può essere previsto anche in enti e/o strutture pubbliche per un massimo del 40% dei destinatari;
- Stesura del curriculum;
- Accompagnamento e assistenza al lavoro, tutoraggio nella fase di inserimento; in deroga a quanto previsto dalle Linee guida regionali per i tirocini extracurricolari (art. 1.5), il modulo di 4 ore sulla normativa in materia di tirocinio e quello di 8 ore in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro possono essere erogati sole se ritenuti strettamente funzionali al raggiungimento degli obiettivi formativi e/o psico/socio/educativi;
- Eventuale supporto psico/socio/educativo da parte di personale qualificato in presenza di importanti fattori di vulnerabilità o di manifeste problematiche di inserimento o di permanenza nel contesto lavorativo.

I servizi devono essere erogati dal Soggetto attuatore anche in rete con il Centro per l'Impiego competente. Il rapporto tra soggetto attuatore e Centro per l'Impiego deve essere regolamentato attraverso la sottoscrizione di uno specifico protocollo/convenzione. Il Centro per l'Impiego dovrà avvalersi di figure specializzate nell'inclusione socio-lavorativa e nel supported employment (lavoro assistito), il cui costo sarà ritenuto ammissibile ai fini del riconoscimento della spesa. Il progetto personalizzato deve essere costantemente aggiornato e ne dovranno essere monitorati gli esiti.

- Stipula di un Accordo di cittadinanza responsabile fra il Centro per l'impiego, l'Ente d'Ambito attraverso il Servizio sociale professionale e la persona destinataria dei servizi, che espliciti la definizione degli impegni da parte della persona, la previsione dei benefici e il costante monitoraggio delle attività poste in essere;
- Attività di promozione sulle tematiche inerenti l'inclusione sociale al fine di sviluppare percorsi di apertura dei datori di lavoro pubblici e privati del territorio al reclutamento di persone in situazione di svantaggio sociale, da attuarsi in collaborazione fra Ente di ambito sociale, Comuni, Associazioni datoriali, Organizzazioni no profit, Ordini professionali, Centri per l'impiego. Costituzione di un borsino dei soggetti ospitanti disponibili all'inserimento in percorsi di tirocinio di persone svantaggiate. L'inserimento lavorativo da prevedere presso società e/o enti privati può essere previsto anche in enti e/o strutture pubbliche per un massimo del 40% dei destinatari.

– **Linea 2:** Azioni di inclusione attiva, finalizzate all'attivazione di almeno 63 tirocini 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. Nello specifico, le attività da realizzare nell'ambito della **Linea 2** sono le seguenti:

- attività di accompagnamento, assistenza e tutoraggio nella fase di inserimento presso i soggetti ospitanti; per la realizzazione dell'attività sub a) è previsto un costo massimo di € 30,00 per utente/ora per minimo 12 ore a utente e comunque non superiore al 20% del monte-ore complessivo del tirocinio;
- attivazione di tirocini extracurricolari di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione, sulla base delle seguenti modalità:
  - Durata: massimo 12 mesi e comunque nel rispetto della tempistica che sarà dettata dalla Regione;
  - Ore mensili: almeno 80 ore;
  - Indennità di partecipazione: € 600,00 mensili in relazione alle ore di effettiva presenza (in deroga all'art. 1.12 delle Linee guida regionali per i tirocini extracurricolari che stabiliscono una partecipazione minima del 70%);
  - Limiti numerici: nessuno (in deroga a quanto previsto all'art. 1.7 delle Linee guida regionali per i tirocini extracurricolari);
  - Ripetibilità: nessuna limitazione (in deroga a quanto previsto all'art. 1.8 delle Linee guida regionali per i tirocini extracurricolari);
  - L'inserimento lavorativo da prevedere presso società e/o enti privati può essere previsto anche in enti e/o strutture pubbliche per un massimo del 40% dei destinatari;
  - Per le altre modalità di articolazione e di svolgimento dei tirocini si fa riferimento a quanto stabilito dalla DGR 704/2014;
- Erogazione di voucher di servizio in favore dei tirocinanti gravati da un carico di cura di familiari conviventi (minori, anziani non auto-sufficienti, disabili) a copertura dei seguenti costi:
  - servizi di assistenza, cura ed accompagnamento ai minori, diversamente abili, anziani non autosufficienti (baby sitter, badanti, assistenti);
  - rette e servizi a pagamento per asili nido, centri estivi, attività extrascolastiche e doposcuola, centri ludico-ricreativi;
  - trasporto e mensa collegati alle attività prescolastiche e scolastiche; assistenze domiciliari, servizi

di cura e assistenza, case di riposo, case di cura e ricovero, centri di accoglienza e similari Per le succitate attività afferenti la <b>Linea 2</b> è previsto un contributo massimo di € 325.000,00 ed un numero minimo di 63 tirocini attivati.		
<b>Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>9</sup></b> Riduzione del numero di famiglie in situazione di povertà e di persone con grave deprivazione.		
Tipologia di Fondo/Fondi <sup>10</sup> : FSE INCLUSIONE SOCIALE		
	2017	2018
Indicatore <sup>11</sup> (n. utenti)	25 (ECAD 17)	25 (ECAD 17)
Costo <sup>12</sup> (previsione quota progetto per attività utenti ECAD 17)	€ 80.000,00 (Previsione FSE Inclusionione)	€ 80.000,00 (Previsione FSE Inclusionione)

<b>Id<sup>1</sup>: N. 19</b>	<b>Servizio<sup>2</sup>: INTERVENTO “INCLUSIONE SOCIALE PERSONE IN DISAGIO SOCIO-ECONOMICO-FAMILIARE E PSICO-SOCIO-COGNITIVO E/O CON PROVVDIMENTO TUTELA O DI ESECUZIONE PENALE ESTERNA”</b>	
Campo di intervento <sup>3</sup> : AUMENTO DELLE FASCE DI POPOLAZIONE A RISCHIO DI POVERTA' ED ESCLUSIONE		
AT <sup>4</sup> N.3 – “Strategie per l’inclusione ed il contrasto alle povertà”	OE <sup>5</sup> : 8 – Riduzione del numero di famiglie in situazione di povertà e di persone con grave deprivazione	
<p><b>Attività</b></p> <p>L’intervento progettuale prevede l’istituzione di un fondo d’ambito dell’ECAD 17 dedicato al sostegno di persone e nuclei familiari che presentano un disagio psico-sociale e familiare o con procedimenti di tutela ed esecuzione penale esterna e che si trovano in una situazione di difficoltà socio-economica e lavorativa. Le azioni attivate prevedranno un percorso di integrazione socio-lavorativa all’interno di cooperative sociali di tipo “B”, tramite una presa in carico ed un percorso di accompagnamento integrato coordinato dai servizi generali dell’ECAD 17 (PUA, Segretariato Sociale e Servizio Sociale professionale), della ASL (Servizio Igiene Mentale) e il Servizio di esecuzione Penale Esterna (Dipartimento di Giustizia). Si effettuerà, tramite appositi moduli di accesso e presa in carico, una specifica valutazione multifattoriale delle specifiche situazioni di disagio (sociale, economica, familiare e lavorativa), in applicazione degli indirizzi richiamati nel regolamento unitario di accesso (ISEE, composizione familiare, disabilità, ecc.) adottato dall’ECAD 17, quale atto integrativo del PSD 2017/2018;</p> <p><b>OBIETTIVI:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitare la conoscenza e l’accesso ai servizi per il contrasto alla povertà e per l’inclusione ed il sostegno al reddito;</li> <li>• Sostenere le persone ed i nuclei familiari in temporanea difficoltà economica e lavorativa, al fine di supportarle in un percorso accompagnato ed integrato di inclusione sociale;</li> <li>• Evitare l’acuirsi di situazioni di disagio socio-economico e lavorativo che colpiscono giovani nuclei familiari, persone in situazione di disagio psico-sociale e cognitivo o con problematiche di tipo giudiziario e tutelare con particolare attenzione al supporto per l’emergenza abitativa (continuativa e straordinaria) e le problematiche occupazionali e lavorative (disoccupazione, precariato, reddito insufficiente per il sostegno familiare);</li> <li>• Sviluppare e consolidare rapporti collaborativi con la rete dei servizi territoriali formali ed informali, in particolare il CPI, Servizi sociali tutelari, il privato sociale settoriale (associazioni per il supporto familiare, le coop. Sociali di tipo “B” per l’integrazione socio-lavorativa, gli enti di formazione per il potenziamento delle competenze e la ricollocazione lavorativa).</li> </ul>		
<b>Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>8</sup></b> Riduzione del numero di famiglie in situazione di povertà e di persone con grave deprivazione e a rischio di		

esclusione sociale.			
<b>Modalità di erogazione e di accesso<sup>9</sup></b>			
Il servizio sarà erogato dall'ECAD 17, in pieno raccordo operativo-gestionale con la “Zona di gestione Valle dell’Orta”, in collaborazione con i singoli Comuni dell'ECAD 17.			
<b>Target di riferimento dei beneficiari del servizio:</b>			
Persone e famiglie in temporanea difficoltà economica.			
<b>Modalità di gestione e affidamento del servizio<sup>10</sup></b>			
Il servizio sarà gestito in forma integrata dall'ECAD 17, in pieno raccordo operativo-gestionale con la “Zona di gestione Valle dell’Orta” ed in collaborazione con i Comuni dell'ECAD 17.			
Tipologia di Fondo/Fondi <sup>11</sup> : FNPS / FSR / ECAD			
	2015	2017	2018
Indicatore <sup>12</sup> (numero utenti)	(servizio non previsto)	n. 5 nuclei familiari in situazione di temporanea difficoltà economica e lavorativa	n. 10 nuclei familiari in situazione di temporanea difficoltà economica e lavorativa
Costo <sup>13</sup>	(servizio non previsto)	€ 5.000,00 (FNPS / FSR / ECAD)	€ 10.000,00 (FNPS / FSR / ECAD)

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

In coerenza con i fabbisogni rilevati nel profilo sociale e rispetto agli esiti degli incontri tematici svolti con il Gruppo di Piano e le Associazioni del territorio, nonché in coerenza con gli obiettivi di benessere sociale e gli obiettivi eletti per l'ECAD n.18, i servizi inseriti all'interno dell'Asse Tematico 4 – “Sostegno alla genitorialità e alle famiglie, nuove generazioni, prevenzione e contrasto alla violenza domestica sostegno alla genitorialità e alle famiglie, nuove generazioni, prevenzione e contrasto alla violenza domestica” sono i seguenti.

ID	SERVIZIO	FONDO DIRETTO / INDIRETTO	OBIETTIVO ESSENZIALE	INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA
20	Assistenza domiciliare educativa minori (ADM)	D	OE4 – assistenza domiciliare	SI
21	Equipe affido e adozioni	D	OE2 – presa in carico	
22	Sostegno rette residenza per minori	I/D	OE7 – comunità e residenze a favore di minori	
23	Servizio messa in rete e coordinamento Biblio-Mediateche ECAD 17	D	OE6 – centri di aggregazione polivalenti (L. 248/06)	
24	Avvio botteghe scuola per sostegno giovani con disagio socio-familiare	D	OE6 – centri di aggregazione polivalenti (L. 248/06)	

#### 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 <sup>1</sup>	Servizio/intervento	OE	Az. <sup>2</sup>	SS <sup>3</sup>	Indicatore	Utenti	Valori target dell'indicatore	
							2017	2018
20	Assistenza educativa domiciliare minori	4	D/I (ECAD)		N. prestazioni ADE ricondotte alla durata di n.1 ora	n. 2.319	n. 1.053	n. 3.585
21	Equipe Affido e Adozioni	2	D/I (ECAD/L. 296-06/L.R. 95-95)	X	N. famiglie seguite	n. 10	n. 10	n. 10
22	sostegno rette residenza per minori	7	D/I (Comuni/ fondo minori)		N. minori in residenza <sup>5</sup>	n. 10	n. 10	n. 10
23	coordinamento rete territoriale “Biblio-mediateche ECAD 17”	6	D/I (Comuni/ Fondo Nazionale Politiche Giovanili L. 248/2006)		N. minori in carico x N. ore frequenza annua per minore <sup>4</sup>	n. 3 biblio-mediateche comunali (100 utenti minori per 120 ore / anno cad.: TOT. N.12.000 ore/anno)	n. 100 utenti minori (120 ore / anno cad.: TOT. N.12.000 ore/anno)	n. 100 utenti minori (120 ore / anno cad.: TOT. N.12.000 ore/anno)
24	Avvio “Botteghe	6	D/I		N. minori in carico x	n. 10	n.10 (600	n.10

	scuola” per giovani con disagio socio-familiare		(ECAD/ Fondo Nazionale Politiche Giovani L. 248/2006)		N. ore frequenza annua per minore <sup>4</sup>	giovani	ore) (Tot. Anno 6.000)	(600 ore) (Tot. Anno 6.000)
--	---	--	---	--	--	---------	------------------------	-----------------------------

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

##### Azioni dirette

<b>Id<sup>1</sup>: N. 20</b>	<b>Servizio<sup>2</sup>: SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE MINORI (A.D.M.)</b>
Campo di intervento <sup>3</sup> : BASSI TASSI DI NATALITA'	
AT <sup>4</sup> “Sostegno alla genitorialità e alle famiglie”	OE <sup>5</sup> :4 – ASSISTENZA DOMICILIARE
<p><b>Attività</b></p> <p>Le attività del Servizio Assistenza Domiciliare Minori si possono sintetizzare in:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presa in atto della segnalazione del disagio familiare effettuata dalle varie agenzie o istituzioni come la scuola, il Servizio Sociale del Comune, il Servizio di Neuropsichiatria infantile;</li> <li>• Colloqui per l'approfondimento delle prime informazioni acquisite e valutazione della complessità del caso;</li> <li>• Presa in carico e attivazione del Servizio di Assistenza Educativa Domiciliare;</li> <li>• Intervento psico-pedagogico per il recupero scolastico, miglioramento del livello di apprendimento con particolare riferimento al recupero di abilità trasversali la cui carenza cronicizzata costituisce la causa dell'insuccesso scolastico;</li> <li>• Attività di coordinamento e supervisione finalizzate all'ottimizzazione dell'intervento educativo sulla famiglia.</li> </ul> <p><b>OBIETTIVI:</b></p> <p>Il Servizio si configura come un servizio essenziale (LIVEAS) per garantire un sostegno a quelle famiglie con minori in condizione di fragilità che si trovano a far fronte a problematiche di carattere socio-psico-pedagogico. L'azione parte dalla considerazione che la famiglia è il luogo privilegiato in cui il bambino cresce e sviluppa le proprie potenzialità: relazioni, protezione e sicurezza, sono elementi indispensabili al minore per costruire la propria identità, il proprio modo di rapportarsi con il mondo esterno, per realizzare le proprie aspirazioni.</p> <p>Quando la struttura familiare, i genitori o coloro che ne svolgono le funzioni, si trovano per qualche motivo (fisico, economico, psicologico, culturale, ambientale) in difficoltà a svolgere le proprie funzioni, si rendono necessari interventi di tutela del minore e di sostegno alle famiglie che mettano in campo risorse efficaci e idonee a fronteggiare le molteplici condizioni di disagio evitando di attendere che l'emergenza si approfondisca o generi una istituzionalizzazione.</p>	
<p><b>Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>8</sup></b></p> <p>Bassi tassi di natalità- servizi di sostegno alla genitorialità e alle famiglie</p>	
<p><b>Modalità di erogazione e di accesso<sup>9</sup></b></p> <p>A seconda delle caratteristiche evidenziate all'interno del nucleo familiare: la composizione, il livello culturale, il contesto ambientale, la presenza o meno di risorse parentali o amicali, il suo livello di funzionamento, la tipologia del disagio manifesto e non, la presenza o meno di handicap psico-fisico, diverse sono le modalità tecniche e procedurali di condurre l'intervento.</p> <p>Tuttavia qualunque sia il disagio che la famiglia presenta, qualunque sia il suo livello di funzionamento e indipendentemente dalle modalità tecniche e strategiche adottate, strumenti fondamentali che l'operatore utilizza (sia esso educatore professionale, psicologo o assistente sociale) sono la fiducia, l'empatia, la valorizzazione delle risorse già esistenti e lo stabilirsi di un'alleanza cooperativa che consente l'apprendimento di competenze e nuove modalità</p>	



di funzionamento.			
<b>Target di riferimento dei beneficiari del servizio:</b>			
Famiglie multiproblematiche con minori a rischio di allontanamento.			
<b>Modalità di gestione e affidamento del servizio<sup>10</sup></b>			
Il Servizio è gestito in forma diretta dall'ECAD 17, in pieno raccordo operativo-gestionale con la "Zona di gestione Valle dell'Orta", tramite procedura di esternalizzazione a pubblica evidenza, con il raccordo operativo con la "Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza" ASL di Pescara e le Scuole dell'ECAD 17, e si svolge a domicilio dell'utente.			
Tipologia di Fondo/Fondi <sup>11</sup> : FNPS / FSR / ECAD			
	2015	2017 (luglio/dicembre)	2018 (gennaio/dicembre)
Indicatore <sup>12</sup> (numero prestazioni di assistenza domiciliare ricondotte alla durata di n.1 ora)	n. 2.050 ore	n.1.306 ore (luglio/dicembre)	n.2.612 ore (gennaio/dicembre)
Costo <sup>13</sup>	€ 41.000,00 (FNPS / FSR / ECAD)	€ 24.641,58 (FNPS / FSR / ECAD)	€ 56.193,44 (FNPS / FSR / ECAD)

<b>Id<sup>1</sup>: N. 21</b>	<b>Servizio<sup>2</sup>: INTERVENTO INTEGRATO DI MEDIAZIONE FAMILIARE E AFFIDO / ADOZIONI</b>		
Campo di intervento <sup>3</sup> : INCIDENZA DOPPIA , RISPETTO ALLA MEDIA NAZIONALE, DEI CASI DI VIOLENZA SU DONNE E BAMBINI			
AT <sup>4</sup> "Sostegno alla genitorialità e alle famiglie"		OE <sup>5</sup> : N.2 - Ridefinire e rilanciare il ruolo delle equipe per adozioni e della mediazione familiare	
<b>Attività</b>			
Le attività del Servizio integrato di "Mediazione familiare ed Affidamento/Adozioni" sono svolte da personale con competenze e qualifiche ed esperienza in materia psicologica e di mediazione familiare e vengono eseguite in forma integrata con gli altri servizi di accesso e presa in carico dell'ECAD 17 (PUA/Servizio Sociale Professionale/Segretariato Sociale) e con i servizi territoriali della ASL a livello distrettuale (Consultorio Familiare, Materno-Infantile, Neuropsichiatria Infantile) e si possono sintetizzare come segue.			
<b>Mediazione familiare:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sostegno genitorialità;</li> <li>- Gestione conflitti in ambito familiare;</li> <li>- Azioni di contrasto al "child abuse" e violenza di genere;</li> <li>- Sostegno psico-sociale famiglie e minori che presentano criticità e situazioni problematiche;</li> <li>- Coordinamento con i servizi territoriali della ASL e le Scuole;</li> <li>- Partecipazione alla redazione di PAI/PEI e promozione progetti integrati sul territorio per il sostegno alla genitoriali ed ai minori.</li> </ul>			
<b>Affido familiare:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promozione di interventi a favore dell'affido familiare, realizzando una integrazione operativa tra istituzioni, enti e servizi, associazioni familiari del territorio, competenti in materia di affido familiare;</li> <li>- Informazione e sensibilizzazione delle famiglie residenti nel territorio dell'ambito n.17 sull'argomento dell'affido familiare;</li> <li>- Azione di coordinamento con i servizi ed interventi territoriali per la presa in carico integrata dei nuclei familiari in crisi a rischio di allontanamento dei minori;</li> </ul>			

- Valutazione e selezione delle famiglie aspiranti all'affido familiare;
- Elaborazione di progetti educativi individualizzati e definizione dei termini del contratto di affido;
- Azione di supporto alla famiglia affidataria nella fase di presa in carico del minore;
- Verifica dell'andamento del progetto di affido attraverso l'utilizzo di strumenti idonei alla valutazione.

