Rapporto finale di valutazione dei Piani di Zona 2013-2015 della Regione Friuli Venezia Giulia

Documento a cura del Gruppo di Lavoro IRSSeS

Dicembre 2016

Il presente documento è stato redatto da Donatella Greco e Chiara Zanetti, con la supervisione metodologica di Carlo Beraldo e Paolo Tomasin.

Premessa

Il Rapporto finale divalutazione dei Piani di Zona 2013-2015, esito di un processo valutativo concordato con la Direzione Centrale Salute, Integrazione Socio-sanitaria e Politiche Sociali e completato nel corso del 2016, si compone di un insieme di materiali tra loro correlati, che vengono qui di seguito riportati. Nello specifico, si fa riferimento ai seguenti documenti:

1. *Rapporto di valutazione dei Piani di Zona 2013-2015. Analisi preliminare*: versione ridotta del Rapporto di Valutazione dei Piani di Zona 2013-2015 che prende in considerazione gli elementi legati al processo che ha portato alla realizzazione deiPiani di Zona (di seguito PdZ);
2. *Obiettivi di integrazione socio-sanitaria dei Piani di Zona 2013-2015. Implementazione e stato di avanzamento degli indicatori e delle progettualità nei diciannove SSC della regione FVG*, che prende in considerazione l'andamento nel triennio degli obiettivi di integrazione sociosanitaria (ob. 4-8-10 e, in parte, obiettivo 9) trasversalmente ai 19 Servizi sociali dei Comuni (di seguito SSC);
3. *Obiettivi sociali PdZ 2013-2015. Implementazione e stato di avanzamento delle progettualità nei diciannove SSC della regione FVG*,che rappresenta un'analisi dello stato dell'arte degli obiettivi (regionali e locali) di carattere sociale implementati dai 19 SSC;
4. Allegato 1 al *Rapporto di valutazione dei Piani di Zona 2013-2015. Sintesi delle attività svolte nell'ambito degli obiettivi 1 e 2 previsti dalle Linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona*, che costituisce un approfondimento delle modalità con cui i 19 SSC della regione Friuli Venezia Giulia (di seguito FVG)hanno implementato gli obiettivi di *governance* sociale (ob. 1.1 e ob. 1.2) ele relative azioniper il consolidamento del sistema integrato (ob. 2).

La valenza del materiale che compone il presente report di ~~la~~ valutazione è duplice:

- l'analisi delle modalità messe in campo dai 19 SSC per l'attuazione degli obiettivi regionali consente di comprendere lo stato di avanzamento degli stessi e l'impatto che la pianificazione ha avuto sull'assetto generale dei servizi esulla popolazione di riferimento;
- la raccolta di spunti di riflessione interessanti consente di far tesoro dell'esperienza anche ai fini della prossima pianificazione, come già accaduto con la precedente tornata pianificatoria (2006-08).

Il presente lavoro è frutto dell'analisi della documentazione fornita nel triennio dai 19 SSC

(monitoraggi dei Piani Attuativi Annuali – di seguito PAA) e segue il disegno valutativo impostato,al principio della nuova tornata della pianificazione di zona,dalla Direzione Centrale, con il supporto scientifico dell'Istituto per la Ricerca Sociale (IRS) di Milano e l'accompagnamento operativo dell'Istituto Regionale per gli Studi di Servizio Sociale (Irsses) di Trieste. A seguito di contingenze e nuovi impegni che, nel triennio, l'Amministrazione regionale ha ritenuto strategico assumere, il disegno iniziale della valutazione dei PdZè stato riorganizzato in modo dacomprendere, al proprio interno, anche le nuove esigenze emerse.

Tale riorganizzazione ha portato a limitare gli strumenti di analisi al materiale fornito periodicamente direttamente dai 19 SSC, materiale che restituisce una descrizione dell'andamento

delle attività svolte dai servizi[1]. In sintesiil rapporto di valutazione qui presentato persegue il duplice obiettivodi restituire un monitoraggio dell'andamento delle attività poste in essere dai 19 SSC sulla base delle linee progettuali delineate dalla Direzione Centrale e, parallelamente, di comprenderecome lo strumento PdZ si sia strategicamente inserito nel complesso delle attività del sistema integrato dei servizi socio-sanitari.

Approccio metodologico, fonti e dati utilizzati

Il presente documento si è avvalso di un approccio metodologico misto (quali/quantitativo), basato sull'uso combinato di un'analisi desk (monitoraggi PAA e documentazione prodotta dai SSC nel corso del triennio di programmazione, dati sull'utenza) e una serie di approfondimenti mirati richiesti direttamente ai SSC (colloqui telefonici con Responsabili di SSC e/o con soggetti/ consulenti esterni a supporto dell'Ufficio di Direzione e Programmazione). Questi ultimi sono stati finalizzati ad approfondire le peculiarità emerse dall'analisi desk: in particolare sono state analizzate le specificità delle modalità attuative poste in essere nelle diverse realtà e rilevati i punti di forza, debolezza e margini di miglioramento emersi dai processi implementati.

