



**REGIONE LIGURIA**

**ASSESSORATO POLITICHE SOCIALI, TERZO SETTORE, COOPERAZIONE E SVILUPPO,  
POLITICHE GIOVANILI, PARI OPPORTUNITA'**

**PROPOSTA DI  
PIANO SOCIALE INTEGRATO REGIONALE  
2013-2015**

***29 MAGGIO 2013***



*“Se vuoi andare veloce, vai da solo.  
Se vuoi andare lontano, andiamo insieme”  
Proverbio africano*



## INDICE

Prefazione: le politiche sociali al tempo della crisi  
Metodologia di sviluppo del Piano  
Obiettivi di servizio in Liguria

### PARTE 1: AZIONI DI SISTEMA

- 1. Assetti istituzionali e organizzativi**
  - a. Ruolo della Conferenza dei Sindaci nel governo del sistema sociosanitario
  - b. Assetti politico istituzionali del Distretto e dell'Ambito Territoriale Sociale
  - c. Promozione della gestione associata dei servizi tra i Comuni
  - d. Assetti tecnico-organizzativi del Distretto e dell'Ambito Territoriale Sociale
  
- 2. Finanziamento dei servizi**
  - a. Finanziamento pubblico nazionale, regionale e comunale
  - b. Progettazione europea e altri partner per il finanziamento dei servizi
  - c. Il concorso economico delle famiglie: criteri di accesso e compartecipazione
  
- 3. Modalità operative e professionali per l'integrazione sociosanitaria**
  - a. Accesso al sistema integrato dei servizi e valutazione multidimensionale del bisogno
  - b. Corresponsabilità nella gestione integrata degli interventi e monitoraggio degli esiti
  - c. Sistema informativo integrato
  
- 4. Strumenti per la regolazione e il miglioramento della qualità del sistema integrato dei servizi**
  
- 5. Rapporti tra pubbliche amministrazioni locali e soggetti privati senza finalità di profitto**
  - a. L'apporto del Terzo Settore nella realizzazione del Piano
  - b. Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona e Fondazioni di Diritto Privato (ex IPAB) nel sistema di welfare regionale
  
- 6. Azioni trasversali e di supporto alla realizzazione degli obiettivi di Piano**
  - a. Formazione degli operatori del sistema dei servizi sociali e sociosanitari
  - b. Comunicazione e condivisione delle buone pratiche
  - c. Indicazioni per la redazione dei Piani di Distretto Sociosanitario
  - d. Monitoraggio e valutazione
  - e. Promozione delle Pari Opportunità
  
- 7. Sostegno e sviluppo delle professioni sociali**

## PARTE 2: AZIONI TEMATICHE

### 8. **Prevenzione e Sviluppo di comunità**

- a. Sistemi di sorveglianza della salute dei bambini, degli adolescenti e degli anziani
- b. Giovani protagonisti e consapevoli
- c. Invecchiamento attivo
- d. Servizi di prossimità: progetto di comunità per anziani
- e. Prevenire l'esclusione e la solitudine, promuovere comunità accoglienti
- f. Accessibilità e abbattimento delle barriere
- g. Sistema Educativo Integrato per la prima infanzia
- h. Interventi di sostegno alla maternità ed alla natalità
- i. Empowerment familiare e prevenzione dell'allontanamento del minore
- j. Agricoltura sociale

### 9. **Contrasto alla povertà e inclusione sociale**

- a. Interventi di comunità in risposta ai bisogni primari
- b. Sostegno al reddito attraverso l'attivazione sociale e l'accompagnamento al reinserimento
- c. Inserimento lavorativo integrato nel progetto individuale di assistenza e cura
- d. Pronto intervento sociale
- e. Servizi a bassa soglia
- f. Politiche abitative sociali: social housing e abitazioni protette
- g. Tutela del patrimonio immobiliare ai fini assistenziali

### 10. **Tutela dei minori, delle vittime, delle persone con fragilità sociale**

- a. La rete delle responsabilità nella tutela dei minori
- b. Assistenza agli adolescenti con problemi di salute psichica
- c. Accoglienza dei minori allontanati dalla famiglia d'origine
- d. Protezione e sostegno alle vittime di abuso maltrattamento e violenza
- e. Tutela giuridica e sociale nel rapporto con l'Autorità Giudiziaria

### 11. **Politiche per la Non Autosufficienza**

- a. Dote di cura per soggetti non autosufficienti
- b. Dimissioni protette: integrazione tra ospedale-territorio e tra sistemi pubblico e privato di continuità assistenziale
- c. Modello integrato sociosanitario per la residenzialità e semiresidenzialità
- d. Differenziazione dell'offerta nella filiera dei servizi per la disabilità

