

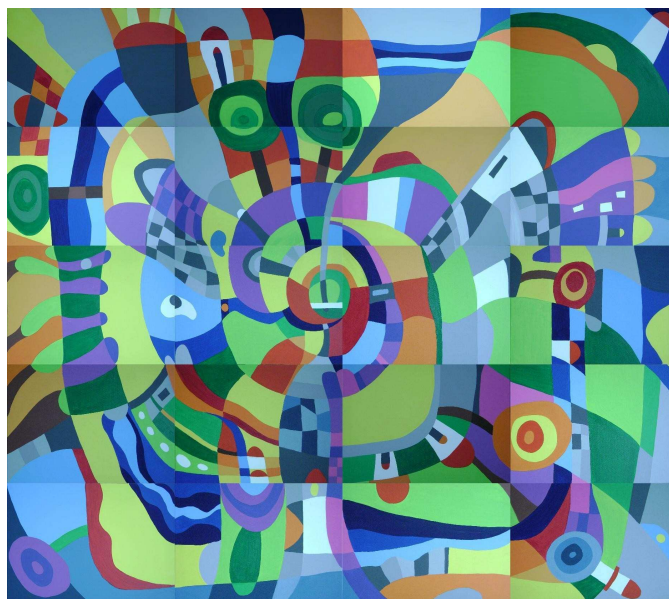


CITTÀ DI CIVIDALE DEL FRIULI
AMBITO DISTRETTUALE DEL CIVIDALESE

Comuni di Buttrio, Cividale del Friuli, Corno di Rosazzo, Drenchia, Grimacco, Manzano, Moimacco, Premariacco, Prepotto, Pulfero, Remanzacco, San Giovanni al Natisone, San Leonardo, San Pietro al Natisone, Savogna, Stregna, Torreano

Servizio Sociale dei Comuni

PIANO DI ZONA, TRIENNIO 2013-2015



approvato dall'Assemblea dei Sindaci nella seduta del 18 dicembre 2012

Il presente Piano di Zona, triennio 2013-2015 è stato approvato dall'Assemblea dei Sindaci nella seduta del 18 dicembre 2012 e sarà oggetto della sottoscrizione dell'Accordo di programma di cui all'art. 24, della L.R. 6/2006.

Il documento, in linea con le disposizioni regionali e dell'Assemblea dei Sindaci, è stato elaborato dall'Ufficio di direzione e programmazione, in collaborazione con l'Ufficio di Piano, con il supporto tecnico operativo del dott. Paolo Molinari e della dott.ssa Anna Zenarolla (IRES di Udine) e dell'a.s. dott. Elisa Spadoni (IRSSeS di Trieste). I contenuti sono frutto del lavoro svolto tra Servizio Sociale dei Comuni, Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 "Medio Friuli" (Distretto Sanitario e Dipartimenti), Soggetti istituzionali e non istituzionali, Tavoli di consultazione.

INDICE

	Pag.
CAPITOLO 1 - IL PROFILO DI COMUNITÀ	4
1.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO	4
1.1.1 – Le dinamiche demografiche	
1.1.2 – Il contesto economico e il mercato del lavoro	
1.2. I BISOGNI DELLA POPOLAZIONE	12
1.3 I SERVIZI E LE RISORSE DISPONIBILI	15
1.4 IL QUADRO INTERPRETATIVO	16
CAPITOLO 2 - LA GOVERNANCE DEL PROCESSO DI PIANIFICAZIONE	18
CAPITOLO 3 - AZIONI DI SISTEMA	21
3.1 AZIONI DI SISTEMA: SOCIALI	
3.2 AZIONI DI SISTEMA: SOCIO-SANITARIE	
CAPITOLO 4 - AREE DI INTERVENTO: OBIETTIVI STRATEGICI, PRIORITÀ DEL PDZ, AZIONI, TEMPI E RISORSE	37
4.1 AREA MINORI E FAMIGLIA	37
4.2 AREA DISABILITA'	46
4.3. AREA ANZIANI	52
4.4. AREA DIPENDENZE E SALUTE MENTALE	60
4.5. AREA POVERTA', DISAGIO ED ESCLUSIONE SOCIALE	65
CAPITOLO 5 – LE RISORSE DEL PDZ	70
CAPITOLO 6 – IL MONITORAGGIO, LA VERIFICA E LA VALUTAZIONE DEL PDZ	75
CAPITOLO 7 – IL PROGRAMMA ATTUATIVO ANNUALE	76
ALLEGATI:	
1) Nomenclatore degli interventi e dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari	
2) Scheda anagrafica del SSC	
3) La governance del processo di pianificazione e la pianificazione congiunta nelle aree di integrazione sociosanitaria (ob. 1 e 2 anno 2012): incontri, partecipanti, tempi, ore impiegate	
4) Allegato ob. 3 – Indicatori sulle prestazioni del SSC Ambito distrettuale del Cividalese	

CAPITOLO 1 - IL PROFILO DI COMUNITÀ

1.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

1.1.1 – Le dinamiche sociodemografiche

La popolazione complessiva dell'Ambito distrettuale del Cividalese registra nel corso degli ultimi dieci anni una crescita di molto inferiore rispetto a quella rilevata a livello provinciale e dei restanti contesti territoriali dell'ASS n.4 Medio Friuli (circa 3 punti percentuali in meno rispetto al territorio dell'ASS 4 e di 2 punti rispetto al dato complessivo provinciale). La tab. 1 evidenzia gli scostamenti rilevati ai censimenti generali della popolazione relativi all'anno 2001 e 2011. Il dato relativo agli ultimi cinque anni (2006 – 2010) conferma questo andamento generale del decennio: la lieve crescita, seppur meno significativa di quella rilevata a livello provinciale, registra un'inversione di tendenza nell'ultimo anno: con riferimento al 2010, infatti, si registra un saldo demografico totale negativo e un decremento di residenti rispetto al 2009. A fronte di una crescita complessiva della popolazione, sia pur inferiore rispetto ad altri contesti, si registra complessivamente una crescita elevata delle famiglie, con differenze lievi rispetto al contesto territoriale dell'ASS 4 e provinciale. La tendenza è generale sia a livello nazionale che regionale e va interpretata assieme al dato relativo al numero medio dei componenti per famiglia che si è ulteriormente ridotto. Tutto ciò è conseguenza dei mutamenti delle strutture familiari dovuti ai cambiamenti demografici, sociali ed economici della nostra società: tendono a diminuire le famiglie numerose e a crescere le famiglie uni personali, anche in conseguenza del progressivo invecchiamento della popolazione. Il dato relativo all'Ambito evidenzia comunque una forte nuclearizzazione delle famiglie più elevata rispetto ad altri contesti.

Le dinamiche della popolazione risultano differenziate nelle diverse zone dell'Ambito: una costante flessione caratterizza i comuni delle Valli del Natisone; nel triangolo della sedia subiscono un decremento della popolazione i comuni di Manzano e Corno di Rosazzo, mentre cresce il comune di San Giovanni; cresce la popolazione di Cividale del Friuli fino al 2009 per poi registrare una flessione nel 2010; positivo resta invece l'andamento dei comuni della cintura esterna, di questi, i comuni di Remanzacco e di Moimacco sono gli unici dell'Ambito a registrare nel 2010 un saldo naturale positivo.

L'aumento della popolazione dell'Ambito registrato fino al 2009 è connesso esclusivamente al *saldo migratorio* che si è mantenuto positivo, seppur in misura meno marcata nel 2009 e 2010, a fronte di un *saldo naturale* che negli ultimi anni è risultato complessivamente negativo. I nati nei comuni dell'Ambito nel 2010 sono 423 e il tasso di natalità, pari all'8 per mille, risulta in linea con quello provinciale.

La popolazione residente risulta inoltre caratterizzata, seppur in misura meno marcata rispetto al complesso della realtà provinciale, dall'ormai noto processo di invecchiamento. Cresce significativamente negli anni la componente più anziana della popolazione, si registra però nell'Ambito anche una crescita della popolazione dei minori. Nel 2010 l'età media della popolazione è di 44,72 anni, il 15% dei residenti ha meno di 18 anni, il 63% ha 18-64 anni e il 22% ha 65 anni e più. Prendendo in esame alcuni indicatori della struttura della popolazione, l'*indice di vecchiaia* (172,19) a livello di Ambito riflette la presenza di 1,72 anziani per ogni minore 0-14 anni residente, mentre l'*indice di dipendenza senile* (33,45) rappresenta la presenza di un anziano ogni tre persone in età attiva (15-64 anni); l'*indice di struttura della popolazione attiva* (135,96), infine, riflette la prevalenza della componente più anziana (40-64 anni) dei residenti in età

attiva. Anche in questo caso rilevanti sono le differenze territoriali tra comuni: mediamente più “giovani” Moimacco, Premariacco, Remanzacco, San Giovanni al Natisone; tra i più “vecchi”, invece, i comuni di Drenchia, Grimacco, Pulfero, Savogna e Stregna.

I residenti stranieri nel 2010 sono 4.064 (+36% rispetto al 2006) e rappresentano il 7,7% della popolazione residente, con un’incidenza del 21,7% sui residenti tra i 18 e i 64 anni e del 12,2% sui minori, riflettendo una struttura della popolazione straniera significativamente più giovane rispetto a quella degli italiani.

Tab. 1 - Popolazione, famiglie e numero medio di componenti, ai censimenti 2001 e 2011, valori assoluti

Comune	Censimento 2001					Censimento 2011				
	Totale			Numero Famiglie	Numero medio componenti	Totale			Numero Famiglie	Numero medio componenti
	M	F	MF			M	F	MF		
Buttrio	1.818	1.970	3.788	1.430	2,65	1.991	2.049	4.040	1.735	2,33
Cividale del Friuli	5.415	5.958	11.373	4.576	2,42	5.370	5.968	11.338	4.968	2,25
Corno di Rosazzo	1.655	1.653	3.308	1.228	2,69	1.628	1.642	3.270	1.324	2,47
Drenchia	92	105	197	121	1,56	59	75	134	91	1,47
Grimacco	234	254	488	213	2,28	180	194	374	181	2,07
Manzano	3.334	3.493	6.827	2.670	2,55	3.169	3.416	6.585	2.875	2,29
Moimacco	777	780	1.557	569	2,74	821	828	1.649	671	2,46
Premariacco	1.980	2.021	4.001	1.432	2,79	2.088	2.102	4.190	1.675	2,50
Prepotto	469	430	899	351	2,49	419	392	811	344	2,32
Pulfero	598	604	1.202	547	2,16	518	517	1.035	511	2,03
Remanzacco	2.720	2.827	5.547	2.149	2,57	2.995	3.074	6.069	2.547	2,36
San Giovanni al Natisone	2.871	2.864	5.735	2.176	2,63	3.067	3.054	6.121	2.545	2,40
San Leonardo	594	575	1.169	470	2,48	597	567	1.164	525	2,22
San Pietro al Natisone	1.030	1.125	2.155	886	2,36	1.083	1.141	2.224	972	2,26
Savogna	361	298	659	271	2,39	254	229	483	238	2,03
Stregna	219	237	456	224	2,04	209	190	399	209	1,91
Torreano	1.085	1.181	2.266	949	2,39	1.080	1.134	2.214	1.003	2,21
Totale 4.3 Cividale del Friuli	25.252	26.375	51.627	20.262	2,52	25.528	26.572	52.100	22.414	2,31
Totale ASS n. 4 Medio Friuli	161.221	175.555	336.776	139.459	2,40	168.941	182.792	351.733	157.445	2,22
Totale Provincia di Udine	249.961	268.879	518.840	212.572	2,42	259.005	277.030	536.035	238.482	2,23

Fonte: 14° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni, 2001 e 15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni, 2011 (dati provvisori).

Tab. 2 - Variazione della popolazione e delle famiglie ai censimenti 2001 e 2011, val ass. e %.

Comune	Raffronto Censimenti			Variazione % della pop. ai Censimenti: 2011/2001	Variazione % delle famiglie ai Censimenti: 2011/2001
	Differenza pop. 2011 - 2001				
	M	F	MF		
Remanzacco	275	247	522	9,4	18,52
San Giovanni al Natisone	196	190	386	6,7	16,96
Buttrio	173	79	252	6,7	21,33
Premariacco	108	81	189	4,7	16,97
Moimacco	44	48	92	5,9	17,93
San Pietro al Natisone	53	16	69	3,2	9,71
San Leonardo	3	-8	-5	-0,4	11,70
Cividale del Friuli	-45	10	-35	-0,3	8,57
Corno di Rosazzo	-27	-11	-38	-1,1	7,82
Torreano	-5	-47	-52	-2,3	5,69
Stregna	-10	-47	-57	-12,5	-6,70
Drenchia	-33	-30	-63	-32,0	-24,79
Prepotto	-50	-38	-88	-9,8	-1,99
Grimacco	-54	-60	-114	-23,4	-15,02
Pulfero	-80	-87	-167	-13,9	-6,58
Savogna	-107	-69	-176	-26,7	-12,18
Manzano	-165	-77	-242	-3,5	7,68
Totale 4.3 Cividale del Friuli	276	197	473	0,92	10,62
Totale ASS n. 4 Medio Friuli	7.720	7.237	14.957	4,44	12,89
Totale Provincia di Udine	9.044	8.151	17.195	3,31	12,18

Fonte: 14° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni, 2001 e 15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni, 2011 (dati provvisori).

1.1.2 Il contesto economico e il mercato del lavoro

L'attuale crisi economica ha avuto un notevole impatto anche nella provincia di Udine, soprattutto sul versante del mercato del lavoro. In ambito regionale, da questo punto di vista, la provincia di Udine si pone in una posizione intermedia tra quella di Pordenone che, nonostante le difficoltà, ha dimostrato la maggiore capacità di reazione alla crisi, e l'area isontino-giuliana che, a partire dal 2007, ha subito un progressivo e ininterrotto calo dell'occupazione.

In provincia di Udine il numero di occupati, secondo le stime dell'Istat, è diminuito di circa 6.300 unità nel biennio 2007-2009, mentre il successivo periodo 2009-2011 ha segnato una parziale inversione di tendenza (+1.100 unità). In proposito occorre ricordare che il 2007 è stato l'anno più favorevole nell'ultimo decennio dal punto di vista dell'economia e del mercato del lavoro, mentre l'inizio della crisi tuttora in corso si può far risalire al 2008. Nell'intero periodo 2007-2011 gli occupati sono passati da quasi 229.000 a meno di 224.000, con una flessione in termini percentuali del 2,3%. Tale variazione negativa sottintende però due dinamiche di segno opposto: da una parte il forte ridimensionamento della componente maschile (-6,6%), dall'altra la crescita di quella femminile (+3,9%). In effetti, la crisi ha colpito maggiormente il comparto manifatturiero, un segmento particolarmente importante per il tessuto produttivo provinciale, contraddistinto generalmente da una più alta intensità di lavoro maschile. Negli ultimi anni, invece, sono state le donne ad accrescere il proprio livello di partecipazione al mercato del lavoro, fenomeno che si

collega probabilmente alla migliore tenuta del comparto terziario. Inoltre la riduzione del principale reddito familiare, di solito quello maschile, ad esempio a causa di procedure di cassa integrazione guadagni o peggio di licenziamenti, ha spinto un numero crescente di donne a entrare o rientrare nel mercato del lavoro. Si tratta di un esito non scontato della crisi, anche guardando a passati periodi di difficoltà occupazionale in cui era la componente femminile a subire maggiormente le conseguenze negative.

Parallelamente alla diminuzione dell'occupazione è aumentato il numero dei disoccupati, passati in provincia di Udine da 8.100 nel 2007 a 14.300 nel 2010; nel 2011 si osserva una flessione del numero di persone in cerca di un impiego, che tornano a quota 11.500. Il tasso di disoccupazione provinciale ha toccato il massimo valore nel 2010, quando era pari al 6%, per scendere al 4,9% l'anno successivo. Il tasso di disoccupazione giovanile, calcolato in corrispondenza della fascia di età 15-24 anni, nel 2011 era pari al 18,2%, contro il 20,9% regionale.

Per comprendere meglio la serietà della crisi che riguarda il tessuto produttivo della provincia di Udine ormai da diversi anni, è utile osservare anche il numero di ore di cassa integrazione guadagni concesse alle imprese. Il ricorso a tale ammortizzatore sociale, infatti, costituisce un importante indicatore dello stato di salute di un'economia, soprattutto del settore industriale. Le ore di cassa integrazione guadagni in provincia di Udine hanno registrato un fortissimo incremento nell'arco di pochi anni: si è passati da meno di 1 milione di ore nel 2007 a 10,4 milioni nel 2011 ¹. La maggior parte delle ore concesse riguarda inoltre gli interventi straordinari, che indicano la persistenza di numerose e diffuse crisi strutturali, che spesso portano al ridimensionamento dell'organico delle imprese se non alla chiusura dell'attività produttiva (interessano, infatti, i casi di ristrutturazione, riorganizzazione, riconversione, crisi aziendale, fallimento, procedure concorsuali).

I dati relativi al primo semestre del 2012 evidenziano infine un livello di ore di cassa integrazione ancora elevato, superiore a 4 milioni, chiaro segnale della persistenza di un diffuso malessere tra le imprese della provincia. Tale difficoltà del sistema produttivo è confermata dalle principali previsioni a livello macroeconomico, che indicano un inasprimento della crisi nel corso del 2012.

Le dinamiche provinciali illustrate hanno caratterizzato negli ultimi anni anche l'economia e il mercato del lavoro dell'Ambito distrettuale del Cividalese, con alcune rilevanti specificità.

Se si osserva l'andamento delle imprese attive nell'Ambito, si riscontra una variazione fortemente negativa nel periodo 2006-2009 (-6%, pari a 330 imprese in meno). Tale contrazione risulta nettamente superiore a quelle registrate nello stesso periodo a livello provinciale e regionale (rispettivamente -3,4% e -3,5%).

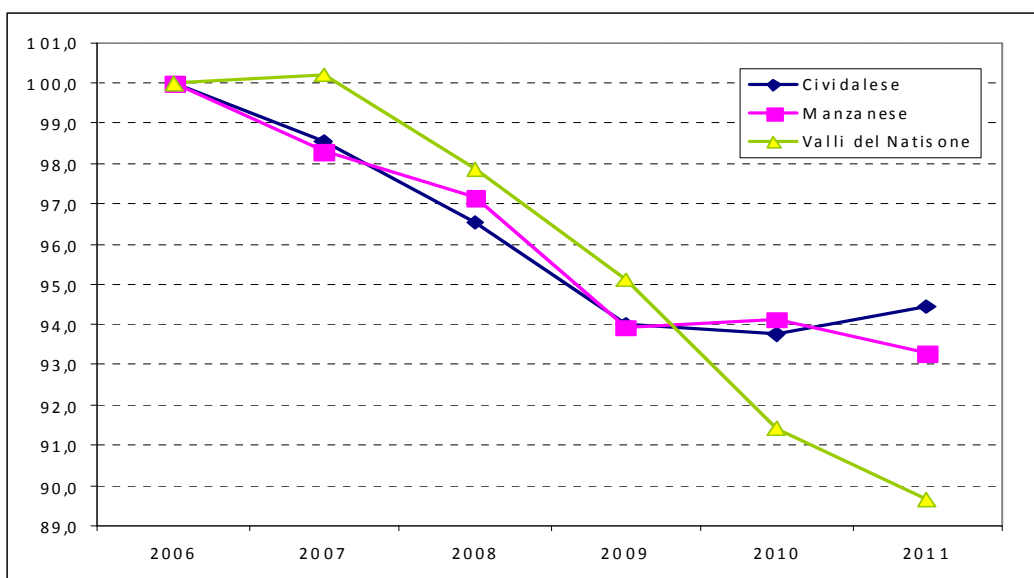
Nel territorio dell'Ambito si rilevano evidenti disparità anche dal punto di vista economico e non solo demografico. Per evidenziare queste differenze, nella **Fig.1** la dinamica delle imprese viene presentata ripartendo il territorio dell'Ambito in 3 subaree:

- 1) il Manzanese, che comprende i comuni appartenenti al Distretto industriale della sedia (Buttrio, Corno di Rosazzo, Manzano, Premariacco, San Giovanni al Natisone) e possiede una forte connotazione dal punto di vista produttivo;
- 2) le Valli del Natisone (Drenchia, Grimacco, Pulfero, San Leonardo, San Pietro al Natisone, Savogna, Stregna);
- 3) il "Cividalese" che comprende i rimanenti comuni dell'Ambito (Cividale del Friuli, Moimacco ², Prepotto, Remanzacco, Torreano).

¹ La fonte dei dati sulla cassa integrazione guadagni è l'Inps.

² In realtà anche Moimacco fa parte del Distretto della sedia, ma per una questione di contiguità territoriale è stato assegnato alla subarea del Cividalese.

Fig. 1 - Andamento delle imprese attive per subarea (n.i. 2006=100)



Fonte: elaborazioni su dati Movimprese di Infocamere

È interessante notare che nelle Valli del Natisone l'andamento negativo è continuato anche dopo il 2009 a causa del forte peso del settore primario (che comprende il 38% delle imprese attive) interessato da un processo di ristrutturazione che ha portato alla progressiva espulsione delle imprese più marginali; nel Manzanese la tendenza negativa è invece strettamente legata alle sorti del Distretto della sedia, anche se dopo il 2009 si è attenuata. Infine il Cividalese risulta l'area più dinamica, in cui la ripresa è legata soprattutto al settore dei servizi; nell'ultimo triennio 2009-2011 tale subarea è inoltre l'unica con un saldo tra iscrizioni nel Registro delle Imprese e cessazioni che si mantiene in equilibrio, mentre le altre due sono in passivo. Concentrando l'analisi sull'ultimo periodo 2009-2011 (Tab.3), il numero di imprese attive nell'Ambito distrettuale del Cividalese risulta in lieve calo, in linea con le dinamiche della provincia di Udine e regionali. In tali anni si osserva un'ulteriore netta diminuzione delle imprese attive in agricoltura (-6,2%, pari a 84 aziende in meno); anche nell'industria, comparto particolarmente colpito dall'attuale crisi economica, si rileva una variazione negativa pari al 3,4% (-33 imprese). Nel terziario si osserva al contrario una crescita, dovuta soprattutto ai settori del commercio, delle attività immobiliari, dei servizi di pulizia, dei servizi alle imprese e alla persona. Anche in edilizia, in controtendenza rispetto alle dinamiche generali, si osserva una variazione positiva.

Tab. 3 - Imprese attive per settore, 2009-2011

	2009	2010	2011	var. ass. 2009-11	var. % 2009-11
Agricoltura	1.358	1.312	1.274	-84	-6,2
Industria	984	970	951	-33	-3,4
Costruzioni	621	636	647	26	4,2
Commercio	937	945	965	28	3,0
Alberghi e ristoranti	340	338	341	1	0,3
Servizi	992	1.012	1.017	25	2,5
Non class.	4	5	3	-1	-25,0
Totale	5.236	5.218	5.198	-38	-0,7

Fonte: elaborazioni su dati Movimprese di Infocamere

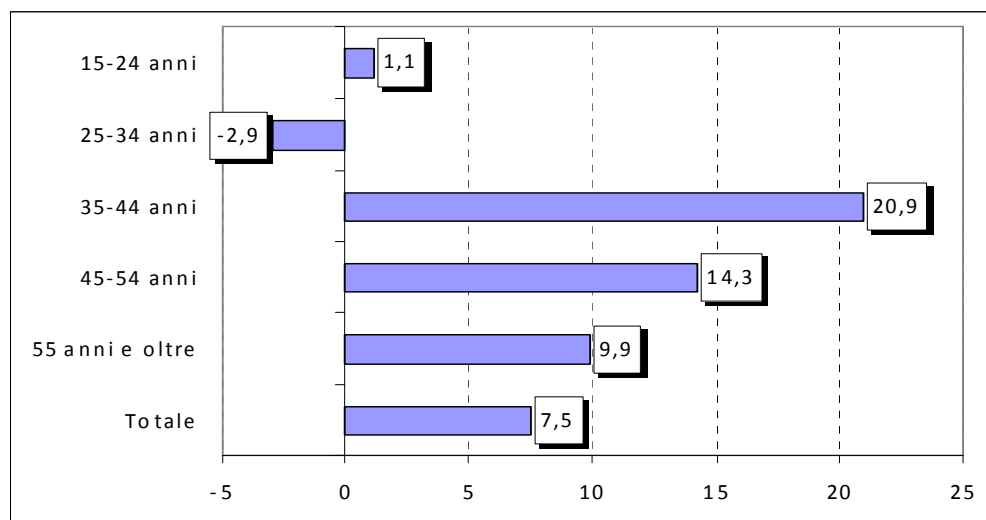
Per quanto riguarda le forme giuridiche, nell'ambito in esame sono le società di capitali le uniche ad aumentare nell'ultimo biennio. È interessante osservare che anche nell'Ambito distrettuale del Cividalese si sta verificando una tendenza in atto a livello regionale e nazionale, ossia una crescita dell'incidenza delle imprese con forme giuridiche strutturate, in particolare le società di capitali, a scapito delle società di persone e delle ditte individuali. A tale proposito in diversi settori si può rilevare che queste tipologie di impresa sono riuscite ad affrontare meglio i recenti periodi di difficoltà. Le piccole imprese risultano invece particolarmente penalizzate, ad esempio sul versante dell'accesso al credito; a tale proposito appaiono importanti gli interventi istituzionali che favoriscono i processi di aggregazione e innovazione delle imprese (es. in reti, filiere, ecc.). La dinamica descritta è maggiormente significativa in contesti come quello regionale e del Nordest, che hanno basato il proprio successo economico su un tessuto produttivo fortemente caratterizzato da un assetto proprietario individuale o familiare.