[1] Si segnala che la valutazione dell'obiettivo regionale n. 3 Stabilizzazione/consolidamento dei livelli di prestazione non viene qui riportata in quanto l'analisi dei dati relativi ai servizi e alle prestazioni essenziali di cui all'art. 6 della LR 6/2006 è stata parte integrante del lavoro svolto in occasione della redazione del Rapporto Sociale Regionale 2013 e successivi aggiornamenti. Il Rapporto Sociale 2013 ha costituito un primo passo orientato alla sistematizzazione a livello regionale dei dati relativi all'utenza e ai servizi sociali, nell'ottica di gettare le basi per la definizione di standard minimi di servizio.

INDICE DEI DOCUMENTI

VALUTAZIONE DEI PIANI DI ZONA 2013-2015 DELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA.ANALISI PRELIMINARE

1. Il perimetro della valutazione dei Piani di zona 2013-2015 1

1.1 Le dimensioni della valutazione 1

1.2 Le domande valutative 2

OBIETTIVI DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA DEI PIANI DI ZONA 2013-2015. IMPLEMENTAZIONE E STATO DI AVANZAMENTO DEGLI INDICATORI E DELLE PROGETTUALITÀ NEI DICIANNOVE SSC DELLA REGIONE FVG

1. Obiettivi di integrazione sociosanitaria: stato dell'arte della loro implementazione trasversalmente ai diciannove SSC 3

2. Integrazione socio-sanitaria: obiettivi di sistema (Obiettivo 4) 4

2.1 L'integrazione socio-sanitaria nei diciannove SSC 20

2.1.1 AREA TRIESTINA: SSC 1.1, SSC 1.2 E SSC 1.3 20

2.1.2 AREA GORIZIANA: SSC 2.1, SSC 2.2 21

2.1.3 SSC 3.1 GEMONA DEL FRIULI 24

2.1.4 SSC 3.2 TOLMEZZO (CARNIA) 26

2.1.5. SSC 4.1 SAN DANIELE DEL FRIULI 28

2.1.6. SSC 4.2 TARCENTO 30

2.1.7 SSC 4.3 CIVIDALE DEL FRULI 32

2.1.8 SSC 4.4 CODROIPO 33

2.1.9 SSC 4.5 UDINE 36

2.1.10 AREA BASSA FRIULANA: SSC 5.1 e SSC 5.2 36

2.1.11 AREA PORDENONESE: SSC 6.1, SSC 6.2, SSC 6.3, SSC 6.4 e SSC 6.5 38

3. AREA MATERNO INFANTILE, INFANZIA E ADOLESCENZA: (Obiettivi 5-10) 40

3.1 Area Maternoinfantile Infanzia e adolescenza nei diciannove SSC 54

3.1 AREA TRIESTINA: SSC 1.1, 1.2 e 1.3 54

3.2 SSC AREA GORIZIANA: SSC 2.1 e 2.2 55

3.3 SSC 3.1 GEMONA DEL FRIULI 56
3.4 SSC 3.2 TOLMEZZO (CARNIA) 57
3.5 SSC 4.1 SAN DANIELE DEL FRIULI 59
3.6 SSC 4.2 TARCENTO 59
3.7 SSC 4.3 CIVIDALE DEL FRIULI 60
3.8 SSC 4.4 CODROIPO 61
3.9 SSC 4.5 UDINE 62
3.10 AREA BASSA FRIULANA: SSC 5.1 E SSC 5.2 63
3.1.1 AREA PORDENONESE: SSC 6.1, SSC 6.2, SSC 6.3, SSC 6.4 e SSC 6.5 63
4. AREA DISABILITA' (Obiettivo 6) 66
4.1 Area disabilità nei diciannove SSC 74
4.1.1 AREA TRIESTINA: SSC 1.1, SSC 1.2 e SSC 1.3 74
4.1.2 AREA GORIZIANA: SSC 2.1 E SSC 2.2 75
4.1.3 SSC 3.1 GEMONA DEL FRIULI 76
4.1.4 SSC 3.2 TOLMEZZO (CARNIA) 77
4.1.5 SSC 4.1 SAN DANIELE DEL FRIULI 78
4.1.6 SSC 4.2 TARCENTO 78
4.1.7 SSC 4.3 CIVIDALE DEL FRIULI 79
4.1.8 SSC 4.4 CODROIPO 80
4.1.9 SSC 4.5 UDINE 80
4.1.10 AREA BASSA FRIULANA: SSC 5.1 E SSC 5.2 81
4.1.11 SSC AREA PORDENONESE: 6.1, SSC 6.2, SSC 6.3, SSC 6.4 e SSC 6.5 81
5. AREA ANZIANI (Obiettivo 7) 83
5.1 Area anziani: l'implementazione nei diciannove SSC 98
5.1.1 AREA TRIESTINA: SSC 1.1, SSC 1.2 e SSC 1.3 98
5.1.2 AREA GORIZIANA: SSC 2.1 E SSC 2.2 99
5.1.3 SSC 3.1 GEMONA DEL FRIULI 100
5.1.4 SSC 3.2 TOLMEZZO (CARNIA) 101
5.1.5 SSC 4.1 SAN DANIELE DEL FRIULI 103
5.1.6 SSC 4.2 TARCENTO 103
5.1.7 SSC 4.3 CIVIDALE DEL FRIULI 104
5.1.8 SSC 4.4 CODROIPO 106
5.1.9 SSC 4.5 UDINE 106
5.1.10 AREA BASSA FRIULANA: SSC 5.1 E SSC 5.2 107
5.1.11 AREA PORDENONESE: SSC 6.1, SSC 6.2, SSC 6.3, SSC 6.4 E SSC 6.5 108