*ALLEGATO 1: ASSETTI ISTITUZIONALI TERRITORIALI*

*ALLEGATO 2: CRONOPROGRAMMA GENERALE*

## **Prefazione: le politiche sociali al tempo della crisi**

*In tempo di crisi, le politiche di welfare vivono il rischio maggiore perché non sono considerate politiche produttive, ma solo risposte costose a problemi che possono anche risolversi autonomamente, o ai quali può pensare la sussidiarietà orizzontale, ovvero una rinnovata filantropia del dono. Da alcuni decenni assistiamo ad un cambiamento delle prospettive di aiuto: non ci troviamo più di fronte a supporti di tipo assistenzialistico, ma a politiche di promozione dei diritti e di affiancamento attivo alle fragilità; prospettive culturalmente avanzate, tuttavia obiettivi irraggiungibili per la mancanza di risorse economiche e umane.*

*Abbiamo quindi bisogno di ripensare lo Stato Sociale in maniera più dinamica, forse anche di alleggerirlo, ma comunque di salvaguardarlo come un servizio stabile e universalistico, seppur con criteri selettivi a favore dei più deboli. L'obiettivo si può raggiungere se si riflette nell'ottica di utilizzare le politiche sociali per far ripartire la crescita, mentre diminuire le risorse sia sociali che sanitarie, destinate al sistema dei servizi alle persone, deprime ulteriormente l'economia e peggiora le condizioni di vita dei cittadini.*

*Ridurre pesantemente le politiche sociali e più in generale il welfare vuol dire rinunciare a posti di lavoro diffusi sul territorio e accessibili ad una vasta platea di giovani e di donne. Le politiche sociali sono anche un agente di sviluppo locale e sono un potente, rapido e diffuso strumento di aumento dell'occupazione sul territorio. Restringere il loro budget significa ridurre l'occupazione nel settore non profit e anche nelle imprese, producendo effetti negativi nei territori, particolarmente in quelli più deboli.*

*La divisione tra politiche sociali e politiche sanitarie ha articolato i settori di intervento in maniera innaturale, particolarmente per il sociosanitario, dove per rimuovere i problemi è necessario intervenire in maniera congiunta. Va ripensata quindi la struttura organizzativa dei sistemi, in termini di integrazione sociosanitaria, di risanamento della finanza pubblica, di diversa distribuzione delle risorse, innovazione nelle procedure erogative dei servizi, dedicando maggior attenzione agli aspetti della prevenzione, promozione di sani stili di vita, tutela dei diritti delle persone più vulnerabili.*

*Il rischio che stiamo correndo è quello di sacrificare i principi di fondo del nostro sistema di welfare: è più semplice tagliare intere aree di intervento piuttosto che intervenire su una revisione e riprogettazione del sistema che metta in discussione risorse della sanità e della previdenza.*

*Lo stato di crisi che stiamo attraversando può diventare una importante occasione per impegnarsi a liberare energie e risorse da destinare ad un'offerta migliore e più adeguata a reggere l'impatto di questa situazione. Le politiche sociali hanno bisogno di ridefinire il proprio profilo: le difficoltà economiche permettono di rispondere solo ai bisogni essenziali, sostenere i più deboli con appropriatezza di intervento, mentre inerzie e individualismi non trovano più spazio nello scenario dei servizi alla persona. Tutto ciò richiede chiarezza di analisi della realtà e puntuale individuazione delle azioni da intraprendere per rendere sostenibile il sistema.*

*Lo Stato non ha individuato ad oggi per i servizi sociali i "livelli essenziali" e quindi i "diritti soggettivi" esigibili, ma le Regioni hanno lavorato molto su questo piano, individuando sostenibili obiettivi di servizio in Liguria", come primo possibile step verso i Livelli Essenziali di Assistenza Sociale (vedi capitolo dedicato).*

*La nuova pianificazione nazionale e regionale in materia di politiche di Welfare, deve incorporare la nozione di rinnovamento anche attraverso la necessaria manutenzione di ciò che è in atto, qualche volta disordinato e meritevole di verifiche di efficacia. Uno scopo di questo Piano potrà essere proprio quello di riallocare l'esistente all'interno degli Obiettivi di Servizio, attraverso una revisione dell'offerta dove Amministratori, Direttori di Distretto Sociale e Operatori dei servizi, si misureranno nel procedere ad un'analisi e ad una ricerca continua del "miglioramento", anche sotto il profilo della sostenibilità economica.*