I dati relativi al mercato del lavoro indicano che il biennio 2009-2011 ha fatto registrare anche nell'Ambito distrettuale del Cividalese una moderata ripresa dei movimenti di assunzione ³ (+7,5%), analoga a quella registrata a livello provinciale. Dal momento che il numero di cessazioni dei rapporti di lavoro nell'ultimo biennio è rimasto stabile, i saldi tra assunzioni e cessazioni sono migliorati fino a diventare positivi nel 2011. La percentuale di assunzioni che riguardano la componente femminile risulta stabile negli ultimi anni (54%), mentre risultano in calo le assunzioni di lavoratori stranieri extracomunitari (-11%). Quest'ultima tendenza potrebbe essere riconducibile alla maggiore richiesta da parte delle imprese di figure specialistiche, tecniche e di operai qualificati dovuta a processi di riorganizzazione in atto in diversi settori (ad esempio quello del legno arredo) e delle strategie messe in atto per fronteggiare la perdita di competitività sui mercati, soprattutto quelli internazionali. Si pensi all'importanza di funzioni quali la progettazione, la ricerca e sviluppo, la qualità, il marketing e le vendite. La diminuzione delle opportunità lavorative per i cittadini di origine straniera può nascondere il rischio di un ulteriore impoverimento del tessuto socio-economico. Infatti quei territori regionali che in passato hanno offerto consistenti possibilità di lavoro anche per la manodopera proveniente dall'estero e adesso sono particolarmente penalizzati dalla crisi, in primis il Distretto della sedia del Manzanese, rischiano di subire un'accelerazione del declino demografico nei prossimi anni, anche perché una parte non irrilevante della popolazione straniera potrebbe spostarsi all'esterno in cerca di lavoro.

Se si esaminano le assunzioni suddivise per classi anagrafiche (Figura 2), emerge nettamente come le fasce più giovani siano state quelle più penalizzate nell'entrata nel mercato nel lavoro.

³ Si precisa che le assunzioni e le cessazioni dei rapporti di lavoro sono state attribuite all'Ambito distrettuale in esame in base al domicilio dei lavoratori interessati.

Figura 2 - Assunzioni per classe di età (variazione % 2009-2011)



Fonte: elaborazioni su dati Ergon@t

Al contrario le assunzioni aumentano di più per le classi al di sopra dei 35 anni; in particolare si può notare come crescano in misura superiore alla media dell'Ambito distrettuale anche le assunzioni nelle fasce over 45. A tale proposito si pensi ad esempio alla convenienza per le imprese di assumere a tempo determinato i lavoratori in mobilità, portatori rispetto ai giovani non solo di sgravi contributivi ma anche di un'esperienza lavorativa pregressa. Se si considerano anche i dati relativi alle cessazioni e ai saldi, comunque, nella fascia di età 45-54 anni i saldi tra le assunzioni e le cessazioni sono sempre negativi nel triennio. Pertanto, alla luce della recente evoluzione normativa, in tale classe di età è possibile individuare un target piuttosto fragile in questa fase della crisi. Infatti si tratta di lavoratori che da un lato, soprattutto in alcuni settori, scontano notevoli difficoltà a trovare una nuova occupazione stabile in caso di perdita del posto di lavoro, dall'altro sono ancora lontani dall'età del pensionamento.

Per quanto riguarda le tipologie contrattuali, anche nell'Ambito distrettuale del Cividalese si riscontrano alcune tendenze di portata più generale. I nuovi rapporti di lavoro sono ormai sempre più di rado a tempo indeterminato: erano quasi il 20% nel 2009, due anni dopo sono passati al 14,3%, un dato comunque superiore a quello provinciale (11,7% nello stesso anno), mentre prevalgono sempre di più i contratti a termine o le forme contrattuali cosiddette atipiche come il lavoro somministrato (sensibile indicatore delle dinamiche congiunturali, soprattutto nell'industria) e il lavoro parasubordinato.

Tab. 4 – Movimenti di assunzione per tipologia contrattuale nell’Ambito distrettuale del Cividalese (val. %)

	2009	2010	2011	Prov. UD 2011
Apprendistato e formazione lavoro	4,6	3,9	3,6	3,5
Tempo determinato	43,1	45,3	44,0	43,3
Tempo indeterminato	19,7	16,4	14,3	11,7
Parasubordinato	9,9	9,5	11,1	10,9
Somministrato	10,7	11,9	12,9	14,9
Intermittente	4,0	5,4	6,1	8,7
Tirocinio	2,9	3,7	3,4	2,4
Lavoro domestico	4,9	3,5	3,5	3,8
Lsu, Lpu	0,2	0,4	1,0	0,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni su dati Ergon@t

Negli ultimi anni è inoltre degna di nota la crescita molto sostenuta dei contratti di lavoro intermittente (o a chiamata), che si rileva soprattutto nel terziario per soddisfare i fabbisogni professionali particolarmente flessibili espressi dalle aziende, principalmente nel comparto alberghiero e della ristorazione. Si tratta di un contratto mediante il quale un lavoratore si mette a disposizione del datore di lavoro per svolgere determinate prestazioni di carattere discontinuo o intermittente (individuate dalla contrattazione collettiva nazionale o territoriale) o per svolgere prestazioni in determinati periodi nell'arco della settimana, del mese o dell'anno. L'espansione del ricorso a tale tipologia contrattuale può in certi casi anche sottintendere fenomeni di emersione del lavoro sommerso, proprio per l'estrema flessibilità della tipologia contrattuale. Anche la rilevante incidenza del lavoro domestico può assumere delle sfumature analoghe, in quanto riguarda soprattutto il lavoro di cura e assistenza delle cosiddette "badanti", su cui in regione sono state fatte da tempo diverse sperimentazioni.

Il quadro complessivo che emerge dall'analisi svolta indica pertanto che, a fronte delle difficoltà degli ultimi anni, le imprese hanno reagito utilizzando quasi esclusivamente contratti di breve durata che implicano costi inferiori nel caso di interruzione e minori garanzie e sicurezze per i lavoratori. Le nuove assunzioni a tempo indeterminato sono sempre meno numerose, e non aumenteranno significativamente finché non si ritornerà ad una fase di sostenuta crescita economica, mentre si registra una ripresa solo dei contratti più flessibili, come il tempo determinato, il lavoro somministrato, il lavoro parasubordinato e il lavoro intermittente. A queste tipologie contrattuali, in ultima analisi, è possibile attribuire l'inversione di tendenza, seppur moderata, che ha caratterizzato anche l'Ambito distrettuale del Cividalese nell'ultimo biennio 2009-2011.

Infine si può rilevare che nell'Ambito distrettuale in esame risultano in calo le richieste relative a nuovi ingressi in mobilità, in quanto dopo il picco toccato nel 2009 (pari a 584 unità), si è avuto un netto ridimensionamento pari a -35% (si contano 381 ingressi in mobilità nel 2011). Poiché i flussi di ingresso nelle liste di mobilità, che corrispondono ad altrettanti posti di lavoro persi, costituiscono un sensibile indicatore dello stato di salute di un sistema produttivo, in particolare del settore industriale, la marcata flessione illustrata conferma la parziale inversione di tendenza che si è verificata tra il 2009 e il 2011. Non bisogna comunque dimenticare che il contesto economico rimane ancora molto complesso e che le previsioni per il breve periodo non inducono per ora all'ottimismo.

1.2 I BISOGNI DELLA POPOLAZIONE

L'analisi dei bisogni della popolazione si basa su due fonti informative: il sistema informativo dell'Ambito distrettuale del Cividalese e quello dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 "Medio Friuli". Il sistema informativo dell'Ambito distrettuale fa perno sulla Cartella Sociale Informatizzata (CSI), l'applicativo regionale utilizzato sistematicamente dagli Assistenti Sociali e in grado di offrire dati inerenti l'utenza e gli interventi attivati in suo favore e su una serie di approfondimenti specifici di carattere qualitativo svolti dall'Ambito al fine di cogliere anche il punto di vista di utenti, soggetti istituzionali e comunitari in merito ai bisogni della popolazione e alla risposta dei servizi.

L'analisi dei dati registrati dalla CSI e analizzati dal Servizio Sociale dei Comuni (SSC)⁴ mette in luce che la popolazione in carico ai Servizi Sociali dei Comuni rappresenta il 3,91% del totale della popolazione dell'Ambito nel 2010 e nel 2011 rappresenta il 3,99%. Si tratta di un'utenza prevalentemente anziana: nel 2011 gli anziani erano il 46,2%. Seguono gli adulti che nel 2011 rappresentano il 41,4% e i minori con un 12,4%. Le problematiche prevalenti per i minori in carico sono quelle connesse alle competenze del ruolo genitoriale, quelle scolastiche e quelle connesse all'handicap. Gli interventi attivati dal SSC nei confronti dei minori fanno riferimento a prestazioni di servizio sociale professionale, quali la valutazione sociale e integrata e la consulenza psicosociale, per il 41,10% dei casi nel 2010 e per il 49,2% nel 2011; a interventi per la domiciliarità quali il servizio socio educativo per il 32,08% dei casi nel 2010 e per il 33,9% nel 2011; a interventi di tipo residenziale, come l'inserimento in comunità su mandato del Tribunale per i minorenni e l'affidamento familiare, o l'inserimento in strutture convenzionate per i minori stranieri non accompagnati, per il 12,53% dei casi nel 2010 e per il 10,7% nel 2011. Rispetto a questa fascia d'utenza viene segnalata la complessità e il carattere composito degli interventi, sia dal punto di vista economico che sociale. Spesso, infatti, le problematiche economiche si intrecciano a quelle sociali e familiari. Le situazioni di separazione e divorzio sono, infatti, in progressivo e significativo aumento e si accompagnano a un sostanziale impoverimento economico dei nuclei. La crisi economica e le situazioni di precarietà di questo momento storico, inoltre, accrescono la fragilità della famiglia e si riflettono sull'equilibrio psicologico dei suoi componenti. Vi sono, inoltre, alcune situazioni di minori in condizioni di grave disagio in quanto appartenenti a nuclei familiari multiproblematici con rilevanti carenze nel ruolo genitoriale. Gli interventi di tipo economico vengono attivati principalmente nei confronti di famiglie con difficoltà economiche derivanti dalla perdita o dalla riduzione del lavoro, con uno o più figli minori a carico, e nell'impossibilità di sostenere spese mensili relative alla casa e al soddisfacimento dei bisogni primari dei figli. Le situazioni di maggiore fragilità sono quelle delle famiglie numerose, in affitto a libero mercato, di cittadini stranieri e di nuclei monogenitore. I nuclei familiari con minori che usufruiscono di contributi economici costituiscono il 72% nel 2010. Gli interventi economici sono rappresentati principalmente da contributi straordinari, erogati a favore di famiglie in situazione di emergenza, e in misura meno consistente da contributi continuativi. Gli interventi di tipo socioeducativo si presentano sempre più complessi, sia per la multiproblematicità delle situazioni che devono affrontare, che richiedono di intervenire non solo nei confronti dei minori ma anche dei loro genitori, sia per la pluralità di servizi che coinvolgono, dal servizio sociale dei Comuni ai servizi specialistici dell'ASS, alla scuola, il cui raccordo non è sempre adeguatamente integrato. I bambini e gli adolescenti che vivono in contesti familiari multiproblematici e tali da rappresentare per loro situazioni di rischio o pregiudizio sono in crescita (126, pari al 40% del totale dei minori in carico nel 2010) e vengono seguiti dal servizio tutela minori. Nel 31% dei casi si tratta di minori stranieri. Nel 2010, i minori sottoposti a

⁴ Si tratta delle analisi e riflessioni svolte dal Servizio Sociale dei Comuni e presentate nelle relazioni annuali dell'Ufficio di Direzione e programmazione e dell'Ufficio di Piano. Nello specifico, in questa sede ci si riferisce alla relazione pubblicata a febbraio 2012 e relativa all'anno 2010.

indagine da parte della Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni sono il 32% dei casi e quelli sottoposti a provvedimento da parte dell'Autorità giudiziaria sono il 42%. Nel 2010 i minori in comunità seguiti dal servizio tutela minori sono stati 16, di età compresa in prevalenza tra 14-17 anni e tra 6-10 anni, e provenienti da otto Comuni dell'Ambito; 17 i minori accolti in comunità nel corso del 2011. Gli affidamenti di minori a famiglie del territorio, invece, sono stati 3 nel corso del 2010 e 5 nel corso del 2011. I minori stranieri non accompagnati, infine, sono stati 56 nel corso del 2010 e 31 nel corso del 2011.

Gli adulti in carico al SSC, invece, evidenziano soprattutto problematiche di carattere economico (42,27% nel 2010 e 52,3% nel 2011) alle quali si possono aggiungere quelle legate all'instabilità lavorativa/difficoltà di inserimento lavorativo. Nei loro confronti il SSC interviene principalmente con interventi di tipo economico (per il 51,05% dei casi nel 2010 e per il 58,6% dei casi nel 2011) e con interventi di servizio sociale professionale (per il 28,53% dei casi nel 2010 e per il 38,3% dei casi nel 2011). L'utenza adulta comprende un'ampia gamma di situazioni che riguarda persone sole o famiglie in condizioni di disagio economico aggravate dalla crisi economica in atto o dalla perdita di lavoro, persone con problemi di salute mentale o correlati a dipendenze di vario tipo, persone in cui il bisogno economico si somma a problematiche personali, di rischio sociale o di emarginazione, persone con problematiche economiche legate alla perdita del lavoro e alle conseguenti difficoltà di reinserimento nel mercato del lavoro a causa della crisi ma anche della loro età ormai piuttosto avanzata o delle loro competenze ormai obsolete (cosiddette nuove povertà). L'utenza nei cui confronti risulta più difficile intervenire è quella multiproblematica, ossia quella che presenta una condizione di disagio profondo correlato a problematiche psichiatriche più o meno importanti, a dipendenze o ad entrambe. Si tratta di un'utenza particolarmente complessa in quanto richiede una presa in carico integrata con i servizi specialistici dell'ASS quali il Centro di Salute Mentale, il Servizio per le tossicodipendenze e il Servizio di alcoologia che non sempre avviene in modo adeguato. Nei confronti di questo gruppo si possono ricordare, in particolare, i progetti sperimentali in favore di persone con problemi di salute mentale che sono stati 13 nel corso del 2010 (ai quali si devono sommare i 14 del 2009 che hanno portato a registrare un dato di stock pari a 17 progetti attivi al 31/12/2010). Gli interventi di tipo economico, invece, sono stati caratterizzati principalmente dal Fondo solidarietà, di cui nel corso del 2010 hanno beneficiato 295 utenti, in prevalenza di età compresa tra 35 e 64 anni (78,3%) e tra 18 e 34 anni (13,6%), nella maggior parte dei casi in coppia con figli o monogenitori con figli, e i contributi economici gestiti autonomamente dai singoli Comuni e generalmente utilizzati per coprire spese relative ad affitti e utenze domestiche, ma anche a spese impreviste correlate a problemi di salute. Le problematiche di tipo lavorativo, invece, sono state affrontate principalmente attraverso i Lavori di pubblica utilità e i Lavori socialmente utili.

L'utenza anziana, infine, viene presa in carico principalmente per la perdita parziale o totale dell'autosufficienza: nel 2010, infatti, gli utenti anziani con diagnosi di autosufficienza parziale erano il 54,11% e quelli con diagnosi di non autosufficienza il 25,67%; ad essi si può aggiungere il 12,11 % di anziani la cui diagnosi fa riferimento a problematiche connesse all'assistenza. L'intervento principale nei confronti di questa fascia di utenza è quello del Servizio di Assistenza Domiciliare, che riguarda il 54,11% degli utenti anziani del 2010 e il 44,1% di quelli del 2011, seguito dagli interventi di tipo economico, che comprendono anche il fondo per l'autonomia possibile, attivati a favore del 25,64% degli utenti anziani nel 2010 e a favore del 31,9% degli utenti anziani nel 2011, e dagli interventi residenziali che riguardano il 20,40% degli utenti anziani nel 2010 e il 31,3% degli utenti anziani nel 2011. Nello specifico, il servizio di assistenza domiciliare costituisce il principale intervento a sostegno della domiciliarità, in grado di assicurare non solo prossimità, ma anche prestazioni assistenziali di livello elevato in grado di rispondere anche ad esigenze riferite a

situazioni particolari di malattia come nel caso dei malati oncologici, e supporto professionale a familiari e assistenti. Nel corso del 2010 gli utenti del servizio sono stati 357, nel 69,7% dei casi con 75 anni e oltre. Il servizio riesce a soddisfare tutte le richieste, anche quelle urgenti, senza rendere necessaria l'attivazione di liste d'attesa. In molti casi interviene in abbinamento con personale privato di cui si avvalgono le persone con pesanti limitazioni dell'autonomia personale che richiedono interventi continuativi o in orari molto specifici. Questo ha favorito la collaborazione con lo sportello assistenti familiari del Centro per l'Impiego di Cividale e lo sviluppo di una funzione di supporto e formativa nei confronti del personale di assistenza privato. Nel corso del 2010, infatti, con apposito finanziamento regionale l'Ambito ha promosso e collaborato alla realizzazione di un percorso formativo per 25 assistenti familiari di utenti del FAP e ha collaborato alla realizzazione dell'intervento formativo per il personale di assistenza realizzato dalla ditta che eroga il servizio. Il SAD interviene, inoltre, nelle situazioni di dimissioni ospedaliere caratterizzate da condizioni cliniche complesse, mancanza di adeguato supporto familiare e amicale o di inadeguatezza socio-economica, in stretta sinergia col Distretto Sanitario come previsto dallo specifico Protocollo per le dimissioni protette. Nel corso del 2010 le situazioni seguite a questo riguardo sono state 400, nel 2011 414. Tra gli interventi economici prevalgono quelli previsti dal Fondo per l'autonomia possibile, volto a sostenere economicamente la famiglia che presta assistenza alla persona non autosufficiente sia direttamente sia avvalendosi di personale privato. Nel corso del 2010 gli interventi FAP sono stati 330 e hanno riguardano 298 utenti (315 nel corso del 2011). Per quanto riguarda gli interventi residenziali e semiresidenziali, gli inserimenti in struttura protetta sono rimasti sostanzialmente invariati nel corso del 2010 a conferma della tendenza culturale delle famiglie del territorio dell'Ambito a mantenere al proprio domicilio i congiunti anziani, mentre gli inserimenti in RSA hanno riguardato principalmente situazioni di dimissioni protette configurandosi quindi come interventi volti a garantire la continuità assistenziale, di carattere transitorio tra ricovero ospedaliero e rientro a domicilio o ingresso in struttura residenziale. L'approfondimento di tipo qualitativo è stato svolto dall'Ufficio di Piano attraverso l'ascolto di una pluralità di soggetti: gli amministratori (sindaci e/o assessori ai servizi sociali dei Comuni), i partecipanti ai tavoli, i referenti degli Sportelli di ascolto scolastici, una rappresentanza dei genitori dei ragazzi della scuola primaria e media (569) e una rappresentanza di ragazzi della scuola media (416), utenza del Centro per l'impiego (154), gli utenti del servizio SAD e i loro familiari. Le problematiche messe in luce dai diversi interlocutori per ogni area d'utenza convergono significativamente su alcuni aspetti. Nello specifico, vengono evidenziate le seguenti problematiche:

- area minori, giovani e famiglie: le difficoltà dei genitori nello svolgimento dei propri compiti educativi, le difficoltà relazionali dei ragazzi sia nei confronti degli adulti sia tra loro; le difficoltà economiche dei genitori e le loro ripercussioni sul benessere psicologico degli stessi ragazzi; la carenza di opportunità di aggregazione per ragazzi/giovani; la necessità di promuovere iniziative di prevenzione dell'abuso di sostanze tra i ragazzi; l'integrazione tra le famiglie e lo sviluppo di reti di solidarietà comunitaria e di accoglienza nei confronti dei minori in difficoltà e delle loro famiglie;
- area disabili: rischio di isolamento sociale e lavorativo dei disabili giovani e adulti in particolare quelli che non frequentano i centri diurni; il futuro dei disabili giovani e adulti al venir meno dei loro genitori (il cosiddetto "dopo di noi"); la carenza di occasioni di aggregazione e confronto, anche in una prospettiva di auto mutuo aiuto, e il supporto psicologico per i familiari dei disabili; l'adeguatezza dei percorsi riabilitativi e degli interventi di tipo socio-educativo;
- area anziani: il rischio di isolamento e di solitudine degli anziani, anche quelli che usufruiscono del SAD; la carenza di opportunità di aggregazione e di socializzazione e la necessità di rivedere l'offerta dei centri diurni; la carenza di servizi di trasporto; il sostegno alla famiglia impegnata nell'assistenza e la formazione del personale di assistenza privato; una maggiore vicinanza dei

medici di medicina generale e dell'infermiere di comunità e una maggiore integrazione tra sociale e sanitario nei servizi dedicati;

- area adulti: la diminuzione o perdita del lavoro e la difficoltà di reinserimento lavorativo con i conseguenti fenomeni di impoverimento e di difficoltà economica; la sensibilizzazione all'adozione di stili di vita salutari; la carenza di alloggi; la difficoltà di realizzare prese in carico di tipo multi professionale.

1.3 I SERVIZI E LE RISORSE DISPONIBILI

A completamento della descrizione dell'attività del servizio sociale, in questo paragrafo si riporta una breve riflessione sul quadro complessivo e integrato dell'offerta, prendendo come riferimento l'articolazione analitica dello schema predisposto dalle indicazioni regionali (Nomenclatore degli interventi e dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari). Uno specifico allegato (cfr. Allegato 1) descrive gli interventi e i servizi sia sociali che sanitari di tutto il territorio dell'Ambito e del Distretto al fine di evidenziare le sinergie di progettualità e operatività attive nel contesto dell'integrazione. L'elenco degli interventi viene altresì articolato per soggetto attuatore (Distretto sanitario, Dipartimenti aziendali, servizi in delega all'ASS 4 Medio Friuli, SSC Comuni, Associazioni e privati) nonché per area di utenza interessata.

La ricognizione è stata effettuata seguendo le griglie fornite dall'amministrazione regionale a tutti gli Ambiti per garantire una classificazione omogenea sul territorio. Nello specifico il Nomenclatore ha consentito di organizzare l'informazione secondo specifiche variabili. Esso, infatti, suddivide l'offerta in servizi e interventi sociali (SSC, Comuni, Provincia, Servizi in delega all'ASS n. 4 e sociosanitari (interventi di Distretto e dei Dipartimenti Aziendali)). Esso tiene, inoltre, conto di alcune caratteristiche fondamentali dei servizi e degli interventi: a) la denominazione utilizzata nei servizi dell'intervento, b) l'Ente gestore e/o attuatore con la forma di gestione (economia, appalto, delega, ecc.); c) area di riferimento, corrispondente alle aree di intervento individuate dalle schede PDZ. La distribuzione dei Servizi e degli interventi nelle diverse aree è naturalmente individuata dagli specifici riferimenti normativi che regolano le competenze di ciascun ente.

Da uno sguardo d'insieme dei servizi, degli interventi e dei soggetti attuatori si può cogliere come primo elemento caratterizzante l'attenzione che l'Ambito, nel corso degli anni ha rivolto nei confronti del territorio di riferimento, anche mantenendo vivo il dialogo con i vari soggetti istituzionali e non, attraverso i Tavoli tematici. Tale aspetto si coglie nella varietà di servizi e progetti attivati che coinvolgono aree diverse e che prevedono in molti casi la collaborazione con una pluralità di soggetti.