L'ambito sociale con l'istituzione del servizio di affido familiare sul territorio locale ha promosso la tutela dei bambini e dei ragazzi con famiglie in difficoltà e rappresenta una alternativa al ricovero dei minori in comunità, che spesso è un'esperienza negativa nella quale i minori sperimentano a pieno il senso di abbandono e genera danni al loro sviluppo psicosociale.

i Obiettivi specifici dell'intervento sono i seguenti:

- potenziare la mediazione familiare nel territorio;
- Sensibilizzare e promuovere la diffusione della cultura dell'affido;
- Aumentare il numero degli affidi extra familiari;
- Migliorare le competenze dell'Equipe per l'affidamento familiare;
- Ridurre il numero dei minori ricoverati c/o comunità di accoglienza o casa famiglia;
- Sostenere e aiutare la famiglia nel superamento di momenti difficili;
- Garantire al minore il diritto a crescere in una famiglia che possa soddisfare le sue esigenze educative ed affettive, in grado di rispettare i suoi bisogni;
- Qualificazione della famiglia in chiave socio-assistenziale attraverso percorsi formativi per le adozioni nazionali ed internazionali e l'affido familiare anche mediante sperimentazioni di forme di affido professionale e/o case famiglia.

**Adozioni:**

- Azione di orientamento per coloro che devono inoltrare domanda di adozione e organizzazione di corsi di formazione sull'adozione nazionale e internazionale e le relative procedure;
- Primo contatto con l'Assistente sociale dell'equipe per informazioni inerenti la presentazione della domanda relativamente ai requisiti e alla documentazione da presentare al Tribunale per i Minorenni;
- Dopo l'arrivo della richiesta di indagine psico-sociale al Servizio, da parte del Tribunale per i Minorenni, la coppia viene chiamata per iniziare i colloqui con l'equipe (normalmente sono quattro più una visita domiciliare). Tale percorso conoscitivo della coppia si conclude con la stesura della relazione psico-sociale da inviare al Tribunale per i Minorenni da parte del servizio;
- Nella fase post-adoztiva, dopo l'arrivo del minore italiano o straniero, si invia al Tribunale per i Minorenni una relazione conclusiva circa l'inserimento del minore nella famiglia adottiva;
- La fase post-adoztiva presuppone la strutturazione di reti di supporto all'inserimento del minore con la ASL, le unità multidisciplinari, le scuole e i mediatori culturali per i bambini stranieri;

Gli Obiettivi specifici dell'intervento sono i seguenti:

- Attività di mediazione familiare per la risoluzione di criticità e conflittualità genitoriale;
- Promozione e potenziamento delle capacità genitoriali delle coppie che hanno inoltrato domanda di adozione;
- Accrescere competenze di accoglimento del disagio del minore affidato/adottato;
- Qualificazione della famiglia in chiave socio-assistenziale attraverso percorsi formativi per le adozioni nazionali ed internazionali e l'affido familiare anche mediante sperimentazioni di forme di affido professionale e/o case famiglia.

**Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>8</sup>**

Rafforzamento servizio integrato di mediazione familiare e della equipe per adozioni e sviluppo dell'affidamento.

**Modalità di erogazione e di accesso<sup>9</sup>**

La figura professionali coinvolte sono l'Assistente Sociale, la psicologa e la mediatrice familiare operativi nella

<p>equipe territoriale dell'ECAD 17.</p> <p>Si prevede l'adesione immediata all'equipe territoriale integrata già prevista dalla Regione Abruzzo (operante presso il Consultorio di Loreto Aprutino. L'equipe con azione rivolta a 17 Comuni).</p> <p>Sono previsti corsi che verranno tenuti dall'equipe e saranno inoltre coinvolti operatori specialisti quali: psicopedagogisti, psicoterapeuti familiari, giudice del tribunale per i Minorenni, Enti Autorizzati per le adozioni internazionali.</p>			
<p><b>Modalità di gestione e affidamento del servizio<sup>10</sup></b></p> <p>Il Servizio è gestito dall'ECAD 17, in pieno raccordo con la "Zona di gestione Valle dell'Orta", tramite esternalizzazione a pubblica evidenza, in collaborazione con il personale ASL competente e con le Associazioni e le organizzazioni del Terzo Settore operative nel territorio dell'Ambito.</p>			
<p>Tipologia di Fondo/Fondi<sup>11</sup>: FNPS / FSR / ECAD</p>			
	2015	2017	2018
Indicatore <sup>12</sup> (numero interventi Equipe affido e adozioni) e mediazione familiare)	N. 16	N. 12	N. 25
Costo <sup>13</sup>	€ 27.500,00 (FNPS / FSR / ECAD)	€ 16.236,36 (luglio/dicembre) (FNPS / FSR / ECAD)	€ 28.429,15 (FNPS / FSR / ECAD/L. 296-06/L.R. 95-95)

#### Azione Diretta/Indiretta

<b>Id<sup>1</sup>: N. 22</b>	<b>Servizio<sup>2</sup>: SOSTEGNO INTEGRATO PER LE RETTE RESIDENZA PER MINORI</b>		
<p>Campo di intervento<sup>3</sup>: CASI IN LINEA RISPETTO ALLA MEDIA NAZIONALE , DEI CASI DI VIOLENZA SU DONNE E BAMBINI</p>			
<p>AT<sup>4</sup> N.4 "Sostegno alla genitorialità e alle famiglie"</p>		<p>OE<sup>5</sup>: N.7 – Promuovere lo sviluppo di una rete di micro residenzialità di tipo familiare per minori, superando i modelli istituzionalizzanti.</p>	
<p><b>Sostegno integrato alle rette per comunità di accoglienza socio-residenziale per minori</b></p> <p>E' previsto un intervento coordinato tra i Comuni dell'ECAD 17 per la rilevazione, il monitoraggio ed il supporto alla presa in carico di minori allontanati dal nucleo familiare ed inseriti in strutture di accoglienza per minori del territorio provinciale e regionale, con cui vi sono accordi e convenzioni a livello territoriale. E' prevista una utenza di circa 8 unità (con una previsione massima prevista è di 10 unità), ed è a carico di fondi comunali, con la previsione di reperire fondi integrativi (eventuale "Fondo regionale per residenzialità minori").</p> <p>Il servizio, in convenzione con comunità del territorio provinciale e regionale, attraverso le sue azioni assicura al minore in difficoltà il bisogno di cura, di protezione e di reinserimento sociale che rappresentano dei diritti fondamentali</p> <p><b>Attività:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- accoglienza, soddisfacimento dei bisogni primari e cure dei minori ospiti della struttura;</li> <li>- elaborazione dei progetti individuali d'intervento;</li> <li>- assistenza educativa, didattica e cura della persona;</li> <li>- organizzazione e gestione del tempo libero;</li> <li>- lavoro di rete con le agenzie educative;</li> </ul>			

- cura dell'ambiente spesa e preparazione pasti.

Nel caso di residenzialità presso altre comunità socio-educative le attività sono articolate nel modo seguente:

- individuazione da parte del Servizio Sociale Professionale dell'Ambito della struttura più idonea;
- incontri d'equipe con gli operatori della struttura ospitante;
- attività amministrativa (impegni, liquidazione, ecc.);
- valutazione dell'andamento del programma di sostegno e recupero del minore.

In ogni caso il lavoro d'Equipe che si svolge si basa su programmi socio-educativo individualizzati che pongono al centro il benessere del minore e il recupero della capacità genitoriale da parte della rete familiare di origine.

#### **Obiettivi Specifici:**

1. Favorire nei ragazzi ospitati una maturazione psicologica, sociale e relazionale in vista di un loro reinserimento in famiglia;
2. Ricreare all'interno della comunità un ambiente di vita che sostituisca, temporaneamente, il nucleo familiare d'origine;
3. Reinserimento scolastico e conseguimento titolo di studio con eventuale inserimento nel mondo del lavoro.

Ad ogni obiettivo corrisponde un indicatore atteso così come di seguito riportato:

1. Aumento del numero dei reinserimenti positivi nelle proprie famiglie d'origine e nel proprio contesto sociale;
2. Aumento del grado di accoglienza espressa dai ragazzi ospiti della comunità;
3. Aumento del numero dei minori che conseguono un diploma e/o iniziano un'attività lavorativa.

#### **Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>8</sup>**

Incidenza significativa, in linea con la media nazionale, dei casi di violenza su donne e bambini.

#### **Modalità di erogazione e di accesso<sup>9</sup>**

E' prevista una gestione mista ed integrata tra azioni di coordinamento e gestione della procedura di presa in carico garantita dal "Servizio Sociale Professionale" dell'ECAD 17, con fondi propri dei Comuni interessati, attraverso il convenzionamento con strutture presenti a livello provinciale e regionale. Si prevede il reperimento di eventuali fondi integrativi a livello regionale ("Fondo per residenzialità minori").

Le competenze rispetto all'invio del minore sono del Servizio Sociale Professionale dell'Ambito. L'accesso alla comunità di accoglienza avviene attraverso la segnalazione da parte del servizio psico- sociale inviante che ha in carico il caso con le seguenti modalità:

- invio relazione informativa e provvedimento autorità giudiziaria;
- presentazione del caso;
- prima valutazione delle problematiche presentate in sede di Equipe.

#### **Modalità di gestione e affidamento del servizio<sup>10</sup>**

E' prevista una gestione mista ed integrata tra azioni di coordinamento e gestione della procedura di presa in carico garantita dal "Servizio Sociale Professionale" dell'ECAD 17, con fondi propri dei Comuni interessati, attraverso il convenzionamento con strutture presenti a livello provinciale e regionale. Si prevede il reperimento di eventuali fondi integrativi a livello regionale ("Fondo per residenzialità minori").

Tipologia di Fondo/Fondi<sup>11</sup>: FNPS / FSR / Comuni interessati dell'ECAD 17

	2015	2017	2018
Indicatore (numero minori in residenza)	n. 6	n. 8	n. 8

Costo <sup>13</sup>	€ 100.000,00 (Fondi propri Comuni ECAD)	€ 60.000,00 (Fondi propri Comuni ECAD 17/Fondi integrativi eventuali)	€ 120.000,00 (Fondi propri Comuni ECAD 17/Fondi integrativi eventuali)
---------------------	--	---	--

### Azione Diretta/Indiretta

<b>Id<sup>1</sup>: N. 23</b>	<b>Servizio<sup>2</sup>: RETE TERRITORIALE DELLE BIBLIO-MEDIATECHE COMUNALI ECAD 17 "MONTAAGNA PESCARRESE"</b>		
Campo di intervento <sup>3</sup> : BASSI TASSI DI NATALITA'			
AT <sup>4</sup> N.4: "Sostegno alla genitorialità e alle famiglie"		OE <sup>5</sup> : N.6 - Sviluppare servizi educativi innovativi per minori (giovani)	
<p><b>Attività</b></p> <p>Si tratta di servizi socio-educativi-ricreativi rivolti a minori in fascia di età compresa tra i 6 e i 18 anni (e giovani adulti). Gli obiettivi fondamentali che si intende perseguire con questi servizi sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• supporto socio-educativo e ricreativo territoriale ai minori e giovani in ambito extrascolastico;</li> <li>• aumento delle opportunità di interazione tra scuola e servizi territoriali diurni, per attività socio-ricreative quale azioni di prevenzione e di contrasto al disagio giovanile;</li> <li>• sostegno all'utilizzo di strumenti classici educativo-culturali con gli ausili informatici e telematici (biblio-mediateca), quale luogo extrascolastico di approfondimento didattico e culturale, indispensabile per la formazione della propria personalità ed identità;</li> </ul> <p>L'ECAD 17 assicura la messa in rete ed il coordinamento dei centri territoriali di Popoli, Scafa, San Valentino In A.C. ed altri centri comunali.</p> <p>La biblio-mediateca è un luogo che prevede sinteticamente le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• consultazione libri, riviste e materiale didattico vario;</li> <li>• ricerche guidate su internet;</li> <li>• corsi di alfabetizzazione linguistica per stranieri;</li> <li>• organizzazione di eventi didattici e culturali e ricreativi (torneo di scacchi, educazione musicale, educazione ambientale, ecc.);</li> </ul>			
<p><b>Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>8</sup></b></p> <p>Difficoltà di integrazione socio-lavorativa delle giovani generazioni.</p>			
<p><b>Modalità di erogazione e di accesso<sup>9</sup></b></p> <p>E' prevista una attivazione integrata di interventi ed azioni socio-educative e ricreative coordinata dall'ECAD 17 in raccordo con i Comuni interessati sede di ubicazione dei centri, al cui coordinamento concorrono i referenti dell'Ufficio di Piano dell'ECAD 17, la Coordinatrice ed archivistica operante nel Comune di Popoli ed altro personale comunale proprio attivo presso gli altri centri comunali.</p> <p>È prevista una compartecipazione dell'utenza sulla base del regolamento delle tariffe dell'ECAD n.17.</p>			
<p><b>Modalità di gestione e affidamento del servizio<sup>10</sup></b></p> <p>E' prevista una gestione mista ed integrata tra ECAD 17 ed i Comuni interessati sede di ubicazione dei centri, al cui coordinamento concorrono i referenti dell'Ufficio di Piano dell'ECAD 17, la Coordinatrice ed archivistica operante nel Comune di Popoli ed altro personale comunale proprio attivo presso gli altri centri comunali (Scafa e San Valentino In. A.C.).</p> <p>È prevista una compartecipazione dell'utenza sulla base del regolamento delle tariffe dell'ECAD n.17.</p>			
Tipologia di Fondo/Fondi <sup>11</sup> : Fondi Propri Comuni/Fondo Nazionale Politiche Giovanili (L. 248/2006)			
	2015	2017 (luglio/dicembre)	2018 (gennaio/dicembre)

Indicatore <sup>12</sup> (numero minori in carico * n.ore di frequenza annua per minore)	(coordinamento non attivo)	n. 3 biblio-mediateche comunale; per 100 utenti minori x 120 ore / anno cad.: TOT. N.12.000 ore/anno	n. 3 biblio-mediateche comunale; per 100 utenti minori x 120 ore / anno cad.: TOT. N.12.000 ore/anno
Costo <sup>13</sup>	(coordinamento non attivo)	€ 13.250,00 (Fondi propri Comuni ECAD 17/Fondo politiche giovanili L. 248/2006)	€ 26.500,00 (Fondi propri Comuni ECAD 17/Fondo Politiche giovanili L. 248/2006)

### Azione Diretta/Indiretta

<b>Id<sup>1</sup>: N. 24</b>	<b>Servizio<sup>2</sup>: ATTIVAZIONE BOTTEGHE SCUOLE PER GIOVANI IN SITUAZIONE DI DISAGIO SOCIALE</b>		
Campo di intervento <sup>3</sup> : DIFFICOLTA' DI INTEGRAZIONE DELLE GIOVANI GENERAZIONI			
AT <sup>4</sup> : "Sostegno alla genitorialità e alle famiglie"		OE <sup>5</sup> : N.6 Sviluppare servizi educativi innovativi per ragazzi	
<p><b>Attività</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servizi ed interventi di socializzazione pomeridiana, in rete con le Istituzioni scolastiche e le associazioni locali, con le agenzie formative, per permettere una maggiore integrazione dei ragazzi nella fascia d'età adolescenziale e giovanile, a rischio di esclusione, ad attività di orientamento ed integrazione socio-lavorativa, a livello extrascolastico, oltre che per la gestione educativa del tempo libero.</li> <li>• Sostenere giovani e le famiglie attraverso l'implementazione di servizi formativi e di orientamento-integrazione socio-lavorativa in ambito extrascolastico.</li> </ul> <p><b>Gli obiettivi specifici che si intende raggiungere nel biennio di programmazione 2017/2018 sono:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementare e riqualificare l'utilizzo di risorse e strutture territoriali di proprietà pubblica per favorire l'aggregazione dei giovani in fascia di età adolescenziale, con particolare riferimento ai giovani con problematiche socio-familiare ed a maggior rischio di devianza ed esclusione sociale;</li> <li>• Sviluppare ed attivare le azioni di prevenzione e contrasto al disagio giovanile in rete con le Associazioni e gli enti del Terzo settore e della formazione professionale che operano nel territorio dell'ambito ed a livello provinciale e regionale;</li> <li>• Favorire azioni di orientamento ed informazione per favorire la partecipazione dei giovani a corsi abilitanti rispetto a skill di base ed a percorsi di inserimento lavorativo;</li> <li>• Favorire lo sviluppo di interventi e servizi di "tutoraggio" per ragazzi che vivono in famiglie multiproblematiche;</li> </ul>			
<p><b>Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>8</sup></b> Difficoltà di integrazione socio-lavorativa delle giovani generazioni.</p>			
<p><b>Modalità di erogazione e di accesso<sup>9</sup></b> E' prevista una attivazione integrata di interventi ed azioni socio-educative e ricreative coordinata dall'ECAD 17 in raccordo con i Comuni interessati sede di ubicazione dei centri, al cui coordinamento concorrono i referenti dell'Ufficio di Piano dell'ECAD 17, la Coordinatrice ed archivistica operante nel Comune di Popoli ed altro personale comunale proprio attivo presso gli altri centri comunali. È prevista una compartecipazione dell'utenza sulla base del regolamento delle tariffe dell'ECAD n.17.</p>			
<p><b>Modalità di gestione e affidamento del servizio<sup>10</sup></b> E' prevista una gestione mista ed integrata tra ECAD 17 ed i Comuni interessati sede di ubicazione dei centri, al cui coordinamento concorrono i referenti dell'Ufficio di Piano dell'ECAD 17, la Coordinatrice ed archivistica operante nel Comune di Popoli ed altro personale comunale proprio attivo presso gli altri centri comunali.</p>			

È prevista una compartecipazione dell'utenza sulla base del regolamento delle tariffe dell'ECAD n.17.			
Tipologia di Fondo/Fondi <sup>11</sup> : Fondi propri Comuni ECAD 17/Fondo Nazionale Politiche Giovanili (L. 248/2006)			
	2015	2017 (luglio/dicembre)	2018 (gennaio/dicembre)
Indicatore <sup>12</sup> (numero minori in carico * n. ore di frequenza annua per minore)	(Servizio non attivo)	n. 10 (300 ore) (Tot. Anno 3.000)	n.10 (600 ore) (Tot. Anno 6.000)
Costo <sup>13</sup>	(Servizio non attivo)	€ 5.000,00 (FNPS / FSR / ECAD 17/L. 248-2006)	€ 10.000,00 (FNPS / FSR / ECAD 17/L. 248-2006)

### **Asse Tematico 5 - Strategia per le persone con disabilità**

In coerenza con i fabbisogni rilevati nel profilo sociale e rispetto agli esiti degli incontri tematici svolti con il Gruppo di Piano e le Associazioni del territorio, nonché in coerenza con gli obiettivi di benessere

sociale e gli obiettivi eletti per l'ECAD n.17, i servizi inseriti all'interno dell'Asse tematico 5 - Strategia per le persone con disabilità sono i seguenti.