*Questo percorso dovrà essere sostenuto da alleanze e patti tra i diversi livelli istituzionali, tra i livelli politico e tecnico e tra pubblico e privato. In questa direzione il Piano investe nel rafforzamento dei processi di governance dove la Regione assume i propri impegni di programmazione e non di gestione e accompagna il rafforzamento dei livelli istituzionali di governo a livello decentrato. Significa confronto costante tra enti che condividono responsabilità, dal livello nazionale, quindi di stretto raccordo con i Ministeri, al livello territoriale, con i Comuni erogatori dei servizi, sia in forma associata attraverso gli Ambiti Territoriali, sia attraverso i Distretti Sociosanitari.*

*Accanto alla razionalizzazione e al ridisegno del welfare deve convivere un obiettivo determinante: lo sviluppo del capitale sociale che attraverso la sussidiarietà orizzontale, assume un ruolo centrale nelle comunità locali, per risolvere i problemi della quotidianità, soprattutto a favore dei cittadini meno abbienti ed emarginati, lasciando al sistema pubblico la competenza esclusiva sui livelli essenziali di assistenza, sulle politiche educative, formative, occupazionali e abitative.*

*La cura dei beni comuni e la coesione sociale sono obiettivi percorribili grazie all'impegno del Terzo Settore, delle forze sociali e delle organizzazioni rappresentative dei cittadini ed alla ripresa della partecipazione dei Cittadini.*

*Ancora oggi, un punto particolarmente critico è quello dell'integrazione sociosanitaria. Molti fattori, non ultimo quello della separatezza della spesa e della mancanza di un reale obiettivo di salute a fronte di un più ristretto obiettivo di cura, hanno reso difficile la pratica dell'integrazione tra sanità e sociale con l'enorme divario nelle risorse disponibili, la frammentazione delle competenze, le difficoltà legate al reciproco riconoscimento delle professionalità, la scarsa considerazione di un lavoro di cura anche familiare che non consiste nella somministrazione di farmaci o di azioni mediche, ma nella tutela della persona.*

*La strada dei percorsi personalizzati, della presa in carico multi professionale non è facile e chiede continui adattamenti anche professionali, ma è l'unica che può promuovere il mantenimento delle persone nella loro comunità di appartenenza, anche con diverse gradualità che non ignorano forme di residenzialità sostenibili e di qualità.*

*L'alleanza tra sistema sociale e sanitario è vantaggiosa per tutti: consente di moltiplicare gli effetti della spesa pubblica per il welfare. Basti pensare alle esperienze di molte regioni, ad esempio Emilia Romagna, Veneto e la stessa Liguria in materia di servizi e prestazioni per la non autosufficienza.*

*Non bisogna cadere nell'errore di considerare che le politiche sociali sono rilevanti in quanto complementari alle politiche sanitarie, ma in quanto sistema di contrasto alle diverse forme di deprivazione, mezzo per migliorare le condizioni di vita della persona e delle famiglie, promotori di responsabilità, motore di sviluppo per le Comunità locali. Questo principio è dimostrato anche sotto il profilo scientifico, perché i Paesi più sviluppati, con le migliori condizioni di vita riducono le diseguaglianze economiche e sociali portando alla crescita del Pil e ad un uso più appropriato dei servizi sanitari.*

*Appartengono a queste riflessioni i nuovi approcci alle teorie della felicità sociale, analisi che vanno alla ricerca di indicatori adeguati per valutare il benessere dei diversi Paesi, indicatori che diventano fondamentali per indirizzare i modelli di sviluppo economico. Il Pil, come indicatore di benessere è del tutto incompleto, se non addirittura fuorviante; in un Paese in crisi economica, l'infelicità dei cittadini, intesa come disaffezione/depressione, peggiora non solo le relazioni sociali, ma l'intero contesto economico produttivo del Paese stesso.*

*E' evidente, però, che un approccio di questo tipo non appartiene alla società e allo Stato italiano, perché un welfare sempre meno incentrato sui trasferimenti monetari, mentre oggi la spesa sociale in servizi è intorno ai 7 miliardi di euro, contro quella dei trasferimenti economici che vanno dall'assegno sociale all'indennità di accompagnamento, supera i 16 miliardi.*

*C'è bisogno di più sociale nei modelli di sviluppo socio-economico. E' necessario pertanto ritenere non sufficiente lo sguardo ai mercati e all'industria, per la crescita del nostro Paese, ma adottare un nuovo modello di sviluppo sostenibile, fondato sul principio della sussidiarietà, della solidarietà, sulla crescita qualitativa, piuttosto che quantitativa, ancorato ai territori, fondato sulla responsabilità diffusa di Istituzioni, Imprese e Cittadini.*