Un secondo elemento caratterizzante è l'attenzione che negli ultimi anni l'Ambito ha voluto rivolgere non solo ai soggetti singoli e agli utenti ma più in generale alle famiglie considerate come risorsa ed interlocutori privilegiati. Ciò mette in evidenza come l'Ambito stia lavorando in una direzione volta alla crescita e allo sviluppo in senso proattivo della comunità.

Un terzo elemento caratterizzante il quadro dell'offerta dei servizi e degli interventi di questo territorio, infine, è rappresentato dal costante impegno finalizzato alla messa in atto di sinergie integrate sia con la componente sanitaria che con le altre politiche che impattano con la sfera sociale. Questa modalità realizza di fatto quanto previsto dalle normative nazionali e regionali del settore.

Le risorse disponibili per il settore sanitario si possono cogliere accanto ad ogni tipologia di servizio presentato nell'allegato a (parte seconda). Le risorse disponibili nei servizi sociali sono invece garantite da operatori che appartengono alla Pianta Organica Aggiuntiva (POA) nonché dalle unità di personale del

settore sanitario (Distretto), da operatori delle ditte alle quali sono stati affidati alcuni servizi e da operatori del privato sociale convenzionato (prevalentemente cooperative di servizi) (cfr. Allegato 2).

La POA dei Servizi sociali dell'Ambito distrettuale del Cividalese consta, alla data del 10.12.2012, di:

- n° 3 operatori a tempo pieno (Responsabile SSC e Coordinatori, assistenti sociali);
- n° 2 assistenti sociali a tempo parziale (Ufficio di piano);
- n° 2 amministrativi a tempo pieno;
- n° 14 assistenti sociali a tempo parziale e a tempo pieno (Sedi Operative Territoriali e Servizio Tutela Minori), per un totale complessivo di 13,7 operatori equivalenti a 36 ore;
- n° 17 assistenti domiciliari a tempo parziale e pieno per un totale complessivo di 16,8 operatori equivalenti a 36 ore;

Ai 38 operatori collocati nella dotazione organica aggiuntiva (complessivamente 35,2 operatori equivalenti a 36 ore settimanali) si aggiungono gli operatori delle ditte che collabora con il SSC e in specifico:

- n° 45 educatori attivi nel servizio socio educativo territoriale, prevalentemente a tempo parziale, per un totale di 14,4 operatori equivalenti;
- n° 20 assistenti domiciliari impegnate nel servizio di assistenza domiciliare, per un totale di 13,7 operatori equivalenti.

Gli sportelli territoriali del servizio sociale (Sedi Operative Territoriali) sono complessivamente 12 e operano sia con orari fissi di apertura e su appuntamento (cfr. Allegato 2).

I servizi attivati e le risorse impiegate al momento attuale consentono di garantire ai cittadini dell'Ambito un sistema di servizi e prestazioni coerente con quanto richiesto dalla L.R. 6/2006 ma che, nel corso del prossimo triennio, ci si propone di migliorare e implementare attraverso processi di razionalizzazione e ottimizzazione delle risorse con le azioni del Piano di Zona e in particolare come indicato nelle azioni di cui all'Obiettivo 3.

1.4 IL QUADRO INTERPRETATIVO

Le diverse fonti informative utilizzate per tracciare il profilo dell'Ambito convergono nell'evidenziare alcune problematiche del rapporto tra bisogni dei cittadini e sistema dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari del territorio sulle quali si ritiene di concentrare gli interventi del prossimo triennio.

Rispetto alle aree d'intervento individuate con riferimento all'utenza, sono emerse le seguenti problematiche:

- area materno-infantile: alcune difficoltà nell'armonizzare gli interventi e le prassi per la tutela dei minori tra tutti gli attori coinvolti (SSC, ASS/Distretto, Tribunale); i costi elevati degli inserimenti dei minori in comunità; la difficoltà di individuare strutture di accoglienza in grado di predisporre interventi adeguati ai bisogni dei minori nel territorio provinciale; la difficoltà di promuovere e realizzare interventi di affidamento familiare e la conseguente necessità di lavorare al riguardo sia sul versante dei servizi sia su quello della sensibilizzazione della comunità;
- area disabilità: difficoltà a rispondere adeguatamente alle esigenze dei disabili per la mancanza di un'offerta opportunamente diversificata, soprattutto per le persone disabili adulte per le quali non risultano essere attive risposte adeguate, anche per quanto attiene i percorsi di recupero dell'autonomia; rischio di solitudine delle famiglie per le quali mancano momenti di aggregazione e supporto;

- area anziani: si avverte la mancanza di servizi intermedi e flessibili a sostegno della domiciliarità e la difficoltà a rispondere alla sempre maggiore complessità dei bisogni sanitari e assistenziali degli anziani attraverso il solo servizio di assistenza domiciliare, sebbene venga realizzato in modo integrato;
- area disabilità, dipendenze e salute mentale: l'utenza che afferisce a quest'area presenta problematiche multiple e complesse tali da richiedere una valutazione e una presa in carico integrata finalizzata alla realizzazione di progetti di vita individualizzati e multidimensionali che non riesce ancora ad essere realizzata in modo efficace, con evidenti ricadute sulla possibilità di attuare percorsi di recupero e di re-inserimento sociale e lavorativo di queste persone; si avverte pertanto la necessità di lavorare per rafforzare l'integrazione sociosanitaria a livello organizzativo e operativo quale prerequisito per poter efficacemente intervenire a favore dell'inserimento lavorativo promuovendo nuovi accordi tra pubblico e privato e lo sviluppo di reti locali di economia sociale;
- area povertà: le conseguenze della crisi economica e produttiva sono state significative anche nel territorio dell'Ambito che avverte la necessità di fronteggiarle, non solo attraverso i tradizionali interventi di carattere economico e le misure di sostegno lavorativo previste dalla normativa nazionale e regionale, ma anche rafforzando e allargando la collaborazione con i soggetti del territorio a vario titolo coinvolti nel contrasto della povertà e nell'individuazione di nuovi percorsi e opportunità di sviluppo economico e produttivo del territorio anche attraverso forme di auto imprenditorialità;
- area minori, giovani e famiglie: l'investimento sulla famiglia, sulle sue competenze e sulle sue relazioni è da sempre una delle strategie dell'Ambito che riconosce nella prevenzione e nella costruzione di comunità solidali una delle risorse fondamentali per il benessere dell'intera collettività; in questo momento in cui le difficoltà relazionali, economiche e educative della famiglia sono particolarmente rilevanti emerge la necessità di potenziare le progettualità e gli interventi volti a sostenerla.

Rispetto al sistema integrato di servizi e interventi, invece, le problematiche emergenti riguardano in particolare:

- la capacità di garantire un sistema di accesso ai servizi facilmente accessibile, celere ed esaustivo per tutte le aree di utenza;
- l'individuazione delle risorse e delle responsabilità necessarie per un'efficace attivazione dei progetti personalizzati o piani di assistenza/intervento, relativi in particolare ai minori a rischio di allontanamento o con provvedimento giudiziario di allontanamento, agli anziani non autosufficienti a rischio di istituzionalizzazione, alle persone fragili dimesse dall'ospedale, a minori e adulti con disabilità a rischio di esclusione sociale e di istituzionalizzazione, ad adulti in situazioni di fragilità;
- l'individuazione di modalità organizzative ed operative integrate in grado di assicurare un'efficace ed efficiente continuità delle cure nelle fasi di transizione dall'età evolutiva a quella adulta di soggetti affetti da malattie congenite, croniche e disabilità fisica e/o psichica;
- la disponibilità di accoglimenti intermedi per le persone che devono passare dalla RSA a strutture residenziali;
- l'individuazione di prassi e procedure che consentano un più snello ed efficace funzionamento dell'Unità di Valutazione Distrettuale Minori e dell'Equipe Multidisciplinare per l'handicap;
- la definizione di prassi e procedure per la valutazione multiprofessionale integrata dell'utenza adulta.

CAPITOLO 2 - LA GOVERNANCE DEL PROCESSO DI PIANIFICAZIONE

Questo capitolo ha lo scopo di descrivere brevemente il processo di consultazione e di costruzione del PDZ dell'Ambito distrettuale del Cividalese. Rappresenta la descrizione della governance del processo di pianificazione come definito all'obiettivo n. 1/2012 delle linee guida (cfr. Allegato 3).

OBIETTIVO REG.LE 1.1/2012	Definire le modalità di coinvolgimento e d'intervento dei diversi soggetti partecipanti ad ogni specifico livello di pianificazione nonché le scelte di metodo inerenti all'intero processo di governance del sistema dei servizi.
OBIETTIVO REG.LE 1.2012	Il SSC e le ASS programmano congiuntamente – nell'ambito del percorso di elaborazione del PDZ – servizi e interventi che richiedono unitamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, entro un quadro unitario, percorsi integrati per il benessere della persona, della famiglia e della comunità nelle aree d'integrazione sociosanitaria: materno infantile, disabilità, malattie croniche, terminalità, anziani, salute mentale, dipendenze. Nella programmazione congiunta vengono coinvolte le strutture operative dell'ASS e del sistema sociale integrato impegnate ad assicurare prestazioni/interventi e servizi afferenti alle aree di integrazione sociosanitaria sopra elencate.

Nel suo insieme la costruzione del PDZ attua un percorso condiviso caratterizzato da due aspetti ritenuti importanti: quello dell'integrazione tra il sociale e il sanitario e quello della responsabilizzazione della comunità con modalità di partecipazione attiva. La definizione del piano della governance locale e la sua messa in pratica si sono inoltre basati su alcuni elementi specifici:

- la centralità degli obiettivi regionali in particolare per gli aspetti legati all'integrazione socio sanitaria e delle azioni di sistema per la razionalizzazione dei processi e delle risorse;
- la sostenibilità delle azioni perseguite dagli obiettivi anche con la consapevolezza che le attuali situazioni di difficoltà spingono a uno sforzo comune caratterizzato da realismo, flessibilità ed efficienza;
- le pregresse esperienze del SSC e dei servizi del sistema integrato caratterizzate da attività programmatiche e valutative comuni e integrate.

Le fasi del percorso di costruzione del PDZ sono state le seguenti:

1) Accompagnamento da parte della Direzione Centrale

La Direzione Centrale della salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali ha previsto un percorso di accompagnamento per la predisposizione del Piano di zona, triennio 2013-2015, percorso illustrato il 24 febbraio 2012 ai Responsabili del SSC e ai Direttori dei Distretti Sanitari in occasione della presentazione delle Linee guida regionali per la predisposizione dei Piani di zona.

L'accompagnamento è consistito anche nell'erogazione agli Ambiti e alle ASS di un fondo starter, nell'affiancamento di un consulente, tramite l'IRSSeS di Trieste, agli Uffici di piano per aspetti specifici riguardanti la predisposizione del piano stesso e nell'affiancamento della Direzione, tramite il rag. Vittorino Boem, per gli aspetti inerenti la gestione del quadro triennale delle risorse del PDZ e dello schema di bilancio del PAA. Il 28 marzo la Direzione Centrale ha organizzato una giornata di presentazione delle linee guida per l'avvio del percorso di predisposizione dei Piani di zona per il triennio 2013-2015. All'incontro hanno partecipato la Responsabile del SSC, la Coordinatrice e le assistenti sociali dell'Ufficio di piano.

Nel mese di aprile la Direzione ha presentato a Trieste le note metodologiche per la predisposizione delle Schede PDZ e dell'integrazione sociosanitaria. All'incontro ha partecipato la consulente dell'IRSSeS. Nel periodo aprile-giugno la Direzione ha organizzato n. 3 giornate formative, alle quali hanno partecipato

operatori del SSC, sulle seguenti tematiche: Salute mentale e FAP art. 8 (18 aprile); Lavoro (16 maggio); Disabilità (6 giugno). Nel mese di settembre il Direttore Centrale, dott. Gianni Cortiula, ha inviato una nota ai Presidenti delle Assemblee dei Sindaci e delle Conferenze dei Sindaci nonché ai Direttori generali delle ASS per ricordare alcune scadenze previste nelle linee guida e per chiarire alcuni passaggi in particolare nell'area dell'integrazione sociosanitaria.

La Direzione Centrale ha organizzato un incontro con i Responsabili del SSC e i Direttori dei Distretti Sanitari per fare il punto del percorso e affrontare eventuali problematiche che si erano evidenziate nella prima fase di programmazione (4 settembre) e un incontro con i referenti di ogni Ambito e Distretto per l'approfondimento delle Schede PDZ e PAA 2013 area dell'integrazione sociosanitaria, ai fini dell'acquisizione del parere di congruità (19 novembre). All'incontro hanno partecipato il Coordinatore sociosanitario dell'ASS n. 4 "Medio Friuli" e il Direttore del Distretto di Cividale, l'Assessore delegato dell'Assemblea dei Sindaci, la Responsabile del SSC, la Coordinatrice Aree tematiche Adulti ed Anziani, le assistenti sociali dell'Ufficio di piano.

2) Il percorso dell'Assemblea dei Sindaci

L'Assemblea dei Sindaci nella seduta del 10 maggio ha approvato il documento "Attivazione processo e percorso di predisposizione e attuazione del Piano di zona, triennio 2013-2015".

L'Assemblea dei Sindaci nella seduta del 19 giugno ha approvato il documento "Individuazione degli obiettivi strategici locali". L'assise è stata preceduta da un incontro preparatorio, tenutosi il 7 giugno, rivolto agli amministratori dei Comuni associati al quale hanno partecipato anche i professionisti dell'IRES FVG.

Incontri preparatori tra la Responsabile del SSC e i Coordinatori d'area tematica con il Presidente dell'Assemblea dei Sindaci per aggiornamenti sul percorso del Piano di zona (13 luglio) e con l'Assessore delegato per aggiornamento sul percorso (17 luglio).

L'Assemblea dei Sindaci nella seduta del 27 settembre ha approvato le Schede PDZ e le Schede PAA 2013 per l'area dell'integrazione sociosanitaria. Le schede sono state inviate alla Direzione Centrale.

L'Assemblea dei Sindaci nella seduta del 13 novembre ha approvato le Schede PDZ e le Schede PAA 2013 per l'area del sociale.

3) Il percorso dell'Ufficio di direzione e programmazione e dell'Ufficio di piano

Successivamente all'approvazione delle Linee guida regionali, gli uffici dell'Ambito hanno elaborato il cronoprogramma con il dettaglio delle specifiche fasi, dei tempi e delle azioni da espletare nel corso dell'anno per ottemperare a quanto richiesto dalla Regione.

L'Assemblea dei Sindaci ha incaricato l'Assessore Tiziana Iaconcigh, ad affiancare il Presidente dell'Assemblea dei Sindaci, Stefano Balloch, nel seguire il percorso e il processo del PDZ.

La complessa attività prevista per l'elaborazione del Piano di zona ha richiesto alla Responsabile del SSC e ai collaboratori una serie di incontri, a vari livelli e con diversa intensità in base alle iniziative da organizzare. L'Ufficio di direzione e programmazione e l'Ufficio di piano sono stati supportati dall'a.s. Elisa Spadoni (incaricata IRSSeS) e dai consulenti IRES FVG (dott. Paolo Molinari, dott.ssa Anna Zenarolla e dott. Alessandro Russo).

Nel mese di aprile l'obiettivo degli incontri è stato: definizione del percorso della pianificazione zonale con elaborazione del documento da sottoporre all'attenzione del Comitato Ristretto e, successivamente, all'approvazione dell'Assemblea dei Sindaci (incontri di 2 ore nelle seguenti giornate: 02, 06, 13, 16 e 24 aprile). I documenti sono stati esaminati assieme all'Assessore incaricato (incontri di 2 ore nelle seguenti giornate: 14 marzo, 05 e 17 aprile).

Nei mesi di maggio e giugno l'obiettivo degli incontri è stato: individuazione degli obiettivi strategici locali con elaborazione del documento da sottoporre all'attenzione del Comitato Ristretto e, successivamente, all'approvazione dell'Assemblea dei Sindaci (incontri di 2 ore nelle seguenti giornate: 21 maggio; 11 giugno). Incontro con il Direttore del Distretto Sanitario di Cividale (11 giugno). Incontri con i consulenti IRES FVG per elaborare la bozza di regolamento e predisporre le slides da presentare all'incontro con gli amministratori (23 e 31 maggio).

Confronto con il gruppo di assistenti sociali durante l'incontro d'équipe del 19 giugno.

Nei mesi di luglio e agosto l'obiettivo degli incontri è stato: avvio dei Tavoli di consultazione e predisposizione Schede PDZ e PAA 2013, area dell'integrazione sociosanitaria. Elaborazione materiale e documenti da sottoporre all'attenzione del Comitato Ristretto e, successivamente, all'approvazione dell'Assemblea dei Sindaci (incontri di 2 ore nelle seguenti giornate: 02, 03, 23, 24, 26 e 30 luglio, 01 e 31 agosto).

Incontri Cabina di regia, composta da operatori del SSC e del Distretto Sanitario con il compito di definire il percorso in merito all'area dell'integrazione sociosanitaria (incontri di 3 ore il 02 luglio).

Confronto con il gruppo di assistenti sociali durante gli incontri d'équipe del 31 luglio (con la consulente dell'IRES FVG) e del 07 agosto.

Incontri con i consulenti dell'IRES FVG per la predisposizione delle Schede PDZ e PAA 2013 area dell'integrazione sociosanitaria (12 luglio, 20 agosto).

Incontri con il Direttore del Distretto Sanitario e suoi collaboratori per elaborare le Schede di sistema, area dell'integrazione sociosanitaria (incontri di 2 ore il 23 e 30 luglio e l'08 agosto).

Nei mesi di settembre, ottobre e novembre l'obiettivo degli incontri è stato: Tavoli di consultazione e predisposizione Schede PDZ e PAA 2013, area sociale. Lavoro dei Tavoli (n. 3 incontri di 2-3 ore ciascuno nei 4 Tavoli "Minori giovani e famiglia, Adulti, Anziani e Disabili) e della Responsabile e Coordinatrice per la governance, le azioni di sistema e la stabilizzazione (n. 2 incontri di 2 ore ciascuno).

Elaborazione delle schede da sottoporre all'attenzione del Comitato Ristretto e, successivamente, all'approvazione dell'Assemblea dei Sindaci (incontri di 2 ore nelle seguenti giornate: 08, 16, 24, 25 ottobre; 05 e 06 novembre).

Incontro Cabina di regia per elaborazione Schede PDZ e PAA 2013, area dell'integrazione sociosanitaria (n. 2 incontri di 3 ore il 12 settembre e il 03 ottobre).

Incontri con i consulenti dell'IRES per la predisposizione delle Schede PDZ e PAA 2013 area dell'integrazione sociosanitaria (31 ottobre e 05 novembre).

4) Il percorso dei Tavoli di consultazione e dei Tavoli di co-progettazione

Invio lettere ai soggetti del terzo settore e avviso sui giornali locali per informare in merito alla pianificazione locale, promuovere la partecipazione e chiedere l'adesione a partecipare ai Tavoli di consultazione e di co-progettazione.

Incontro pubblico sul Piano di zona, tenutosi a Cividale del Friuli il 31 luglio.

Lavoro dei 4 Tavoli di consultazione nei mesi di settembre –ottobre (n. 3 incontri di 2-3 ore ciascuno).

CAPITOLO 3 – AZIONI DI SISTEMA

3.1 AZIONI DI SISTEMA: SOCIALI

Parte descrittiva

La Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, con l'intento di consolidare il Piano di Zona come Piano regolatore dei servizi e degli interventi sociali territoriali, per il secondo triennio di pianificazione individua dei macro obiettivi che, in parte confermano gli obiettivi individuati per il primo triennio, stante la loro particolare valenza strategica, e in parte intendono concentrare l'attenzione su alcune tematiche che ancor oggi registrano elementi di criticità e che, pertanto, necessitano di azioni di miglioramento. La Regione rimanda agli indirizzi e agli obiettivi individuati nei diversi atti di programmazione emanati negli ultimi anni, nelle varie aree di intervento (minori giovani e famiglie, anziani, disabilità, dipendenze e salute mentale, disagio e marginalità, ecc.).

Tra gli obiettivi regionali per il triennio 2013-2015 la Regione chiede agli Ambiti di rafforzare il coinvolgimento della comunità nella realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali di tipo solidale e universalistico/selettivo; di favorire, nell'ambito dei percorsi di assistenza, di protezione e promozione sociale, la messa a sistema delle attività di soggetti non istituzionali operanti nel territorio, beneficiari di contributi economici da parte di enti pubblici; di consolidare il sistema associato di governo del sistema locale degli interventi e dei servizi sociali; di stabilizzare e consolidare le prestazioni e gli interventi di cui all'art. 6 della Legge Regionale n. 6/2006.

L'Ambito distrettuale del Cividalese ha investito negli anni passati nell'area della governance sociale mantenendo rapporti costanti con i Comuni associati, stringendo collaborazioni con gli Enti e le istituzioni e attivando sinergie operative con le Associazioni di volontariato e i soggetti del terzo settore che operano nel territorio. Ha definito e consolidato un modello di Servizio Sociale dei Comuni costruito in base alle volontà degli Amministratori locali e alle esigenze del territorio, un modello strutturato su una delega parziale all'Ente Gestore e il mantenimento di parte di servizi e funzioni in carico ai Comuni associati. L'Ambito, in questi anni ha operato, insieme ai Comuni associati per migliorare, uniformare e consolidare i livelli di prestazione essenziali (servizio sociale professionale, servizio di assistenza domiciliare, servizio socio-educativo, assistenza economica a favore di famiglie con minori, ecc.).

Il Piano di zona, triennio 2013-2015, offre l'opportunità di ripensare all'assetto organizzativo, alle modalità operative, ai processi e alla qualità del lavoro, di stringere relazioni più strutturate con i servizi sociali e sanitari che operano nel territorio, di attivare collaborazioni mirate con tutti i soggetti pubblici e del privato sociale, sulla base di azioni condivise in un'ottica di promozione della salute, implementando il lavoro di rete e il lavoro di comunità e con la comunità.

GOVERNANCE SOCIALE - SCHEDE PDZ OB.1

OBIETTIVO	REGIONALE N. 1.1 Rafforzare il coinvolgimento della comunità nella realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali di tipo solidale e universalistico.	<input checked="" type="checkbox"/> SOCIALE SOCIOSANITARIO
------------------	--	---

MACROAZIONE N. 1.1.1	Il SSC si attiverà per sostenere e promuovere il mantenimento e/o rafforzamento della rete delle risorse territoriali e il coinvolgimento della comunità.	
OBIETTIVI DI AREA COLLEGATI	Obiettivi del Piano di zona, 2013-2015.	
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	Servizio Sociale dei Comuni, ASS n. 4, partecipanti ai tavoli	
ANNO 2013	L'Ufficio di direzione e programmazione realizza incontri sistematici con i tavoli tematici e di co-progettazione affinché gli obiettivi e le macroazioni definite nel Piano di Zona, anno 2013, vengano conseguiti con il coinvolgimento della rete delle risorse territoriali e la comunità.	
ANNO 2014	L'Ufficio di direzione e programmazione realizza incontri sistematici con i tavoli tematici e di co-progettazione affinché gli obiettivi e le macroazioni definite nel Piano di Zona, anno 2013, vengano conseguiti con il coinvolgimento della rete delle risorse territoriali e la comunità.	
ANNO 2015	L'Ufficio di direzione e programmazione realizza incontri sistematici con i tavoli tematici e di co-progettazione affinché gli obiettivi e le macroazioni definite nel Piano di Zona, anno 2013, vengano conseguiti con il coinvolgimento della rete delle risorse territoriali e la comunità.	
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	Verbali di costituzione, realizzazione ed esito dei tavoli tematici e di co-progettazione	

OBIETTIVO	REGIONALE N. 1.2 Favorire, nell' dei percorsi di assistenza, di protezione e promozione sociale, la messa a sistema delle attività di soggetti non istituzionali operanti nel territorio, beneficiari di contributi economici regionali, provinciali e comunali erogati a sostegno delle attività degli stessi soggetti a favore di persone in stato di bisogno, allo scopo di capitalizzare, in un'ottica di sinergia e di coordinamento, le risorse finanziarie pubbliche erogate.	<input checked="" type="checkbox"/> SOCIALE SOCIOSANITARIO
------------------	--	---

MACROAZIONE N. 1.2.1	Proseguire il processo di messa a sistema dei soggetti non istituzionali attraverso la conoscenza più approfondita degli stesse e rafforzando la collaborazione attraverso la realizzazione di buone prassi operative e la prosecuzione/nuova stipula di convenzioni/protocolli.
OBIETTIVI DI AREA COLLEGATI	Obiettivi del Piano di zona, 2013-2015.
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	Servizio Sociale dei Comuni, Amministrazioni comunali, Amministrazione provinciale, Amministrazione Regionale, ASS n. 4, Associazioni di volontariato.
ANNO 2013	L'Ufficio di direzione e programmazione richiede agli enti pubblici erogatori di contributi economici gli elenchi dei soggetti beneficiari di contributi dai medesimi erogati. L'Ambito prosegue/predisporre protocolli operativi con soggetti beneficiari che già collaborano nel processo del Piano di zona.
ANNO 2014	L'Ambito: 1. verifica la disponibilità dei soggetti beneficiari di contributi a collaborare con il Servizio Sociale dei Comuni, qualora non già attivi nel processo del Piano di zona; 2. prosegue/predisporre protocolli operativi con soggetti beneficiari che già collaborano nel processo del Piano di zona o che intendono collaborare.
ANNO 2015	L'Ambito prosegue/predisporre protocolli operativi con soggetti beneficiari che intendono collaborare nel processo del Piano di zona. Verifica dei risultati raggiunti.
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	N. progetti condivisi con i soggetti non istituzionali per l'ottenimento di contributi regionali. Valore atteso Nel triennio 2013-2015 almeno il 70% dei soggetti non istituzionali beneficiari di contributi economici pubblici sottoscrivono protocolli operativi con il SSC. <i>Il raggiungimento del valore atteso è subordinato:</i> <ul style="list-style-type: none"> - alla messa a disposizione degli elenchi dei soggetti beneficiari di contributi da parte degli erogatori dei contributi; - alla disponibilità dei soggetti beneficiari di contributi a collaborare con il Servizio Sociale dei Comuni; - all'opportunità ed alla possibilità di attivare, con i beneficiari di contributi, progetti condivisi con il SSC.