ID	SERVIZIO	FONDO DIRETTO / INDIRETTO	OBIETTIVO ESSENZIALE	INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA
25	Assistenza scolastica per l'autonomia e la comunicazione degli studenti disabili (Scuole dell'obbligo)	D	O.E. N. 8	X
26	Assistenza scolastica per l'autonomia e la comunicazione degli studenti disabili e trasporto (Scuole superiori)	I L.R. 78/78	O.E. N. 8	X
27	Servizio di trasporto sociale disabili	D/I	O.E. N. 8	X
28	Sostegno alla rete territoriale centri diurni disabili	D/I		
29	Integrazione rette per residenzialità disabili gravi – “dopo di noi” l. 208/2015 – l.122 del 22/06/2016 – progetto regionale R.A.D.A.R. “Rete abruzzese per il Dopo di Noi e l'autonomia residenziale”	I	O.E. N. 6	
30	Borsa lavoro disabili (“Progetto Armonia” ASL)	I	O.E. N. 8	X
31	Programma Home Care Premium/ Inps-Ex Inpdap	I	O.E. N. 4	X

#### AT 5 - Quadro sinottico dei servizi/interventi e indicatori

##### Asse Tematico 5 - Strategia per le persone con disabilità

Id <sup>1</sup>	Servizio/intervento	OE	Az. <sup>2</sup>	SS <sup>3</sup>	Indicatore	Utenti	Valori target dell'indicatore	
							2017	2018
25	Servizio autonomia studenti disabili* (scuole dell'obbligo)	8	D	X	N. ore erogate	50	-50 utenti -656 ore sett. -7.882 ore anno scolastico	-50 utenti -656 ore sett. -16.750 ore anno scolastico
26	Sostegno alla rete territoriale dei Centri diurni disabili	6	D		N. disabili in carico x N. ore frequenza annua per disabile	30	-30 utenti -360 ore x utente	-30 -360 x utente
27	Servizio di trasporto sociale	8	D	X	N. prestazioni di trasporto	10		
28	Servizio autonomia studenti disabili* (scuole superiori II° grado)	8	I	X	N. ore erogate	18	-18 utenti; -180 ore settimanali; -2160 ore annuali;	-18 utenti; -180 ore settimanali; ; - 4500 ore annuali;
29	Borsa lavoro disabili (“Progetto Armonia” ASL)	8	I	X	N. utenti (ASL)	23 (ASL)	23 (ASL)	23(ASL)
30	“Home Care Premium”	8	I		n. ore erogate			
31	integrazione rette promozione progetto (Dopo di Noi” L. 208/2015; L.122/2016)	8	I	X				



## Asse Tematico 5 - Strategia per le persone con disabilità

### Azione Diretta

<b>Id<sup>1</sup>: N. 25</b>	<b>Servizio<sup>2</sup>: ASSISTENZA SCOLASTICA PER L'AUTONOMIA E LA COMUNICAZIONE DEGLI STUDENTI DISABILI PRESSO LE SCUOLE DELL'OBBLIGO</b>		
Campo di intervento <sup>3</sup> : SCARTO TRA DOMANDA E OFFERTA DI SERVIZI A SOSTEGNO DELLE PERSONE CON DISABILITA'			
AT <sup>4</sup> : <i>Strategia per le persone con disabilità</i>		OE <sup>5</sup> : N.8 INTERVENTI E MISURE PER FACILITARE INCLUSIONE ED AUTONOMIA	
<p><b>Attività:</b></p> <p>Il servizio viene erogato su richiesta della scuola attraverso la trasmissione del modello RAS, compilato all'interno dei gruppi H (G.L.H.I.).</p> <p>Le prestazioni erogate attraverso il personale specializzato sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Attività di supporto all'alunno durante le ore di attività didattiche e socio-ricreative;</li> <li>- Collaborazione con il personale della scuola e degli insegnanti;</li> <li>- Accompagnamento e vigilanza dell'alunno nei momenti ludico ricreativi e durante le gite scolastiche.</li> </ul> <p><b>Obiettivi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incrementare le specifiche abilità di apprendimento nel minore diversamente abile;</li> <li>- Favorire lo sviluppo delle capacità di comunicazione;</li> <li>- Promuovere nel minore diversamente abile le relazioni interpersonali e lo sviluppo della socializzazione;</li> <li>- Partecipazione attiva dell'alunno diversamente abile a tutte le attività scolastiche;</li> <li>- Assicurare all'individuo diversamente abile il diritto all'istruzione e all'assistenza e diminuire il suo disagio psico-fisico;</li> <li>- Favorire la comunicazione e l'autonomia degli studenti disabili in condizione di gravità, con specifico riferimento alla reale fruizione del diritto allo studio, mediante servizio orientato ad azioni di assistenza qualificata e di tipo socio-educativa.</li> <li>- Sviluppare un sistema integrato di programmazione degli interventi tra Scuola- Ente locale - Asl e Associazioni territoriali per il rispetto del Piano Educativo Individualizzato e dei moduli - didattico.</li> </ul>			
<p><b>Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>8</sup></b></p> <p>Servizio di supporto per una vera integrazione del disabile all'interno del mondo della scuola.</p>			
<p><b>Modalità di erogazione e di accesso<sup>9</sup></b></p> <p>Il Servizio ha lo scopo di supportare l'integrazione scolastica degli alunni diversamente abili, certificati in base all'art. 3 della L. 104/92, ed è erogato dall'ECAD 17, in pieno raccordo con la "Zona di gestione Valle dell'Orta", tramite esternalizzazione a pubblica evidenza, in collaborazione con il personale ASL competente e con le Associazioni e le organizzazioni del Terzo Settore operative nel territorio dell'Ambito.</p>			
<p><b>Modalità di gestione e affidamento del servizio<sup>10</sup></b></p> <p>Il Servizio è gestito dall'ECAD 17, in pieno raccordo con la "Zona di gestione Valle dell'Orta", tramite esternalizzazione a pubblica evidenza, in collaborazione con il personale ASL competente (Neuropsichiatria Infantile) e si svolge in stretta collaborazione con le Scuole.</p>			
Tipologia di Fondo/Fondi <sup>11</sup> : FNPS / FSR / ECAD			
	2015	2017	2018 (gennaio/dicembre)

		(settembre/dicembre)	
Indicatore <sup>12</sup> (numero ore erogate / anno)	42 utenti 350 ore sett. 11.150 ore anno scolastico	43 utenti 650 ore sett. 5.216 ore (anno scolastico)	43 utenti 660 ore sett. 13.758 ore (anno scolastico)
Costo <sup>13</sup>	€ 223.000,00 (FNPS / FSR / ECAD)	€ 113.025,00 (FNPS / FSR / ECAD)	€ 298.133,61 (FNPS / FSR / ECAD)

### Azione Diretta

<b>Id<sup>1</sup>: N. 26</b>	<b>Servizio<sup>2</sup>: SOSTEGNO ALLA RETE TERRITORIALE DEI CENTRI DIURNI DISABILI</b>		
Campo di intervento <sup>3</sup> : SCARTO TRA DOMANDA E OFFERTA D SERVIZI A SOSTEGNO DELLE PERSONE CON DISABILITA'			
AT <sup>4</sup> : <i>Strategia per le persone con disabilità</i>		OE <sup>5</sup> : N.8 INTERVENTI E MISURE PER FACILITARE INCLUSIONE ED AUTONOMIA	
<p><b>Attività/Obiettivi</b></p> <p>Sostegno alla rete territoriale dei centri diurni disabili attraverso l'integrazione delle risorse economiche come il pagamento dell'affitto della struttura, al fine di sviluppare in rete con le associazioni e gli enti del Terzo settore operanti nel territorio di riferimento, attività socio-educative diurne extrascolastiche, attraverso attività innovative socio-educative specifiche, suddivise per fasce di età ed integrate con altri servizi del territorio finalizzate al miglioramento dell'integrazione sociale e alla valorizzazione delle potenzialità di soggetti affetti da disabilità psico-fisico e neuro-sensoriali</p> <p><b>Si intende sostenere la rete territoriale dei Centri diurni per disabili al fine di:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Favorire azioni che promuovano la reale socializzazione ed integrazione dei disabili in condizione di emarginazione e solitudine, anche a causa di isolamento territoriale, attraverso la promozione e facilitazione di aggregazioni sociali spontanee, nonché previsione nei PAI di percorsi rivolti alla rimozione di qualunque barriera socio-ambientale;</li> <li>- Potenziare possibilità di stimolazione nell'utente disabile grave delle capacità di comportamenti individuali e di gruppo adeguati alle proprie potenzialità e al tipo di handicap che permettono una maggiore acquisizione di strumenti e processi cognitivo-comportamentali migliorativi della propria integrazione nel suo ambiente di vita sociale ed affettivo (famiglia, scuola e contesto sociale generale);</li> <li>- Sostenere le persone in situazione di disabilità del territorio e migliorare le loro condizioni familiari mediante il loro coinvolgimento attivo nell'ambito di attività diurne socio-educative e riabilitative;</li> <li>- Favorire il mantenimento delle persone disabili nel proprio ambiente di vita, sostenendo anche le loro famiglie;</li> <li>- Favorire la socializzazione e l'integrazione con il contesto sociale territoriale delle persone disabili;</li> <li>- Favorire lo sviluppo dell'autonomia e di competenze proprie delle persone disabili;</li> <li>- Favorire l'integrazione espressiva delle persone disabili con attività laboratoriali diurne (laboratorio artigianale, ergoterapia, ippoterapia) .</li> </ul>			
<p><b>Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>8</sup></b></p> <p>Garantire servizi integrati gestiti in forma mista tra ECAD e Privato sociale per la disabilità, in recepimento delle direttive previste dalla Convenzione ONU per la disabilità.</p>			
<p><b>Modalità di erogazione e di accesso<sup>9</sup></b></p> <p>Sostegno alla rete territoriale centri diurni disabili attraverso l'integrazione delle risorse economiche per il</p>			

supporto alle spese di gestione e funzionamento dei centri.			
<b>Modalità di gestione e affidamento del servizio<sup>10</sup></b>			
Il Servizio sarà gestito in forma integrata e mista tra ECAD 17, in pieno raccordo con la “Zona di gestione Valle dell’Orta”, con le Associazioni del privato sociale e le Cooperative sociali già operanti nel territorio dell’ECAD 17 “Montagna Pescaresè”.			
Tipologia di Fondo/Fondi <sup>11</sup> : FNPS / FSR / ECAD/PLNA			
	2015	2017	2018
Indicatore <sup>12</sup> (numero ore erogate / anno)	- n. 6 ore settimanali; - n. 300 ore annuali	- n. 12 ore settimanali; - n. 600 ore annuali.	- n. 12 ore settimanali; - n. 600 ore annuali.
Costo <sup>13</sup>	€ . 5000,00 (FNPS / FSR / ECAD/PLNA)	€ 10.000,00 (FNPS / FSR / ECAD/PLNA)	€ 10.000,00 (FNPS / FSR / ECAD/PLNA)

### Azione Diretta

<b>Id<sup>1</sup>: N. 27</b>	<b>Servizio<sup>2</sup>: SERVIZIO TRASPORTO SOCIALE DISABLI</b>		
Campo di intervento <sup>3</sup> : SCARTO TRA DOMANDA E OFFERTA DI SERVIZI A SOSTEGNO DELLE PERSONE CON DISABILITÀ			
AT <sup>4</sup> : <i>Strategia per le persone con disabilità</i>		OE <sup>5</sup> : N.8 Interventi/misure per facilitare inclusione ed autonomia dei disabili	
<b>Attività</b>			
Servizio di trasporto presso centri di riabilitazione e/o servizi socio-riabilitativi per disabili.			
<b>Obiettivi</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permettere il raggiungimento degli istituti di riabilitazione e dei servizi socio-riabilitativi diurni;</li> <li>- Contrastare l’isolamento sociale del disabile.</li> </ul>			
<b>Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>8</sup></b>			
Assicurare il servizio di trasporto per l’accesso dei disabili a strutture socio-sanitarie.			
<b>Modalità di erogazione e di accesso<sup>9</sup></b>			
Target di riferimento dei beneficiari del servizio sono gli utenti diversamente abili ai sensi della L. 104/92 frequentanti istituti di riabilitazione e/o servizi socio-riabilitativi.			
<u>Modalità di erogazione</u> : Dopo l'accoglimento della richiesta da parte del disabile o di un suo familiare, se c'è la disponibilità del posto sul mezzo, il tempo di attesa, per l'erogazione del servizio, è di circa una settimana; successivamente alla presentazione della domanda, in caso di indisponibilità del posto sul mezzo, l'utente si pone in lista di attesa.			
<b>Modalità di gestione e affidamento del servizio<sup>10</sup></b>			
Il servizio è gestito dall’ECAD n.17, in pieno raccordo operativo-gestionale con la “Zona di gestione Valle dell’Orta”, ed in collaborazione con il DSB di Scafa, tramite associazioni/agenzie che si occupano di attività trasporto persone.			
Tipologia di Fondo/Fondi <sup>11</sup> : ECAD			
	2015	2017 (luglio/dicembre)	2018 (gennaio/dicembre)

Indicatore <sup>12</sup> (numero accessi /anno)	(non previsto)	Previsti 10/12 utenti	Previsti 10/12 utenti
Costo <sup>13</sup>	(non previsto)	€ 15.000,00 (ECAD)	€ 30.000,00 (ECAD)

### Azione Indiretta

<b>Id<sup>1</sup>: N. 28</b>	<b>Servizio<sup>2</sup>: ASSISTENZA SCOLASTICA PER L'AUTONOMIA E LA COMUNICAZIONE DEGLI STUDENTI DISABILI E TRASPORTO (Scuole Superiori di II° Grado).</b>		
Campo di intervento <sup>3</sup> : SCARTO TRA DOMANDA E OFFERTA DI SERVIZI A SOSTEGNO DELLE PERSONE CON DISABILITA'			
AT <sup>4</sup> : <i>Strategia per le persone con disabilità</i>		OE <sup>5</sup> : N.8 Interventi e misure per facilitare inclusione ed autonomia	
<b>Strategia<sup>6</sup></b> Garantire servizi integrati con le scuole del territorio per una vera inclusione ed autonomia dello studente disabile.			
<b>Attività</b> Il servizio viene erogato su richiesta della scuola attraverso la trasmissione del modello RAS, compilato all'interno dei gruppi H (G.L.H.I.). Le prestazioni erogate attraverso il personale specializzato sono: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Attività di supporto all'alunno durante le ore di attività didattiche e socio –ricreative;</li> <li>- Collaborazione con il personale della scuola e degli insegnanti;</li> <li>- Accompagno e vigilanza dell'alunno nei momenti ludico ricreativi e durante le gite scolastiche.</li> <li>- Servizio di trasporto scolastico.</li> </ul>			
<b>Obiettivi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incrementare le specifiche abilità di apprendimento nel minore diversamente abile;</li> <li>- Favorire lo sviluppo delle capacità di comunicazione;</li> <li>- Promuovere nel minore diversamente abile le relazioni interpersonali e lo sviluppo della socializzazione;</li> <li>- Partecipazione attiva dell'alunno diversamente abile a tutte le attività scolastiche;</li> <li>- Assicurare all'individuo diversamente abile il diritto all'istruzione e all'assistenza e diminuire il suo disagio psico-fisico;</li> <li>- Favorire la comunicazione e l'autonomia degli studenti disabili in condizione di gravità, con specifico riferimento alla reale fruizione del diritto allo studio, mediante servizio orientato ad azioni di assistenza qualificata e di tipo socio-educativa.</li> <li>- Sviluppo di un sistema integrato di programmazione degli interventi tra Scuola- Ente locale – Asl e Associazioni territoriali per il rispetto del Piano Educativo Individualizzato e dei moduli – didattico.</li> </ul>			
<b>Integrazione socio-sanitaria<sup>8</sup></b> SI ( <i>"Neuropsichiatri Infantile e dell'Adolescenza"</i> )			
<b>Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>9</sup></b> Servizio di supporto per una vera integrazione del disabile all'interno del mondo della scuola.			
Tipologia di Fondo/Fondi <sup>10</sup> : FONDI REGIONALI DI DIRITTO ALLO STUDIO: L.R.78/78.			
		2017 (settembre/dicembre)	2018 (gennaio/dicembre)

Indicatore <sup>11</sup> (numero ore erogate / anno)	-23 utenti; -145 ore settimanali; - 2430 ore annuali;	-23 utenti; -145 ore settimanali; - 4574 ore annuali;
Costo <sup>12</sup>	€ 46.807,55	€ 99.109,08

### Azione Indiretta

<b>Id<sup>1</sup>: 29</b>	<b>Servizio/Azione<sup>2</sup>: BORSA LAVORO DISABILI (“Progetto Armonia” ASL)</b>	
Campo di intervento <sup>3</sup> : SCARTO TRA DOMANDA E OFFERTA DI SERVIZI A SOSTEGNO DELLE PERSONE CON DISABILITA’		
AT <sup>4</sup> : <i>Strategia per le persone con disabilità</i>		OE <sup>5</sup> : N.8 Interventi e misure per facilitare inclusione ed autonomia
<b>Strategia<sup>6</sup></b> Le strategie specifiche di ogni azione sono definite in fase gestionale dallo staff di operatori del servizio.		
<b>Attività<sup>7</sup></b> L’attività è volta all’attivazione di programmi di stimolo e diffusione di iniziative di formazione e reinserimento dei pazienti disabili e/o affetti da patologia psichiatrica, al fine di favorirne l’integrazione e la socializzazione.		
<b>Obiettivo</b> Favorire l’inserimento lavorativo e sociale dei disabili.		
<b>Integrazione socio-sanitaria (se prevista indicare ruolo ASL/Distretto – Ruolo ADS)<sup>8</sup></b> Il progetto è promosso dalla ASL di Pescara (Dipartimento di Salute mentale) e prevede l’attivazione di borse-lavoro di cui alla L.R. 94/2000 sono assegnate, con provvedimento del direttore del D.S.M., ad utenti affetti da patologia psichiatrica, collocabili al lavoro, in carico ai C.S.M (Polo sanitario di Tocco Da Casauria). Sono previsti tra “Progetto Armonia” e “Borse lavoro” circa 23 utenti con disagio psichico e mentale in età lavorativa, già in carico ai servizi ASL, collocati presso servizi di pubblica utilità comunali, aziende ed enti produttivi e cooperative sociali di tipo “B”. Ruolo ADS: inserimento dell’utente beneficiario della borsa lavoro nel contesto lavorativo dell’Azienda o dell’Ente, per la gestione di mansioni previste dal programma riabilitativo personalizzato.		
<u>Organizzazione</u> Tramite specifiche convenzioni operative, il Dipartimento di Salute Mentale dell’Azienda ASL di Pescara invia all’Ente ospitante i nominativi degli utenti coinvolti nel programma; l’attività verrà in concreto seguita dal C.S.M. competente per territorio che nell’ECAD 17 e collocato presso il Polo sanitario di Tocco Casauria. L’Ente si impegna ad attenersi a tutte le direttive sanitarie impartite dal DSM, ad accertare eventuali controlli sull’attività in argomento al fine del migliore l’andamento risocializzante del soggetto. L’utente è tenuto a svolgere la propria attività per un orario di circa 20/25 ore settimanali, a seconda dei singoli casi, ed è prevista una assicurazione infortuni e danni verso terzi a carico dell’ente ospitante. La gestione del Servizio è integrata socio-sanitaria, gli enti di riferimento sono l’ECAD n.17, tramite i servizi di presa in carico territoriali, e per la ASL di Pescara la Psichiatra e l’Assistente Sociale referenti del Servizio Igiene Mentale di Tocco Da Casauria.		
<b>Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>9</sup></b>		
Tipologia di Fondo/Fondi <sup>10</sup> : fondi ASL dedicati		
	2017	2018
Indicatore <sup>11</sup> (n. utenti borsa lavoro)	23 (“Progetto Armonia” e “Borse Lavoro”)	23 (“Progetto Armonia” e “Borse Lavoro”)
Costo <sup>12</sup>	€ 106.812,00	€ 106.812,00