*A questo si aggiunge un altro grande obiettivo riportare le Politiche sociali all'interno del sistema socio-economico, al mondo del lavoro e della produzione, come peraltro suggerisce l'OCSE. Le Imprese entrano nel sistema del welfare, attivando al proprio interno, con il sostegno e la regia delle Istituzioni, sperimentazioni di servizi con finalità sociali.*

*Il tema della compartecipazione alla spesa richiede un nuovo confronto, non solo con le parti sociali (organizzazioni sindacali e di tutela), ma anche con un supporto scientifico che ci aiuti a trovare la migliore articolazione possibile tra i diversi attori in gioco nel welfare: stato/mercato/famiglia/terzo settore.*

*Non si può ignorare la spesa privata dei cittadini per l'assistenza, rispetto alla quale il soggetto pubblico deve assumere responsabilità di orientamento. Ciò comporta la riorganizzazione del mercato del lavoro ed in*



*particolare del lavoro di cura, che continuerà ad essere garantito, con un minore affidamento sulle reti familiari, ma con regole diverse, che devono fare emergere il lavoro sommerso ed il lavoro svolto senza alcun riconoscimento dai membri della famiglia, con particolare riferimento alle donne.*

*La scelta europea 2014/2020 individua insieme alle Politiche attive del Lavoro - orientamento, formazione e occupazione- anche una lotta serrata all'esclusione sociale e, a questi temi, dedica per l'Italia il 20% del Fondi Europei, intorno a 5 miliardi, affinché siano sviluppate politiche di inclusione, che non si limitano ad agevolare l'accesso al lavoro anche dei più fragili, ma invitano i Paesi a creare opportunità e misure che migliorino le condizioni di vita: dalla casa, ai trasporti, alla salute al benessere personale e familiare.*

*Tutto ciò significherà per il nuovo Governo prepararsi ad affrontare un diverso modello di sviluppo, che includa, sia il rispetto ai funzionamenti personali che una nuova visione del lavoro di cura, valorizzandolo in termini di riconoscimento e di mercato.*

*A questo si deve aggiungere il consolidamento degli Obiettivi di servizio, ovvero di politiche sociali di supporto alla persona e alla famiglia come sopra ricordato, da affiancare alla formazione e al lavoro per rispondere con efficacia alla strategia europea 2020. Tutto questo deve significare anche un rinnovamento e rivitalizzazione della sussidiarietà orizzontale, non si possono aggiudicare servizi sociali e servizi di cura al massimo ribasso, ma si deve valorizzare qualità, organizzazione e professionalità dell'offerta, instaurando con i soggetti che collaborano al sistema rapporti contrattuali che siano più improntati alla costruzione di un disegno comune che alla sola esternalizzazione di attività in regime di risparmio. La recente legge regionale "Testo Unico delle norme sul Terzo Settore" rappresenta uno strumento in questa direzione.*

*Il problema delle nuove politiche sociali, non può essere affrontato in termini semplicistici. E' vero che il livello di benessere che uno Stato può permettersi dipende in larga parte dalla sua condizione economica, ma la spesa per il welfare, considerando sia le componenti pubbliche, che quelle private, entrambe componenti del Pil, è di fatto in crescita in quasi tutti i paesi europei, come se fosse incomprimibile, perché rispondente a bisogni primari. Quello di cui si discute maggiormente è la ripartizione tra pubblico e privato delle spese di welfare o come si disciplina la compartecipazione dei cittadini. Affrontiamo questi problemi, non con la timidezza di ieri, discutiamone nell'ottica della condivisione, del partenariato, della corresponsabilità.*

**Lorena Rambaudi**

**Assessore Politiche Sociali, Terzo Settore, Cooperazione e Sviluppo, Politiche Giovanili, Pari Opportunità**

## Metodologia di sviluppo del Piano

### ***Le parole chiave della governance***

#### **1. Alleanza tecnico-politica**

Il Piano è stato il risultato di un costante presidio tecnico-politico:

- politico, attraverso la revisione delle bozze da parte della Cabina di Regia, le periodiche consultazioni con le rappresentanze istituzionali, le presentazioni delle bozze ai Comitati dei Sindaci di Distretto;
- tecnico, attraverso il lavoro del Gruppo di Piano Regionale e dei Gruppi di Redazione delle Schede-Azioni.