AZIONI DI SISTEMA PER IL CONSOLIDAMENTO DEL GOVERNO DEL SISTEMA INTEGRATO – SCHEDA OB. 2

OBIETTIVO	REGIONALE N. 2.1 Consolidare il sistema associato di governo del sistema locale degli interventi e dei servizi sociali.	<input checked="" type="checkbox"/> SOCIALE SOCIOSANITARIO
MACROAZIONE N. 2.1.1	<p>Rinnovare la convenzione dei Comuni associati eventualmente implementando le funzioni delegate all'Ente Gestore su indicazione dell'Assemblea dei Sindaci.</p> <p>Implementare il Servizio Tutela Minori con due assistenti sociali a tempo pieno.</p> <p>Adeguare il bilancio dell'Ambito, i modelli di rendicontazione e di documentazione in uso a quelli proposti dall'Amministrazione regionale.</p> <p>Redigere il Regolamento per l'accesso dei cittadini ai sevizi e alle prestazioni socio assistenziali e per la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi delegati.</p> <p>Studio di fattibilità per la predisposizione di un regolamento per la compartecipazione al pagamento delle rette delle comunità per minori.</p>	
OBIETTIVI DI AREA COLLEGATI	Obiettivi del Piano di zona, 2013-2015.	
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	Servizio Sociale dei Comuni, Comuni.	
ANNO 2013	<p>Qualora ulteriori funzioni e competenze venissero attribuite all'Ente Gestore o in base ai bisogni emergenti, si provvederà a verificare l'adeguatezza della Pianta Organica Aggiuntiva (POA) e, se necessario, ad adottare i provvedimenti conseguenti al fine di assicurare il buon andamento del servizio sociale dei comuni.</p> <p>L'Ambito:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. adegua il proprio bilancio, i modelli di rendicontazione e di documentazione in uso a quelli proposti dall'Amministrazione regionale; 2. rafforza il proprio sistema informativo in raccordo con la Regione e alimenta sistematicamente gli applicativi già disponibili. 	
ANNO 2014	<p>L'Ambito:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. avvia la stesura del Regolamento per l'accesso dei cittadini ai sevizi e alle prestazioni socio assistenziali e per la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi delegati; 2. effettua lo studio di fattibilità per la predisposizione di un regolamento per la compartecipazione al pagamento delle rette delle comunità per minori; 3. rafforza il proprio sistema informativo in raccordo con la Regione e alimenta sistematicamente gli applicativi già disponibili. 	
ANNO 2015	<p>L'Ambito:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. redige il Regolamento per l'accesso dei cittadini ai sevizi e alle prestazioni socio assistenziali e per la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi delegati; 2. predispone il regolamento per la compartecipazione al pagamento delle rette delle comunità per minori. 3. rafforza il proprio sistema informativo in raccordo con la Regione e alimenta sistematicamente gli applicativi già disponibili. 	

<p>INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO</p>	<p>N. operatori equivalenti dedicati all'attività dell'Ufficio di direzione e programmazione; alimentazione dei sistemi informativi previsti; adozione modelli regionali di documentazione/rendicontazione; presenza regolamento aggiornato per l'accesso e la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi.</p> <p>Valore atteso: L'Ufficio di direzione e programmazione del SSC è dotato di risorse professionali dedicate. I sistemi informativi previsti dalla regione vengono alimentati sistematicamente. Vengono adottati modelli regionali di documentazione/rendicontazione. È presente un regolamento aggiornato per l'accesso e la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi.</p>
--	---

STABILIZZAZIONE/CONSOLIDAMENTO DEI LIVELLI DI PRESTAZIONE – SCHEDA OB. 3

<p>OBIETTIVO</p>	<p>REGIONALE N. 3.1 Stabilizzare e consolidare le prestazioni e gli interventi di cui all’art. 6 della legge regionale 6/2006, definendo un sistema di offerta per tipologie di servizi e prestazioni, trasversale alle aree di bisogno, articolato in:</p> <ul style="list-style-type: none"> - welfare d’accesso, con il ruolo fondamentale riconosciuto al servizio sociale professionale, che ricomprende il servizio di segretariato sociale, le attività di presa in carico e gestione sociale del caso (case management), il servizio di pronto intervento per le situazioni di emergenza sociale; - servizi domiciliari, di tipo educativo, sociosassistenziale e di assistenza integrata; - servizi a carattere comunitario semiresidenziale, compresa la rete delle strutture e dei servizi a ciclo diurno; - servizi a carattere comunitario a ciclo residenziale, compresa la rete delle strutture e dei servizi a ciclo interamente residenziale anche a carattere temporaneo; - misure di sostegno e assistenza economica, nelle diverse forme previste dalla programmazione regionale. 	<p><input checked="" type="checkbox"/> SOCIALE SOCIOSANITARIO</p>
<p>MACROAZIONE N. 3.1.1</p>	<p>Mantenere e consolidare l’attuale livello di prestazioni e interventi garantito dall’Ambito e attivare percorsi e azioni finalizzate al miglioramento, al miglior utilizzo delle risorse, alla razionalizzazione e al potenziamento.</p>	
<p>OBIETTIVI DI AREA COLLEGATI</p>	<p>Obiettivi del Piano di zona, 2013-2015.</p>	
<p>SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI</p>	<p>SSC, Comuni, Regione, Provincia, Soggetti pubblici e del privato sociale (Cooperative, ASS n. 4, ASP), professionisti, Tribunale di Udine, Volontari sportello.</p>	
<p>ANNO 2013</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>welfare d’accesso</i>: mantenimento degli attuali livelli raggiunti; 2. <i>servizi domiciliari</i> di tipo educativo, socio-assistenziale e di assistenza integrata: riqualificare gli interventi attraverso un miglior utilizzo del progetto personalizzato e del contratto, che consente un maggior coinvolgimento attivo delle famiglie e delle risorse del territorio; rivisitazione e riordino dei servizi per minori disabili erogati dal SSC; 3. <i>misure di sostegno e assistenza economica</i>: valutazione e studio di fattibilità dell’eventuale possibilità da parte dei Comuni associati di delegare le diverse forme di assistenza economica attualmente in capo agli stessi; 4. <i>area trasversale</i>: proseguire valutando opportunità di potenziamento in sinergia con le associazioni del territorio; 5. <i>servizi semiresidenziali e residenziali</i>: si rinvia a obiettivi specifici dell’area integrata. 	

ANNO 2014	Monitoraggio dei servizi e delle attività realizzate nell'anno 2013, rilevazione delle criticità, elaborazione possibili strategie di miglioramento per l'anno 2014. Realizzazione delle attività previste nelle azioni di sistema e nelle aree tematiche, PAA 2014.
ANNO 2015	Monitoraggio dei servizi e delle attività realizzate nell'anno 2014, rilevazione delle criticità, elaborazione possibili strategie di miglioramento per l'anno 2015. Realizzazione delle attività previste nelle azioni di sistema e nelle aree tematiche, PAA 2015.
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	Valori target definiti nelle schede di cui all'Allegato 3) delle Linee guida regionali (vedi Allegato 4). Valore atteso: Gli scostamenti dei valori target registrati annualmente sono oggetto di valutazione.

3.1 AZIONI DI SISTEMA: INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA - SCHEDE OB. 4

Parte descrittiva

La Regione tra gli obiettivi inerenti l'integrazione sociosanitaria chiede ad Ambiti/Distretti/ASS di sviluppare, ottimizzare, migliorare e qualificare le fasi del sistema integrato di accesso ai servizi sociosanitari, dei percorsi e dei processi della valutazione multidimensionale, del progetto personalizzato, del piano di assistenza/intervento e della presa in carico integrata in tutte le aree tematiche. Impegna, inoltre, Ambiti/Distretti/ASS a definire e/o aggiornare la descrizione dell'offerta dei servizi e degli interventi sociosanitari disponibili nel territorio.

L'Ambito distrettuale del Cividalese e il Distretto Sanitario di Cividale hanno investito negli anni passati nell'organizzazione dei rispettivi servizi e nell'elaborazione di prassi, protocolli e linee guida per migliorare gli aspetti dell'integrazione socio sanitaria.

Il Piano di zona, triennio 2013-2015, si inserisce in questo percorso dell'Ambito distrettuale e del Distretto Sanitario offrendo l'opportunità per ripensare ai percorsi già in atto, a livello organizzativo e/o operativo, attivare processi formativi coinvolgendo gli operatori dei vari servizi, sperimentare progetti al fine di verificare la fattibilità e l'opportunità di apportare eventuali modifiche al sistema dell'integrazione dei servizi esistente.

Si rileva, infatti, l'esigenza di porre attenzione ai processi e alla qualità delle valutazioni multidimensionali e multiprofessionali, all'elaborazione dei progetti personalizzati, in particolare alla definizione delle azioni e all'individuazione delle responsabilità reciproche e dei tempi, affinché questi momenti non si riducano a procedure meramente burocratiche ma diventino costruzione di percorsi di aiuto realmente condivisi e operativi. Si reputa importante individuare dei denominatori e criteri di lettura e interpretazione del rischio e della fragilità che permettano di riconoscere successivamente le persone che sul territorio presentano tali caratteristiche per prevenire l'insorgere di patologie complesse e ridurre l'istituzionalizzazione.

Si rileva altresì l'esigenza, in questo momento socio-economico, di stringere relazioni più strutturate tra i vari servizi e tra questi e la comunità locale nelle sue molteplici configurazioni. Inoltre, la complessità delle situazioni, le risorse più limitate, i carichi di lavoro sempre più rilevanti richiedono, oltre alla professionalità e alla specializzazione, anche maggior sinergia tra gli operatori, implementazione del lavoro di rete, definizioni condivise di prassi di comportamento e di presa in carico integrata. I due sistemi, sociale e sanitario, partendo dalle specifiche culture, modalità d'agire, tempi, procedure e modelli organizzativi sono chiamati a riflettere, autonomamente ed insieme, ponendo al centro i cittadini con i loro molteplici bisogni per elaborare strategie d'intervento e prassi operative mirate ad offrire servizi, interventi e prestazioni più rispondenti alle loro esigenze. Servizi diversificati in base ai bisogni (domiciliari, diurni, semi residenziali, residenziali); interventi di filtro, di lettura integrata dei bisogni, di accompagnamento nel percorso di aiuto e di cura; prestazioni aventi caratteristiche di maggiore flessibilità, immediatezza e specificità: sono queste le sfide e gli obiettivi che Ambito distrettuale e Distretto Sanitario si propongono di conseguire perseguendo gli obiettivi di pianificazione indicati dalla Regione. Un ulteriore aspetto da potenziare riguarda i monitoraggi, le verifiche periodiche, il raggiungimento degli obiettivi posti che ogni azione/percorso richiede di esaminare, al fine di garantire il conseguimento di quanto perseguito o di ciò che in itinere il monitoraggio e la valutazione faranno emergere come migliore definizione dello stesso.

OBIETTIVO	REGIONALE N. 4.1 - Definire/migliorare un sistema di accesso integrato ai servizi sociosanitari.	SOCIALE SOCIOSANITARIO <input checked="" type="checkbox"/>
MACROAZIONE N. 4.1.1	Rivedere il sistema di accesso a favore dei cittadini residenti nell'Ambito, e valutare la fattibilità e le opzioni organizzative per istituire un punto unico di accesso integrato col Distretto Sanitario per garantire vicinanza, flessibilità, celerità nel rispondere ai bisogni delle persone.	
OBIETTIVI DI AREA COLLEGATI	5.1, 5.2, 6.1, 7.1, 7.2, 8.1	
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	Servizio Sociale dei Comuni, Distretto sanitario, Centro di salute mentale, Servizio Tossicodipendenze, Medici di medicina generale.	
ANNO 2013	<p>Descrizione delle principali azioni/attività che si intendono attivare nell'anno suddivise per soggetto attuatore (SSC, Distretto sanitario, altri soggetti).</p> <p>1) <u>Sistema di accesso integrato a livello di comunità locale:</u></p> <p>a) esame modalità operative del SSC e del distretto sanitario ed elaborazione di un modello di sistema di accesso integrato a livello di Comunità locale.</p> <p>b) incontri formativi con gli operatori socio-sanitari di Comunità (assistenti sociali, assistenti domiciliari, medici di medicina generale, infermieri di comunità, centro di salute mentale, servizio tossicodipendenze) finalizzato a condividere riflessioni sull'approccio professionale in tema di promozione della salute, di prevenzione e di lavoro con la rete locale per migliorare i percorsi di accesso dei cittadini al sistema integrato dei servizi sociosanitari;</p> <p>c) condivisione stili di comportamento e percorsi condivisi.</p> <p>2) <u>Sistema di accesso integrato in favore delle persone con malattie croniche e con disabilità (adulti e anziani) e in favore delle famiglie con minori multiproblematici e con minori disabili:</u></p> <p>a) esame modelli organizzativi del Servizio Sociale dei Comuni e del Distretto;</p> <p>b) definizione linee guida sulla gestione delle competenze integrate nelle aree adulti ed anziani e revisione protocollo nell'area minori;</p> <p>c) progettazione di un nuovo modello organizzativo per la presa in carico integrata dei casi complessi (minori multiproblematici, adulti e anziani con malattie croniche e disabilità).</p>	
ANNO 2014	<p>1) <u>Sistema di accesso integrato a livello di comunità locale:</u> prosecuzione percorso condiviso e monitoraggio.</p> <p>2) <u>Sistema di accesso integrato in favore di anziani e adulti con malattie croniche e con disabilità e in favore delle famiglie con minori multiproblematici e con minori disabili:</u> attivazione modello e monitoraggio.</p>	
ANNO 2015	<p>1) <u>Sistema di accesso integrato a livello di comunità locale:</u> prosecuzione percorso condiviso, monitoraggio e verifica risultati.</p> <p>2) <u>Sistema di accesso integrato in favore delle persone con malattie croniche e con disabilità (adulti e anziani) e in favore delle famiglie con minori multiproblematici e con minori disabili:</u> prosecuzione attivazione modello, monitoraggio e verifica risultati.</p>	
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	Evidenza documento descrittivo del sistema di accesso.	

OBIETTIVO	REGIONALE N. 4.2 Sviluppare e qualificare le Unità di valutazione multiprofessionale in tutte le aree di integrazione sociosanitaria.	SOCIALE <input checked="" type="checkbox"/> SOCIOSANITARIO
MACROAZIONE N. 4.2.1	Ottimizzare le procedure per quanto riguarda l'area degli anziani e degli adulti (UVM, migliorare alcuni aspetti relativi all'organizzazione e alla tempistica). Eventuale riattivazione dell'Unità di Valutazione Distrettuale Adulti (progetto n. 13 "Adulto in primo piano" inserito nel Piano di zona, triennio 2006-2009, area dell'integrazione socio-sanitaria). Elaborazione di un documento condiviso.	
OBIETTIVI DI AREA COLLEGATI	5.1, 5.2, 6.1, 7.1, 7.2, 8.1	
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	Servizio Sociale dei Comuni, Distretto Sanitario, Centro di salute mentale, Servizio Tossicodipendenze, Medici di medicina generale, Servizi Specialistici ASS n. 4.	
ANNO 2013	Revisione delle attuali modalità di funzionamento delle UVD, aree anziani ed adulti, e individuazione di eventuali modifiche migliorative e/o correttive delle stesse.	
ANNO 2014	Applicazione della revisione delle modalità di funzionamento delle UVD aree anziani ed adulti.	
ANNO 2015	Prosecuzione dell'applicazione della revisione delle modalità di funzionamento delle UVD aree anziani ed adulti, monitoraggio e verifica risultati raggiunti.	
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	<p>Evidenza documento descrittivo dell'Unità multiprofessionale integrata (UVD, area anziani ed adulti - UVD accesso alle strutture) e del suo funzionamento.</p> <p>Documento elaborato e condiviso dagli operatori dei servizi sociali e sanitari coinvolti.</p> <p>N. anziani e adulti che accedono alla rete dei servizi sociosanitari valutati dall'Unità di Valutazione Distrettuale.</p> <p>Valore atteso Il 100% degli anziani e degli adulti che accedono alla rete dei servizi residenziali e semiresidenziali sono valutati dall' UVD.</p>	

MACROAZIONE N. 4.2.2	Rivedere le prassi e procedure in atto al fine di delineare un modello che permetta di: snellire le procedure, riqualificare i percorsi di assistenza con particolare attenzione all'Unità di Valutazione Distrettuale Minori e all'Equipe Multidisciplinare per l'handicap.
OBIETTIVI DI AREA COLLEGATI	5.1, 5.2, 6.1, 7.1, 7.2, 8.1
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	Servizio Sociale dei Comuni, Distretto Sanitario, Centro di salute mentale, Servizio Tossicodipendenze, Medici di medicina generale, Servizi Specialistici ASS n. 4.
ANNO 2013	Prosecuzione dell'attività dell'Unità di Valutazione Distrettuale Minori e dell'Equipe Multidisciplinare per l'handicap secondo le prassi e procedure in atto.
ANNO 2014	Revisione delle procedure in atto nell'UVDM e nell'Equipe Multidisciplinare per l'handicap tra tutti i servizi coinvolti, rivalutazione del ruolo case manager e revisione del documento di funzionamento condiviso in atto.
ANNO 2015	Applicazione della revisione delle procedure e prassi dell'UVDM e dell'Equipe Multidisciplinare per l'handicap, monitoraggio e verifica risultati raggiunti.
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	<p>Evidenza documento descrittivo delle Unità multiprofessionali integrate (Unità Valutazione Distrettuale Minori e Equipe Multidisciplinare per l'handicap) e del loro funzionamento, elaborato e condiviso dagli operatori dei servizi sociali e sanitari coinvolti.</p> <p>N. minori e disabili che accedono alla rete dei servizi sociosanitari valutati dall'UVDM e dall'Equipe Multidisciplinare per l'handicap.</p> <p><i>Valore atteso</i> Il 100% dei minori e delle persone disabili che accedono alla rete dei servizi residenziali e semiresidenziali sono valutati dall'UVDM e dall'Equipe multidisciplinare per l'handicap.</p>

OBIETTIVO	REGIONALE N. 4.3 Utilizzare sistematicamente la valutazione multidimensionale e adottare progressivamente strumenti uniformi e standardizzati.	SOCIALE <input checked="" type="checkbox"/> SOCIOSANITARIO
------------------	--	---

MACROAZIONE N. 4.3.1	Proseguire nell'applicazione degli strumenti in atto, ampliare l'uso dello strumento Valgraf nelle prese in carico domiciliari e prevedere l'applicazione di altri strumenti in base alle eventuali indicazioni regionali.	
OBIETTIVI DI AREA COLLEGATI	5.1, 5.2, 6.1, 7.1, 7.2, 8.1	
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	Servizio Sociale dei Comuni, Distretto Sanitario, Centro di salute mentale, Servizio Tossicodipendenze, Medici di medicina generale, Servizi Specialistici ASS n. 4.	
ANNO 2013	Utilizzare la scheda Valgraf per utenti complessi in cura domiciliare e per coloro che richiedono l'accoglimento c/o strutture residenziali e semiresidenziali. Utilizzare la valutazione multidisciplinare ICF in situazioni complesse di soggetti disabili in età evolutiva ed adulti per inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali.	
ANNO 2014	Monitoraggio e verifica dell'applicazione di entrambi gli strumenti di valutazione.	
ANNO 2015	Monitoraggio e verifica dell'applicazione di entrambi gli strumenti di valutazione.	
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	N. soggetti valutati secondo modalità standardizzate definite dalla Regione. N. soggetti valutati secondo altre modalità. Valore atteso Entro il 2015 tutti i soggetti sono valutati secondo modalità standardizzate definite dalla Regione.	

OBIETTIVO	REGIONALE N. 4.4 Programmare le risorse ritenute appropriate e disponibili attraverso il dispositivo del progetto personalizzato di intervento o del piano di assistenza/intervento.	SOCIALE <input checked="" type="checkbox"/> SOCIOSANITARIO
MACROAZIONE N. 4.4.1	<p>Rivedere, assieme al Distretto, i percorsi in atto per la predisposizione dei progetti personalizzati o dei piani di assistenza/intervento, in base alla complessità dei bisogni, per rafforzare la sinergia e la messa a disposizione delle risorse di tutti i soggetti coinvolgibili, individuando responsabilità, funzioni e ruoli degli stessi e prevedendo precise fasi di monitoraggio e valutazione per le seguenti tipologie di utenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>minori a rischio di allontanamento o con provvedimento giudiziario di allontanamento</u>: integrazione operativa tra Servizio Tutela Minori del SSC e Servizio Materno Infantile del Distretto; - <u>anziani non autosufficienti a rischio di istituzionalizzazione</u>: sinergia tra SSC, Distretto, strutture di accogliimento, famiglie e associazioni di volontariato; - <u>persone fragili dimesse dall'ospedale</u> che richiedono continuità delle cure e protezione sociale: proseguire con i percorsi in atto; - <u>persone (minori e adulti) con disabilità a rischio di esclusione sociale e di istituzionalizzazione</u>: sinergia tra SSC, ASS n. 4, Distretto, servizi dedicati, famiglie e associazioni di volontariato; - <u>adulti in situazioni di fragilità</u>: sinergia tra SSC, ASS n.4, Distretto, Dipartimenti (Sert, CSM), Centro per l'impiego, strutture di accogliimento, famiglie e associazioni di volontariato. 	
OBIETTIVI DI AREA COLLEGATI	5.1, 5.2, 6.1, 7.1, 7.2, 8.1	
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	Servizio Sociale dei Comuni, Distretto Sanitario, Centro di salute mentale, Servizio Tossicodipendenze, Medici di medicina generale, Servizi Specialistici ASS n. 4.	
ANNO 2013	Costituzione di gruppi di lavoro integrati per esplicitare i criteri di definizione di rischio nelle diverse tipologie di utenza indicate nella macroazione (esclusi i minori a rischio di allontanamento) e definire gli strumenti e le modalità di elaborazione del PAI.	
ANNO 2014	<p>Rivedere i percorsi in atto per la predisposizione dei progetti personalizzati tenendo conto dei criteri, degli strumenti e delle modalità individuati dai gruppi di lavoro integrati nel 2013 per le tipologie specificate nella macro-azione.</p> <p>Costituzione del gruppo di lavoro integrato per esplicitare i criteri di definizione di rischio nella tipologia di utenza indicata nella macroazione "minori a rischio di allontanamento o con provvedimento giudiziario di allontanamento"; definire gli strumenti e le modalità di elaborazione del PAI; rivedere i percorsi in atto per la predisposizione dei progetti personalizzati tenendo conto dei criteri, degli strumenti e delle modalità individuati dal gruppo di lavoro integrato.</p>	

ANNO 2015	Monitoraggio e verifica della funzionalità e dell'efficacia delle nuove modalità di valutazione e predisposizione dei PAI individuate.
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	<p>Rapporto tra n. minori a rischio di allontanamento o con provvedimento giudiziario di allontanamento e n. progetti personalizzati di intervento.</p> <p>Rapporto tra n. anziani non autosufficienti a rischio di istituzionalizzazione e n. di progetti personalizzati di intervento o piani di assistenza/intervento.</p> <p>Rapporto tra n. persone <i>fragili</i> dimesse dall'ospedale che richiedono continuità delle cure e protezione sociale e n. progetti personalizzati di intervento o piani di assistenza/intervento.</p> <p>Rapporto tra n. persone con disabilità a rischio di esclusione sociale e di istituzionalizzazione e n. progetti personalizzati di intervento o piani di assistenza/intervento.</p> <p><i>Valori attesi</i> Nel triennio 2013–2015 il rapporto tra le grandezze rappresentate diminuisce (aumenta il numero dei progetti personalizzati di intervento).</p>

OBIETTIVO	REGIONALE N. 4.5 Definire/aggiornare la descrizione dell'offerta dei servizi e interventi sociosanitari disponibili per i cittadini in ciascun territorio di riferimento.	SOCIALE <input checked="" type="checkbox"/> SOCIOSANITARIO
------------------	---	---

MACROAZIONE N. 4.5.1	SSC, ASS n. 4 Medio Friuli e Distretto Sanitario aggiornano la descrizione dell'offerta dei servizi e interventi nell'area sociale, sanitaria e sociosanitaria. Prevedono, inoltre, la possibilità di attivare strumenti informativi integrati sia tra soggetti istituzionali, sia tra gli stessi e i soggetti del privato sociale e le associazioni che operano nel territorio.	
OBIETTIVI DI AREA COLLEGATI	5.1, 5.2, 6.1, 7.1, 7.2, 8.1	
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	Servizio Sociale dei Comuni, Distretto Sanitario, Centro di salute mentale, Servizio Tossicodipendenze, Medici di medicina generale, Servizi Specialistici ASS n. 4.	
ANNO 2013	L'Ambito, il Distretto/ASS costruiscono un documento integrato elettronico che descriva l'offerta dei servizi ed interventi nell'area sociale, sanitaria e sociosanitaria anche in collaborazione con i soggetti del privato sociale del territorio.	
ANNO 2014	Aggiornamento della descrizione dell'offerta.	
ANNO 2015	Valutazione della funzionalità ed efficacia del documento integrato elettronico e implementazione dello stesso in base ai risultati emersi	
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	La descrizione dell'offerta dei servizi è disponibile tramite web dei SSC e dell'ASS n. 4.	