## Azione Indiretta

<b>Id<sup>1</sup>: 30</b>	<b>Servizio/Azione<sup>2</sup>: PROGRAMMA HOME CARE PREMIUM/ INPS-EX INPDAP</b>	
Campo di intervento <sup>3</sup> : SCARTO TRA DOMANDA E OFFERTA DI SERVIZI A SOSTEGNO DELLE PERSONE CON DISABILITA'		
AT <sup>4</sup> : <i>Strategia per le persone con disabilità</i>		OE <sup>5</sup> : 4 ASSISTENZA DOMICILIARE
<b>Strategia<sup>6</sup></b> Integrazione fondi per il supporto alla domiciliarità delle persone disabili.		
<b>Attività<sup>7</sup></b> Home Care Premium è un programma di assistenza che si concretizza nell'erogazione, dal 1 luglio 2017 al 31 dicembre 2017, di due tipi di prestazioni: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestazioni prevalenti: contributi economici mensili erogati da Inps in favore di soggetti disabili per il rimborso di spese sostenute per l'assunzione di un assistente familiare;</li> <li>- Prestazioni integrative: servizi di assistenza alla persona con costi a carico dell'Inps, ma erogati dall'Ambito Territoriale di competenza, in qualità di Ente convenzionato con l'Istituto.</li> </ul>		
<b>COME SI PRESENTA LA DOMANDA</b> La domanda va presentata esclusivamente per via telematica, pena l'improcedibilità della stessa, accedendo alla home page del sito <a href="http://www.inps.it">www.inps.it</a> seguendo il percorso: Servizi on line> Servizi per il cittadino> Servizi Gestione dipendenti pubblici (ex Inpdap) per Lavoratori e Pensionati.> Gestione Dipendenti pubblici: domanda Assistenza Domiciliare (Progetto Home Care Premium).		
<b>Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>9</sup></b> Servizi di sollievo per evitare eccessivi carichi di stress per i caregiver che assistono persone con disabilità.		
Tipologia di Fondo/Fondi <sup>10</sup> : fondi INPS ex INPDAP		
	2017	2018
Indicatore <sup>11</sup> (n. utenti borsa lavoro)	- previsione n. 10 utenti; - previsione ore settimanali 23; - previsione ore II° semestre 561;	- previsione n. 10 utenti; - previsione ore settimanali 46; - previsione ore annuali 1122;
Costo <sup>12</sup>	€ 29.732,00	€ 49.464,00

## Azione Indiretta

<b>Id<sup>1</sup>: 31</b>	<b>Servizio/Azione<sup>2</sup>: INTEGRAZIONE RETTE E PROMOZIONE PROGETTO INTEGRATO RESIDENZIALITA' "DOPO DI NOI" (L. 208/20 5; L. 122/2016)</b>
Campo di intervento <sup>3</sup> : SCARTO TRA DOMANDA E OFFERTA DI SERVIZI A SOSTEGNO DELLE PERSONE CON DISABILITA'	
AT <sup>4</sup> : <i>Strategia per le persone con disabilità</i>	OE <sup>5</sup> : N. 7 Comunità/residente persone con fragilità
<b>Strategia<sup>6</sup></b> <p>Azione integrata per il supporto alla residenzialità delle persone disabili e promozione di un intervento progettuale di rete per il "Dopo di Noi".</p> <p>Al fine di dare risposte ai disabili gravi non autosufficienti, in situazione di difficoltà socio-economiche e familiari, è possibile richiedere al Comune di residenza di compartecipare al pagamento delle rette sostenute dal disabile stesso per il ricovero in strutture residenziali locali o situate in comuni diversi.</p> <p>Per ottenere il contributo, l'interessato, o chi ne fa le veci, deve farne richiesta in carta semplice presso il Segretariato Sociale del Comune di residenza.</p> <p>L'accoglienza in una struttura protetta è destinata a persone anziane non autosufficienti, in stato di bisogno e residenti nei Comuni dell'ECAD 17 "Montagna Pescarese".</p> <p>Il Comune di residenza dell'anziano si assume l'onere dell'integrazione della retta dopo che, accertati i requisiti del richiedente e compatibilmente con la disponibilità di bilancio, sia accertata l'impossibilità da parte dell'anziano e del nucleo parentale di riferimento di far fronte integralmente al pagamento della retta. Deve essere inoltre verificata la disponibilità del posto presso la struttura protetta.</p> <p>Per richiedere l'integrazione è necessario:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- avere la residenza nei Comuni dell'ECAD 17 "Montagna Pescarese";</li><li>- essere in condizioni di svantaggio socio-sanitario accertato dal Servizio sociale competente in collaborazione con l'Unità di valutazione multidimensionale UVM del Distretto Sanitario competente;</li><li>- avere un reddito insufficiente al pagamento della retta;</li><li>- non essere proprietari di beni immobili oltre l'alloggio abitato; in alternativa il Comune si riserva di agire in rivalsa sul valore della proprietà per la restituzione di quanto anticipato;</li><li>- avere un reddito che, sommato alle quote di partecipazione dei parenti obbligati (art. 433 del C.C.), non copra il costo dell'intera retta di ricovero.</li></ul> <p>Documentazione da presentare:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- dichiarazione dei redditi del richiedente e dei parenti obbligati che può essere anche autocertificata;</li><li>- documentazione sanitaria e/o di invalidità;</li><li>- situazione alloggiativa.</li></ul>	
<b>Attività<sup>7</sup></b> <p><b><i>1° intervento - integrazione rette disabili per permanenze brevi a carattere di cura e riabilitazione</i></b></p> <p>Il Comune concorre all'integrazione della retta su richiesta dell'interessato o di chi ne fa le veci solo nel caso in cui il reddito complessivo dell'utente non sia sufficiente al pagamento della retta e qualora non vi siano congiunti che ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile siano tenuti agli alimenti o che gli stessi non abbiano redditi sufficienti a concorrere al pagamento della retta, come determinato nella relazione dell'Assistente Sociale, e tenuto conto di quanto previsto dal D.lgs.vo n. 130/2000.</p> <p><b><i>2° intervento - integrazioni rette permanenze prolungate disabili non autosufficienti (art. 3 comma 3 L. 104/92)</i></b></p> <p>Per disabili gravi la cui non autosufficienza sia accertata dall' UVM competente, il Comune, su richiesta dell'interessato o di chi ne fa le veci, integra la retta tenuto conto dei soli redditi dell'utente dichiarabili ai fini fiscali. Qualora l'utente percepisca l'assegno di accompagnamento lo stesso deve essere utilizzato per la contribuzione al costo del servizio.</p>	

**3\* intervento - integrazioni rette per soggetti anziani con handicap**

Per i soggetti con handicap di cui all'art. 3, comma 3, della L. 104/92 accertato ai sensi dell'art. 4 della stessa legge, a richiesta dell'interessato, il Comune integrerà la retta per la quota parte a carico dell'utente stesso, tenuto conto dei redditi dichiarabili ai fini fiscali e patrimoniali del solo interessato. In presenza di altri emolumenti non fiscalmente dichiarabili oltre l'assegno di accompagnamento l'utente dovrà compartecipare al pagamento della retta coi redditi fiscali e con l'importo relativo all'assegno di accompagnamento;

**4\* intervento – promozione progetto integrato “Dopo di Noi” (L. 208/15; L. 122/16)**

E' previsto la promozione di un progetto integrato, a medio termine, da parte di un partenariato in fase di costituzione composto dall'ECAD 17, la ASL di Pescara, la ASP di Pescara, Fondazioni interessate e dal Privato Sociale attivo nel settore della disabilità, per l'implementazione di una micro-comunità, con massimo 15 posti letto, per l'accoglienza di disabili adulti affetti da disagio mentale e psichico in regime di “Dopo di Noi”, facendo riferimento alle disposizioni e disponibilità finanziarie previste ai sensi della L. 208/2015 e L. 122/2016.

Il servizio “Integrazione rette” è gestito tramite il Segretariato Sociale Comunale/Servizio sociale professionale/PUA.

**Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>9</sup>**

Servizi per il “Dopo di Noi” e la micro residenzialità”.

Tipologia di Fondo/Fondi<sup>10</sup>: Fondi Comuni ECAD 17/compartecipazione famiglie/fondi l. 208/2015; l. 122/2016 (“Dopo di Noi”)

	2017 (luglio/dicembre)	2018 (gennaio/dicembre)
Indicatore <sup>11</sup>	12 utenti	12 utenti
Costo <sup>12</sup>	Previsione €. 60.000,00	Previsione €. 120.0000,00



## Asse Tematico 6 - Strategia per l'invecchiamento attivo

In coerenza con i fabbisogni rilevati nel profilo sociale e rispetto agli esiti degli incontri tematici svolti con il Gruppo di Piano e le Associazioni del territorio, nonché in coerenza con gli obiettivi di benessere sociale e gli obiettivi di servizio dell'ECAD n.17, i servizi inseriti all'interno dell'Asse Tematico n. 6 sono i seguenti.

ID	SERVIZIO	FONDO DIRETTO / INDIRETTO	OBIETTIVO ESSENZIALE	INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA
32	Supporto rete territoriale dei centri diurni anziani ( <i>Sostegno alla rete delle associazioni per azioni di supporto all'invecchiamento attivo</i> )	D/I	Riqualificare interventi centri diurni (O.E. 6) /ritardo dell'insorgenza della non autosufficienza	
33	Servizio di Teleassistenza	D	Servizi di prossimità (O.E. 5)	
34	Servizio integrato per la integrazione rette e per residenzialità anziani	D/I	Residenzialità (O.E. 7)	X

### AT 6 - Quadro sinottico dei servizi/interventi e indicatori

Asse Tematico 6 - Strategia per l'invecchiamento attivo								
Id <sup>1</sup>	Servizio/intervento	OE	Az. <sup>2</sup>	SS <sup>3</sup>	Indicatore	Utenti	Valori target dell'indicatore	
							2017 (luglio/dicembre)	2018 (gennaio/dicembre)
32	Supporto alla rete territoriale dei Centri diurni anziani	6	D		N. anziani in carico per N. ore frequenza annua per anziano	150	n. 150 utenti per n. 6 centri territoriali	n. 150 utenti per n. 6 centri territoriali
33	Servizio integrato di supporto rette e residenza per anziani (Residenza "Il Girasole" di Serramonacesca)	7	I	x	N. anziani in residenza	50	-n. 10 integrazione /rette; -n. 40 residenzialità	n. 10 integrazione e/rette; -n. 40 residenzialità
34	Servizio di teleassistenza <sup>4</sup>	5	I	x	N. anziani in assistenza telesoccorso	40	40 utenti per servizio h/24	40 utenti per servizio h/24

## Asse Tematico 6 - Strategia per l'invecchiamento attivo

### Azione Diretta

<b>Id<sup>1</sup>: N. 32</b>	<b>Servizio<sup>2</sup>: SUPPORTO ALLA RETE TERRITORIALE DEI CENTRI DIURNI ANZIANI (ECAD 17)</b>
Campo di intervento <sup>3</sup> : INVECCHIAMENTO PROGRESSIVO DELLA POPOLAZIONE	
AT <sup>4</sup> N.6 " <i>Strategie per l'invecchiamento attivo</i> " ML: N.3 " <i>Servizi territoriali a carattere comunitario</i> "	OE <sup>5</sup> : Ritardo dell'insorgenza della non autosufficienza
<b>Attività/Obiettivi</b> I Centri Diurni/Centri Sociali si configurano come strutture polivalenti, di sostegno, di socializzazione, di aggregazione e di recupero, di tipo aperto, rivolte ad anziani autosufficienti, anche se parzialmente. Le principali attività previste sono: <ul style="list-style-type: none"><li>- Lettura quotidiani;</li><li>- Visione e commenti di film;</li><li>- Attività motoria – ginnastica dolce;</li><li>- Attività riabilitative;</li><li>- Corsi di ballo;</li><li>- Tornei;</li><li>- Feste;</li><li>- Gite.</li></ul> <b>Attività sussidiarie in rete con le Associazioni ed il Terzo Settore:</b> Sarà attuato un processo strategico di contrasto all'emarginazione ed esclusione dalla vita sociale attraverso: <ol style="list-style-type: none"><li>1. L'attivazione di soluzioni su misura al fine di creare percorsi personalizzati di riconquista dell'autonomia e partecipazione alla vita sociale;</li><li>2. La promozione di attività come: centri sociali/centri diurni; soggiorni climatici e termali;</li><li>3. La promozione e la facilitazione di aggregazioni sociali spontanee anche attraverso risorse comunali come il Parco Giovanni Paolo II provvisto anche di rete Wi-Fi che può garantire l'accesso alle opportunità del Social network;</li><li>4. Percorsi integrativi con le associazioni locali e servizi di mutuo aiuto.</li></ol> <b>Obiettivi generali:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Favorire azioni che promuovano la socializzazione degli anziani in condizione di emarginazione e solitudine, anche a causa di isolamento territoriale, attraverso la promozione e facilitazione di aggregazioni sociali spontanee;</li><li>- laboratori motori e di promozione del benessere e della salute dell'anziano;</li><li>- attività culturali ed eventi di valorizzazione della cultura e delle tradizioni locali (in collaborazione con l'Università della terza già attiva in alcuni Comuni dell'ECAD 17, quali Popoli e Torre Dei Passeri);</li><li>- Sperimentare percorsi integrativi e servizi di mutuo aiuto.</li></ul>	
<b>Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>8</sup></b> Invecchiamento progressivo della popolazione.	
<b>Modalità di erogazione e di accesso<sup>9</sup></b> È prevista una gestione integrata mista tra ECAD 17 ed Associazioni anziani del territorio, già operanti nell'ambito delle attività diurne per la socializzazione e la promozione del benessere e della salute dell'anziano.	

<u>Target di utenti</u> : anziani sia autosufficienti e per attività specifiche persone anziane svantaggiate che hanno compiuto 60 anni.			
<u>Modalità di accesso</u> : Iscrizione con copia documento di identità presso i centri comunali che fanno parte della rete locale ECAD 17.			
<b>Modalità di gestione e affidamento del servizio<sup>10</sup></b>			
Il Servizio sarà gestito in forma integrata e mista tra ECAD 17, in pieno raccordo operativo gestionale con la “Zona di gestione Valle dell’Orta”, con una stretta collaborazione con le Associazioni del Territorio.			
Tipologia di Fondo/Fondi <sup>11</sup> : FNPS / FSR / ECAD			
	2015	2017	2018
Indicatore <sup>12</sup> (N. anziani in carico x N. ore frequenza annua per anziano)	(supporto non presente)	n. 60 anziani	n. 60 anziani
Costo <sup>13</sup>	(supporto non presente)	€ 10.000,00 (FNPS / FSR / ECAD)	€ 10.000,00 (FNPS / FSR / ECAD)

#### Azione Diretta

<b>Id<sup>1</sup>: N. 33</b>	<b>Servizio<sup>2</sup>: TELEASSISTENZA</b>		
Campo di intervento <sup>3</sup> : INVECCHIAMENTO PROGRESSIVO DELLA POPOLAZIONE			
AT <sup>4</sup> N.6 “Strategie per l’invecchiamento attivo” ML: N.2 “Servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio”	OE <sup>5</sup> : Servizi domiciliari (O.E 4)/ritardo dell’insorgenza della non autosufficienza		
<b>Attività/Obiettivi</b>			
L’attivazione del servizio avviene tramite l’accesso al Segretariato Sociale e la presa in carico dell’Assistente Sociale del Servizio sociale professionale/PUA, che dopo le prime informazioni inerenti il servizio del telesoccorso, verifica e valuta i requisiti necessari e la documentazione da presentare all’Ente che può essere consegnata dall’anziano stesso o da qualsiasi persona.			
La richiesta, accolta, viene successivamente inviata alla Ditta preposta, la quale provvede ad installare a domicilio dell’utente un terminale munito di un sistema “Viva Voce” e di uno o più telecomandi.			
La Centrale d’Ascolto di telesoccorso operativa 24 ore su 24, già attiva nell’ECAD 17, si configura come un punto di riferimento per ascoltare e aiutare gli anziani soli, o in coppia, in stato di non autosufficienza o semi autosufficienza dando loro la possibilità di colloquiare in viva voce con gli Operatori della Centrale d’Ascolto e di poter richiedere l’intervento del medico di famiglia, della Guardia medica, del 118, delle Forze dell’Ordine o dei Vigili del Fuoco.			
È inoltre possibile, attraverso il contatto diretto con la linea solidale di ascolto, ottenere informazioni (farmacie di turno, orari dei trasporti pubblici, ecc.), consegna di farmaci a domicilio, piccola spesa, prenotazioni per visite specialistiche telefonate di controllo al domicilio di anziani soli.			
Il primo contatto si ha con l’Assistente Sociale responsabile per l’area anziani/disabili per informazioni inerenti il servizio di assistenza domiciliare da parte dell’anziano o di qualsiasi persona. Alla richiesta di assistenza domiciliare che va presentata all’Ente si deve allegare l’attestato ISEE e riconoscimento di invalidità rilasciata dalla ASL			
Il servizio ha una funzione integrata e complementare agli interventi assistenziali posti in essere per l’anziano con il PSD 2017/2018, al fine di rispondere a peculiari esigenze rilevate in ambito domiciliare dell’utente anziano (situazione di solitudine, marginalità relazionale, assenze periodiche di familiari, ecc.). Azioni complementari per promuovere un maggior benessere psico-fisico e relazionale.			
<b>Obiettivi generali</b>			
- Favorire, ove possibile, la de-istituzionalizzazione e la permanenza a domicilio delle persone anziane,			

incrementando i servizi di assistenza domiciliare e di assistenza domiciliare integrata e la continuità assistenziale, intesa quale prosecuzione metodologica di intervento;

- Potenziare i servizi domiciliari e territoriali integrati per la non autosufficienza;
- Sviluppare delle progettualità specifiche per il potenziamento ed implementazione servizi domiciliari al fine dell'assorbimento delle liste di attesa;
- Promuovere maggiormente i servizi presenti;

**Obiettivi specifici**

- Promuovere forme di tele-aiuto, tele-confronto e altre forme di assistenza telefonica;
- Sostenere la famiglia nei compiti di assistenza alla persona anziana;
- Garantire condizioni di sicurezza, sostegno psicologico e protezione dell'anziano che vive da solo;
- Monitorare le condizioni di vita dell'anziano.

**Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>8</sup>**

Invecchiamento progressivo della popolazione.

**Modalità di erogazione e di accesso<sup>9</sup>**

L'intervento è erogato dall'ECAD 17, in pieno raccordo operativo con la "Zona di gestione Valle dell'Orta", tramite ditta operante nel settore della teleassistenza per l'area anziani / disabili.

La ricezione delle chiamate d'urgenza effettuate dagli utenti attraverso il terminale o il telecomando avviene presso un'area della centrale d'ascolto specifica dove gli operatori sono attrezzati per poter rispondere subito alle eventuali esigenze, con una copertura operativa è di 24 h.

**Target di riferimento dei beneficiari del servizio**

L'utenza prevista riguarda l'anziano solo o in coppia in stato di non autosufficienza o semi-autosufficienza.

**Modalità di gestione e affidamento del servizio<sup>10</sup>**

L'intervento è gestito dall'ECAD 17, in pieno raccordo operativo con la "Zona di gestione Valle dell'Orta", tramite ditta operante nel settore delle teleassistenza per l'area anziani / disabili.