#### **2. Patto tra sociale e sanitario**

Della Cabina di Regia hanno fatto parte gli assessori regionali alle Politiche Sociali e alla Salute; Del Gruppo di Piano hanno fatto parte:

- funzionari regionali dei servizi sociali e dell'Agenzia Regionale Sanitaria
- Direttori di Distretto Sociale, un Direttore Generale di ASL, un direttore di Dipartimento Cure Primarie di Asl

Dei Gruppi di redazione hanno fatto parte operatori dei servizi sociali e sociosanitari territoriali.

L'integrazione sociosanitaria è obiettivo trasversale di Piano, integrazione organizzativa, finanziaria, operativa.

#### **3. Intesa tra pubblico e privato**

Della Cabina di Regia hanno fatto parte assessori regionali e comunali, rappresentanti del Terzo Settore e delle Organizzazioni Sindacali

Dei gruppi di redazione hanno fatto parte operatori dei servizi pubblici e privati territoriali.

#### **4. Partecipazione coordinata e decentrata**

Coordinato a livello regionale attraverso la Cabina di Regia Politica e il Gruppo di Piano; decentrato a livello distrettuale, attraverso le consultazioni dei Comitati dei Sindaci di Distretto e i Gruppi territoriali di redazione. Hanno partecipato alla redazione circa 400 operatori.

#### **5. Coinvolgimento attivo e responsabilità condivisa**

I 39 gruppi di redazione restano attivamente coinvolti nel raggiungimento degli obiettivi di Piano, direttamente responsabili della realizzazione dell'azione proposta o soggetto responsabile del monitoraggio e/o della formazione-informazione ai soggetti attuatori.

#### **6. Mainstreaming e trasversalità tematica**

Le azioni di Piano rispondono a bisogni sociali e sono trasversali rispetto alle categorie di utenza. Ogni cittadino può accedere al sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari, a prescindere dall'appartenenza. Le Politiche Sociali e Sociosanitarie del Piano si intersecano attivamente con le Politiche Sanitarie, dell'Immigrazione, del Lavoro, della Formazione, Abitative, Culturali della Regione Liguria, attraverso la massima collaborazione tra i diversi settori regionali.

#### **7. Monitoraggio e verifica**

Ogni scheda-azione riporta una tabella con gli esiti previsti e verificabili; il monitoraggio del Piano si realizza attraverso un costante e diffuso presidio.

**Fasi, azioni e tempi di redazione del Piano**

<b>FASE</b>	<b>AZIONI</b>	<b>TEMPI</b>
Condivisione del metodo	Proposta ai referenti politici e tecnici dei Comuni della Liguria	ottobre 2011
Individuazione di un gruppo politico con funzioni di regia	Definita <b>Cabina di Regia politica regionale</b>	novembre 2011
Individuazione di un gruppo tecnico con funzioni di gestione del processo	Definito <b>Gruppo di Piano regionale</b>	novembre 2011
Individuazione referenti politici e tecnici territoriali	Definizione dei referenti politici territoriali: Comitati di Distretto Sociosanitario Definizione dei referenti tecnici per la redazione delle singole azioni	aprile 2012
Stesura dell'indice	Proposta di indice: selezione degli assi tematici e delle azioni di piano: azioni di sistema e azioni tematiche	aprile 2012
Elaborazione del modello di scheda-azione di piano	Proposta di modello di scheda-azione con legenda	aprile 2012
Validazione dell'indice e del modello di scheda	Attività di consultazione a livello regionale e a livello territoriale <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comuni (ANCI-Federsanità, Presidenti Conferenze dei Sindaci e Comitati dei Distretti Sociosanitari)</li> <li>• Organizzazioni sindacali</li> <li>• Terzo settore</li> <li>• Aziende Sanitarie Locali</li> </ul>	aprile-maggio 2012
Redazione della prima versione di Schede-Azioni di Piano	Invio documentazione dalla Regione ai Referenti delle azioni	maggio-luglio 2012
	Definizione dei gruppi di redazione territoriali e regionali e organizzazione incontri	
	Redazione della prima versione di schede- azioni di Piano da parte dei gruppi	
Redazione della proposta di PSIR	Analisi delle schede-azioni e redazione di schede sintetiche da parte del Gruppo di Piano	agosto-ottobre 2012
	Revisione e validazione delle schede-azioni da parte della Cabina di Regia Politica Regionale Redazione delle sezioni introduttive e conclusive da parte del Gruppo di Piano Regionale	ottobre 2012- febbraio 2013
Presentazione della proposta di Piano	Attività di consultazione a livello regionale e a livello territoriale: <ul style="list-style-type: none"> <li>• incontri territoriali e con Anci sul tema degli assetti istituzionali e dell'associazionismo comunale</li> <li>• invio bozza di Piano a: Anci Liguria, Forum Terzo Settore, Organizzazioni Sindacali, Consulta Regionale Handicap, Consulta Regionale Famiglia, Direzioni Generali ASL, Organizzazioni Regionali Enti Gestori</li> </ul>	Febbraio 2013- maggio 2013
Delibera di Giunta di proposta PSIR 2013-2015 al Consiglio Regionale	Presentazione della Proposta di Piano alla Giunta Regionale Avvio iter Consigliare	Giugno 2013