OBIETTIVO	REGIONALE N. 4.6 Migliorare i livelli organizzativi ed operativi di integrazione sociosanitaria finalizzati alla presa in carico integrata assicurando la continuità assistenziale tra ospedale e territorio/domicilio, tra diversi tipi di servizi sanitari e tra servizi sanitari e servizi sociali, in modo particolare nel momento del passaggio all'età adulta.	SOCIALE <input checked="" type="checkbox"/> SOCIOSANITARIO
------------------	--	---

MACROAZIONE N. 4.6.1	Elaborare in sinergia tra SSC, Distretto, ASS n. 4 Medio Friuli e altri soggetti (ASP): a) un protocollo per la continuità delle cure nelle fasi di transizione dall'età evolutiva all'età adulta di soggetti affetti da malattie congenite, croniche e disabilità fisica e/o psichica; b) una proposta che definisce il fabbisogno di accoglimenti a breve termine con "funzioni di attesa" rispetto ad altre destinazioni della rete dei servizi.
OBIETTIVI DI AREA COLLEGATI	5.1, 5.2, 6.1, 7.1, 7.2, 8.1
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	Servizio Sociale dei Comuni, Distretto Sanitario, Centro di salute mentale, Servizio Tossicodipendenze, Medici di medicina generale, Servizi Specialistici ASS n. 4, ASP, AOUSMM-UD.
ANNO 2013	Condivisione nuovo protocollo dimissioni ospedaliere protette revisionato nell'anno 2012 dall'ASS/AOUSMM-UD.
ANNO 2014	Definizione fabbisogno per l'accoglimento, a breve termine con funzioni di attesa rispetto ad altre destinazioni della rete dei servizi, delle persone fragili in dimissione ospedaliera e in dimissione dalle strutture convenzionate (ex art. 26 L. 833/78).
ANNO 2015	Proposta attivazione di posti letto con funzioni di attesa nelle diverse strutture.
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	<ul style="list-style-type: none"> • I protocolli relativi alla continuità assistenziale sono predisposti in modo da essere uniformi, per quanto possibile, a livello di ASS. • N. persone fragili per i quali sono stati attivati percorsi di dimissioni protette a tutela della continuità assistenziale tra strutture sanitarie e servizi territoriali e a domicilio. • Evidenza di un documento con la proposta che definisce il fabbisogno e il piano di allocazione dei posti letto con specifico riferimento agli anziani e agli adulti fragili. <p><i>Valori attesi</i> Nel triennio 2013-2015, il rapporto tra le persone fragili dimesse con l'attivazione di percorsi protetti e le persone fragili dimesse senza l'attivazione di percorsi protetti aumenta.</p> <p>Le persone che necessitano di accoglimento a breve termine con "funzione di attesa" trovano adeguata risposta nell' dei posti letto individuati.</p>

CAPITOLO 4 - AREE DI INTERVENTO: OBIETTIVI STRATEGICI, PRIORITA' DEL PDZ, AZIONI, TEMPI E RISORSE

4.1 AREA MINORI, GIOVANI, FAMIGLIA E GENITORIALITÀ - SCHEDE OB. 5 e 10

Parte descrittiva

Le problematiche e i bisogni dei minori si intrecciano con quelle degli adulti, in quanto genitori, coppia e singoli individui. Nel nostro Ambito si è rilevato negli ultimi anni un sensibile aumento di famiglie multiproblematiche non solo a livello quantitativo, ma anche in relazione alla loro complessità. Si tratta di situazioni di crisi di coppia, separazioni conflittuali dei coniugi, genitori portatori di patologie psichiche o di dipendenze con conseguenti ricadute e difficoltà relazionali con i figli; genitori che fanno fatica a ricoprire il loro ruolo e bisognosi di un supporto di mediazione di natura psicologica, a cui si sommano una povertà sia relazionale che economica. Bambini e adolescenti di conseguenza vengono a ritrovarsi in situazioni familiari inadeguate o pregiudizievoli per la loro crescita e necessitano di una presa in carico integrata e multiprofessionale. Sono chiamati in causa non solo i servizi tradizionalmente preposti a seguire l'area minori e famiglia, ma tutta la rete dei servizi socio-sanitari per attuare interventi di recupero e sostegno della famiglia e dei singoli adulti portatori di problematiche specifiche. Ciò rende necessario un ulteriore passo verso una cultura dei servizi condivisa e sempre più attenta ai bisogni dei minori e rivedere e definire alcune prassi operative al fine di renderle maggiormente funzionali. Gli obiettivi specifici dell'area si pongono pertanto in stretta connessione con gli obiettivi di sistema 4.2.e 4.4. e mirano a definire e migliorare aspetti specifici di un sistema d'intervento integrato già esistente e a rafforzarlo attraverso l'ottimizzazione delle risorse esistenti e la creazione di nuove (educatori specializzati e famiglie affidatarie). Agli aspetti di complessità già citati si aggiungono ulteriori elementi di criticità. Da un lato la crisi socio economica in atto contribuisce ad acuire le situazioni familiari già fragili e dall'altro permette ai servizi di disporre di sempre meno risorse. Con specifico riferimento agli interventi di allontanamento dalla famiglia dei minori, resi necessari in situazioni come queste, si registra l'onere non sempre sostenibile dai Comuni e la non sempre coerente qualità dell'offerta che, per giunta, provoca criticità al buon esito degli interventi. Dall'altro le nuove linee d'intervento del Tribunale minorile, che richiedono ulteriormente agli operatori di rivedere le prassi operative in atto tra servizi, hanno determinato l'aumento delle figure coinvolte nel procedimento (i legali delle famiglie e i tutori dei minori) e i rischi di apertura di contenziosi giuridici. Dall'attivazione della consulenza legale a supporto dell'operatività dei servizi (presa in carico) nell'interesse del minore, a fronte di una complessità sempre più emergente, ci si attende di offrire un servizio sempre più qualificato e di snellire l'operatività.

In questo quadro complessivo si è ritenuto di puntare l'attenzione sulla riqualificazione dell'intervento socio-educativo, anche in vista della scadenza dell'appalto di gestione del servizio. L'obiettivo che ci si pone è quello di disporre di operatori specializzati che lavorano a supporto e sostegno della relazione genitori e figli, ponendosi a potenziamento del lavoro svolto dai servizi a favore delle famiglie.

Per quanto attiene l'affidamento familiare l'Ambito ha già avviato nel corso del 2012 un progetto specifico e dopo aver realizzato un percorso formativo rivolto agli operatori del SSC e del Distretto, si pone l'obiettivo di disporre di un numero di famiglie disponibili all'accoglienza di minori, anche in ottemperanza alle richieste da parte del Tribunale. La macroazione relativa alla campagna di promozione e sensibilizzazione all'affidamento familiare è stata invece discussa al Tavolo di consultazione allargato con tutti i soggetti istituzionali e non, in quanto si è ritenuto fondamentale il coinvolgimento e l'attivazione di tutte le risorse del territorio. Tale punto, che presenta notevoli criticità in fase di esito finale, come rilevano tutte le

esperienze a livello sia regionale che nazionale, necessita della messa in campo di tutte le risorse disponibili al fine di compiere uno sforzo congiunto nel ricercare famiglie disponibili e nel promuovere una cultura dell'accoglienza.

Il Tavolo di consultazione si è occupato di trattare ulteriormente la parte sociale dell'area "Minori giovani e famiglie" sviluppando una riflessione che ha portato ad individuare macroazioni e azioni specifiche e a condividere la continuità di alcune progettualità, ampliando gli obiettivi e l'area di intervento come proposta dalla Regione.

In particolare, il Tavolo ha evidenziato l'importanza del lavoro di comunità che trova riscontro nell'obiettivo 10.1 finalizzato al superamento di un lavoro a compartimenti, in una logica che tenga insieme l'intera area di intervento (dalla tutela alla promozione), per garantire proposte che coinvolgano il più coerentemente possibile le diverse azioni, promuovendo e sostenendo lo sviluppo e l'accrescimento dei processi comunitari, il senso di appartenenza, la valorizzazione delle risorse e delle esperienze.

Sulla base di tale presupposto l'analisi ha portato ad evidenziare la necessità di un'azione coordinata di informazione e raccordo tra servizi e risorse, sia interna che esterna, al fine di superare le criticità esistenti e di migliorare i processi avviati, tenendo aperta la possibilità di connessioni con altre aree/problematiche (es. area adulti, problematiche del lavoro).

In particolare è emersa la necessità di una riflessione e un'analisi approfondita sulle problematiche della fascia adolescenziale, in un gruppo di lavoro che coinvolge una molteplicità di attori, al fine di trovare risposte diverse, innovative ed integrate.

Altro aspetto emerso è quello della necessità di favorire e sostenere il rapporto tra scuola e famiglia attraverso interventi mirati, rispetto ai quali l'Ambito avrà un ruolo di coordinamento e di promozione per la diffusione di buone prassi relative a progetti a sostegno della famiglia e della genitorialità e di servizi/interventi per la conciliazione dei tempi di lavoro.

Il tavolo, infine, ha ribadito l'importanza di mantenere le collaborazioni attivate negli anni precedenti in merito alle iniziative di cui alla L.285/97, dando priorità a quelle che coinvolgono scuola, famiglia e comunità, e prevedono azioni rivolte ai genitori, alla scuola, come luogo privilegiato di incontro e di promozione di stili educativi volti al benessere del minore, e alla valorizzazione dei gruppi giovanili e delle collaborazioni con altre risorse del territorio (obiettivo 10.2).

OBIETTIVO	REGIONALE N. 5.1 Promuovere la permanenza dei minori in famiglia.	SOCIALE <input checked="" type="checkbox"/> SOCIOSANITARIO
------------------	---	---

MACROAZIONE N. 5.1.1	Riqualificare l'intervento socio-educativo in funzione del supporto alla relazione genitori/figli.	
INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE	Politiche socio-sanitarie di prevenzione del disagio nell'area materno-infantile, Politiche per la famiglia	
AZIONI DI SISTEMA COLLEGATE	4.2, 4.4	
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	SSC – Distretto Sanitario – ASS n. 4 – Cooperativa che gestisce l'appalto del ssed	
ANNO 2013	Istituzione di un gruppo di lavoro integrato di riflessione sugli interventi socio-educativi finalizzata anche alla programmazione di un percorso formativo e di aggiornamento congiunto tra Ambito, Distretto Sanitario, ASS n. 4 e Cooperativa che ha in gestione l'appalto dei servizi per l'acquisizione di competenze specifiche sull'intervento socio-educativo nel contesto familiare a supporto dello svolgimento del ruolo genitoriale.	
ANNO 2014	Condivisione di linee metodologiche di intervento sui casi di minori a rischio di allontanamento e revisione delle prassi operative in atto tra servizi per l'attivazione di interventi socio-educativi a supporto della relazione genitori-figli. Stesura di un protocollo operativo. Sperimentazione e prima applicazione del protocollo (Ambito, Distretto Sanitario, ASS n. 4, cooperativa, scuole...).	
ANNO 2015	Stesura definitiva del protocollo operativo e sua applicazione (Ambito, Distretto Sanitario, ASS n. 4, cooperativa, scuole...).	
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	<p>N. minori d'età allontanati con provvedimento dell'autorità giudiziaria e tempi di allontanamento.</p> <p><i>Valori attesi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Con riferimento ai dati di flusso 2012, il rapporto tra il numero di minori accolti in strutture comunitarie e il numero della popolazione con età inferiore ai 18 anni, nel triennio 2013 -2015, tendenzialmente diminuisce. • Rispetto al numero di richieste di allontanamento dai genitori registrate nel 2012, nel triennio 2013 - 2015 i tempi di allontanamento dalla famiglia di minori con provvedimento dell'autorità giudiziaria diminuiscono. 	

MACROAZIONE N. 5.1.2	Definire e sperimentare il protocollo di intervento integrato per il servizio di affidamento familiare
INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE	Politiche socio-sanitarie di prevenzione del disagio nell'area materno-infantile, Politiche per la famiglia
AZIONI DI SISTEMA COLLEGATE	4.2, 4.4.
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	SSC – Distretto Sanitario– ASS n. 4 – Associazione “Il Focolare” di Gorizia
ANNO 2013	Istituzione di un gruppo di lavoro integrato tra SSC, Distretto Sanitario, ASS n. 4 e Associazione finalizzato ad analizzare le buone prassi già messe in atto da altri servizi e a individuare le linee operative di intervento. Stesura del protocollo operativo integrato.
ANNO 2014	Sperimentazione del protocollo operativo da parte di tutti i soggetti coinvolti.
ANNO 2015	Valutazione del protocollo e sua eventuale ridefinizione in base ai risultati raggiunti. Applicazione del protocollo ridefinito.
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	Evidenza del protocollo operativo N. minori in forme di affidamento familiare. N. famiglie coinvolte in progetti/interventi di recupero. <i>Valori attesi</i> Con riferimento ai dati di flusso 2012 nel triennio 2013-2015: <ul style="list-style-type: none"> • Il numero di famiglie affidatarie cresce. • Il numero dei minori in affidamento familiare aumenta. • Evidenza delle risorse dedicate a progetti di promozione dell'affido familiare

OBIETTIVO	REGIONALE N. 5.2 Potenziare e qualificare il processo di sostegno e allontanamento del minore nonché il sistema di accoglienza dei minori collocati all'esterno della propria famiglia di origine.	SOCIALE <input checked="" type="checkbox"/> SOCIOSANITARIO
------------------	--	---

MACROAZIONE N. 5.2.1	Ridefinire le prassi operative inerenti l'allontanamento dei minori e la loro collocazione all'esterno della famiglia di origine affinché siano sostenibili nell'attuale quadro organizzativo e istituzionale dei servizi dell'Ambito, del Distretto Sanitario e dell'ASS, anche alla luce dell'attuale orientamento del Tribunale per i Minorenni.
INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE	Politiche socio-sanitarie di prevenzione del disagio nell'area materno-infantile, Politiche per la famiglia
AZIONI DI SISTEMA COLLEGATE	4.2, 4.4
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	SSC – Distretto Sanitario – ASS n. 4
ANNO 2013	Attivazione di una consulenza legale a supporto dell'operatività dei servizi (presa in carico) nell'interesse del minore a fronte di una complessità sempre più emergente.
ANNO 2014	Il SSC, Distretto Sanitario e ASS n. 4 studiano e applicano uno strumento di valutazione sui casi di minori soggetti a provvedimento da parte dell'autorità giudiziaria presi in carico in maniera integrata, finalizzata a individuare le criticità e i punti di forza nella gestione dei casi stessi, al fine di trovare soluzioni e individuare buone prassi integrando i protocolli già esistenti. Formalizzazione di buone prassi integrate e loro applicazione.
ANNO 2015	Prosecuzione dell'applicazione delle buone prassi e loro valutazione finalizzata a consolidarne l'applicazione.
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	N. minori inseriti in strutture comunitarie. N. giornate di permanenza nelle comunità per minori. N. famiglie coinvolte in progetti/interventi di recupero. <i>Valori attesi</i> Con riferimento ai dati di flusso 2012 nel triennio 2013-2015: <ul style="list-style-type: none"> • Il numero dei minori inseriti in strutture comunitarie diminuisce. • Le giornate di permanenza nelle comunità per minori diminuiscono. • Il numero di famiglie coinvolte in progetti/interventi di recupero cresce.

OBIETTIVO	LOCALE N. 5.3 Promuovere la cultura dell'accoglienza, della solidarietà e dell'affidamento familiare	<input checked="" type="checkbox"/> SOCIALE SOCIOSANITARIO
------------------	--	---

MACROAZIONE N. 5.3.1	Sensibilizzare la comunità locale al tema dell'accoglienza e promuovere l'affidamento familiare
INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE	Politiche della famiglia, Politiche culturali e scolastiche
AZIONI DI SISTEMA COLLEGATE	4.5, 4.2, 4.4
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	SSC-STM – Distretto Sanitario – Scuole – Associazione Il Focolare onlus - Associazioni del territorio – Gruppi giovanili – Genitori – Gruppo famiglie affidatarie.
ANNO 2013	L'Ambito nel contesto delle azioni del gruppo di progettazione (cfr. azione 5.1.2) predispone: <ul style="list-style-type: none"> - un piano operativo di sensibilizzazione della comunità locale sul tema dell'affidamento familiare; - prosegue l'attività di sostegno al gruppo delle famiglie affidatarie con il rinnovo della Convenzione con l'Associazione Il Focolare onlus; - organizza specifiche iniziative anche in raccordo con le azioni 10.1.1 e 10.2.1.
ANNO 2014	L'Ambito rinnova l'attività di sensibilizzazione sull'affidamento familiare e di sostegno al gruppo delle famiglie affidatarie, sulla base dell'esperienza dell'anno precedente, istituendo la campagna di sensibilizzazione sul tema dell'affidamento familiare come attività annuale. Monitoraggio e verifica.
ANNO 2015	L'Ambito continua l'attività di sensibilizzazione sull'affidamento familiare e di sostegno al gruppo delle famiglie affidatarie, alla luce dei risultati del monitoraggio e della verifica.
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	Numero di partecipanti alle iniziative di sensibilizzazione Numero di famiglie resesi disponibili per l'affidamento

OBIETTIVO	REGIONALE N. 10.1 Collegare gli interventi sociali e sociosanitari programmati nei PDZ con specifiche azioni inerenti le politiche familiari.	<input checked="" type="checkbox"/> SOCIALE <input type="checkbox"/> SOCIOSANITARIO
------------------	---	--

MACROAZIONE N. 10.1.1	Promuovere e sostenere un sistema comunitario (lavoro di comunità) di intervento complessivo sui minori e la famiglia, in un continuum tra interventi di tutela e interventi promozionali
INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE	Politiche della famiglia, Pari opportunità, Politiche culturali e scolastiche
AZIONI DI SISTEMA COLLEGATE	1.1, 1.2, 4.2, 4.3., 4.4, 4.5
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	SSC-STM – Distretto Sanitario – ASS n. 4 – USSM - Comuni - Scuole – Questura - Associazioni e gruppi genitori – Gruppi giovanili - Associazioni del territorio
ANNO 2013	<ul style="list-style-type: none"> a) Potenziare l'informazione e l'azione di raccordo sia interna, tra servizi e risorse che concorrono a definire il sistema di intervento sui minori e famiglia, che verso l'esterno, attraverso un sistema/azione programmato di informazione e l'individuazione/utilizzo di strumenti informativi adeguati, (già esistenti e nuovi). b) Promuovere servizi e interventi a sostegno della famiglia, della conciliazione dei tempi di lavoro e di supporto dei compiti familiari, attingendo a buone prassi locali e col coinvolgimento delle amministrazioni comunali e delle associazioni familiari. c) Avviare un percorso di analisi, confronto e progettazione sulle problematiche emergenti nella fascia adolescenziale, coinvolgendo SSC, STM, USSM, Distretto sanitario, Questura, Scuole, ASS n. 4. d) Coordinare e sostenere l'attività delle scuole nel potenziamento degli "Sportelli d'ascolto scolastici" e nell'individuazione delle modalità con cui dare ad essi continuità.
ANNO 2014	<ul style="list-style-type: none"> a) Proseguire l'azione di informazione e raccordo sia interna, tra servizi e risorse che concorrono a definire il sistema di intervento sui minori e famiglia, che verso l'esterno, in base alla valutazione dell'annualità precedente. b) Proseguire nella promozione di servizi e interventi a sostegno della famiglia, della conciliazione dei tempi di lavoro e di supporto dei compiti familiari, attingendo a buone prassi locali e col coinvolgimento delle amministrazioni comunali e delle associazioni familiari, in base alla valutazione dell'annualità precedente. c) Individuazione delle problematiche emergenti e delle linee strategiche d'intervento sulle aree di maggiore criticità. d) Coordinare e sostenere l'attività delle scuole nella prosecuzione e nel potenziamento degli "Sportelli d'ascolto scolastici".

<p>ANNO 2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Proseguire l'azione di informazione e raccordo sia interna, tra servizi e risorse che concorrono a definire il sistema di intervento sui minori e famiglia, che verso l'esterno, in base alla valutazione dell'annualità precedente. b) Proseguire nella promozione di servizi e interventi a sostegno della famiglia, della conciliazione dei tempi di lavoro e di supporto dei compiti familiari, attingendo a buone prassi locali e col coinvolgimento delle amministrazioni comunali e delle associazioni familiari, in base alla valutazione dell'annualità precedente. c) Attivazione di interventi sulle aree di maggiore criticità individuate. d) Coordinare e sostenere l'attività delle scuole nella prosecuzione e nel potenziamento degli "Sportelli d'ascolto scolastici".
<p>INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Evidenza di un archivio delle attività di informazione e di raccordo; evidenza di un sistema di informazione che garantisca la diffusione e integrazione delle iniziative a favore di minori e famiglie b) N° di servizi e interventi di supporto alla famiglia attivati e loro grado di diffusione sul territorio c) Attivazione di interventi sulle aree di maggiore criticità individuate d) Continuità degli Sportelli e n° di beneficiari degli stessi

OBIETTIVO	LOCALE N. 10.2 Proseguire e potenziare i progetti di promozione a favore dei minori, dei giovani e dei genitori, favorendo il raccordo con le politiche a favore della famiglia.	<input checked="" type="checkbox"/> SOCIALE <input type="checkbox"/> SOCIOSANITARIO
------------------	--	--

MACROAZIONE N. 10.2.1	Proseguire e potenziare i progetti di promozione dei diritti dell'infanzia e adolescenza, di aggregazione giovanile, di scuola aperta e di sostegno alla genitorialità nonché di raccordo con le politiche a favore della famiglia.
INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE	<i>Politiche della famiglia, Politiche culturali e scolastiche, Politiche giovanili</i>
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	SSC, Scuole, Associazioni, Gruppi giovanili, Comuni, Genitori, Istituti di credito, Fondazioni
AZIONI DI SISTEMA COLLEGATE	4.5
ANNO 2013	1. L' Ambito prosegue e potenzia i progetti in essere: a) Promozione dei diritti dell'infanzia e adolescenza; b) I luoghi dell'aggregazione giovanile; c) Scuola aperta, scuola integrata; d) Genitori insieme.
ANNO 2014	1. Monitoraggio e verifica e prosecuzione dei progetti sulla base dei risultati.
ANNO 2015	1. Monitoraggio e verifica e prosecuzione dei progetti sulla base dei risultati.
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	N° iniziative realizzate dai singoli progetti; N° soggetti coinvolti nelle iniziative; Evidenza delle relazioni annuali di valutazione sul raggiungimento degli obiettivi e dei risultati di progetto.