Tipologia di Fondo/Fondi<sup>11</sup>: FNPS / FSR / ECAD

	2015	2017 (luglio/dicembre)	2018 8gennaio/dicembre)
Indicatore <sup>12</sup> (N. anziani utenti del servizio teleassistenza)	n. 40 utenti h/24	n. 35 utenti h/24	n. 35 utenti h/24
Costo <sup>13</sup>	€ 18.000,00 (FNPS / FSR / ECAD)	€ 2.880,00 (FNPS / FSR / ECAD)	€ 14.874,00 (FNPS / FSR / ECAD)

## Azione Diretta

<b>Id<sup>1</sup>: N. 34</b>	<b>Servizio<sup>2</sup>: SERVIZIO INTEGRATO DI SUPPORTO RETTE PER RESIDENZIALITA' E RESIDENZIALITA' PER ANZIANI (RESIDENZA UBICATA A SERRAMONACESCA)</b>
Campo di intervento <sup>3</sup> : INVECCHIAMENTO PROGRESSIVO DELLA POPOLAZIONE	
AT <sup>4</sup> N.6 “Strategie per l’invecchiamento attivo” ML: N.4 “Servizi territoriali a carattere residenziale per le fragilità”	OE <sup>5</sup> : Ritardo dell’insorgenza della non autosufficienza
<b>Attività/Obiettivi</b> Attivazione di Interventi integrati e complementari finalizzati a garantire agli utenti bisognosi, in relazione alle peculiari tipologie di bisogno (più o meno “complesso”), la copertura totale o parziale della retta per il ricovero (a seconda dei requisiti economico-finanziari e di accesso e presa in carico previsti nel regolamento unitario dell’ECAD 17) ed una adeguata presa in carico di tipo residenziale presso strutture territoriali disponibili e ritenute idonee al tipo di bisogno. Iter procedurale: <ul style="list-style-type: none"><li>- Primo contatto con l’Assistente Sociale del Servizio Sociale Professionale su richiesta dell’anziano o su segnalazione di qualsiasi persona;</li><li>- Richiesta di integrazione retta di ricovero da presentare all’Ente;</li><li>- Dopo l’istruttoria della domanda e relativa visita domiciliare, l’Assistente Sociale provvede al ricovero dell’anziano presso una struttura residenziale.</li></ul> <u>Azioni complementari</u> <ul style="list-style-type: none"><li>- Coinvolgimento delle realtà associative presenti nel territorio dell’ECAD 17;</li><li>- Sperimentazione di modelli valutativi per la presa in carico socio-sanitaria soprattutto per la valutazione del bisogno complesso (U.V.M.) e la programmazione della risposta socio-assistenziale integrata all’anziano non autosufficiente;</li><li>- Gestione percorsi assistiti relativi alle “<i>Dimissioni Protette</i>” ed alle necessità di “<i>incrementi temporanei delle cure domiciliari</i>” per particolare esigenze che riguardano utenti anziani con “<i>bisogni complessi</i>” che richiedono piani individualizzati che prevedono prestazioni di cura potenziati a termine.</li></ul> Sperimentazione di percorsi integrativi e servizi di mutuo aiuto soprattutto diretti ad anziani soli in stato di non autosufficienza. <b>Obiettivi generali:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Garantire una adeguata assistenza di tipo residenziale ad un target variegato che presenta diverse criticità ed esigenze assistenziali;</li></ul>	
<b>Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>8</sup></b> Invecchiamento progressivo della popolazione.	
<b>Modalità di erogazione e di accesso<sup>9</sup></b> Figura referente del servizio è l’Assistente Sociale responsabile per l’area anziani. <ul style="list-style-type: none"><li>- Le spese per l’integrazione rette residenzialità sono direttamente a carico dei comuni dell’ECAD 17 interessati, che tramite il Servizio sociale professionale, ne valutano la titolarità ed i requisiti economico-finanziari (ISEE) in relazione al nuovo regolamento unitario di accesso dell’ECAD 17;</li><li>- Per l’ospitalità presso la residenza di Ambito Distrettuale Sociale “<i>Il Girasole</i>” di Serramonacesca (struttura disponibile nel PSZ dell’ex EAS 35 “<i>Maiella e Morrone</i>”) è prevista una retta direttamente a carico degli utenti;</li></ul> Target di utenti: anziani con necessità di ricoveri temporanei e/o continuativi presso strutture residenziali, in relazione alla rilevazione ed alla valutazione del bisogno specifico dell’anziano.	
<b>Modalità di gestione e affidamento del servizio<sup>10</sup></b> <u>Integrazione rette residenzialità</u>	

Il Servizio sarà gestito in forma integrata mista tra Comuni dell’Ambito Distrettuale a cui compete garantire la copertura economica delle eventuali integrazioni economiche delle rette sociale e l’ECAD 17 che cura le procedure di accesso, presa in carico e valutazione del bisogno degli utenti assistiti, in stretta collaborazione con le Associazioni del Territorio;

Residenza “il Girasole” di Serramonacesca

Per il servizio residenziale svolto presso la struttura “Il Girasole”, promosso dall’ex EAS 35 “Maiella e Morrone” e dal Comune di Serramonacesca, nell’ambito dei servizi residenziali del Piano Sociale di Zona, attivato con “Accordo di Programma” sottoscritto tra le parti, è prevista una gestione esternalizzata, tramite procedure di gara in base alla normativa vigente, per l’ospitalità di circa 40 anziani. E’ prevista una retta media di circa € 1.100,00.

Tipologia di Fondo/Fondi<sup>11</sup>: Comuni ECAD 17/rette anziani

	2015	2017 (luglio/dicembre)	2018 (gennaio/dicembre)
Indicatore <sup>12</sup> (numero anziani in residenza)	- 8 integrazione rette - 34 utenti Residenza “Il Girasole”	- 8 integrazione rette - 40 utenti Residenza “Il Girasole”	- 8 integrazione rette - 40 utenti Residenza “Il Girasole”
Costo <sup>13</sup>	€ 500.000,00 (Fondi Comuni/Rette anziani)	€ 275.000,00 (Fondi Comuni/Rette anziani)	€ 550.000,00 (Fondi Comuni/Rette anziani)

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

### AT 7 - Quadro sinottico dei servizi/interventi e indicatori

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

Id <sup>1</sup>	Servizio/intervento	OE	Az. <sup>2</sup>	SS <sup>3</sup>	Indicatore	Utenti	Valori target dell’indicatore	
							2017	2018
35	Servizio di supporto per l’efficientamento della Rete Territoriale Asili nido e l’ampliamento e la diversificazione dell’offerta per le famiglie (L.R. 76/2000; L. 53/2000).	6	I		N. bambini in carico	86 (in carico)	95 (utenti previsti)	120 (utenti previsti)

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

##### Azione Indiretta

Id <sup>1</sup> : 35	Servizio/Azione <sup>2</sup> : SUPPORTO PER L’EFFICIENTAMENTO DELLA RETE TERRITORIALE DEGLI ASILI NIDO E DIVERSIFICAZIONE E AMPLIAMENTO
----------------------	---

DELL'OFFERTA PER LE FAMIGLIE (L.R. 76/2000; L. 53/2000)	
Campo di intervento <sup>3</sup> : BASSI TASSI DI NATALITA'	
AT <sup>4</sup> : "Strategia per le persone con disabilità"	OE <sup>5</sup> : N. 6 Consolidare la rete degli asili nido attraverso la riqualificazione dell'offerta e la maggiore flessibilità organizzativa
<p><b>Strategia<sup>6</sup></b></p> <p>La proposta progettuale prevede di potenziare l'offerta della rete territoriale dei servizi "nido comunali", tramite l'ampliamento e la differenziazione dell'offerta socio-educativa, con particolare riferimento alla fascia dell'utenza "Lattanti" (3/17 mesi), prevedendo tre azioni progettuali</p>	
<p><b>Attività<sup>7</sup></b></p> <p>La proposta progettuale intende potenziare l'offerta della rete territoriale dei n. 4 nidi comunali (Popoli, Torre dei Passeri, Manoppello, Lettomanoppello), tramite l'ampliamento e la differenziazione dell'offerta socio-educativa, con particolare riferimento alla fascia dell'utenza "Lattanti" (3/17 mesi), prevedendo quattro azioni progettuali</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Il potenziamento del personale servizio nido comunale attraverso l'apporto di figure professionali specialistiche e con formazione universitaria rispondente ai requisiti richiesti dalla L.R. 76/2000 e DGR. 935/2011; potenziamento con n. 2 educatrici professionali ed una psicologa con esperienza minori in età evolutiva e consulenza genitoriale;</li> <li>2) L'estensione e l'adeguamento degli orari di apertura del servizio nido comunale, in applicazione degli indirizzi previsti nella L. 53/2000 sulla "conciliazione dei tempi e degli spazi" per i servizi di cura familiare e nel rispetto della normativa regionale L.R. 76/2000 e degli standard di accreditamento ai sensi della DGR 935/2011 e ss integrazioni;</li> <li>3) L'attivazione nel mese di agosto di uno spazio famiglia "Genitori/alunni" con la supervisione ed il coordinamento di una psicologa ed una educatrice professionale per le attività socio-educative e i laboratori tematici relativi alla "genitorialità" e gli aspetti educativi della I^ Infanzia.</li> </ol> <p>Questa azione progettuale permetterebbe di raggiungere tre obiettivi strategici:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'ampliamento dell'offerta a garanzia della massima copertura socio-educativa della fascia di utenza della I^ Infanzia, con tutti i benefici di carattere educativo e relativi alla socializzazione dei minori;</li> <li>- Una concreta risposta alle esigenze di conciliazione dei "tempi e spazi di cura" con le necessità lavorative ed i carichi di vita quotidiana delle famiglie stesse residenti a Popoli e Comuni limitrofi;</li> <li>- Efficientamento del servizio comunale per rispondere alle circa 10 famiglie in lista di attesa con a carico minori 0/17 mesi di età, che per motivazioni familiari e lavorative chiedono di usufruire del servizio nido comunale.</li> </ul> <p><b>L'iter progettuale prevede la realizzazione delle seguenti fasi-progetto:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ad approvazione del progetto, azione relativa all'adeguamento degli spazi e laboratori "interni" ed "esterni" per l'ampliamento dell'offerta didattico-educativa in relazione ai bisogni sopra richiamati;</li> <li>- Attività di informazione e pubblicizzazione dell'intervento progettuale alle famiglie di riferimento del target progetto (incontri tra famiglie, operatori e referenti del servizio comunale);</li> <li>- Potenziamento del personale con l'apporto di figure professionali con formazione ed esperienza rispondente ai requisiti richiesti dalla normativa nazionale e regionale in materia di servizi educativi per la prima infanzia; n. 2 educatrici professionali e n. 1 psicologa con esperienza minori in età evolutiva e consulenza genitoriale;</li> <li>- Determinazioni relative all'adeguamento dell'offerta didattico-educativa ed estensione degli orari di accoglienza e delle attività socio-educative x target di riferimento (estensione oltre l'orario standard previsto) e previsione di uno "Spazio Famiglia" nel periodo di agosto, in cui si sperimenti un modello socio-educativo integrato (alunni e famiglia) con la supervisione ed il coordinamento di una psicologa ed una educatrice con specifica formazione ed esperienza professionale nell'ambito dei servizi per la prima infanzia;</li> <li>- Verifica e valutazione per fasi progettuali (di "Input", di "Processo", "Output" e di "Outcome");</li> </ul> <p><b>Obiettivi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Una esigenza di ampliamento di un servizio prima infanzia prettamente di carattere educativo e di socializzazione della fascia "Lattanti" (3/17 mesi di età), con una reale necessità di potenziare il servizio nido attraverso l'apporto di specifiche figure professionali con formazione ed esperienza nel settore della prima</li> </ol>	

infanzia e, dunque, con conseguente estensione degli attuali orari del servizio nido comunale “Piccoli Folletti” (L.R. 76/2000; DGR 935/2011 e ss integrazioni);

- 1) Una altrettanta importante esigenza delle famiglie stesse residenti nei Comuni di ubicazione dei nido e nei Comuni limitrofi (considerato che il servizio è rivolto anche a minori residenti fuori Comune), che manifestano in più occasioni il bisogno di avere una maggiore flessibilità dell’offerta (attività educativa e ricreativa, degli spazi e dell’organizzazione del servizio nido comunale), con particolare riferimento alla diversificazione attività ed estensione degli orari ad oggi in essere, per rendere conciliabili i propri carichi socio-assistenziali familiari con le esigenze lavorative e di altri impegni quotidiani (L. 53/2000);
- 2) La maggiore promozione di un sistema integrato delle politiche sociali messe in campo su vari livelli per le diverse tipologie di bisogno (*Minori e Famiglia/Anziani e Disabili/Immigrazione, Povertà e Inclusione sociale*), sia a livello Comunale che di Ambito Sociale (L.R. 22/98, L. 328/2000).
- 3) La piena frequenza in relazione alla reale capacità di accoglienza della struttura comunale (dall’attuale media 19/20 unità alla frequenza stabile di 24/26 unità) e dunque con l’incremento rispetto all’attuale media di frequenza rilevata;
- 4) Il potenziamento dell’offerta socio-educativa nel pieno rispetto degli indirizzi della L.R. 76/2000 e DGR 935/2011 (ss integrazioni e modifiche) da inserire all’interno della *programmazione didattico/educativa dell’anno scolastico*, con l’attivazione di un *servizio integrativo per le famiglie: “Spazio famiglia/minori”* già sperimentato in altre realtà territoriali nel mese di agosto;
- 5) L’efficientamento del servizio nido comunale con particolare riferimento alla programmazione ed all’offerta di interventi sociali ed educativi per la I^ Infanzia capaci di rispondere alle esigenze di conciliare i *tempi di cura familiare* con le esigenze socio-lavorative delle famiglie residenti nei Comuni sede dei nido e nei Comuni limitrofi, in applicazione dei dettami richiamati dalla normativa L. 53/2000, ad oggi poco applicata;

#### **Coerenza con il Piano sociale regionale<sup>9</sup>**

Il potenziamento e l’integrazione delle politiche territoriali per la prima infanzia e la famiglia con gli altri servizi alla persona attivati con il Piano Sociale di Zona ed altra normativa nazionale e regionale settoriale (PLNA, L.R. 95/95, L.R. 76/2000, PAR-FSC, FSE, ecc), con particolare riferimento all’efficientamento dei servizi per la prima infanzia e la famiglia, al fine di contrastare la continua denatalità e, dunque, decremento demografico della popolazione (negli ultimi 5 anni di circa 8%); questo aspetto risulta di rilevante importanza anche in considerazione della imminente programmazione territoriale presso gli Ambiti Sociali prevista dal nuovo *Piano Sociale Regione Abruzzo 2016/2018*, già approvato in Consiglio Regionale.

Tipologia di Fondo/Fondi<sup>10</sup>: Fondo Avviso Regione Abruzzo “*Rilancio del piano per lo sviluppo dei servizi per la prima infanzia*” (DPCM 7.08.2015)/compartecipazione Comuni ECAD 17.

	2017	2018
Indicatore <sup>11</sup>	95 utenti (previsti)	120 utenti (previsti)
Costo <sup>12</sup>	Previsione € 185.000,00	Previsione € 185.000,00



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

Asse	Id	OE	Servizio	Azione Diretta/ Indiretta
1	1	1	Punto Unico Di Accesso (PUA)	DIRETTA
1	2	1	Segretariato Sociale	DIRETTA
1	3	2	Servizio Sociale Professionale	DIRETTA
1	4	1	Unità Di Valutazione Multidimensionale	DIRETTA
1	5	3	Pronto Intervento Sociale	DIRETTA
1	6	4	Assistenza Domiciliare Socio-Assistenziale	DIRETTA
1	7	4	Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	DIRETTA
2.a	8	4	Assistenza domiciliare socio-assistenziale a persone non autosufficienti (PLNA)	DIRETTA
2.a	9	4	Assistenza domiciliare integrata a persone non autosufficienti (PLNA)	DIRETTA
2.a	10	4/8	Assegno di cura disabili gravi (PLNA)	DIRETTA
2.a	11	4/8	Assegno per la vita indipendente (l. 57/12; PLNA)	DIRETTA
2.a	12	4/8	Assegno disabilità gravissima e SLA (PLNA)	DIRETTA

2.b	13	7	Contributi persone non autosufficienti in residenzialità e semi residenzialità' (L.R. 37/2014)	DIRETTA
3	14	8	Sostegno Inclusione Attiva (SIA) – “FON-PON INCLUS.”	INDIRETTA
3	15	8	Sostegno al reddito e contrasto alla povertà	DIRETTA
3	16	8	Servizio integrato di sostegno alimentare e beni prima necessità	DIRETTA
3	17	8	Intervento sperimentale di avvio “BARATTO AMMINISTRATIVO”	DIRETTA
3	18	8	Progetto “ABRUZZO INCLUDE” (FSE INCLUSIONE)	DIRETTA
3	19	8	Intervento inclusione sociale per persone con disagio socio-economico e familiare e/o provvedimenti tutelari e cautelari o in esecuzione penale esterna	DIRETTA
4	20	4	Assistenza Domiciliare Educativa Minori (ADEM)	DIRETTA
4	21	4	Servizio integrato di mediazione familiare ed affido/adozioni	DIRETTA
4	22	7	Sostegno per l'integrazione rette residenzialità' e semi residenzialità' (Fondi propri Comuni/Fondo Minori Regione)	DIRETTA/ INDIRETTA
4	23	6	Rete territoriale per il coordinamento delle biblio-mediateche comunali ECAD 17 (Fondi propri Comuni/Fondo Nazionale Politiche Giovanili)	DIRETTA/ INDIRETTA
4	24	6	Avvio “BOTTEGHE SCUOLE” per giovani in situazione di disagio socio-familiare ed economico (Fondi ECAD/Fondo Nazionale Politiche Giovanili)	DIRETTA/ INDIRETTA
5	25	8	Assistenza scolastica per l'autonomia e la comunicazione studenti disabili (scuola obbligo)	DIRETTA
5	26	6	Sostegno rete territoriale Centri Diurni Disabili	DIRETTA
5	27	8	Servizio Trasporto Sociale Disabili	DIRETTA
5	28	8	Assistenza scolastica per l'autonomia e la comunicazione studenti disabili (SC. SUP. II° GRADO) – L.R. 78/78 (Diritto allo studio)	INDIRETTA
5	29	8	Borse Lavoro disabili psichici e psichiatrici (Progetto “ARMONIA” ASL di PESCARA)	INDIRETTA
5	30	8	Programma “HOME CARE PREMIUM” (INPS/EX INDAP)	INDIRETTA
5	31	7	Integrazione rette e promozione progetto integrato residenzialità “DOPO DI NOI” (L. 208/2015; L. 122/2016)	INDIRETTA
6	32	6	Supporto alla rete territoriale dei Centri Diurni e la Università per la terza età	DIRETTA
6	33	4	Servizio di Teleassistenza	DIRETTA
6	34	7	Servizio integrato di supporto alle rette ed efficientamento della residenza il “GIRASOLE” di SERRAMONACESCA (Fondi Rette Utenza/Fondi propri Comuni)	DIRETTA
7	35	6	Supporto per l'efficientamento della rete territoriale degli Asili Nido Comunali, diversificazione ed ampliamento dell'offerta educativa e per le famiglie (Fondi relativi all'avviso regionale “SOSTEGNO SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA”)	INDIRETTA

## SEZIONE 5. L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

### 5.1. Misure di integrazione istituzionali

#### Scelte strategiche del PSR 2016/2018

1. Messa in campo di un insieme coerente e coordinato di azioni diverse, in grado di creare connessioni, collaborazioni e allineamento tra il settore delle cure sanitarie e quello dell'assistenza;
2. Nuovo assetto istituzionale e organizzativo dell'integrazione sociosanitaria in Abruzzo:
  - a) Coincidenza territoriale degli ambiti distrettuali sociali con i distretti sanitari;
  - b) Attività di regolazione del sistema destinata a rendere compatibili le scelte programmatiche e le azioni attuative riconducibili ai diversi livelli di governo dell'integrazione. Nell'espletamento di tale azione, la Regione ha il compito di adottare la concreta disciplina dei criteri e delle modalità mediante i quali i comuni e le aziende USL sono chiamati a garantire l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza. Più in particolare, si tratta di individuare gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari (Art. 8-septies, D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.).