## **Gli attori dello PSIR**

Lo PSIR è il risultato del lavoro dei seguenti organismi:

- la Cabina di Regia Politica Regionale
- il Gruppo di Piano Regionale
- i Gruppi di Redazione delle singole schede-azioni

### **Cabina di Regia Politica Regionale**

- Assessore Regionale alle Politiche Sociali
- Assessore Regionale alla Salute
- 5 presidenti delle Conferenze dei Sindaci (o assessori delegati)
- 3 Portavoce Forum Regionale del Terzo Settore
- 3 rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali

### **Gruppo di Piano Regionale**

#### **Nucleo fisso**

- Direttore del Dipartimento Salute e Servizi Sociali Regione Liguria
- Dipartimento Salute e Servizi Sociali Regione Liguria: Daniela Mortello, Ines Zaccaron, Claudia Telli, Cinzia Catzeddu
- ARS Agenzia Regionale Sanitaria Liguria: Roberto Carloni
- Federsanità Anci Liguria: Emanuela Fracassi

#### **Nucleo mobile**

- Conferenze dei Sindaci: Isabella Berrino, Direttore Sociale Distretto Ventimigliese; Claudia Lanteri, Direttore Sociale Distretti Genovesi; Valeria Valleri - Maura Meschi, Direttore Sociale Distretto Chiavarese; Stefania Branchini, Direttore Sociale Distretto Spezzino; Walter Ziliani, Direttore Sociale Distretto Savonese
- Aziende Sanitarie Locali: Paolo Cavagnaro, Direttore Generale ASL 4, Stefania Silvano Direttore Dipartimento Cure Primarie e Attività distrettuali ASL 5
- Ordine Assistenti Sociali: Paola Cermelli, Romina Ciaccia

### **Gruppi di Redazione delle schede-azioni**

Lo sviluppo e redazione delle schede-azioni è stato affidato sia a gruppi regionali, con partecipanti provenienti da tutti territori, sia a gruppi territoriali.

Ogni gruppo di redazione era guidato da un responsabile (vedi tabella di seguito), che in base al tema dell'azione ha coinvolto:

- rappresentanti dei Distretti Sociosanitari, degli Ambiti Territoriali Sociali, delle Aziende Sanitarie Locali
- rappresentanti del Terzo Settore, delle Organizzazioni Sindacali, dell'Ordine degli Assistenti Sociali
- esperti territoriali

Ogni gruppo, si è riunito numerose volte ed ha elaborato una proposta di scheda-azione sulla base del modello riportato di seguito, come base di lavoro per la discussione politica in Cabina di Regia.

Nell'allegato 2 sono indicati gli attuali referenti di ogni Azione di Piano, a cui faranno riferimento i gruppi di redazione, responsabili della realizzazione dell'azione proposta, del monitoraggio e/o della formazione/informazione ai soggetti attuatori.

**ASSESSORATO POLITICHE SOCIALI, TERZO SETTORE, COOP. SVILUPPO, POLITICHE GIOVANILI, PARI OPPORTUNITA'**  
**PIANO SOCIALE INTEGRATO REGIONALE LIGURIA 2013-2015**