4.2 AREA DISABILITÀ - SCHEDE OB. 6

Parte descrittiva

L'obiettivo regionale n. 6 incontra un'esigenza da tempo sentita dai servizi e dalle famiglie del territorio dell'Ambito distrettuale del Cividalese. L'attuale offerta dei servizi a favore dei disabili, infatti, non soddisfa le esigenze del territorio, sotto il profilo quantitativo e qualitativo in quanto non mette a disposizione un'adeguata diversificazione degli interventi. L'Azienda per i Servizi Sanitari n. 4, tuttavia, ha già avviato un processo di riqualificazione dell'offerta socio-educativa dei servizi in relazione ai bisogni rilevati, partendo da un esame svolto nel corso del biennio 2010-2011 sull'offerta dei centri diurni e residenziali per disabili e sul livello di funzionamento delle persone accolte nei diversi servizi. Dal lavoro svolto emergono nuovi bisogni relativi a "situazioni cliniche diverse" dal passato, quali ritardo mentale acquisito – trauma cranico, disturbi dello spettro artistico, e alle diverse prospettive di vita auspiccate per le persone con disabilità intellettiva. Tra i "bisogni emergenti" nel corso degli ultimi anni, due in particolare stanno rendendo necessario procedere a una precisa riflessione operativa e progettuale: le mutate prospettive di vita delle persone con disabilità intellettiva che sono notevolmente aumentate in ragione dei processi di invecchiamento; le difficoltà nella presa in carico di persone giovani "in uscita dal percorso scolastico" e nella definizione e condivisione con esse di un progetto di vita in grado di rispondere in modo adeguato ai bisogni e alle aspettative delle loro famiglie, generalmente orientate a tipologie di attività e a livelli di partecipazione (ruoli sociali, ruoli occupazionali/lavorativi ...) diversi da quelli previsti dai servizi.

A monte di tale riflessione si pone un'importante aspetto di criticità: la necessità di rivedere il sistema integrato complessivo della valutazione, che deve fondarsi sul coinvolgimento e sulla partecipazione attiva dei soggetti disabili e delle loro famiglie, sull'individuazione e utilizzo di strumenti adeguati e condivisi anche con le scuole e tutti i servizi preposti alla presa in carico dei soggetti disabili, in tempi adeguati a consentire una previsionabilità degli interventi. In tal senso l'obiettivo n.6 è strettamente connesso agli obiettivi di sistema 4.2, 4.4 e 4.6.

Gli obiettivi, perseguiti dall'ASS a livello interdistrettuale, richiedono pertanto una condivisione e definizione territoriale a livello di Ambito distrettuale. L'esito favorevole di tali obiettivi richiede infatti l'attivazione e il coinvolgimento non solo dei servizi istituzionali e delle politiche del lavoro, ma anche del privato sociale del territorio distrettuale. In particolare per quanto attiene lo sviluppo di progetti educativi e di inclusione sociale per giovani e giovani adulti, alternativi o integrativi ai centri diurni, un ulteriore contributo alla progettazione può venire dal tavolo di consultazione. Il processo già in atto potrà così trovare un completamento e un potenziamento nella condivisione, oltre che con i servizi, anche con le risorse territoriali.

Nel tavolo si è sottolineata la difficoltà per i ragazzi disabili di affrontare la transizione dalla scuola ad un contesto occupazionale concreto in quanto non vengono valutate adeguatamente, nel corso del percorso scolastico, le loro potenzialità ed i loro limiti. Problematiche sono anche la definizione e la condivisione del progetto di vita con le famiglie, che spesso aspirano ad un inserimento attivo nella società dei propri figli che dimostra una non del tutto reale conoscenza delle loro potenzialità e risorse. Il gruppo, pertanto, ha ritenuto opportuno prevedere la possibilità che gli studenti disabili si sperimentino in diversi percorsi occupazionali al fine di poter avere, al termine del percorso scolastico, maggiori elementi di conoscenza sulle effettive possibilità e competenze dei ragazzi in modo da poter meglio individuare soluzioni future adatte alla capacità d'ognuno.

Potenziare la sperimentazione di attività occupazionali a favore degli studenti disabili richiede la sensibilizzazione e il coinvolgimento non solo dei servizi istituzionali ma anche del privato sociale del territorio distrettuale che assume rilevanza strategica per un esito favorevole.

Altri punti da sviluppare sono l'inclusione sociale, la socializzazione dei ragazzi disabili e quella delle loro famiglie. In tale prospettiva, si tratta di potenziare il progetto Stand by me dell'Ambito valorizzando e coinvolgendo attivamente, in tutte le fasi della programmazione ed attuazione, le famiglie, le associazioni, il privato sociale e i gruppi giovanili del territorio. Ci si auspica che il centro di aggregazione previsto dal progetto diventi un punto di riferimento non solo per i disabili ma per la comunità.

OBIETTIVO	REGIONALE N. 6.1 Avviare un percorso di riqualificazione dei Centri diurni per persone con disabilità finalizzato a: <ul style="list-style-type: none"> - diversificare il sistema semiresidenziale per adulti disabili con offerte adattabili alle esigenze dei soggetti; - promuovere soluzioni innovative alternative o integrative dei centri diurni maggiormente in grado di promuovere, in continuità educativa con la scuola e la famiglia, percorsi di autonomia personale e di inclusione sociale nei diversi contesti comunitari. 	SOCIALE <input checked="" type="checkbox"/> SOCIOSANITARIO
-----------	--	---

MACROAZIONE N. 6.1.1	L'ASS condivide con SSC e Distretto Sanitario un piano di riqualificazione degli attuali Centri Diurni dal punto di vista quantitativo, ma anche qualitativo.
INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE	Politiche per la famiglia
AZIONI DI SISTEMA COLLEGATE	4.2, 4.4, 4.6
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	CSRE a gestione diretta Servizi delegati per l'handicap, SSC, ASS n. 4, Famiglie, Strutture ex art.26 (La nostra famiglia, Comunità Piergiorgio, Santa Maria dei Colli)
ANNO 2013	Attuazione del processo riorganizzativo dei centri diurni per disabili a gestione diretta.
ANNO 2014	Analisi dell'utenza in carico nelle strutture ex art. 26 in relazione ai bisogni espressi (sanitari, sociali, socio-assistenziali). Ridefinizione dei percorsi di accesso e dimissione degli ospiti dalle strutture ex art. 26.
ANNO 2015	Sperimentazione di funzioni educative domiciliari e/o per piccoli gruppi.
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	Evidenza del sistema di offerta diversificato per intensità della cura e dell'assistenza. N. giovani disabili che a conclusione del percorso scolastico sono inseriti in programmi educativi e di inclusione sociale alternativi o integrativi dei centri diurni. <i>Valore atteso</i> Con riferimento al 31.12.2012, nel triennio 2013-2015 un numero crescente di disabili sperimenta percorsi educativi e di inclusione sociale alternativi ai centri diurni. Con riferimento al 31.12.2012, nel triennio 2013-2015 un numero crescente di progetti nell'area della disabilità viene valutato e realizzato con modalità partecipate pubblico-privato

MACROAZIONE N. 6.1.2	Sviluppare progetti educativi e di inclusione sociale per giovani e giovani adulti alternativi o integrativi ai centri diurni
INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE	Politiche del lavoro
AZIONI DI SISTEMA COLLEGATE	4.2, 4.4, 4.6
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	CSRE a gestione diretta Servizi delegati per l'handicap, CSRE convenzionati, Cooperative sociali e Associazioni, SSC, Distretto Sanitario, ASS n. 4, Famiglie
ANNO 2013	Analisi della popolazione disabile uscita dal percorso scolastico degli ultimi 5 anni e della sua attuale collocazione/occupazione. Prosecuzione delle progettualità in atto (La Terza Via, Progetto Atena, nuovo progetto CSRE sperimentale pomeridiano per autistici adolescenti, ...).
ANNO 2014	Ampliamento delle sperimentazioni avviate (Progetto SO.LA.RE) e consolidamento rapporti col privato sociale anche in relazione all'analisi sulla popolazione svolta.
ANNO 2015	Identificazione di nuove modalità di presa in carico tra ASS n. 4, Distretto Sanitario, SSC e scuola.
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	Evidenza di nuove modalità di presa in carico integrata tra ASS n. 4, Distretto Sanitario SSC e scuola. N. giovani disabili che a conclusione del percorso scolastico sono inseriti in programmi educativi e di inclusione sociale alternativi o integrativi dei centri diurni. <i>Valore atteso</i> Con riferimento al 31.12.2012, nel triennio 2013-2015 un numero crescente di progetti nell'area della disabilità viene valutato e realizzato con modalità partecipate pubblico-privato.

OBIETTIVO	LOCALE 6.2. Promuovere progettualità innovative finalizzate a realizzare percorsi, integrati anche con altri servizi, di autonomia personale e di inclusione sociale nei diversi contesti comunitari, alternativi o integrativi di centri diurni in sinergia con le associazioni del territorio	<input checked="" type="checkbox"/> SOCIALE SOCIOSANITARIO
------------------	---	---

MACROAZIONE N. 6.2.1	Potenziare la sperimentazione di attività occupazionali durante il percorso scolastico ad integrazione del processo valutativo del disabile al fine di individuare e condividere tra servizi, scuola e famiglia, soluzioni adatte alle effettive capacità e potenzialità del disabile stesso.	
INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE	Politiche culturali e scolastiche, L.R. 41/96, Politiche del lavoro	
AZIONI DI SISTEMA COLLEGATE	4.2, 4.4, 4.6	
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	SSC, ASS n. 4, Scuole e agenzie formative, Centro per l'impiego, SIL, Soggetti del privato sociale, Sindacati di categoria	
ANNO 2013	L'Ambito in collaborazione con le Scuole, le Agenzie formative, i Soggetti del privato sociale, i Sindacati di categoria: - predisporre un depliant informativo per promuovere i progetti a valenza occupazionale in favore dei disabili, illustrandone finalità, normative e procedure; - sensibilizza le amministrazioni comunali e le associazioni di categoria attraverso la distribuzione del depliant informativo e incontri finalizzati ad individuare disponibilità per la realizzazione di progetti a valenza occupazionale a favore di giovani disabili.	
ANNO 2014	L'Ambito, in collaborazione con i servizi, le scuole e le famiglie, avvia la sperimentazione attivando alcuni progetti d'inserimento occupazionale a favore di giovani disabili nelle diverse realtà che si sono rese disponibili, dando loro l'opportunità di realizzare più esperienze in contesti diversi nell'arco degli ultimi due anni di scuola. Monitoraggio e valutazione dei progetti e delle procedure in atto.	
ANNO 2015	Eventuale ridefinizione delle procedure ed eventuale messa a regime della sperimentazione. Monitoraggio e valutazione dei progetti attuati.	
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	Evidenza del depliant informativo. N° progetti di inserimento sociale e lavorativo realizzati.	

MACROAZIONE N. 6.2.2	Potenziare il progetto “Stand by me” in rete con le associazioni del territorio ed i gruppi giovanili e sostenere altre iniziative a favore dei giovani disabili e delle loro famiglie.
INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE	Politiche culturali e scolastiche, L.R. 41/96, Politiche del lavoro
AZIONI DI SISTEMA COLLEGATE	4.2, 4.4, 4.6
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	SSC, Ragazzi e Giovani, Famiglie, Cooperative, Associazioni famiglie disabili, Associazioni del territorio, Fattorie didattiche/sociali, Fondazioni, Istituti di credito, Comuni, Regioni, Provincia
ANNO 2013	<p>a) Prosecuzione del progetto “Stand by me” con attuazione degli interventi di potenziamento;</p> <p>b) Promozione e sostegno di attività di tipo ricreativo, culturale e sportivo a favore dei giovani disabili e delle loro famiglie;</p> <p>c) Promozione e sostegno verso le famiglie dei giovani disabili attraverso la forma dell’auto-mutuo aiuto;</p> <p>Monitoraggio e verifica degli interventi di potenziamento attuati.</p>
ANNO 2014	<p>Monitoraggio e verifica degli interventi attuati.</p> <p>Prosecuzione dei progetti e delle iniziative base ai risultati della valutazione.</p>
ANNO 2015	<p>Monitoraggio e verifica degli interventi attuati.</p> <p>Prosecuzione dei progetti e delle iniziative base ai risultati della valutazione.</p>
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	Evidenza della messa in rete dei progetti e delle iniziative con le associazioni del territorio e i gruppi giovanili, e del coinvolgimento delle famiglie.

4.3 AREA ANZIANI - SCHEDE OB.7

Parte descrittiva

Anche le macroazioni di quest'area si pongono in forte continuità con priorità d'intervento individuate già da tempo nel rafforzamento del sistema trasversale dei servizi sociali e sanitari al fine di favorire i progetti e la "cultura della rete", fermo restando un impegno ampiamente condiviso verso il sostegno delle famiglie impegnate nell'assistenza di persone anziane. Lo sforzo del triennio 2013-2015 pertanto prosegue prevalentemente su un triplice fronte che comprende: potenziamento delle azioni a favore della domiciliarità; valorizzazione del lavoro di cura informale; sostegno alle famiglie.

Nel territorio del Cividalese, negli ultimi anni l'integrazione socio-sanitaria ha raggiunto esiti positivi, sia attraverso l'applicazione del protocollo Dimissioni Ospedaliere Protette sia attraverso l'attività della Segreteria Unica Socio Sanitaria, nonché attraverso la positiva esperienza della collaborazione tra Servizio Sociale e Infermiere di Comunità. Questa realtà è stata poi arricchita da un buon utilizzo delle Unità di Valutazione Distrettuale. Anche il Fondo per l'Autonomia possibile ha rappresentato un'occasione per formalizzare e attivare valide forme di integrazione. Tutti questi strumenti richiedono, però, costante monitoraggio e cura al fine di coglierne le criticità e apporre i necessari aggiustamenti e impongono, di conseguenza, un costante dialogo costruttivo tra le forze in campo. Inoltre il panorama della non autosufficienza, negli ultimi anni, ha subito delle trasformazioni rilevanti soprattutto per quanto attiene il peso dell'impegno sanitario e assistenziale richiesto a domicilio, spesso correlato a patologie che necessitano di interventi complessi e professionali.

Un altro aspetto rilevante è costituito dalla disomogeneità e dispersione del territorio che comporta, soprattutto nelle Valli del Natisone, il rischio di isolamento degli anziani fragili e la difficoltà di cogliere la domanda d'aiuto prima che il bisogno si manifesti in modo conclamato e irreversibile. È naturale che tali trasformazioni impongano ai servizi un costante aggiornamento e adattamento dei diversi interventi nonché una riflessione sulla possibilità di concretizzare risposte flessibili ed innovative affinché il sostegno alla domiciliarità avvenga in modo quanto più integrato e professionale possibile. È inoltre necessario che i servizi attuino, in modo integrato, interventi di promozione della salute con modalità proattiva, al fine di evitare o ritardare l'insorgere di eventi avversi che possono essere causa di progressiva disabilità e perdita dell'autonomia per gli anziani. L'attivazione di questi interventi, infine, non riguarda solo i servizi sanitari e sociali, ma deve prevedere anche il coinvolgimento di altri attori presenti sul territorio quali le Amministrazioni locali e le forze del terzo settore, che rappresentano le reti di prossimità in grado di integrare in modo efficace la rete dei servizi.

In questo contesto è anche necessario il riconoscimento della complessità delle cure informali. Tali cure sono svolte in particolare dalla famiglia che non può essere solo assistita, ma anche e soprattutto riconosciuta come soggetto attivo del processo di aiuto e sostenuta nell'impegnativo lavoro di cura. A questo proposito si è riscontrata una domanda sottesa di ascolto profondo, che non è esplicitata ma viene allo scoperto ogniqualvolta si vada ad approfondire la relazione. Nelle relazioni di cura vi sono livelli apparentemente diversi di complessità che si traducono però in eguali complessità emotive. È necessario porre la giusta attenzione a questa complessità attraverso lo strumento dell'ascolto e della partecipazione al fine di superare la logica prestazionistica in favore di una logica relazionale.

L'intervento integrato in quest'area rende quindi necessario operare a livelli diversificati – a livello interno ai servizi e alle loro modalità e strumenti di lavoro, e quindi fortemente legati agli obiettivi dell'area integrata di sistema, a livello interistituzionale con gli altri soggetti istituzionali, sia pubblici che del privato sociale, della rete, e a livello comunitario con le famiglie - adottando una logica dell'aiuto globale e

trasversale in grado di costruire relazioni di fiducia fondate sulla reciprocità e sulla condivisione degli obiettivi, promuovendo una cultura dell'accoglienza che consenta agli utenti e alle famiglie di percorrere il complesso cammino della non autosufficienza in modo quanto più possibile sereno.

Accanto a queste problematiche ed esigenze, la riflessione svolta dal tavolo di consultazione dell'area Anziani ha messo in luce una massiccia, quanto "storica", presenza di associazioni di volontariato attive sul territorio che rappresentano una risorsa da valorizzare ulteriormente.

Oltre ad evidenziare l'impatto della crisi economica, infatti, il tavolo ha riconosciuto alcuni bisogni che si riferiscono soprattutto alla circolarità delle informazioni, al confronto e alla formazione delle associazioni di volontariato. È emersa, quindi, dalle stesse associazioni, la necessità di trovare modalità di raccordo tra le diverse attività, nonché tra le associazioni ed i servizi in modo tale da creare una rete funzionale ed efficace che risponda ai bisogni di tutti gli attori coinvolti.

In questo senso il Servizio Sociale è chiamato a svolgere un ruolo di promozione, valorizzazione e diffusione del volontariato, accompagnando le associazioni in un percorso di crescita comune che prevede, tra le altre cose, sia la mappatura delle risorse esistenti e la loro messa in rete, sia lo studio di percorsi innovativi di sensibilizzazione della comunità e di reperimento di nuovi volontari.

OBIETTIVO	REGIONALE N. 7.1 Promuovere interventi di promozione della salute e di prevenzione delle disabilità nell'anziano.	SOCIALE <input checked="" type="checkbox"/> SOCIOSANITARIO
------------------	---	---

MACROAZIONE N. 7.1.1	Sostenere le diverse iniziative organizzate dai Comuni dell'Ambito offrendo supporto tecnico e collaborando nella diffusione delle informazioni. L'Ambito e il Distretto attivano e consolidano iniziative di prevenzione della salute a livello della comunità.	
INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE	Politiche sociali e culturali dei Comuni. Politiche di prevenzione dell'ASS n. 4	
AZIONI DI SISTEMA COLLEGATE	1.1, 1.2	
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	SSC – Distretto Sanitario- ASS n. 4- – Uffici Comunali e Amministratori – Associazioni del territorio – Medici di Medicina Generale	
ANNO 2013	<p>a) Rilevazione delle iniziative sviluppate negli ultimi anni da Comuni e associazioni del territorio in relazione alla promozione della salute e prevenzione delle disabilità dell'anziano e accompagnamento e sensibilizzazione degli amministratori per giungere alla definizione di un programma coordinato delle iniziative di promozione della salute e prevenzione delle disabilità nell'anziano.</p> <p>b) Creazione di un protocollo di intervento per la prevenzione dei traumi legati ad incidenti domestici da attuare in modo integrato presso il domicilio delle persone in carico ai servizi sociali e sanitari. Elaborazione progetto.</p>	
ANNO 2014	<p>a) Promozione delle iniziative del programma coordinato</p> <p>b) Formazione dei MMG e delle assistenti domiciliari in riferimento al protocollo di intervento per la prevenzione dei traumi legati ad incidenti domestici. Avvio e monitoraggio del progetto per la prevenzione in due Comuni dell'Ambito (secondo semestre)</p>	
ANNO 2015	<p>a) Promozione delle iniziative del programma coordinato</p> <p>b) Valutazione del progetto, ridefinizione dello stesso in base ai risultati della valutazione ed eventuale implementazione con estensione ad altri Comuni dell'Ambito</p>	
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	<p>N. iniziative di promozione della salute N. anziani coinvolti in programmi di promozione della salute</p> <p><i>Valori attesi</i> Ogni anno viene realizzato almeno un programma di promozione della salute in collaborazione con i destinatari e coinvolgendo soggetti della comunità. Un numero crescente di anziani nel triennio 2013-2015 sono coinvolti in programmi di promozione della salute.</p>	

OBIETTIVO	REGIONALE N. 7.2 Sviluppare la domiciliarità, sostenere le famiglie qualificare il lavoro di cura degli assistent familiari, sperimentare soluzioni innovative di risposta residenziale (es. utilizzo condiviso di civili abitazioni per favorire forme di convivenza per anziani soli...) per ampliare le possibilità anche di coloro che necessitano di assistenza e cure di vivere in contesti di vita non istituzionalizzati.	SOCIALE
		<input checked="" type="checkbox"/> SOCIOSANITARIO

MACROAZIONE N. 7.2.1	Effettuare una ricognizione per l'individuazione di persone fragili e sprovviste di rete familiare, residenti nel territorio dell'Ambito, che si trovano a rischio di istituzionalizzazione
INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE	Politiche per le famiglie (art. 43 LR 6/2006) Politiche per le persone anziane (art. 45 LR 6/2006) Politiche sui tempi di cura (art. 53 L.R. 6/2006) Politiche sanitarie
AZIONI DI SISTEMA COLLEGATE	4.4
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	SSC- Distretto Sanitario - Uffici comunali – Terzo settore – Associazioni volontariato
ANNO 2013	Istituzione di un tavolo di lavoro integrato dedicato all'individuazione degli indicatori che connotano la fragilità dell'anziano anche attraverso lo studio della letteratura di settore e facendo specifico riferimento al territorio di residenza – vedi macroazione 4.4.1 Redazione di un documento che dettaglia le modalità di attuazione e di monitoraggio nonché gli strumenti di rilevazione che devono essere condivisi dagli operatori sociali e sanitari.
ANNO 2014	Avvio della ricognizione nei Comuni dell'Ambito nei quali è presente l'infermiera di comunità Istituzione di gruppo tecnico di valutazione degli anziani fragili per assicurare il monitoraggio costante dei fattori di rischio socio-sanitario delle persone fragili anche attraverso il coinvolgimento del terzo settore e del volontariato.
ANNO 2015	Creazione della mappa della fragilità e realizzazione del monitoraggio degli anziani che hanno dato il consenso. Aggiornamento annuale della mappa.
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	Rapporto tra n. anziani residenti nell'Ambito distrettuale e n. anziani provenienti dal medesimo accolti in strutture per anziani (compresi quelli accolti in strutture situate in ambiti distrettuali diversi) <i>Valore atteso</i> Con riferimento al 31.12.2012 nel triennio 2013-2015 il rapporto tende ad aumentare.

MACROAZIONE N. 7.2.2	Valutare l'opportunità di sperimentare soluzioni innovative intermedie e flessibili di risposta residenziale, assistenziale e di socializzazione
INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE	Politiche per le famiglie (art. 43 LR 6/2006) Politiche per le persone anziane (art. 45 LR 6/2006) Politiche sui tempi di cura (art. 53 L.R. 6/2006) Politiche sanitarie
AZIONI DI SISTEMA COLLEGATE	4.1, 4.4
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	SSC - ASS n. 4 – Distretto Sanitario - ASP Cividale e San Pietro – Associazioni di volontariato
ANNO 2013	Realizzazione di un'indagine conoscitiva dettagliata riguardo al bisogno di un Centro diurno per persone non autosufficienti nel territorio dell'Ambito utilizzando tutte le fonti informative disponibili.
ANNO 2014	Condivisione dell'indagine con le strutture del territorio per l'analisi della situazione e dei bisogni del territorio e dei possibili sviluppi, con particolare attenzione al problema del trasporto. Condivisione dell'indagine e delle analisi ad essa conseguenti con associazioni di volontariato impegnate nel trasporto di persone anziane e o disabili.
ANNO 2015	Studio di fattibilità circa la possibilità di aprire un centro diurno per anziani non autosufficienti.
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	Rapporto tra n. anziani residenti nell'Ambito distrettuale e n. anziani provenienti dal medesimo accolti in strutture per anziani (compresi quelli accolti in strutture situate in ambiti distrettuali diversi). Con riferimento al 31.12.2012 nel triennio 2013-2015 il rapporto tende ad aumentare.