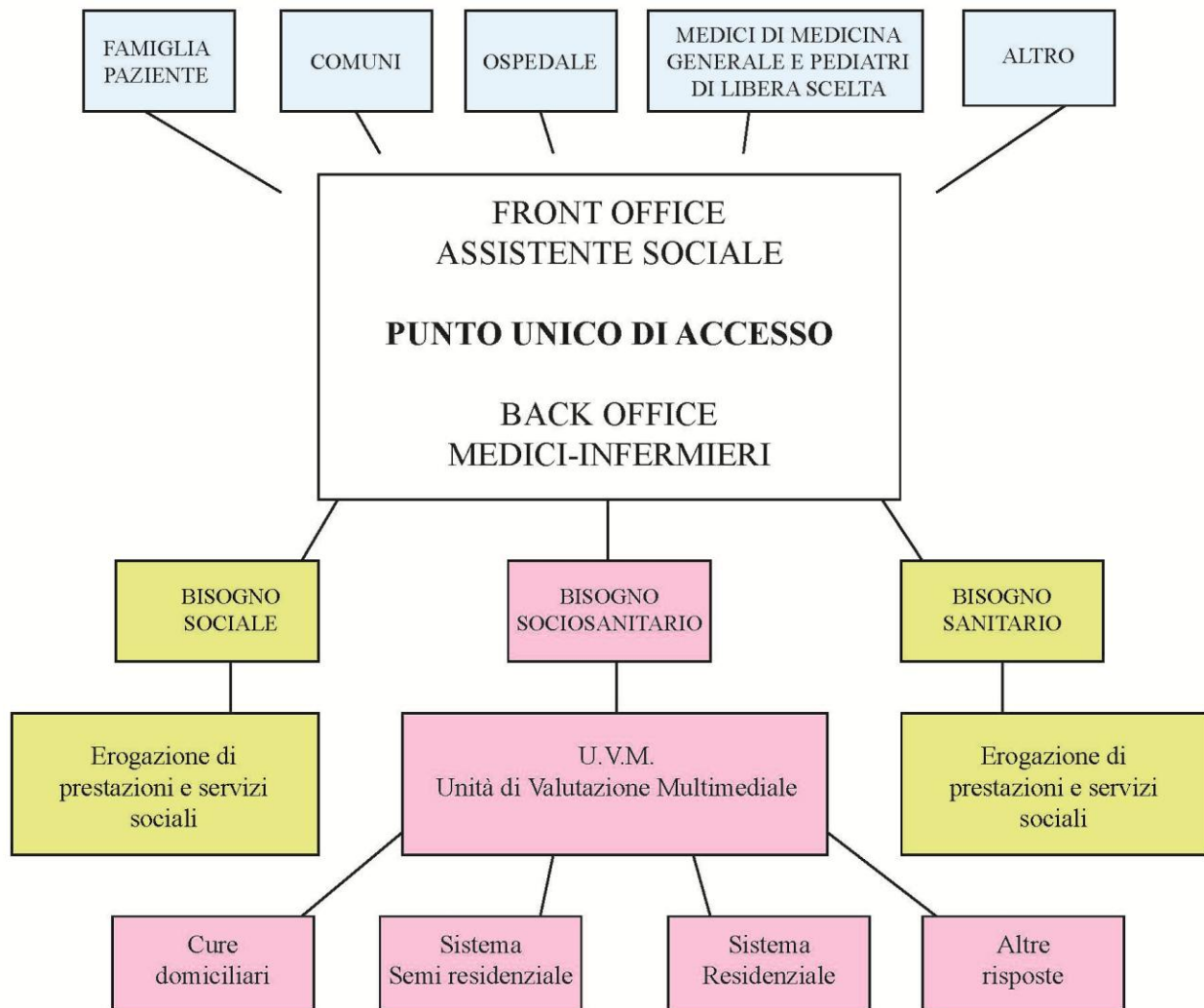
#### Scelte fondamentali per l'integrazione socio-sanitaria

- 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, sentito il Comitato dei sindaci di Distretto, che con l'attuazione del presente Piano coincide con la Conferenza dei sindaci dell'Ambito distrettuale; ciascun Distretto sanitario procederà alla ridefinizione del Programma delle attività territoriali, coerentemente con le scelte operate attraverso la stipula della Convenzione socio-sanitaria.
- I piani distrettuali sociali e i programmi delle attività territoriali costituiscono la sintesi della programmazione sociale e socio-sanitaria a livello territoriale: il Piano sociale individua, pertanto, 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 l'*Accordo di programma* tra l'Ambito distrettuale sociale e l'Azienda USL per l'adozione del piano sociale di ambito, di cui all'articolo 19 della legge 328/2000.
- **Convenzione Socio-Sanitaria:** l'attuazione delle scelte in materia di integrazione sociosanitaria è affidata, a livello istituzionale, all'azione di raccordo tra l'Ambito distrettuale sociale e l'Azienda USL, che trova un nuovo riferimento operativo nella Convenzione sociosanitaria, stipulata fra l'Ambito e l'Azienda USL sulla base di apposite Linee guida e schema-tipo regionale; la Convenzione è uno strumento per l'esercizio associato a livello territoriale dell'integrazione sociosanitaria, imperniato sulla collaborazione continua fra l'Ambito e l'Azienda USL e sull'attuazione degli interventi e dei servizi socio-sanitari, così come disegnati nel Piano distrettuale sociale e nel Programma delle attività territoriali. Essa definisce gli impegni reciproci e disciplina, in particolare, nei limiti della programmazione regionale di settore:
  - la realizzazione dei servizi sanitari a rilevanza sociale, sociali a rilevanza sanitaria e sociosanitari ad elevata integrazione sanitaria di cui all'articolo 3-septies del D.Lgs. 502/1992 e al D.P.C.M. 14 febbraio 2001;
  - le modalità organizzative prescelte per il coordinamento interprofessionale e i percorsi assistenziali integrati, per la localizzazione dei presidi nel territorio di competenza, per il sistema di controllo e certezza dei costi (nei limiti delle risorse individuate a livello regionale, distrettuale sociale e aziendale), per l'innovazione organizzativa tecnica e gestionale nei servizi sociosanitari a

livello di Ambito distrettuale e di Distretto sanitario;

- le modalità di impiego del personale che opera per l'esercizio associato, proveniente dall'Azienda USL e dagli enti locali associati, anche con la previsione di un coordinatore unico responsabile dell'integrazione socio-sanitaria;
  - l'utilizzo di un sistema informativo socio-sanitario unificato per il caricamento e la condivisione dei dati degli utenti con bisogni socio-sanitari.
- **CLISS:** il compito di attuare il raccordo istituzionale in materia di integrazione sociosanitaria è attribuito anche alla *Conferenza locale integrata sociosanitaria (CLISS)*, costituita dalla Conferenza dei Sindaci dell'Ambito distrettuale sociale (dal Sindaco negli Ambiti monocomunali) e dal Direttore generale dell'Azienda USL o suo delegato, che assume il ruolo di organo comune per l'esercizio associato delle funzioni disciplinate dalla Convenzione sociosanitaria. La Conferenza rappresenta la sede del raccordo istituzionale tra i Comuni e l'Azienda USL per la definizione delle scelte in materia di integrazione sociosanitaria. In tale veste, alla Conferenza è demandato – in particolare – l'assolvimento dei seguenti compiti:
- definizione degli indirizzi per la programmazione sociosanitaria a livello di Ambito, nel rispetto delle scelte regionali in materia di politiche per la salute e sulla scorta delle priorità legate alla specifica situazione territoriale;
  - individuazione, per la parte sociosanitaria, delle azioni comuni Ambito/Distretto da inserire nel Piano sociale di Ambito e nel Programma per le attività territoriali del Distretto sanitario;
  - coordinamento e vigilanza sull'attuazione delle azioni individuate e, più in generale, delle disposizioni normative in materia, ad iniziare dal D.P.C.M. 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie".

## MODELLO ORGANIZZATIVO PER L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA



### 5.2. Misure di integrazione fra servizi

La nuova programmazione del sistema dei servizi sociali e socio-sanitari nell'Ambito distrettuale è stato concepito in una complessa azione di riorganizzazione della propria offerta di servizi, dettata in larga parte dall'esigenza di far fronte alla crescente domanda di salute e benessere della popolazione.

Una domanda caratterizzata dai profondi cambiamenti sociali e demografici legati al progressivo invecchiamento della popolazione, all'allungamento della vita media, ai progressi della scienza medica e ai fattori ambientali e sociali che hanno prodotto quella che comunemente è indicata come *transizione epidemiologica* e cioè il progressivo cambiamento della domanda di salute che si è manifestato nel mondo occidentale con il passaggio dalla prevalenza delle malattie infettive a quella delle malattie cronicodegenerative.

Il bisogno assistenziale è cambiato anche sul piano della complessità e della eterogeneità dei fattori che lo determinano, tanto da non essere più affrontabile in una logica monodimensionale.

Ciò vale in modo particolare per le fasce sociali più vulnerabili, quelle maggiormente interessate dai cambiamenti in corso, sulle quali si concentra in modo determinante l'attenzione nei percorsi di cura sociosanitari: la non autosufficienza, la disabilità grave e gravissima, la cronicità e la "lungo-assistenza".

Si tratta di condizioni che, talvolta, s'incrociano con forme di grave emarginazione sociale.

In queste situazioni l'efficacia dell'intervento si misura sempre più spesso con la capacità di fornire

risposte *integrate e unitarie* a bisogni *multipli*, in modo da favorire l'approccio multidimensionale e multidisciplinare nell'elaborazione di un progetto assistenziale efficace ed adeguato alla persona (cd. *appropriatezza della presa in carico*).

Questo impegno richiede uno sforzo tecnico e un cambiamento di cultura organizzativa e operativa non indifferente.

La programmazione locale in materia di salute e benessere sociale, in coerenza con gli orientamenti della programmazione regionale, indica chiaramente l'ambito specifico d'intervento nel quale sviluppare prioritariamente l'integrazione sociosanitaria: il welfare d'accesso e la valutazione multidimensionale.

Ciò si traduce concretamente nell'implementazione di due strumenti operativi, la Porta Unica di Accesso (PUA) e l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), già previsti dalla normativa regionale e in parte già operativi nel territorio dell'ambito distrettuale

Si tratta di attivare misure e strumenti per:

- *semplificare* l'accesso al sistema dei servizi;
- ricondurre ad unità il percorso di cura della persona;
- migliorare l'appropriatezza della risposta assistenziale e garantire la continuità delle cure.

L'unitarietà delle fasi di accesso e presa in carico della persona deve essere governata opportunamente in modo da ridurre il rischio di frammentazione e dispersione delle risposte ai bisogni assistenziali complessi.

In questo senso possiamo parlare di integrazione tra i servizi come una serie di risposte possibili ad un bisogno dichiarato, semplice o complesso che sia, e non di semplice riscontro ad una esigenza manifestata.

### **5.3. Misure di integrazione professionale**

La valutazione dell'integrazione professionale va fatta in merito agli strumenti ed alle misure che possono favorire l'aumento del livello di integrazione tra tutti i professionisti che intervengono nel percorso di presa in carico, di prestazioni rese e di cura del soggetto e, quindi, migliorare la performance dell'intero sistema.

Al fine di promuovere una maggiore continuità assistenziale e delle prestazioni si possono attuare alcune misure:

- migliore configurazione dei servizi e degli interventi con incentivazione delle forme di lavoro di gruppo con competenze multidisciplinari, attraverso una maggiore flessibilità dei confini organizzativi, la riconsiderazione dei ruoli tra i soggetti coinvolti nella realizzazione dei servizi e degli interventi e una migliore pianificazione delle modalità dei servizi offerti;
- potenziamento dei sistemi informativi grazie al supporto delle nuove tecnologie informatiche, con lo scopo di incentivare e meglio organizzare lo scambio di informazioni, relative ai dati ed alla storia del soggetto preso in carico, tra i professionisti che intervengono nel percorso assistenziale e di cura;
- modalità di lavoro flessibile dei professionisti;
- definizione di nuovi standard di servizio, con attenzione rivolta alla sicurezza ed alla qualità, e monitoraggio delle prestazioni rese;
- maggiore attenzione rivolta alla selezione e formazione del personale ed al miglioramento dell'ambiente e delle condizioni di lavoro;
- maggiore orientamento ai bisogni dei soggetti presi in carico ed una costante comunicazione di informazioni.

Altra misura indispensabile all'integrazione professionale è il coinvolgimento nel sistema dei servizi e degli interventi di tutti i soggetti, a qualsiasi titolo, interessati dai servizi alla persona: personale dei Comuni addetti alle politiche sociali, medici di medicina generale e di continuità assistenziale, pediatri di libera scelta, personale dei Centri per l'impiego, terzo settore, professionisti privati nel campo delle prestazioni assistenziali e di cura, personale delle Aziende dei Servizi alla persona, personale delle Aziende Sanitarie.

## **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**

In linea generale e per quanto riguarda i servizi e gli interventi di maggiore dimensione economica, il sistema di affidamento dei servizi e degli interventi sarà indirizzato verso il bando di gara con avviso pubblico e sistema di valutazione dell'offerta in termini di quantità e qualità dei servizi offerti a parità di impiego delle risorse previste nel Bando.

Alcuni servizi ed interventi saranno gestiti in maniera diretta dal personale dell'Ufficio di Piano e dell'ECAD.

Altri servizi ed interventi saranno sviluppati con il ricorso alla co-progettazione o affidati al Terzo settore. Tutte le tipologie di affidamento saranno realizzate nel rispetto della normativa vigente.

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

#### Informazione e condivisione

Si prevede il potenziamento dell'OSSERVATORIO Sociale Locale (OSL) che si relazionerà con i servizi alla persona dell'Ambito Distrettuale Sociale n. 17, in modo particolare con gli uffici territoriali dei Segretariati sociali e del coordinamento curato dall'Ufficio di Piano, per la raccolta e la decodificazione dei dati utili alle analisi del bisogno, al monitoraggio e valutazione degli interventi e servizi unitari e relativi all'offerta territoriale complessiva (socio-assistenziale, socio-educativa e socio-lavorativa); seguendo le indicazioni regionali e nazionali di cui all'art.21 della L.328/2000.

In particolare, nel biennio 2017/2018, così come previsto nel Piano Sociale della Regione Abruzzo 2016/2018, l'attività di gestione dei dati sarà articolata sulle seguenti macro-aree:

- Dati epidemiologici e sociali;
- Bisogni e domanda sociale;
- Sistema dell'offerta delle prestazioni e dei servizi sociali;
- Monitoraggio della spesa sociale;
- Valutazione della qualità dell'offerta.

Le attività sopra descritte serviranno all'Ambito Distrettuale n.17 per garantire, nei tempi certi e utili:

- Gestione dei dati e una elaborazione statistico-sociale;
- Disseminazione delle informazioni sociali utili alla gestione integrata dei servizi territoriali
- Comunicazione sociale alla cittadinanza dell'Ambito
- Valutazione del contesto sociale, la valutazione dei bisogni sociali, la valutazione di impatto sociale VIS, la valutazione delle prestazioni (indicatori di performance) e la valutazione di outcome (dei risultati e dei servizi sociali programmati). Utile sia alla eventuale rimodulazione e riprogrammazione dei servizi ed interventi socio-assistenziali ed educativi, sia ad un corretto ed efficace coordinamento con gli osservatori provinciale e regionale.

#### Comunicazione e trasparenza

L'Ambito Distrettuale, nell'ottica di un sistema gestionale unitario dei servizi sociali del territorio, attraverso l'ECAD 17 Comune di Manoppello, in stretto raccordo con i referenti della "Zona di Gestione sociale Valle dell'Orta", l'Ufficio di Piano ed il "Gruppo di Piano" referente della presente programmazione 2017/18, con il costante coinvolgimento della Conferenza dei Sindaci e dei Comuni stessi aderenti al PSD dell'ECAD 17, assicura dunque un sistema di comunicazione interno per dirigenza, uffici e risorse umane impiegate ed un sistema di comunicazione esterno per gli organismi interessati e l'utenza e la "cittadinanza sociale" in genere.

Comunicazione interna caratterizzata dalla comprensione e dalla trasparenza necessari per l'efficacia ed efficienza del servizio/prestazione:

- sistema trasmittente (servizio che emette il comunicato);
- sistema ricevente (i destinatari);

- messaggio (quello che si emette e quello che si spera sia recepito);
- connessione tra ruoli del personale;
- articoli e pubblicazioni interne;
- riunioni periodiche per la verifica dei servizi\prestazioni erogati.

Comunicazione esterna caratterizzata dall'ascolto del cittadino\utente funzionale alla chiarezza e concretezza del servizio - prestazione erogabile.

L'ECAD 17, soprattutto attraverso il proprio PUA (attivo a livello distrettuale socio-sanitario), il Segretariato Sociale presente capillarmente in ogni Comune, assicura dunque la massima pubblicizzazione del proprio sistema dei servizi socio-assistenziali ed educativi alla cittadinanza sociale.

### Carta della Cittadinanza Sociale

Per garantire i principi di trasparenza ed universalità dei diritti all'assistenza, sopra richiamati, l'ECAD 17, si impegna ad aggiornare, entro il mese di giugno 2018, la carta dei servizi e della cittadinanza sociale che vuole essere espressione di partecipazione e collaborazione attiva con le comunità locali del territorio, ma anche garanzia di comunicazione tra i comuni ed i cittadini. Questi ultimi hanno, infatti, il diritto di fare proposte e reclami, di comunicare con gli uffici comunali liberamente. I comuni, inoltre, nella consapevolezza che tutti i cittadini sono uguali e che bisogna garantire priorità ai più deboli, stabiliscono di attivarsi per il tramite di questa carta della cittadinanza al fine di garantire equità ed efficacia dell'azione amministrativa;

### Il ruolo del Privato Sociale, Terzo Settore e della Co-progettazione, la valorizzazione terzo settore, dell'economia e dell'impresa sociale.

Una prima misura di valorizzazione del Terzo settore e delle Imprese sociali è stata avviata al momento del loro pieno coinvolgimento nella definizione del Piano distrettuale sociale.

Una seconda misura di valorizzazione è stata il recepimento di alcuni interventi da inserire nel Piano distrettuale sociale che saranno realizzati attraverso lo strumento della co-progettazione.

L'Ambito ha riservato e riserverà sempre più maggiore attenzione allo strumento della co-progettazione anche al fine di stimolare e migliorare i servizi che già le varie associazioni ed imprese offrono nel campo del sociale.

Altro intervento che si metterà in campo sarà quello di un censimento delle organizzazioni del terzo settore e delle imprese sociali che operano nel territorio dell'Ambito sociale n. 17 e che è indirizzato anche a mettere a fuoco il contributo che le organizzazioni del settore offrono alle politiche attive per l'inclusione sociale e l'occupazione, lo sviluppo locale e i servizi di welfare.

L'economia sociale rappresenta quella dimensione di crescita e sviluppo che integra risultati economici conseguiti da una impresa/organizzazione con obiettivi socialmente rilevanti.