**Responsabili dei gruppi di redazione**

COGNOME	NOME	AZIONE/I	ENTE	RUOLO
Ascheri	Patrizia	10.d	DSS 4	Direttore Sociale
Auteri	Giorgia	4	ARS (Agenzia Sanitaria Regionale)	Dirigente
Barbiroglio	Elisabetta	11.a	ASL 4	Direttore Sanitario DSS 15
Bergonzo	Silvana	3.a; 3.b	DSS 3	Direttore Sociale
Berrino	Isabella	3.a; 3.b	DSS 1	Direttore Sociale
Branchini	Stefania	1.a; 8.e	DSS 18	Direttore Sociale
Burlando	Liana	10.c	Comune di Genova	Referente Azione
Calderino	Emilia	10.b	ASL 2	Direttore distretto sanitario DSS 7 SV
Carlioni	Roberto	8.a	ARS (Agenzia Sanitaria Regionale)	Dirigente
Carpanini	Barbara	9.a	Comune di Genova	Responsabile U.O. inclusione sociale e relazioni con il Territorio
Catzeddu	Cinzia	2.c; 9.b; 9.c	Regione Liguria	Funzionario Servizio Famiglia, Minori, Giovani, Pari Opportunità e Servizio Civile
Certo	Maria	6.e	Regione Liguria	Funzionario Servizio Famiglia, Minori, Giovani, Pari Opportunità e Servizio Civile
Conni	Filippo	8.j	Regione Liguria	Funzionario Servizio Pianificazione Programmazione Politiche Sociali Integrate
Costa	Maria Grazia	2.b	DSS 14	Direttore Sociale
Diena	Giuseppina	8.c;11.a	DSS 16	Direttore Sociale
Folco	Nicoletta	8.d	DSS 5	Direttore Sociale
Formato	Marco	6.a	DSS 19	Direttore Sociale
Fracassi	Emanuela	1.c; 3.c	Federsanità Anci Liguria	Delegata Federsanità nell'Ufficio di Piano Regionale;
Genesin	Doris	8.b	Regione Liguria	Funzionario Servizio Famiglia, Minori, Giovani, Pari Opportunità e Servizio Civile
La Rocca	Maurizio	5.a	Regione Liguria	Funzionario Servizio Pianificazione Programmazione Politiche Sociali Integrate
Lanteri	Claudia	gruppo di Piano	Comune di Genova	Direttore Sociale DSS 9 e 13
Mortello	Daniela	1.b;1.d; 2.a 5.b; 7; 11.c; 11.d	Regione Liguria	Dirigente Servizio Pianificazione Programmazione Politiche Sociali Integrate
Neri	Maria	10.a	DSS 12	Direttore Sociale
Santolamazza	Letizia	9.d; 9.e	Comune di Genova	Dirigente
Telli	Claudia	9.f 9.g 11.b	Regione Liguria	Settore Politiche Sociali integrate
Tempesti	Patrizia	10.d	DSS 17	Direttore Sociale
Vettorato	GianPaolo	3.a; 3.b	DSS 2	Direttore Sociale
Zaccaron	Ines	7; 8.g; 8h; 8i	Regione Liguria	Dirigente Servizio Famiglia, Minori, Giovani, Pari Opportunità e Servizio Civile
Ziliani	Walter	10.e	DSS 7	Direttore Sociale

***Gli strumenti di lavoro: le schede-tipo***

Le azioni di Piano sono state sintetizzate in schede-tipo organizzate in finalità, attività ed esiti, come nello schema che segue. Ogni scheda è stata oggetto di un approfondito percorso di confronto, revisione e validazione politica e tecnica da parte della Cabina di Regia Politica e da parte del Gruppo di Piano allargato.

***Format scheda-azione sintetica***

<b>NUM</b>	
<b>AZIONE</b>	
<b>Finalità</b>	•
<b>Attività</b>	1.

<b>ESITI</b>	<b>Soggetto Responsabile</b>
Revisione normativa	
Provvedimenti amministrativi - Schema-tipo - documenti di indirizzo	
Piani Locali, Settoriali, Tematici	
Formazione	
Indagini-Ricerche	
Sperimentazione di nuovi servizi	
Riorganizzazione dei servizi territoriali	
Comunicazione Informazione	

Le schede sintetiche riportate nel Piano sono un estratto di schede analitiche elaborate dai Gruppi di Redazione, sulla base del format di seguito presentato. Le schede analitiche e la documentazione relativa sono riportate integralmente nel sito della Regione Liguria.