MACROAZIONE N. 7.2.3	Predisporre, sulla base dei programmi già in atto e delle risorse di personale e finanziarie disponibili, un piano integrato a sostegno della domiciliarità per le persone e le loro famiglie.
INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE	Politiche per le famiglie (art. 43 LR 6/2006) Politiche per le persone anziane (art. 45 LR 6/2006) Politiche sui tempi di cura (art. 53 L.R. 6/2006) Politiche sanitarie
AZIONI DI SISTEMA COLLEGATE	4.4, 4.6
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	SSC – ASS n. 4 – Distretto Sanitario – Terzo settore – Associazioni del territorio
ANNO 2013	<ul style="list-style-type: none"> a) Revisione dei criteri per l'assegnazione del FAP e dei criteri per la valutazione annuale dei casi in carico. b) Elaborazione di un percorso di formazione delle assistenti familiari mediante attività di tutoraggio da parte delle assistenti domiciliari appositamente formate da parte del personale del Distretto Sanitario. c) Prosecuzione dei percorsi di auto mutuo aiuto e di sostegno già in atto e implementazione in un'ottica di rete trasversale tra le diverse aree. d) Confronto ed eventuale revisione dei percorsi in atto per la predisposizione dei progetti personalizzati e dei piani di assistenza (ADO ed estensione ad altri malati terminali (cfr. Macroazione 4.4.1). e) Valutazione dell'impostazione metodologica e dei risultati dell'applicazione del protocollo dimissioni ospedaliere protette in relazione a quanto previsto nell'obiettivo n. 4.6 – Macroazione n. 4.6.1. f) Implementazione dell'utilizzo del telesoccorso attraverso un'informazione più capillare ai cittadini da parte dei servizi sociali e sanitari. g) Coinvolgimento del terzo settore e dell'associazionismo impegnati nel supporto alla domiciliarità nei tavoli tematici di consultazione.

<p>ANNO 2014</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Monitoraggio e valutazione casi in carico. b) Realizzazione del corso di formazione alle assistenti domiciliari da parte degli operatori del Distretto Sanitario finalizzato all'attività di tutoraggio alle assistenti familiari dopo aver individuato le aree di formazione – Elaborazione delle linee guida per la realizzazione dell'attività di tutoraggio e percorso per la richiesta da parte dei cittadini. c) Prosecuzione dei percorsi di auto mutuo aiuto e di sostegno già in atto e implementazione in un'ottica di rete trasversale tra le diverse aree. d) Condivisione di tutti i Piani di Assistenza Individuale per i malati in fase avanzata di patologia attraverso la convocazione di Unità di Valutazione Distrettuale – vedi Obiettivo n.4.4. – Macroazione 4.4.1. e) Vedi obiettivo n. 4.6 – Macroazione n. 4.6.1. f) Approfondire la conoscenza e l'utilizzo della teleassistenza. g) Coinvolgimento del terzo settore e dell'associazionismo impegnati nel supporto alla domiciliarità nei tavoli tematici di progettazione per quanto di pertinenza.
<p>ANNO 2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Monitoraggio e valutazione casi in carico. b) Informazione alla comunità rispetto all'attività di tutoraggio. Attivazione dell'attività di tutoraggio alle assistenti familiari per le famiglie che lo richiedono nelle aree individuate. c) Prosecuzione dei percorsi di auto mutuo aiuto e di sostegno già in atto e implementazione in un'ottica di rete trasversale tra le diverse aree. d) Implementazione -- vedi Obiettivo n. 4.4. – Macroazione n. 4.4.1. e) vedi Obiettivo n. 4.6 – Macroazione n. 4.6.1. f) Approfondire la conoscenza e l'utilizzo della teleassistenza. g) Coinvolgimento del terzo settore e dell'associazionismo impegnati nel supporto alla domiciliarità nei tavoli tematici di progettazione per quanto di pertinenza.
<p>INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO</p>	<p>Rapporto tra n. anziani residenti nell'Ambito distrettuale e n. anziani provenienti dal medesimo accolti in strutture per anziani (compresi quelli accolti in strutture situate in ambiti distrettuali diversi).</p> <p>Con riferimento al 31.12.2012 nel triennio 2013-2015 il rapporto tende ad aumentare.</p>

OBIETTIVO	LOCALE N. 7.3 Promozione, valorizzazione e diffusione del volontariato quale risorsa della comunità.	<input checked="" type="checkbox"/> SOCIALE <input type="checkbox"/> SOCIOSANITARIO
------------------	--	--

MACROAZIONE N. 7.3.1	Mappatura delle risorse del volontariato presenti sul territorio dell'Ambito e loro messa in rete
INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE	Politiche sociali e culturali dei Comuni.
AZIONI DI SISTEMA COLLEGATE	1.1, 4.4, 4.5
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	SSC – Distretto Sanitario – Uffici Comunali – Associazioni di volontariato, Università degli Studi
ANNO 2013	1. Mappatura e raccordo delle risorse del volontariato presenti sul territorio; condivisione di strumenti e modalità informative; 2. Messa in rete delle risorse con incontri formativi e di sensibilizzazione.
ANNO 2014	1. Implementazione informativa come da modalità e strumenti condivisi; 2. Sostegno e alimentazione delle rete delle risorse .
ANNO 2015	1. Implementazione informativa come da modalità e strumenti condivisi; 2. Sostegno e alimentazione delle rete delle risorse.
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenza di una mappa delle risorse del volontariato presenti sul territorio rispetto ad iniziative e attività; - Utilizzo condiviso degli strumenti informativi; - N° di nuovi volontari.

4.4 AREA DIPENDENZE E SALUTE MENTALE – SCHEDE OB. 8

Parte descrittiva

L'utenza che afferisce a quest'area é caratterizzata da bisogni piuttosto complessi in quanto importanti problematiche di tipo sanitario si intrecciano con gravi rischi di esclusione sociale. L'approccio nei suoi confronti pertanto richiede necessariamente una presa in carico integrata finalizzata all'elaborazione di progetti di vita individualizzati e multidimensionali. In questo senso l'obiettivo specifico si collega agli obiettivi di sistema prevedendo una revisione delle procedure per realizzare Unità di Valutazione Multidimensionali e progetti personalizzati che assicurino risorse, responsabilità e tempi adeguati ad una presa in carico efficace.

Per quanto attiene l'aspetto dell'inserimento lavorativo è necessario premettere che le macroazioni di quest'area sono strettamente correlate con quelle dell'Obiettivo 9 in quanto il tema del lavoro deve essere affrontato in modo trasversale rispetto a tutte le fasce d'utenza, quindi riferendosi sia alle persone svantaggiate per motivi legati a disabilità, disagio mentale e dipendenze, sia alle persone svantaggiate per motivi propriamente legati alla crisi economico produttiva e del mercato del lavoro (le cosiddette nuove povertà). Entrambe le fasce, infatti, devono essere inserite nello stesso tessuto economico produttivo e nello stesso mercato del lavoro i quali devono pertanto essere conosciuti, coinvolti rispetto alle criticità relative all'inserimento lavorativo di questa utenza e coordinati in merito alle strategie e agli strumenti per favorirlo.

Per quanto riguarda l'area specifica della disabilità, delle dipendenze e della salute mentale, l'Ambito collabora con i servizi del SIL attraverso una convenzione per l'inserimento con borsa lavoro delle persone disabili mentre i dipartimenti aziendali utilizzano lo strumento delle borse lavoro in modo autonomo. Proprio rispetto a questo punto ci si propone di proseguire e valorizzare le modalità di collaborazione in atto attraverso la sistematizzazione degli strumenti disponibili per l'inserimento lavorativo al fine di pervenire ad una presa in carico integrata e multidisciplinare favorendo il buon esito degli interventi. Ci si auspica, inoltre, che questo sforzo di sistematizzazione compiuto a livello locale in modo condiviso da tutti gli Ambiti della Regione consenta di pervenire a un inquadramento giuridico uniforme a livello regionale delle borse lavoro socio-assistenziali tenuto conto delle criticità già rilevate dai singoli contesti.

È necessario inoltre rilevare che il buon esito delle azioni previste non può dipendere solo dall'integrazione tra sociale e sanitario, ma deve prevedere un forte coinvolgimento e una conseguente fattiva integrazione con le altre politiche del territorio, sia a livello provinciale che a livello locale, con l'obiettivo comune di utilizzare in modo ottimale gli strumenti di inserimento già esistenti nonché di elaborare strategie che creino opportunità innovative di inclusione socio-lavorativa, quali i sistemi di microimpresa per lo sviluppo di economie civili e solidaristiche. Per questo motivo, come sopra detto, questo tema è stato affrontato in modo trasversale a tutta l'utenza in difficoltà e col coinvolgimento e coordinamento di tutti i soggetti a vario titolo coinvolti.

Un ulteriore obiettivo, infine, è quello di affinare una nuova visione del lavoro sociale che possa approdare ad una logica trasversale capace di stimolare partecipazione e avviare collaborazioni con tutte le energie solidali presenti sul territorio ed a vario titolo coinvolte, comprese le famiglie che entrano nella rete dei servizi, mettendo in campo una prospettiva di ascolto reciproco che si traduca in strategie condivise.

L'area si completa con la scheda di un obiettivo locale condiviso con gli altri Ambiti distrettuali della Regione e finalizzato a contribuire alla costruzione di un inquadramento giuridico comune su questa materia.

OBIETTIVO	REGIONALE N. 8.1 Favorire lo sviluppo di opportunità lavorative e di inclusione sociale per le persone svantaggiate nell' di nuovi accordi pubblico-privato, di reti locali di economia solidale e di filiere produttive di economia sociale.	SOCIALE
		<input checked="" type="checkbox"/> SOCIOSANITARIO

MACROAZIONE N. 8.1.1	Prosecuzione e valorizzazione delle modalità di collaborazione con SIL/CPI/Azienda sanitaria attraverso il riordino del sistema degli inserimenti lavorativi, rafforzando e consolidando ulteriormente le forme di integrazione funzionale tra servizi sul piano metodologico (strategie generali e progettazioni) e operativo (utilizzo di strumenti e condivisione dell'utenza).
INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE	Politiche del lavoro, politiche della formazione, politiche sociali e sanitarie per l'inserimento lavorativo e l'inclusione sociale.
AZIONI DI SISTEMA COLLEGATE	4.2, 4.3, 4.4
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	Provincia, ASS n. 4, SIL, CPI, SSC
ANNO 2013	Ricognizione delle risorse esistenti e ricostruzione dei diversi percorsi attualmente previsti dall'ASS n. 4 (Salute mentale e dipendenze) dal SIL e dal CPI per quanto attiene gli inserimenti lavorativi delle persone svantaggiate. Produzione di un documento di sintesi di quanto rilevato attraverso la ricognizione. Apertura di un tavolo che riunisce SSC/ASS n. 4/SIL/CPI/COMUNI per lo studio di strumenti di intervento condivisi che consentano una presa in carico integrata e che prevedano un maggiore coinvolgimento dei Comuni dell'Ambito – Macroazione 4.4.1.
ANNO 2014	Elaborazione di un protocollo d'intesa finalizzato alla formalizzazione della presa in carico integrata rispetto agli inserimenti lavorativi delle persone svantaggiate. Applicazione protocollo (secondo semestre).
ANNO 2015	Valutazione dei risultati e applicazione a regime del protocollo.
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	N. di persone svantaggiate inserite in contesti lavorativi. <i>Valore atteso</i> Con riferimento ai dati di flusso 2012, nel triennio 2013 -2015 le persone svantaggiate che sperimentano opportunità lavorative e di inclusione sociale aumentano.

MACROAZIONE N. 8.1.2	Favorire lo sviluppo di esperienze innovative in di inclusione socio-lavorativa quali i sistemi di microimpresa per lo sviluppo di economie civili e solidaristiche.
INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE	Politiche del lavoro, politiche della formazione, politiche sociali e sanitarie per l'inserimento lavorativo e l'inclusione sociale
AZIONI DI SISTEMA COLLEGATE	4.2 - 4.3 - 4.4.
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	SSC – ASS n. 4 – SIL – Provincia – CPI – Comuni (amministratori – operatori uffici personale) – enti formativi – cooperative - associazioni
ANNO 2013	<p>Avvio di un tavolo trasversale riguardante il lavoro che coinvolga le risorse formative, della cooperazione, dell'imprenditoria, del privato sociale presenti sul territorio nonché i diversi soggetti istituzionali interessati. – Macroazione 4.4.1</p> <p>Analisi delle buone prassi a livello nazionale.</p> <p>Individuazione e coinvolgimento di potenziali partner per lo sviluppo di progettazioni sul territorio dell'Ambito. Individuazione di strategie per il coinvolgimento delle amministrazioni comunali rispetto all'inserimento all'interno del Comune di soggetti svantaggiati.</p>
ANNO 2014	Sperimentazione delle strategie e delle progettazioni di opportunità lavorative individuate dal tavolo attraverso la valorizzazione di collaborazioni, accordi e partenariati locali.
ANNO 2015	Valutazione delle progettazioni attivate e loro implementazione alla luce dei risultati conseguiti.
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	<p>N. di persone svantaggiate inserite in contesti lavorativi.</p> <p><i>Valore atteso</i></p> <p>Con riferimento ai dati di flusso 2012, nel triennio 2013 -2015 le persone svantaggiate che sperimentano opportunità lavorative e di inclusione sociale aumentano.</p>

MACROAZIONE N. 8.1.3	Sensibilizzare le singole amministrazioni nell'adottare procedure di appalto dei servizi che privilegino l'accesso di cooperative sociali di tipo B
INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE	Politiche del lavoro, politiche della formazione, politiche sociali e sanitarie per l'inserimento lavorativo e l'inclusione sociale.
AZIONI DI SISTEMA COLLEGATE	4.2 - 4.3 - 4.4
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	SSC – ASS – CPI – SIL- Comuni (amministratori – referenti delle diverse unità operative) – Rappresentanti locali del terzo settore
ANNO 2013	Individuazione di un esperto nel settore (diritto amministrativo, della cooperazione, ecc.) e studio di fattibilità di un corso di formazione rivolto agli amministratori e ai referenti di unità operativa dei singoli Comuni dell'Ambito, nonché agli stessi operatori finalizzato alla conoscenza della normativa riguardante le procedure di appalto per le cooperative di tipo B e anche per gli inserimenti lavorativi mirati (borse lavoro e altri strumenti).
ANNO 2014	Realizzazione del corso di formazione.
ANNO 2015	Valutazione del percorso e applicazione da parte di alcuni Comuni di procedure d'appalto per le cooperative di tipo B e per gli inserimenti lavorativi mirati.
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	N. di persone svantaggiate inserite in contesti lavorativi. <i>Valore atteso</i> Con riferimento ai dati di flusso 2012, nel triennio 2013 -2015 le persone svantaggiate che sperimentano opportunità lavorative e di inclusione sociale aumentano.

OBIETTIVO	LOCALE 8.2 Pervenire alla definizione di un regolamento uniforme a livello regionale per l'attivazione delle borse lavoro socio-assistenziali.	<input checked="" type="checkbox"/> SOCIO-SANITARIO <input checked="" type="checkbox"/> TRASVERSALE TR/ AMBITI
------------------	--	--

MACROAZIONE N. 8.2.1	Mettere a disposizione della Regione l'insieme delle esperienze locali sugli interventi di inserimento lavorativo (regolamenti, metodologie operative, servizi già avviati..) al fine di pervenire ad un inquadramento giuridico uniforme a livello regionale, tenuto conto delle criticità già rilevate nelle esperienze locali.	
INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE	Politiche del lavoro, politiche della formazione, politiche sociali e sanitarie per l'inserimento lavorativo e l'inclusione sociale.	
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	SSC e Regione FVG	
AZIONI DI SISTEMA COLLEGATE	4.2 - 4.3 - 4.4	
ANNO 2013	Raccolta e invio del materiale raccolto dagli Ambiti.	
ANNO 2014	Confronto Ambiti-Regione per la produzione di un regolamento per le borse lavoro socio-assistenziali.	
ANNO 2015	Stesura Ambiti-Regione del documento per le borse lavoro socio-assistenziali.	
RISULTATO ATTESO	In tutta la Regione è presente un Regolamento uniforme per le borse lavoro socio-assistenziali.	
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	Evidenza documento descrittivo di un regolamento per gli inserimenti lavorativi.	

4.5 AREA POVERTÀ, DISAGIO ED ESCLUSIONE SOCIALE

Parte descrittiva

In quest'area emergono due ambiti di incertezza che riguardano due diverse direttrici. Da un lato vi sono i portatori di bisogni più tradizionali, persone in condizioni di povertà e disagio grave e conclamato, persone in stato di povertà estrema e senza un domicilio, anziani poveri e soli, detenuti ed ex-detenuti, immigrati poveri e/o clandestini, richiedenti asilo, ex-prostitute, nuclei familiari problematici, nomadi, persone che pur vivendo in un'abitazione hanno interrotto ogni vincolo sociale.

Dall'altro lato vi sono le cosiddette 'nuove povertà' che riguardano l'area della vulnerabilità sociale, ossia quell'insieme di singole persone o di nuclei familiari che fino a poco tempo fa erano al riparo dal rischio di povertà ed ora si trovano a rischio di impoverimento concreto e oggettivamente reale, a causa di processi che non si esauriscono nella sola dimensione economica e abitativa, ma coinvolgono anche la salute, l'istruzione, il lavoro, gli affetti, le relazioni. Si tratta di un'area grigia d'incertezza che può evolvere in modi diversi a seconda di come viene affrontata. Infatti, può evolversi verso l'uscita dalla condizione di disadattamento con il recupero della criticità, ma può anche andare incontro a vere e proprie "carriere di povertà" ben note ai servizi.

Questi temi sono stati affrontati negli incontri di consultazione ai quali vi è stata una partecipazione numerosa, attiva e costante sia dei servizi istituzionali sia dei rappresentanti del terzo settore e del volontariato, nonché degli amministratori locali. Questo ha reso possibile un confronto vivace che, secondo il parere unanime dei partecipanti, deve confluire necessariamente in azioni concrete, sostenibili ed efficaci. Per quanto attiene l'aspetto specifico del lavoro, come già esplicitato nell'introduzione all'obiettivo 8, si ritiene che esso debba essere affrontato in modo trasversale sia per le persone svantaggiate a causa di disabilità, dipendenze o salute mentale, sia per le persone in difficoltà a causa dell'attuale crisi economica.

Sono stati quindi individuati diversi livelli d'intervento, i quali conservano comunque una caratteristica comune che è quella dell'integrazione tra le diverse forze che agiscono nel territorio in un'ottica di costruzione della rete e di implementazione e cura delle relazioni.

In primo luogo vengono confermate le collaborazioni già in atto per quanto attiene l'Housing sociale e i percorsi formativi finalizzati alla costruzione di competenze utili al reinserimento lavorativo.

Accanto a questo si ritiene opportuno avviare un tavolo trasversale riguardante il lavoro che coinvolga le risorse formative, della cooperazione, dell'imprenditoria, del privato sociale presenti sul territorio, nonché i diversi soggetti istituzionali interessati, finalizzato all'analisi delle buone prassi a livello regionale e nazionale ed alla creazione di sottogruppi di progettazione indirizzati a realizzare forme innovative di economia solidale e alla formazione degli operatori coinvolti nei processi di inclusione lavorativa.

Si è inoltre rilevata la necessità di mettere in atto un'analisi mirata e integrata tra servizi istituzionali e terzo settore relativamente alle diverse aree della vulnerabilità sociale ed economica finalizzata alla creazione di un osservatorio permanente sulla vulnerabilità. Tale strumento potrà contribuire alla lettura del fenomeno con linguaggio e obiettivi di lavoro comuni.

Oltre alla prospettiva di creare opportunità alternative d'inserimento lavorativo, è stata rilevata la esigenza di supportare le persone in situazione di disagio e a rischio di emarginazione attraverso la sperimentazione di un servizio di accompagnamento e orientamento al lavoro. Tale strumento, oltre a favorire l'incontro tra i bisogni dell'utente e le esigenze del mondo del lavoro, dovrebbe anche contribuire ad aumentare le competenze personali e sociali della persona, rafforzando e sviluppando la sua autostima, fiducia nelle proprie capacità, tutela della propria salute, assunzione di responsabilità.

È comunque evidente che un tema così complesso e multidimensionale non può essere affrontato senza la partecipazione attiva della comunità locale che, nei confronti del fenomeno, deve essere sensibilizzata e coinvolta in un'ottica di "socializzazione della vulnerabilità". A tal fine si ritiene di avviare percorsi sperimentali che possano favorire il fronteggiamento dell'attuale situazione di disagio attraverso il rafforzamento dei legami della rete comunitaria e l'attivazione delle singole persone.

OBIETTIVO	REGIONALE N. 9.1 Promuovere misure di contrasto alla povertà che accanto agli interventi di integrazioni economiche prevedano l'utilizzo di strumenti di re-inserimento lavorativo-sociale secondo una logica di attivazione che miri all'autonomia della persona.	SOCIALE <input checked="" type="checkbox"/> SOCIOSANITARIO
------------------	--	---

MACROAZIONE N. 9.1.1	Favorire lo sviluppo di esperienze innovative in di inclusione socio lavorativa, quali i sistemi di micro impresa per lo sviluppo di economie civili e solidaristiche, ed abitativa (Housing sociale).	
INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE	Politiche del lavoro, politiche della formazione, politiche sociali, sanitarie ed abitativa per l'inserimento lavorativo e l'inclusione sociale	
AZIONI DI SISTEMA COLLEGATE	4.2, 4.3, 4.4	
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	SSC, ASS n. 4, SIL, Provincia, CPI, UEPE, Comuni, Enti formativi, Cooperative, Associazioni, Caritas, Regione, Istituti di credito, Fondazioni, Associazioni imprenditoriali di categoria, Ditte private	
ANNO 2013	<p>Costituzione di un "tavolo lavoro" che coinvolga le risorse formative, della cooperazione, dell'imprenditoria, del privato sociale presenti sul territorio, nonché i diversi soggetti istituzionali interessati, finalizzato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - all'analisi delle buone prassi a livello regionale e nazionale; - alla creazione di sottogruppi di progettazione indirizzati a valutare la fattibilità di avviare forme innovative di economia solidale, al sostegno di competenze funzionali al re-inserimento lavorativo, alla formazione degli operatori coinvolti nei percorsi di inclusione socio lavorativa. <p>Mettere in atto un'analisi mirata e integrata tra servizi istituzionali e terzo settore relativamente alle diverse aree della vulnerabilità sociale ed economica finalizzata alla creazione di un osservatorio permanente sulla vulnerabilità. Proseguire ed eventualmente implementare il progetto "Housing sociale".</p>	
ANNO 2014	Mantenimento del tavolo e prosecuzione delle attività. Proseguire ed eventualmente implementare il progetto "Housing sociale".	
ANNO 2015	Mantenimento del tavolo, prosecuzione delle attività e valutazione finale. Proseguire ed eventualmente implementare il progetto "Housing sociale".	
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	<p>N. di persone a rischio di povertà e di esclusione sociale per le quali è stato previsto un percorso di re-inserimento lavorativo. Individuazione di modalità per la reciproca trasmissione delle informazioni con i CPI. <i>Valore atteso</i> Con riferimento ai dati di flusso 2012, nel triennio 2013 -2015 un maggior numero di persone a rischio di povertà e di esclusione sociale intercettate dai servizi potranno sperimentare percorsi di re-inserimento lavorativo.</p>	

MACROAZIONE N. 9.1.2	Realizzare un servizio di accompagnamento e orientamento al lavoro per adulti in situazioni di disagio e a rischio di emarginazione
INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE	Politiche del lavoro, politiche della formazione, politiche sociali e sanitarie per l'inserimento lavorativo e l'inclusione sociale
AZIONI DI SISTEMA COLLEGATE	4.2, 4.3, 4.4
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	SSC – ASS n. 4 — Provincia – CPI – Comuni – Enti formativi, Università degli Studi
ANNO 2013	Rilevazione quantitativa degli interventi economici erogati da Comuni e Ambito distrettuale in favore di persone in situazione di disagio al fine di evidenziare quanto il disagio economico correlato alla mancanza di lavoro incida sui diversi bilanci. Sperimentazione di uno sportello di orientamento e accompagnamento all'inserimento lavorativo rivolto a persone in condizione di debolezza nei confronti del mondo del lavoro.
ANNO 2014	Valutazione dell'impatto del nuovo strumento adottato (sportello orientamento e accompagnamento) e, nel caso, messa a regime dello stesso.
ANNO 2015	Valutazione dell'impatto del nuovo strumento adottato (sportello orientamento e accompagnamento) e, nel caso, implementazione dello stesso.
RISULTATO ATTESO	Il Servizio Sociale può contare su una risorsa competente che supporta la realizzazione di progetti personalizzati efficaci basati su una logica di empowerment e autonomia per le persone in situazione di disagio e a rischio di emarginazione.
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	N. di persone in situazione di disagio e a rischio di emarginazione per le quali è stato previsto un percorso di re-inserimento lavorativo. <i>Valore atteso:</i> Con riferimento ai dati di flusso 2012, nel triennio 2013 -2015 un maggior numero di persone a rischio di povertà e di esclusione sociale intercettate dai servizi potranno sperimentare percorsi di re-inserimento lavorativo.