Ci si riferisce quindi a una molteplicità di organizzazioni come le cooperative sociali e mutue, le organizzazioni di volontariato, le associazioni di promozione sociale e le imprese sociali e di comunità.

L'economia sociale e solidale registra una consistente crescita, confermandosi un comparto emergente dell'economia e della società che realizza "numeri" importanti, risponde alle domande di un'utenza sempre più differenziata e costituisce un asse portante delle politiche attive creando innovazione, capitale sociale e occupazione.

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

### Linee guida ed obiettivi generali

Per la ridefinizione delle azioni e relativi parametri finanziari del nuovo regolamento unitario di accesso, il cui schema è già stato validato dalla conferenza dei Sindaci dell'ECAD 17, si è fatto riferimento alle linee di indirizzo emanate dalla Regione Abruzzo con la Deliberazione di Giunta n. 522 del 25.08.2016. Nello specifico le azioni delineate per la gestione dei servizi ed interventi alla persona nel periodo di vigenza del PSD 2017/2018 dell'ECAD 17 sono le seguenti:



- Stabilizzare e potenziare il funzionamento dell'ISEE come principale modalità di accesso a tutti i Servizi Socio-Assistenziali e Socio-Sanitari (LIVEAS) dell'ECAD 17 (ai sensi della normativa vigente);
- Stimolare nei cittadini l'acquisizione della consapevolezza della necessità di conoscere il funzionamento e le modalità di erogazione dei servizi socio-assistenziali, educativi e socio-sanitari;
- Garantire un accesso ai servizi che sia uguale in tutti i Comuni dell'ECAD 17.

#### Obiettivi operativi

- Adeguamento del regolamento che garantisca l'accesso unitario ai servizi (basato sui requisiti della normativa vigente ISEE), dandone opportune informazioni ai cittadini sul suo contenuto;
- Stabilizzazione del regolamento di accesso ISEE, sua approvazione in sede di Conferenza Sindaci e Consiglio Comunale per tutto l'ambito, sua applicazione e diffusione ai cittadini.

#### Target del regolamento unitario di accesso

Popolazione target: gli utenti che richiedono servizi; stima quantitativa sull'utenza prevista: 2500 persone circa.

L'introduzione di tale regolamento risponde all'esigenza sempre più sentita di vedere garantito un accesso unitario ai servizi ed una parità di trattamento per tutti i cittadini.

Il coinvolgimento dei cittadini sarà garantito dalla diffusione del regolamento e dei criteri di accesso ai servizi in esso contenuti, ad opera del servizio di Segretariato Sociale presente in ogni Comune dell'Ambito.

#### Coordinamento dei processi e valutazione dell'intervento

L'azione sarà gestita soprattutto per il tramite il personale di coordinamento e gestione dell'Ufficio di Piano, con il compito di coinvolgere, tramite la Conferenza dei Sindaci, tutti i Comuni dell'ECAD 17 ed i servizi territoriali coinvolti nella erogazione degli interventi e servizi alla persona.

La valutazione sull'adeguatezza dei criteri previsti nel Regolamento di Ambito e la sua eventuale rimodulazione e /taratura sui bisogni degli utenti sarà effettuata dall'Ufficio di Piano.

### **6.4. La composizione e il funzionamento dell'Ufficio di Piano e degli Uffici di Gestione sociale**

L'Ufficio di Piano dell'Ambito Distrettuale Sociale n. 17 "Montagna Pescarese" è un servizio essenziale e strategico, funzionale al coordinamento ed alla gestione generale delle attività, degli interventi e dei servizi alla persona realizzati in forma associata. Il servizio è attivo già a partire dal I° Piano Sociale Zonale 1998/2000 dell'Ex EAS 35 "Maiella e Morrone".

#### ***Le attività che lo caratterizzano sono le seguenti:***

- Coordinamento gestionale dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari dell'ECAD 17;
- Coordinamento operatori socio-educativi e socio-assistenziali impiegati nei servizi;
- Ricerca Sociale, Progettazione e Pianificazione Interventi e Servizi territoriali;
- Rapporto con gli enti locali, Regione, Provincia ed altri enti territoriali, i servizi ASL, il privato sociale e le associazioni del territorio;
- Coordinamento dei servizi ad elevata integrazione socio-sanitaria con la ASL;
- Coordinamento Conferenze dei Servizi e Conferenze dei Sindaci;
- Predisposizione atti amministrativi, bandi ed altri atti in collaborazione con gli uffici preposti dell'ECAD 17 "Montagna Pescarese" e dei propri Comuni;
- Organizzazione dei percorsi formativi;
- Gestione del Sistema Informativo locale – OSL;

- Organizzazione e gestione degli incontri tematici per area sociale di intervento con la cittadinanza, con gli amministratori locali ed altri soggetti istituzionali privati e pubblici interessati, elaborazione e promozione della Carta per la Cittadinanza Sociale.

### ***Piano finanziario previsto***

Il Budget economico previsto per l'Ufficio di Piano per il periodo 2017/2018, pari ad € **108.849,60** , e come di seguito composto:

- I° semestre 2017: € 32.282,84
- Anno 2018: € 72.338,40

L'Ufficio di Piano anche nella nuova programmazione distrettuale riveste un ruolo di importanza strategica, per la sua naturale funzione di "cabina di regia" locale, per le attività di promozione progettuale, programmazione, coordinamento amministrativo e di raccordo inter-istituzionale dei diversi attori partecipanti all'intero sistema integrato dei servizi alla persona *dell'ASD n° 17 "Montagna Pescaresc"*.

Dell'Ufficio di Piano fanno parte:

- il *Responsabile Ufficio di Piano referente dell'Ente Capofila* Comune di Manoppello, individuato all'interno del personale comunale o tramite avviso pubblico, tra le figure previste;
- un Amministrativo con specifiche competenze professionali nel settore degli strumenti comunicativi informatici, di raccolta monitoraggio ed elaborazione dati e gestione generale degli interventi;
- un Amministrativo addetto alla gestione finanziaria ed alla rendicontazione, nonché verifica e controllo degli interventi e servizi;
- un Amministrativo addetto alla programmazione, allo sviluppo dei servizi e degli interventi, alle fonti di finanziamento, alle relazioni con il Gruppo di Piano ed i servizi sociali comunali, alla redazione del Bilancio sociale.
- Un esperto legale addetto agli aspetti legali-amministrativi generali e specifici relativi al sistema integrato dei servizi alla persona dell'ECAD 17;

L'Ufficio di Piano si doterà di un consulente informatico, con esperienza nel settore di riferimento, sia per la gestione ordinaria e straordinaria del sistema informatico utilizzato che in relazione alla funzione prioritaria di *"Osservatorio Sociale locale"* e di *Sistema Informativo Informatizzato, sul modello del progetto "SINAPSI" (Incubatore e rete territoriale per la verifica e valutazione e la progettazione sociale a livello locale), proposto dal "Gruppo di Piano" dell'ECAD 17, e con strumenti informativi e comunicativi accessibili a tutti i componenti della rete ed alla cittadinanza stessa.*

L'Ufficio di Piano, così come strutturato, sarà supportato:

- nella sua azione sociale, da un Assistente sociale del Segretariato Sociale e dai servizi sociali dei Comuni dell'Ambito;
- nella sua azione socio-sanitaria, dal referente e dal personale del Distretto Sanitario di Scafa.

L'Ufficio di Piano, inoltre, come previsto dal PSR 2016-2018, sarà articolato in tre Aree operative, Area sociale, Area socio-sanitaria, Area socio-educativa.

L'Ufficio di Piano sarà coadiuvato anche dal Gruppo di Piano soprattutto per quanto attiene alla programmazione, al monitoraggio, controllo, valutazione degli interventi e Bilancio sociale.

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

Il sistema informativo di monitoraggio verrà curato dall'Ufficio di Piano e dall'Ufficio di Piano zonale. La valutazione ed in controllo dei servizi e degli interventi sarà cura del Gruppo di Piano che relazionerà trimestralmente alla Conferenza dei Sindaci.

La costruzione del sistema informativo di monitoraggio e valutazione del Piano sarà fatta nel rispetto delle disposizioni del Piano sociale regionale e delle relative linee guida, ed in linea con gli obiettivi definiti dall'Osservatorio sociale regionale.

I flussi informativi dei dati per il monitoraggio e le relative analisi per la valutazione e la rendicontazione del Piano sociale di ambito sono fondamentali per garantire l'andamento del sistema dei servizi alla persona e per programmare o riprogrammare i servizi e gli interventi, secondo precisi dati basati sull'evidenza.

Fondamentale sarà anche l'utilizzo del “**Casellario dell'assistenza**” (D.M. 206/2014) da parte dell'Ambito distrettuale e dei Comuni dell'Ambito, quale condizione necessaria per l'erogazione dei finanziamenti. Il Casellario sarà lo strumento essenziale nella sua funzione di banca dati delle prestazioni sociali. Tutti i Comuni dell'Ambito e l'Ambito stesso, anche attraverso l'Ufficio di Piano, concorrono ad alimentare sia i flussi della banca dati INPS sia i flussi richiesti dalla Regione Abruzzo tramite il Sistema Informativo gestito dall'Osservatorio sociale regionale.

Il monitoraggio e la valutazione dei servizi rappresentano un passaggio indispensabile per una efficace ed efficiente programmazione degli interventi e allocazione delle risorse.

La valutazione e il monitoraggio (che ne è parte integrante) vengono, pertanto, accolti nella loro accezione di “*dare valore*”, ovvero misurare e dare giudizi sui risultati effettivamente raggiunti, sugli scostamenti rispetto agli obiettivi e sulle ricadute generate dagli interventi e dalle politiche nei confronti dei diversi soggetti a vario titolo coinvolti. Secondo questa accezione, la valutazione si esplica attraverso la produzione di informazioni mediante l'utilizzo di una ampia serie di strumenti di indagine. L'utilizzo della valutazione non va, tuttavia, inteso solo come rendicontazione ma anche come opportunità di *apprendimento e miglioramento*.

Nell'ambito dell'implementazione del Piano sociale il monitoraggio e la valutazione rappresentano, dunque, processi dinamici che consentiranno di:

- rimodulare il sistema programmatico delle politiche sociali territoriali;
- valutare l'effettiva implementazione delle politiche disegnate a livello regionale;
- incidere nell'effettiva realizzazione di servizi e interventi.

Per il percorso di valutazione, sarà propedeutica l'elaborazione di un “disegno di valutazione”, ovvero un piano concettuale che ne accompagni l'implementazione per tutta la durata del Piano sociale di ambito e che consenta di predefinire nel dettaglio che cosa la valutazione andrà ad esplorare, attraverso quali strumenti ed in quali momenti specifici.

Nel rispetto delle disposizioni del Piano Sociale Regionale si prevedono nello specifico le seguenti tre macro-fasi:

- 1) La definizione delle “dimensioni di analisi”, ovvero l'individuazione, a partire dagli obiettivi operativi e dalle priorità espresse in sede di Osservatorio sociale regionale degli elementi che si riterrà utile meglio esplorare in sede di analisi;
- 2) L'identificazione dei criteri valutativi e degli indicatori utili per misurare e conoscere il livello di realizzazione delle azioni messe in atto nei territori e che dovranno essere rispondenti agli indicatori già utilizzati in sede di Piano sociale distrettuale; il processo di identificazione dei criteri e degli indicatori è cruciale al fine di dare evidenza della misurabilità dei risultati attesi connessi agli obiettivi e alle priorità strategiche individuate e consentirà, parallelamente, di garantire la possibilità di confronti e comparazioni sia in un preciso momento di osservazione che osservandone lo sviluppo nel corso del tempo.
- 3) Rilevazione e analisi dei dati: questa fase permetterà di mettere in luce i risultati raggiunti, costruire una memoria del lavoro svolto e interpretare e fare sintesi dei risultati della valutazione, offrendo un supporto al livello decisionale.

### **Metodi e strumenti**

Il sistema di monitoraggio e valutazione del Piano sociale sarà supportato dall'utilizzo di tecniche e strumenti quali/quantitativi, secondo un approccio che si richiama esplicitamente alla metodologia della ricerca sociale. Saranno predisposte, in stretto raccordo con il sistema informativo:

- *check-list* calibrate sul sistema di offerta di servizi, ovvero sui processi in atto nei territori;

- *panel* di indicatori quali/quantitativi sugli obiettivi operativi considerati cruciali;
- strumenti di dialogo con l'utenza dei servizi e con la cittadinanza.

Un'attenzione specifica sarà dedicata al monitoraggio periodico delle risorse impegnate per fonte di finanziamento. Saranno in questa direzione oggetto di rilevazione dati quali:

- Dettaglio risorse programmate per fonte di finanziamento (es. fondi regionali, risorse proprie da bilanci comunali, altre risorse pubbliche, altre risorse private)
- Dettaglio risorse impegnate per fonte di finanziamento (es. fondi regionali, risorse proprie da bilanci comunali, altre risorse pubbliche, altre risorse private)
- Incidenza % risorse impegnate/risorse programmate
- Residui al (data)
- Dettaglio risorse liquidate;
- Incidenza % risorse liquidate su risorse impegnate;
- Risorse già impegnate da liquidare al (data);
- Dettaglio risorse non impegnate.

La costruzione e implementazione del sistema di monitoraggio e della valutazione del Piano si svolgerà in fasi operative e contemplerà la rilevazione periodica in merito allo stato di avanzamento nella realizzazione delle azioni connesse agli obiettivi di programmazione, il grado di raggiungimento dei risultati attesi, le risorse umane, strumentali e finanziarie impiegate.

## 6.6 Linee di indirizzo per il bilancio sociale

### Definizione e finalità del bilancio sociale

Il bilancio sociale è l'esito di un processo con il quale l'Ambito Distrettuale Sociale n. 17 rende conto delle scelte, delle attività, dei risultati e dell'impiego di risorse nel periodo di vigenza del Piano distrettuale sociale, in modo da consentire ai cittadini e ai diversi interlocutori di conoscere e formulare un proprio giudizio su come l'Ambito interpreta e realizza la sua missione istituzionale e il suo mandato.

La finalità del bilancio sociale è quella di informare in maniera chiara ed intelligibile sull'attività svolta dall'ente locale in termini di coerenza tra gli obiettivi programmati, i risultati raggiunti e gli effetti sociali e ambientali prodotti. L'Ambito, per mezzo del bilancio sociale, illustra ai cittadini, e a tutti gli attuali e potenziali portatori di interesse, le modalità di impiego delle risorse, sviluppando meccanismi di controllo sociale e favorendo il processo di programmazione e controllo annuale.

### Struttura e contenuto del bilancio sociale

Il bilancio sociale si articola nelle seguenti Sezioni:

- a) presentazione del documento e nota metodologica;
- b) identità istituzionale dell'ente;
- c) servizi erogati;
- d) risorse economico-finanziarie e dotazione patrimoniale;
- e) asseverazione del bilancio sociale.

### Presentazione del documento e nota metodologica

La Sezione si apre con una sintetica presentazione del bilancio sociale effettuata dal Sindaco del Comune capofila dell'Ambito distrettuale. Essa è finalizzata a spiegare finalità e motivazioni del processo di rendicontazione sociale ai portatori di interesse ed a dichiarare l'impegno dell'Ambito a dare continuità al processo di rendicontazione, tenendo conto delle indicazioni emerse dalla consultazione con tutti gli attori coinvolti.

A tale presentazione segue una nota metodologica che illustra il processo di rendicontazione posto in atto dall'ente e fornisce una guida per la lettura del documento. Essa contiene i riferimenti ai seguenti elementi:

- a) il periodo a cui si riferisce la rendicontazione;
- b) le modalità di raccolta, di elaborazione e di classificazione dei dati e delle informazioni presentate;

- c) il gruppo di lavoro che ha curato l'elaborazione del bilancio sociale;
- d) le modalità di selezione e di consultazione dei portatori di interesse coinvolti;
- e) l'indice dei contenuti.

### **Identità dell'Ambito distrettuale sociale**

La Sezione fornisce un profilo introduttivo dell'Ambito. Essa contiene indicazioni relative a:

1. la visione e la missione;
2. i valori di riferimento;
3. i dati socio-economici;
4. la struttura politico-amministrativa ed organizzativa;
5. le macro-aree di intervento;
6. la governance e le politiche sulle risorse.

### **La visione e la missione**

La visione descrive lo scenario futuro perseguito avendo per oggetto la comunità locale. La missione esprime le finalità di fondo dell'ente in coerenza con le disposizioni normative e con gli ideali, i valori e le aspirazioni assunti a base dell'azione amministrativa. La missione rappresenta la modalità con la quale gli organi interpretano il ruolo istituzionale dell'ente all'interno della comunità locale e, dunque, l'elemento peculiare che lo contraddistingue rispetto alle altre amministrazioni.

### **I valori di riferimento**

I valori riflettono la cultura dell'ente e guidano il comportamento delle persone che vi operano. In particolare, i valori etici definiscono doveri e responsabilità in tutte le attività dell'Ente.

### **I dati socio - economici**

La sezione fornisce informazioni riguardo al contesto economico, politico, sociale, ambientale, culturale in cui opera l'ente. Tali dati hanno come riferimento il Profilo sociale dell'Ambito.

### **La struttura politico – amministrativa ed organizzativa**

La struttura politico-amministrativa dell'ente descrive la composizione dell'Ente. La struttura organizzativa evidenzia l'organigramma dell'ente e le forme di gestione adottate.

### **Le macro – aree di intervento**

La rendicontazione del bilancio sociale è articolata per macro-aree di intervento al fine di agevolare, da parte degli utilizzatori, la comprensione dei risultati raggiunti e degli effetti prodotti dall'attività posta in atto. Le macro-aree di intervento sono aggregazioni significative di attività definite in base alla omogeneità delle politiche, dei destinatari dell'azione amministrativa, degli obiettivi perseguiti e degli effetti prodotti.

### **La governance e le politiche sulle risorse**

Prima di affrontare l'analisi dei risultati raggiunti con riferimento alle macro-aree di intervento rivolte al territorio e alla comunità locale è necessario che il bilancio sociale chiarisca alcuni elementi di carattere generale, connessi:

- al modello di governance adottato;
- alle politiche sulle risorse umane e sull'organizzazione;
- alle politiche di bilancio, con particolare riferimento alle risorse investite nei servizi;
- ai sistemi informativi e di comunicazione.

Con riferimento al primo aspetto, occorre esporre le scelte di fondo effettuate dall'amministrazione relativamente:

- alle scelte di erogazione diretta o esternalizzata dei servizi;
- alle diverse forme di esternalizzazione;
- alle partnership formali ed informali attivate sul territorio;
- ai rapporti con gli organismi di partecipazione.

### **Servizi erogati**

La sezione Servizi erogati presenta la rendicontazione delle attività poste in essere dall'ente classificate in

macro-aree di intervento rivolte al territorio e alla comunità locale, raccordate con quelle utilizzate per la programmazione. La rendicontazione per ogni macro-area deve consentire agli utilizzatori di comprendere i risultati ottenuti dall'amministrazione e gli effetti economici, sociali e ambientali prodotti in un'ottica di coerenza con finalità ed obiettivi perseguiti e con la situazione iniziale di ciascuna area.

Per ogni macro-area vengono illustrati i seguenti elementi:

- a) il collegamento con i documenti di programmazione;
- b) la situazione iniziale relativamente allo stato dei servizi erogati;
- c) i portatori di interesse specifici della singola macro-area;
- d) le finalità, gli obiettivi e le risorse funzionali al loro raggiungimento;
- e) i risultati conseguiti e gli effetti prodotti;
- f) le valutazioni dei portatori di interesse;
- g) gli impegni e le azioni per il futuro.