**Format scheda-azione per i gruppi di redazione**

	<b>Legenda</b>	<b>Max Caratteri</b> (spazi inclusi)
<b>Azione</b>	<i>Titolo e numero dell'azione</i>	
<b>Finalità</b>	<i>Indicare lo scopo generale per cui si implementa l'azione.</i>	300
<b>Situazione di partenza</b>	<i>Descrivere lo stato dell'arte fornendo eventuali informazioni quantitative sull'offerta e sulla domanda.</i>	1000
<b>Obiettivi operativi</b>	<i>Gli obiettivi operativi possono essere definiti come risultati futuri, misurabili, che si prevede di conseguire entro un determinato tempo</i>	600
<b>Destinatari finali</b>	<i>Specificare i beneficiari dell'azione (tipologia di utenza, classe di età, tipologia di operatori)</i>	
<b>Attività</b>	<i>Descrivere le fasi di intervento e le attività previste nel triennio di vigenza del Piano</i>	1000
<b>Referenti/ Soggetti</b>	<i>Chi ha responsabilità sull'azione.</i>	
<b>Risorse e strumenti</b>	<i>Definire i costi da sostenere, le fonti finanziarie, le risorse logistiche, strumentali e umane, in relazione alle fasi di intervento.</i>	
<b>Tempi</b>	<i>Indicare il cronoprogramma in relazione alle singole fasi di intervento/attività</i>	
<b>Fattori di resistenza</b>	<i>Indicare eventuali difficoltà da superare, in termini di vincoli, criticità e resistenze al cambiamento</i>	
<b>Output/ Prodotti</b>	<i>Indicare i risultati concreti da raggiungere nel triennio, in relazione agli obiettivi operativi, in termini di esito fattuale, normativa, protocollo, servizio, software, corso di formazione</i>	
<b>Benefici previsti per i destinatari</b>	<i>Specificare i benefici per i destinatari finali, in particolare per la popolazione generale</i>	
<b>Indicatori di risultato</b>	<i>Indicare, se pertinente, risultati quantitativi, riferiti alla popolazione generale</i>	
<b>Documentazione</b>	<i>Elencare tutta la documentazione utilizzata durante la redazione della scheda, di interesse generale e di approfondimento del tema</i>	
<b>Data aggiornamento</b>	<i>Indicare ogni volta l'ultimo aggiornamento</i>	

## Obiettivi di servizio in Liguria

La Conferenza delle Regioni, attraverso la Commissione Politiche Sociali, coordinata dalla Regione Liguria, ha perseguito l'obiettivo di elaborare un documento condiviso per la definizione di Macro Livelli - Obiettivi di Servizio, primo possibile step per la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza Sociale.

Il finanziamento del Fondo Nazionale Politiche Sociali, inserito con emendamento nella legge di stabilità 2013, ha visto nell'intesa della Conferenza Unificata del 24 gennaio 2013, il vincolo di utilizzo del Fondo per i macrolivelli e obiettivi di servizio sintetizzati nella tabella sottostante.

MACRO LIVELLO	OBIETTIVI DI SERVIZIO	AREE DI INTERVENTO		
		RESPONSABILITA' FAMILIARI (SINBA) <sup>1</sup>	DISABILITA' E NON AUTOSUFF. (SINA) <sup>2</sup>	POVERTA' ED ESCLUSIONE SOCIALE (SIP) <sup>3</sup>
1 SERVIZI PER L'ACCESSO E LA PRESA IN CARICO DA PARTE DELLA RETE ASSISTENZIALE	ACCESSO <sup>4</sup>	X	X	X
	PRESA IN CARICO <sup>5</sup>	X	X	X
	PRONTO INTERVENTO SOCIALE <sup>6</sup>			X
2 SERVIZI E MISURE PER FAVORIRE LA PERMANENZA A DOMICILIO	ASSISTENZA DOMICILIARE <sup>7</sup>	X	X	X
	SERVIZI PROSSIMITA' <sup>8</sup>		X	X
3 SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA E SERVIZI TERRITORIALI COMUNITARI	ASILI NIDO E ALTRI SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA <sup>9</sup>	X		
	CENTRI DIURNI E ALTRI SERVIZI TERRITORIALI COMUNITARI <sup>10</sup>	X	X	X
4 SERVIZI TERRITORIALI A CARATTERE RESIDENZIALE PER LE FRAGILITA'	COMUNITA'/RESIDENZE A FAVORE DEI MINORI E PERSONE CON FRAGILITA' <sup>11</sup>	X	X	X
5 MISURE DI INCLUSIONE SOCIALE – SOSTEGNO AL REDDITO	INTERVENTI/MISURE PER FACILITARE INCLUSIONE E AUTONOMIA <sup>12</sup>	X	X	X
	MISURE DI SOSTEGNO AL REDDITO <sup>13</sup>	X	X	X

### Legenda

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

I macrolivelli e obiettivi di servizio di cui sopra sono una sintesi e semplificazione di un lavoro più approfondito già approvato dalla Commissione Politiche Sociali in data 6 luglio 2011 e valutato in Conferenza dei Presidenti delle Regioni il 6 ottobre 2011 e condiviso con ANCI nazionale. Di seguito vengono riportate le tabelle integrali, in cui si riconosce la Regione Liguria, sia rispetto alle priorità individuate, sia in relazione ai target a cui tendere.