OBIETTIVO	LOCALE N. 9.2 Avviare circuiti virtuosi di benessere favorendo il fronteggiamento dell'attuale situazione di povertà ed evitando pericolose forme di esclusione sociale attraverso il rafforzamento dei legami con la rete solidale della comunità.	<input checked="" type="checkbox"/> SOCIALE <input type="checkbox"/> SOCIOSANITARIO
------------------	---	--

MACROAZIONE N. 9.2.1	Sviluppare contatti e approfondimenti con i diversi organismi che operano sul territorio a favore delle persone adulte in difficoltà e delle famiglie anche attraverso la promozione di momenti di sensibilizzazione della comunità, nonché sperimentare e promuovere il coinvolgimento attivo e l'aggregazione delle persone in un'ottica di "socializzazione della vulnerabilità"
INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE	Politiche culturali, politiche della formazione
AZIONI DI SISTEMA COLLEGATE	4.2, 4.3, 4.4
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	SSC, ASS n. 4, Comuni, Caritas, ACAT, Associazioni, UEPE, USSM, Parrocchie, Istituti di credito, Fondazioni, Cittadini, Regione, Privato sociale.
ANNO 2013	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proseguire il tavolo di confronto con la Caritas Diocesana – Osservatorio delle povertà - finalizzato all'elaborazione di percorsi formativi comuni e all'individuazione di strumenti comuni di fronteggiamento del fenomeno della povertà attraverso una lettura ed un approccio condivisi. 2. Sostenere la formazione di un gruppo di auto mutuo aiuto rispetto alla problematica della precarietà economica e della perdita del lavoro. 3. Proseguire il percorso formativo e di confronto con l'Associazione Alcolisti in Trattamento finalizzato all'individuazione di buone prassi di collaborazione, nonché di forme integrate di sensibilizzazione rispetto alla problematica. 4. Realizzazione di uno studio di fattibilità in merito alla costituzione di un "laboratorio di cittadinanza" rivolto a promuovere l'aggregazione di persone adulte e l'acquisizione di stili di vita e consumo critici, ed eventuale attivazione dello stesso; 5. Ideare e realizzare progetti rivolti a minori e persone a rischio di esclusione sociale, nonché a persone detenute ed ex detenute.
ANNO 2014	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sviluppare un percorso formativo comune tra operatori Caritas e operatori dei servizi e messa in atto degli strumenti di fronteggiamento individuati. 2. Sostenere il gruppo di auto mutuo aiuto rispetto alla problematica della precarietà economica e della perdita del lavoro. 3. Mettere in atto le buone prassi individuate e, sulla base di quanto elaborato precedentemente, realizzare un evento di sensibilizzazione. 4. Sostenere l'attività del "laboratorio di cittadinanza".

ANNO 2015	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prosecuzione della collaborazione con la Caritas e messa in atto degli strumenti di fronteggiamento individuati. 2. Prosecuzione della promozione della risorsa dell'auto mutuo aiuto e del sostegno del gruppo attivato rispetto alla problematica della precarietà economica e della perdita del lavoro. 3. Messa in atto le buone prassi individuate e, sulla base di quanto elaborato precedentemente, mettere in atto un evento di sensibilizzazione. 4. Sostenere la prosecuzione dell'attività del "laboratorio di cittadinanza attiva".
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	<p>N° persone seguite in modo integrato tra SSC e Caritas.</p> <p>N° persone che sperimentano la risorsa dell'auto mutuo aiuto.</p> <p>N° eventi di sensibilizzazione realizzati.</p>

CAPITOLO 5 - LE RISORSE DEL PDZ

In questo capitolo si descrivono le risorse impiegate per la realizzazione del PDZ. Si tratta di una stima previsionale e pertanto necessariamente parziale, data l'impossibilità, in fase di costruzione e stesura del Piano, di un coinvolgimento di tutti gli attori del sistema di welfare locale, e quindi di conoscere in modo chiaro le risorse certe e disponibili nel corso del triennio.

Le risorse sono state individuate seguendo criteri prudenziali di razionalizzazione e di flessibilità. Le risorse relative alle progettazioni sono state organizzate principalmente in termini di costi diretti e indiretti, e con riferimento alla messa a disposizione di spazi/servizi già disponibili nei diversi settori.

Le azioni progettuali sono state individuate in base alle risorse disponibili, o realisticamente prevedibili, e in base al livello delle prestazioni erogate nel corso degli ultimi anni, cercando quindi di non aumentare i costi e nel contempo di non ridurre le prestazioni, attraverso un lavoro rivolto ad un recupero di efficienza con una riorganizzazione funzionale di operatori, tempi e disponibilità finanziarie.

Il processo di pianificazione del triennio ha pertanto ipotizzato una copertura finanziaria delle risorse già previste negli anni precedenti.

Il quadro finanziario potrà quindi essere definito nel dettaglio e ridefinito in base a ulteriori risorse disponibili in itinere al momento delle diverse previsioni annuali.

Il percorso pianificatorio ha consentito di rimettere in moto il processo partecipativo avviato con la precedente pianificazione, di ripartire dai bisogni del territorio, di ripensare ad un welfare locale e di comunità costruito con tutti i soggetti, pubblici e privati, del territorio.

Come precedentemente evidenziato, vista la delicata e particolare situazione socio-economica, la pianificazione locale, sulla base delle analisi effettuate e delle reali esigenze del territorio, ha dovuto necessariamente stabilire delle priorità rispetto all'attuazione degli interventi ed accertare la sostenibilità nel tempo delle azioni che si prevede di realizzare.

Pertanto, l'Ufficio di Direzione e programmazione nel triennio considerato dovrà operare, contemporaneamente, a vari livelli: garantire la realizzazione delle attività e dei progetti per i quali si prevede la continuità, monitorare le fasi di realizzazione del Piano di zona, gestire il budget secondo le priorità stabilite.

Nello specifico, per la realizzazione delle azioni previste per il 2013 si rimanda al Programma Attuativo Annuale (PAA 2013).

Nei prospetti che seguono è rappresentato il Bilancio previsionale pluriennale dell'Ambito (anno 2013-2014-2015), approvato dall'Assemblea dei Sindaci.

Si evidenzia che il bilancio dell'Ambito distrettuale del Cividalese, pur essendo inserito nel bilancio generale del Comune di Cividale del Friuli, Ente gestore del Servizio Sociale dei Comuni, possiede una propria specificità in quanto le spese complessive, necessariamente, devono pareggiare con le entrate.

AMBITO DISTRETTUALE DEL CIVIDALESE - PREVISIONE ESERCIZIO 2013

ENTRATE		PREVISIONE	SPESE		PREVISIONE
ENTRATE DERIVANTI DA TRASFERIMENTI CORRENTI		€ 6.829.604,59	SPESE CORRENTI		€ 7.477.768,48
Fondo Sociale Regionale L.R. 6/2006	QUOTA AMBITO	€ 1.963.066,20	Oneri per il personale (POA + psicologo)		€ 1.487.176,20
	QUOTA COMUNI	€ 805.715,47	RESTITUZIONE F.S.R. AI COMUNI		€ 805.715,47
Fondo per l'autonomia possibile L.R. 6/2006		€ 1.321.765,01	Fondo per l'autonomia possibile L.R. 6/2006		€ 1.321.765,01
Fondi Regionali per progetti finalizzati	Trasporto Collettivo Disabili	€ 39.746,31	Trasporto collettivo disabili		€ 142.114,50
	Vicini di casa	€ 23.306,24	Vicini di Casa		€ 27.506,24
Fondi regionali per progetti specifici	Fondo di solidarietà regionale	€ 489.868,69	Fondi regionali per progetti specifici	Fondo di solidarietà regionale	€ 489.868,69
	Abbattimento rette nidi d'infanzia	€ 60.016,75		Abbattimento rette nidi d'infanzia	€ 60.016,75
	L.R. 11/2006 (adozioni, affidi)	€ 33.944,85		L.R. 11/2006 (adozioni, affidi)	€ 33.944,85
	L.R. 11/2006 art. 9 bis (sostegno al figlio minore affidato al genitore separato)	€ 9.000,00		L.R. 11/2006 art. 9 bis (sostegno al figlio minore affidato al genitore separato)	€ 9.000,00
	Fondo Gravi Gravissimi	€ 181.050,00		Fondo Gravi Gravissimi	€ 181.050,00
	Altri progetti finalizzati	€ 200.000,00		Altri progetti finalizzati	€ 200.000,00
TRASFERIMENTI FONDI DEI COMUNI ASSOCIATI		€ 1.645.490,13	Servizio Assistenza Domiciliare		€ 677.000,00
Fondi provinciali		€ 0,00	Servizio Socio Educativo		€ 674.396,25
Trasferimenti Regionali per comparto unico (cap. 222)		€ 51.434,94	Interventi	Minori in comunità (con e senza decreto)	€ 601.835,88
Casa Serena (supervisione tirocini)		€ 1.000,00		Contributi economici minori + affidi	€ 144.252,02
Compartecipazione utenza al pagamento delle rette di minori in comunità		€ 4.200,00		Contributi economici disabili + rimborso trasporto	€ 52.090,57
ENTRATE EXTRATRIBUTARIE		€ 320.301,86	SIL		€ 46.545,25
Contributi Utenza SAD		€ 140.180,33	Spese generali di funzionamento		€ 173.480,74
Contributi Utenza CONSEGNA PASTI A DOMICILIO		€ 180.121,53	Servizio consegna pasti a domicilio		€ 211.907,69
AVANZO DA CONSUNTIVO 2011 UTILIZZATO PER INTERVENTI MINORI ED HANDICAP, SAD E FUNZIONAMENTO 2013		€ 327.862,03	Trasferimenti ai Comuni (spese sostenute direttamente funzionamento + disabili + minori)		€ 30.000,80
TOTALE GENERALE		€ 7.477.768,48	PIANO DI ZONA 2013 AZIONI E PROGETTI SPECIFICI		€ 108.101,57
			TOTALE GENERALE		€ 7.477.768,48

**AMBITO DISTRETTUALE DEL CIVIDALESE - PREVISIONE ESERCIZIO 2013
PIANO DI ZONA TRIENNIO 2013-2015 - ANNUALITA' 2014**

ENTRATE		PREVISIONE
ENTRATE DERIVANTI DA TRASFERIMENTI CORRENTI		€ 7.055.153,88
Fondo Sociale Regionale L.R. 6/2006	QUOTA AMBITO	€ 1.952.380,79
	QUOTA COMUNI	€ 801.329,77
Fondo per l'autonomia possibile L.R. 6/2006		€ 1.321.765,01
Fondi Regionali per progetti finalizzati	Trasporto Collettivo Disabili	€ 39.746,31
	Vicini di casa	€ 23.306,24
Fondi regionali per progetti specifici	Fondo di solidarietà regionale	€ 489.868,69
	Abbattimento rette nidi d'infanzia	€ 60.016,75
	L.R. 11/2006 (adozioni, affidi)	€ 33.944,85
	L.R. 11/2006 art. 9 bis (sostegno al figlio minore affidato al genitore separato)	€ 9.000,00
	Fondo Gravi Gravissimi	€ 181.050,00
	Altri progetti finalizzati	€ 100.000,00
TRASFERIMENTI FONDI DEI COMUNI ASSOCIATI		€ 1.990.310,53
Fondi provinciali		€ 0,00
Trsferimenti Regionali per comparto unico (cap. 222)		€ 51.434,94
Casa Serena (supervisione tirocini)		€ 1.000,00
Compartecipazione utenza al pagamento delle rette di minori in comunità		€ 0,00
ENTRATE EXTRATRIBUTARIE		€ 500.423,39
Contributi Utenza SAD		€ 140.180,33
Contributi Utenza CONSEGNA PASTI A DOMICILIO		€ 360.243,07
TOTALE GENERALE		€ 7.555.577,28

SPESE		PREVISIONE
SPESE CORRENTI		€ 7.555.577,28
Oneri per il personale (POA)		€ 1.487.176,20
RESTITUZIONE F.S.R. AI COMUNI		€ 801.329,77
Fondo per l'autonomia possibile L.R. 6/2006		€ 1.321.765,01
Trasporto collettivo disabili		€ 142.114,50
Vicini di Casa		€ 27.606,24
Fondi regionali per progetti specifici	Fondo di solidarietà regionale	€ 489.868,69
	Abbattimento rette nidi d'infanzia	€ 60.016,75
	L.R. 11/2006 (adozioni, affidi)	€ 33.944,85
	L.R. 11/2006 art. 9 bis (sostegno al figlio minore affidato al genitore separato)	€ 9.000,00
	Fondo Gravi Gravissimi	€ 181.050,00
	Altri progetti finalizzati	€ 100.000,00
Servizio Assistenza Domiciliare		€ 710.850,00
Servizio Socio Educativo		€ 708.116,07
Interventi	Minori in comunità (con e senza decreto)	€ 554.452,88
	Contributi economici minori + affidi	€ 144.252,02
	Contributi economici disabili + rimborso trasporto	€ 52.090,57
SIL		€ 46.545,25
Spese generali di funzionamento		€ 173.480,74
Trasferimenti ai Comuni (spese sostenute direttamente funzionamento + disabili + minori)		€ 30.000,80
PIANO DI ZONA 2014 AZIONI E PROGETTI SPECIFICI		€ 58.101,57
CONSEGNA PASTI A DOMICILIO		€ 423.815,37
TOTALE GENERALE		€ 7.555.577,28

**AMBITO DISTRETTUALE DEL CIVIDALESE - PREVISIONE ESERCIZIO 2013
PIANO DI ZONA TRIENNIO 2013-2015 - ANNUALITA' 2015**

ENTRATE		PREVISIONE	SPESE		PREVISIONE
ENTRATE DERIVANTI DA TRASFERIMENTI CORRENTI		€ 7.055.153,88	SPESE CORRENTI		€ 7.555.577,28
Fondo Sociale Regionale L.R. 6/2006	QUOTA AMBITO	€ 1.952.380,79	Oneri per il personale (POA)		€ 1.487.176,20
	QUOTA COMUNI	€ 801.329,77	RESTITUZIONE F.S.R. AI COMUNI		€ 801.329,77
Fondo per l'autonomia possibile L.R. 6/2006		€ 1.321.765,01	Fondo per l'autonomia possibile L.R. 6/2006		€ 1.321.765,01
Fondi Regionali per progetti finalizzati	Trasporto Collettivo Disabili	€ 39.746,31	Trasporto collettivo disabili		€ 142.114,50
	Vicini di casa	€ 23.306,24	Vicini di Casa		€ 27.606,24
Fondi regionali per progetti specifici	Fondo di solidarietà regionale	€ 489.868,69	Fondi regionali per progetti specifici	Fondo di solidarietà regionale	€ 489.868,69
	Abbattimento rette nidi d'infanzia	€ 60.016,75		Abbattimento rette nidi d'infanzia	€ 60.016,75
	L.R. 11/2006 (adozioni, affidi)	€ 33.944,85		L.R. 11/2006 (adozioni, affidi)	€ 33.944,85
	L.R. 11/2006 art. 9 bis (sostegno al figlio minore affidato al genitore separato)	€ 9.000,00		L.R. 11/2006 art. 9 bis (sostegno al figlio minore affidato al genitore separato)	€ 9.000,00
	Fondo Gravi Gravissimi	€ 181.050,00		Fondo Gravi Gravissimi	€ 181.050,00
	Altri progetti finalizzati	€ 100.000,00		Altri progetti finalizzati	€ 100.000,00
TRASFERIMENTI FONDI DEI COMUNI ASSOCIATI		€ 1.990.310,53	Servizio Assistenza Domiciliare		€ 710.850,00
Fondi provinciali		€ 0,00	Servizio Socio Educativo		€ 708.116,07
Trsferimenti Regionali per comparto unico (cap. 222)		€ 51.434,94	Interventi	Minori in comunità (con e senza decreto)	€ 554.452,88
Casa Serena (supervisione tirocini)		€ 1.000,00		Contributi economici minori + affidi	€ 144.252,02
Compartecipazione utenza al pagamento delle rette di minori in comunità		€ 0,00		Contributi economici disabili + rimborso trasporto	€ 52.090,57
ENTRATE EXTRATRIBUTARIE		€ 500.423,39	SIL		€ 46.545,25
Contributi Utenza SAD		€ 140.180,33	Spese generali di funzionamento		€ 173.480,74
Contributi Utenza CONSEGNA PASTI A DOMICILIO		€ 360.243,07	Trasferimenti ai Comuni (spese sostenute direttamente funzionamento + disabili + minori)		€ 30.000,80
TOTALE GENERALE		€ 7.555.577,28	PIANO DI ZONA 2015 AZIONI E PROGETTI SPECIFICI		€ 58.101,57
			CONSEGNA PASTI A DOMICILIO		€ 423.815,37
			TOTALE GENERALE		€ 7.555.577,28

CAPITOLO 6 - IL MONITORAGGIO, LA VERIFICA E LA VALUTAZIONE DEL PDZ

La valutazione rappresenta un'attività con la quale l'Ambito si propone di accompagnare il processo di pianificazione e la sua attuazione, riconoscendo l'utilità e il valore aggiunto che tali processi potranno trarre da quest'attività. Alla finalità di rendicontazione del livello di conseguimento degli obiettivi regionali e locali, la valutazione di Ambito intende affiancare anche le finalità di apprendimento e di rafforzamento delle competenze dei soggetti coinvolti nella realizzazione del PDZ, prendendo in esame non solo i risultati previsti ma anche i fattori e i processi che hanno portato a conseguirli oppure no. Nella comprensione di questi aspetti, infatti, si trova il valore aggiunto della valutazione e il suo potenziale di apprendimento. In tale prospettiva, le attività di verifica e di monitoraggio costituiscono strumenti funzionali alla formulazione del giudizio valutativo che, in base all'approccio costruttivista assunto come riferimento, verrà formulato anche attraverso il coinvolgimento dei soggetti a vario titolo implicati nella realizzazione del PDZ.

Gli indicatori di risultato individuati dalle Linee guida regionali costituiscono il punto di riferimento per la funzione di rendicontazione della valutazione. Il loro raggiungimento verrà verificato annualmente attraverso un sistema di monitoraggio che consentirà di rilevarne l'andamento nel corso dell'anno per evitare il loro mancato raggiungimento e/o prevederlo in tempo utile a contrastarlo o a limitarlo.

Al fine di capire quali sono i fattori che hanno consentito o impedito il raggiungimento dei risultati attesi, tuttavia, si prevede di affiancare al monitoraggio degli indicatori di risultato previsti dalle Linee guida regionali anche quello dei principali interventi e/o processi sottostanti il loro raggiungimento secondo uno specifico piano di monitoraggio e valutazione riferito a ciascun PAA e al PDZ triennale.

Il piano di monitoraggio e di valutazione di ogni PAA avrà come riferimento gli obiettivi e le azioni previste per raggiungerli così come declinati nelle schede PAA. Il sistema di monitoraggio verrà costruito in modo da garantire anche la verifica del raggiungimento degli indicatori di risultato individuati dalle Linee guida regionali, al fine di garantire il debito informativo nei confronti della Regione. Si prevede comunque di individuare il tipo di dati necessari a costruire l'indicatore, la fonte da cui attingerli, i tempi di rilevazione, il responsabile dell'implementazione e della rilevazione di tali dati.

Il sistema di valutazione, invece, prevede di individuare per ciascun obiettivo il processo o l'azione più rilevante rispetto ai risultati da raggiungere e gli indicatori quantitativi e qualitativi più utili per formulare un giudizio valutativo rispetto al loro raggiungimento. La scelta degli indicatori farà riferimento sia a fattori esterni all'organizzazione sia a fattori interni ad essa, in modo da poter individuare anche punti di forza e/o di debolezza legati al contesto oltre che all'Ambito. Gli indicatori, comunque, saranno scelti tenendo conto della loro significatività e del loro contenuto rapportati alla sostenibilità e all'onere della loro raccolta, privilegiando la scelta di indicatori di buon livello informativo e significativi ma comunque semplici e agevoli da rilevare.

Nel piano di monitoraggio e di valutazione, inoltre, saranno individuati i tempi e le modalità con cui condividere i risultati emersi dall'attività di monitoraggio e di valutazione con gli operatori e i referenti degli altri enti e organizzazioni coinvolti, al fine di poter formulare un giudizio valutativo comprensivo di tutti i punti di vista implicati. Ciò consentirà di garantire non solo la partecipazione dei soggetti coinvolti alla valutazione ma anche il loro apprendimento, con un conseguente rafforzamento delle competenze relative ai processi in atto di tutti gli attori del sistema.

Come richiesto dalle Linee guida, infine, in fase di monitoraggio e valutazione particolare attenzione verrà data alla verifica dell'andamento della spesa in riferimento alle attività realizzate e da realizzare e alle eventuali variazioni delle disponibilità.

CAPITOLO 7 - IL PROGRAMMA ATTUATIVO ANNUALE

Il Programma Attuativo Annuale, così come indicato nelle Linee guida regionali, “rappresenta lo strumento attraverso il quale si realizzano concretamente, per l’anno di riferimento, le previsioni contenute nel Piano di Zona”. A ciascuna scheda del PDZ corrisponde quindi una scheda PAA per ciascun anno di riferimento del triennio (2013-2014-2015).

Le schede PAA evidenziano in dettaglio per ogni anno i caratteri specifici delle azioni, i collegamenti con altre azioni del PDZ (sia di sistema che di area) e l’integrazione con le politiche sociali o sanitarie nonché i rispettivi impegni dei diversi soggetti coinvolti in ogni specifica azione. Ogni scheda, inoltre, riprende gli indicatori di risultato del triennio, declinandoli in valori attesi per ogni anno di riferimento. Seguono poi le previsioni relative alle risorse che si ipotizza di impiegare per la realizzazione delle azioni e per il raggiungimento dei valori attesi.

Il PAA rappresenta, quindi, lo strumento di declinazione dettagliata delle attività previste per ogni anno del triennio e del modo con cui nel corso degli anni il PDZ persegue gli obiettivi prefissati. Le schede PAA rappresentano lo strumento di governo che aiuta a monitorare negli anni le integrazioni o le modifiche da apportare in fase di concreta realizzazione, tenendo in considerazione le trasformazioni che avvengono nel territorio e nella comunità a seguito di eventuali modifiche normative nazionali e regionali, nonché delle dinamiche di partecipazione e dello sviluppo contestuale delle diverse azioni.

Il SSC predispone dunque il PAA e sue eventuali modifiche, condividendole con l’ASS n. 4 per gli aspetti relativi all’integrazione sociosanitaria. In tal senso il PAA si caratterizza come uno strumento di governo e di supporto dell’attività del SSC e viene approvato in Assemblea dei Sindaci, secondo modalità stabilite nell’Accordo di programma che approva il PDZ. In merito alle attività sociosanitarie, le stesse vengono esplicitate nell’apposita intesa stipulata tra il Presidente dell’Assemblea dei Sindaci e il Direttore generale dell’ASS n. 4.

Per quanto riguarda i criteri di compilazione del PAA e, più nello specifico, l’individuazione delle risorse del documento PAA 2013, sono state seguite le indicazioni contenute nelle note metodologiche regionali. Sono state, pertanto, individuate per ogni soggetto coinvolto le tipologie dell’impegno secondo modalità condivise a livello locale con il Direttore del Distretto sanitario e l’ASS 4 “Medio Friuli” in merito alla redazione delle schede di integrazione socio-sanitaria. In particolare è stato condiviso di:

- a) indicare solamente le risorse di outcome/output e non quelle impiegate nei processi;
- b) evidenziare, salvo diversa indicazione all’interno delle singole schede, il monte ore annuale degli impegni;
- c) attribuire le ore indicate a ciascuna delle figure segnalate all’interno delle parentesi [ad esempio: “2 incontri (6 ore x 1 operatore SSC, 1 operatore ASS, 1 operatore terzo settore”, è da leggersi come due incontri, per un totale di 6 ore (3 ore ciascuno). L’operatore SSC, così come quello ASS e del terzo settore saranno impiegati per 6 ore ciascuno].
- d) rimandare al quadro complessivo delle risorse del PDZ gli impegni di natura finanziaria (cfr. cap. 5).