### **Risorse economico – finanziarie e dotazione patrimoniale**

La Sezione illustra le principali aggregazioni delle voci patrimoniali ed economico-finanziarie, fungendo da raccordo con il rendiconto della gestione.

### **Risorse economico – finanziarie**

La rielaborazione dei dati consuntivi finanziari deve permettere ai lettori di comprendere:

- l'entità e la provenienza delle risorse finanziarie a disposizione dell'ente nel periodo di rendicontazione;
- la situazione relativamente agli equilibri di bilancio e al risultato di amministrazione;
- la distribuzione della spesa tra le diverse macro-aree di intervento.

### **Dotazione patrimoniale**

Ai fini di una completa considerazione degli impatti della gestione sul patrimonio, e di quest'ultimo sul contesto sociale, appare opportuno corredare la rendicontazione sociale di un prospetto informativo che consenta di valutare:

- la congruenza della dotazione patrimoniale con la visione e la missione dichiarate nel bilancio sociale;
- la composizione del patrimonio in termini di attività e di passività;
- la situazione finanziaria.

### **Asseverazione del bilancio sociale**

Ai fini di fornire maggiore credibilità ed affidabilità al bilancio sociale la Sezione "Asseverazione" prevede l'emissione di una relazione finale contenente un chiaro giudizio professionale circa le informazioni incluse nel bilancio sociale effettuata da un organo di revisione indipendente.

### **Il processo di rendicontazione sociale**

Il percorso che consente di giungere all'elaborazione del bilancio sociale costituisce un elemento fondamentale per il raggiungimento delle finalità e degli obiettivi che ci si è posti per la rendicontazione sociale. Esso si articola nelle seguenti fasi:

- a. delibera di indirizzo per la redazione del bilancio sociale e costituzione del gruppo di lavoro;
- b. presentazione ai portatori di interesse;
- c. rilevazione dei dati e stesura della bozza di bilancio sociale;
- d. consultazione e partecipazione dei portatori di interesse;
- e. stesura finale e asseverazione;
- f. approvazione e pubblicazione;
- g. comunicazione del bilancio sociale e integrazione con l'attività di programmazione.

### **Il processo di raccolta ed elaborazione dei dati**

Il processo di raccolta ed elaborazione dei dati viene svolto dai sotto-gruppi tecnici di lavoro coordinati dal referente del bilancio sociale. Nella rilevazione dei dati e nella stesura della bozza di bilancio sociale occorre comunque assicurare il coinvolgimento del personale interno e dei soggetti pubblici o privati che

intervengono nell'erogazione dei servizi oggetto di rendicontazione.

### **Consultazione dei portatori di interesse**

Le bozze di rendicontazione sono presentate ai portatori di interesse generali dell'ente e specifici di ogni macro-area con le modalità di coinvolgimento ritenute più idonee. Per il coinvolgimento dei portatori di interesse il gruppo di lavoro può prevedere l'utilizzo di gruppi tematici, oppure di altre tecniche in grado di garantire elevati livelli di partecipazione e di rappresentatività dei soggetti interpellati. Durante gli incontri i referenti delle singole macro-aree consegnano ai portatori di interesse le bozze di rendicontazione predisposte, illustrando finalità ed obiettivi in esse descritti, nonché le proposte di indicatori necessari a misurare il grado di realizzazione degli obiettivi.

### **Stesura finale e asseverazione**

L'ultima fase di elaborazione del bilancio sociale consiste nell'aggregazione delle varie sezioni di cui si compone il documento, secondo la struttura definita dalle presenti linee di indirizzo. Per favorire la chiarezza e la comprensibilità del bilancio sociale i testi elaborati devono essere semplici, scorrevoli, privi di tecnicismi e corredati di idonei glossari dei termini specialistici.

Allo scopo di assicurare la credibilità dei dati comunicati, il bilancio sociale è sottoposto ad una verifica di conformità dei dati contabili e alla verifica di conformità del processo di rendicontazione, mediante la procedura di asseverazione.

### **Approvazione e pubblicazione**

Dopo l'esito delle verifiche effettuate dai revisori individuati per l'asseverazione, lo schema di bilancio sociale viene deliberato dalla Conferenza dei Sindaci. Detto schema di bilancio sociale, unitamente alla relazione di asseverazione, viene poi inviato ai Comuni dell'Ambito per l'approvazione. Ottenuta l'approvazione dei Comuni, il testo viene pubblicato sul sito istituzionale dell'ECAD. In caso di mancata approvazione il bilancio sociale non viene pubblicato.

### **Comunicazione del bilancio sociale e integrazione con l'attività di programmazione**

Il bilancio sociale pubblicato è divulgato fra i portatori di interesse, con particolare riferimento alla comunità di riferimento. L'attività di comunicazione è finalizzata alla diffusione del bilancio sociale all'interno e, più in generale, alla costruzione di un dialogo continuativo con i destinatari del documento. A tale scopo l'ente definisce le azioni e le modalità di comunicazione più appropriate per attrarre i diversi interlocutori ai quali si rivolge, tra i quali:

- la pubblicazione di estratti nei periodici informativi dell'ente o sulla stampa locale;
- la distribuzione presso gli sportelli dell'ente o presso specifici punti informativi;
- la pubblicazione sul sito internet dei Comuni dell'Ambito;
- l'organizzazione di conferenze stampa, convegni o eventi aperti alla cittadinanza.

### **Asseverazione**

#### **Finalità dell'asseverazione e affidamento dell'incarico**

Prima della pubblicazione il bilancio sociale è sottoposto al giudizio di asseverazione, che attesta la veridicità e l'attendibilità delle informazioni espresse e la conformità del processo di rendicontazione ai contenuti previsti dalle presenti linee guida. L'asseverazione permette di ridurre il rischio di autoreferenzialità del bilancio sociale e di accrescere l'attendibilità dell'informazione comunicata.

L'asseverazione del bilancio sociale viene effettuata:

- dall'organo di revisione dell'ente, con riferimento alla veridicità e all'attendibilità dei dati economici, finanziari e patrimoniali esposti, e alla coerenza del bilancio sociale rispetto ai principali documenti di programmazione e rendicontazione dell'ente;
- dall'organo di revisione dell'ente o da una società di revisione, relativamente al giudizio sulla veridicità del bilancio sociale predisposto e sull'affidabilità del processo che ha portato alla stesura del documento, nonché sulla significatività e sulla rilevanza delle informazioni riportate.

L'organo di revisione dell'ente svolge le attività di asseverazione del bilancio sociale all'interno delle possibili ulteriori funzioni affidate ai revisori dallo Statuto dell'ente locale ai sensi dell'art. 239, c. 6 del TUEL.

### **Relazione finale**

Il lavoro del revisore deve completarsi con l'emissione di una relazione finale contenente una chiara espressione della sua opinione professionale circa le informazioni incluse nel bilancio sociale.

La relazione finale deve contenere almeno i seguenti elementi:

- il titolo, che indichi chiaramente che la relazione concerne la procedura di asseverazione del bilancio sociale;
- i soggetti destinatari della relazione;
- l'identificazione del documento oggetto del servizio di asseverazione e delle diverse responsabilità facenti capo ai redattori del bilancio sociale ed al revisore incaricato del servizio;
- i criteri adottati per la valutazione del bilancio sociale ed i principi di rendicontazione sociale utilizzati come riferimento per la verifica;
- una sintesi del lavoro svolto che permetta al lettore di comprendere il grado di copertura delle verifiche condotte;
- l'espressione del giudizio di veridicità e di attendibilità dei dati economici, finanziari e patrimoniali esposti, e sulla coerenza del bilancio sociale con i principali documenti di programmazione e rendicontazione dell'ente;
- l'espressione del giudizio di veridicità e di affidabilità del bilancio sociale;
- il nome e la firma del revisore contabile che ha coordinato, sotto la propria responsabilità, la procedura di asseverazione;
- la data e il luogo di emissione.

### **Giudizio di asseverazione**

Il giudizio finale del revisore assume le stesse graduazioni previste per la revisione contabile di bilancio nell'ordinamento finanziario contabile degli enti locali, ossia:

- giudizio senza rilievi;
- giudizio con rilievi;
- giudizio negativo;
- dichiarazione di impossibilità di emettere un giudizio.



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

### La politica della spesa e i quadri di previsione

La definizione di strumenti e procedure in materia di politica della spesa è necessariamente guidata, come previsto nel Piano Sociale Regionale 2016-2018, da due indirizzi generali: l'integrazione delle risorse e la coerenza con le scelte fondamentali del Piano sociale regionale.

Direttrice strategica della nuova stagione delle politiche sociali nell'Ambito è quella della *gestione integrata delle risorse finanziarie*, la cui attuazione è affidata anche 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. Si tratta di una scelta che 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 l'altra strategia-chiave del Piano sociale, in base alla quale i Piani sociali di ambito distrettuale saranno sempre più il riferimento ed il "contenitore" di tutte le azioni di sviluppo del benessere sociale e di salute a livello territoriale.

Nella politica della spesa, la scelta della gestione integrata ha due conseguenze dirette:

- il superamento del precedente sistema di ripartizione delle risorse, eccessivamente frazionato e diversificato per tipo di finanziamento;
- l'introduzione di un regime differenziato tra gli strumenti di attuazione diretta e quelli di attuazione indiretta del Piano sociale di ambito distrettuale, definiti in precedenza: i primi sono già inseriti nel Piano e sono assistiti con i finanziamenti correnti a carattere generale, mentre per i secondi 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 distrettuale. (Cfr. § II.3).

Il secondo indirizzo che incide direttamente sulle scelte di politica della spesa è quello della necessità di **coerenza del Piano sociale regionale con i Piani sociali di ambito distrettuale**, a partire dai risultati e dalle criticità che emergono dal Profilo sociale dell'Ambito distrettuale. La coerenza è assicurata, oltre che con modalità di definizione degli obiettivi che tengano conto dell'analisi iniziale, anche attraverso la politica della spesa e, in particolare, facendo ricorso a criteri di ripartizione delle risorse basati principalmente sulle aree di criticità rilevate e sulle quali è necessario intervenire, anche indipendentemente dalle specificità del territorio.

La politica della spesa, infine, si sviluppa attraverso modalità e procedure che contribuiscono a qualificare la spesa e orientarne l'attività di governo secondo le priorità e le scelte delle politiche sociali regionali.

La destinazione degli altri fondi che già oggi finanziano il sistema dei servizi, ma il cui impiego resta ancora disciplinato da specifiche fonti normative, sarà definita nel rispetto delle scelte della programmazione locale.

Il finanziamento delle politiche sociali a livello locale seguirà il principio di integrazione della spesa. I principali fondi per il finanziamento delle strategie del Piano sociale dell'ambito distrettuale sono, in sintesi e allo stato attuale, i seguenti:

## FONDI DI GESTIONE DIRETTA

- **FSR – Fondo Sociale Regionale** per l’espletamento di servizi ed interventi in materia sociale e socio-assistenziale, istituito dalla L.R. 135/1996, che concorre al finanziamento dei servizi e degli interventi dei Comuni singoli e associati;
- **FNPS – Fondo Nazionale Politiche Sociali**, istituito dalla L. 328/2000, quale quota nazionale per il finanziamento del sistema dei servizi sociali, e ripartito annualmente con Decreto del Ministro delle Politiche Sociali;
- **FNNA – Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze**, istituito dalla L. 296/2006, destinato al finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni per le persone non autosufficienti, e ripartito annualmente con Decreto del Ministro delle Politiche Sociali di concerto con il Ministro della Salute e dell’Economia e Finanze;
- **Fondo per l’integrazione socio-sanitaria** per il contributo ai Comuni per la compartecipazione ai costi dell’utenza in strutture socio-sanitarie.

Complessivamente, negli anni 2017 (sei mesi) e 2018, le risorse disponibili per interventi e servizi alla persona essenziali (LIVEAS) erogati direttamente ai Comuni a gestione diretta, per il PSD 2017/2018 dell’Ambito Distrettuale Sociale “Montagna Pescarese” n. 17, sono previste nell’ammontare di € **1.763.949,60**.

Per quanto attiene agli interventi relativi ai Fondi a Gestione Indiretta si prevedono le seguenti risorse:

FONDI IN ENTRATA ANNUALI	TIPOLOGIA FONDI	NORMATIVA DI RIFERIMENTO
€ 503.383,98	Fondi Ministero/Regione	L. 328/2000 (PSR 2016/18)
€ 624.383,33	Compartecipazione Comuni (compreso FSR A1)	L. 328/2000 (PSR 2016/18)
€ 289.950,00	Piano Locale Per La Non Autosufficienza (PLNA)	Fondo Nazionale Non Autosufficienza
€ 184.000,00	Fondo per Rimborso Spesa Sociale Residenzialità (L.R. 37/2014)	L.R. 37/2014 (Spesa sociale residenziale)
€ 49.464,60	Fondi “Home Care Premium”	FONDI INPS (EX INPDAP)
€ 99.109,08	Fondi Regionali Diritto allo Studio per Assistenza Disabili	L.R. 78/78 (Assistenza Scuole superiori Disabili)
€ 25.376,00	Compartecipazione Utenza (Servizi Domiciliari)	L. 328/2000 (PSR 2016/18)
<b>€ 1.775.666,39</b>	<b>TOTALE PREVISIONE ENTRATE ANNUALI</b>	<b>PSD 2017/18 (ECAD 17)</b>

Inoltre si prevede la possibilità di attingere ad altri Fondi a gestione indiretta a partire da quelli previsti nel Piano Sociale Regionale 2016-2018:

## FONDI STRATEGICI DI GESTIONE INDIRETTA

- **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;
- **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;
- **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;
- **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;
- **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;
- **P.O. FSE Abruzzo 2014-2020**, Fondo Sociale Europeo, Obiettivo Tematico 9, che prevede due linee di azione in materia di inclusione sociale per il periodo 2014-2020, che è reso disponibile tramite avvisi per gli enti di ambito;
  - **PON “Inclusione sociale” 2014-2020**, gestito dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali;
  - **Fondo nazionale per la lotta alla povertà e all’esclusione sociale**, istituito dalla legge 208 del 2015 (art. 1, comma 386);
  - **Fondo “Contributi per il sostegno alimentare delle persone in stato di povertà”**, istituito dall’art. 23 della L.R. 29/2006, a favore delle mense e dei centri di accoglienza delle persone in stato di necessità

## COFINANZIAMENTO

Il Cofinanziamento da parte dei Comuni dell’Ambito distrettuale sociale n.17 si prevede per una somma complessiva relativa agli anni 2017 (luglio/dicembre) e 2018 (gennaio/dicembre) di **€ 854.211,04**

### Ufficio di Piano.

Per quanto attiene alle seguenti voci verranno utilizzate le risorse relative alla gestione associata dei servizi per il funzionamento dell’Ufficio di Piano dell’ECAD 17, per il periodo luglio 2017/dicembre 2018, come di seguito riportato:

- quadro previsionale complessivo è pari ad **€ 119.578,16** suddiviso per:
  - Ufficio di Piano: costi del personale € 102.849,24
  - Costi di gestione: € 16.728,92

Nell’ottica della promozione del cosiddetto “secondo welfare”, l’Ambito distrettuale si impegnerà a favorire lo sviluppo del proprio sistema di welfare locale attraverso un ruolo proattivo nell’acquisizione di altre risorse, nonché di ulteriori servizi quali, ad esempio:

- i fondi INPS relativi alle prestazioni di servizi assistenziali, quali l’iniziativa “*Home Care Premium*”;
- il concorso e il contributo sia in termini di infrastrutture e patrimoni sia in termini finanziari da parte delle ASP (laddove presenti) al funzionamento del sistema locale dei servizi sociali;
- i fondi messi a disposizione da altri enti pubblici o dai privati, quali Fondazioni bancarie, banche, aziende, consorzi, etc.;
- i fondi derivanti da iniziative di innovazione;
- servizi offerti in attuazione della responsabilità sociale delle imprese;
- sviluppo dell’economia sociale;
- altre tipologie di risorse per il concorso al miglioramento del sistema dei servizi.

Attraverso il regolamento da allegare al Piano sociale distrettuale, l’Ambito distrettuale ha definito i servizi sociali e socio-sanitari che saranno soggetti al regolamento per l’accesso alle prestazioni sociali agevolate, in coerenza con la legislazione nazionale e regionale, secondo il metodo della progressività lineare, tenendo conto delle soglie di esenzione stabilite dall’atto di indirizzo. Attraverso una specifica proiezione di entrata, l’Ambito distrettuale ha quantificato nel piano finanziario previsionale le quote attese per l’erogazione delle prestazioni sociali agevolate, in apposito fondo denominato “Fondo per l’equità delle prestazioni sociali agevolate”, che sarà destinato al potenziamento dei servizi essenziali di cui all’Asse Tematico 1. La somma prevista è di **€ 20.000,00**.

Per gli anni 2017 (sei mesi) e 2018 si prevede una spesa complessiva per € 4.579.045,73, per l’erogazione dei servizi alla persona, ed € 108.849,60 per l’Ufficio di Piano istituito per la gestione ed il coordinamento del sistema integrato a livello di Ambito Sociale Distrettuale dell’ECAD 17 “*Montagna Pescaresc*”.

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

**QUADRO FINANZIARIO RIEPILOGATIVO DEL PIANO SOCIALE DISTRETTUALE DELL'AMBITO SOCIALE N. 17 "MONTAGNA PESCARESE" 2017/2018**

Assi Tematici	2017	2018	Costo totale previsto	Quota prevista per disabilità gravissima <sup>1</sup>
AT 1 - Attuazione degli obiettivi essenziali di servizio sociale	209.652,48	546.158,71	796.372,23	
AT 2 - Interventi e servizi per la non autosufficienza - AREA 2A Servizi finanziati dal FNNA	166.099,54	288.950,00	379.862,50	217.462,50
AT 2 - Interventi e servizi per la non autosufficienza - AREA 2B Interventi sanitari e socio-sanitari finanziati dal FNNA	92.000,00	184.000,00	276.000,00	
AT 3 - Strategie per l'inclusione sociale e il contrasto alle povertà	198.820,00	262.736,00	463.056,00	
AT 4 - Sostegno alla genitorialità e alle famiglie, nuove generazioni, prevenzione e contrasto alla violenza domestica	119.127,94	262.736,00	360.250,53	
AT 5 - Strategia per le persone con disabilità	381.376,55	713.518,69	992.830,44	
AT 6 - Strategia per l'invecchiamento attivo	287.880,00	574.874,00	869.769,20	
AT 7 - Strategie per lo sviluppo dei servizi educativi per la prima infanzia	92.500,00	185.000,00	277.500,00	
<b>TOTALE in valore assoluto (A)</b>	<b>€ 1.547.456,51</b>	<b>€ 2.996.359,80</b>	<b>€4.543.816,75</b>	<b>€ 217.462,50</b>
<b>Costi gestionali</b>				
Ufficio di Piano <sup>2</sup>	€ 30.282,84	€ 72.556,40	€102.849,24	
Spese di gestione <sup>2</sup>	€ 2.000,00	€ 14.728,92	€16.728,92	
<b>TOTALE in valore assoluto (B)</b>	<b>€ 32.282,84</b>	<b>€ 87.295,32</b>	<b>€119.578,16</b>	<b>€ 217.462,50</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO (A+B)</b>	<b>€ 1.579.739,35</b>	<b>€ 3.083.655,31</b>	<b>4.663.394,66</b>	<b>€ 217.462,50</b>

<sup>1</sup>La quota destinata alle persone con disabilità gravissima non deve essere percentualmente inferiore al 40% del costo totale previsto.

<sup>2</sup>Inferiore al 5% previsto dal PSR 2016/2018.

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

## **SEZIONE 8. ALLEGATI**

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