6. AREA DISABILITÀ, DIPENDENZE E SALUTE MENTALE IN TEMA DI INSERIMENTO LAVORATIVO (Obiettivo 8) 110

6.1 Area Disabilità, dipendenze e salute mentale in tema di inserimento lavorativo: l'implementazione nei diciannove SSC 117

6.1.1 AREA TRIESTINA: SSC 1.1, SSC 1.2 E SSC 1.3 117

6.1.2 AREA GORIZIANA: SSC 2.1 e 2.2 118

6.1.3 SSC 3.1 GEMONA DEL FRIULI 118

6.1.4 SSC 3.2 TOLMEZZO (CARNIA) 119

6.1.5 SSC 4.1 SAN DANIELE DEL FRIULI 120

6.1.6 SSC 4.2 TARCENTO 120

6.1.7 SSC 4.3 CIVIDALE DEL FRIULI 121

6.1.8 SSC 4.4 CODROIPO 122

6.1.9 SSC 4.5 UDINE 123

6.1.10 AREA BASSA FRIULANA: SSC 5.1 E SSC 5.2 123

6.1.11 AREA PORDENONESE: SSC 6.1, SSC 6.2, SSC 6.3, SSC 6.4 e SSC 6.5 124

OBIETTIVI SOCIALI PDZ 2013-2015. IMPLEMENTAZIONE E STATO DI AVANZAMENTO DELLE PROGETTUALITÀ NEI DICIANNOVE SSC DELLA REGIONE FVG

1. Introduzione 3

2. Obiettivi sociali PdZ 2013-2015 4

3. Implementazione degli obiettivi sociali: tavole 8

3.1 Area materno infantile (Obiettivo 5) 8

3.2 Area famiglia e genitorialità (Obiettivo 10) 8

3.3 Area disabilità (Obiettivo 6) 9

3.4 Area anziani (Obiettivo 7) 9

3.5 Area disabilità, dipendenze e salute mentale in tema di inserimento lavorativo (Obiettivo 8) 9

3.6 Misure di contrasto alla povertà - Integrazione con le politiche del lavoro (Obiettivo 9) - 1 10

3.7 Altri obiettivi 12

4. Implementazione degli obiettivi sociali: descrizione 13

4.1 Area triestina: SSC 1.1, SSC 1.2 e SSC 1.3 13

4.2 Area goriziana: SSC 2.1 e SSC 2.2 17

4.3 SSC 3.1 Gemona del Friuli 20

4.4 SSC 3.2 Tolmezzo (Carnia) 2
4.5 SSC 4.1 San Daniele del Friuli 6
4.6 SSC 4.2 Tarcento 8
4.7 SSC 4.3 Cividale del Friuli 9
4.8 SSC 4.4 Codroipo 12
4.9 SSC 4.5 Udine 14
4.10 Area Bassa Friulana: SSC 5.1 e SSC 5.2 16
4.11 Area pordenonese: SSC 6.1, 6.2, 6.3, 6.4 e 6.5 17
SSC 6.1 Sacile 17
SSC 6.2 San Vito al Tagliamento 20
SSC 6.3 Azzano Decimo 21
SSC 6.4 Maniago 23
SSC 6.5 Pordenone 24

ALLEGATO 1. *SINTESI DELLE ATTIVITÀ SVOLTE NELL'AMBITO DEGLI OBIETTIVI 1 E 2 PREVISTI DALLE LINEE GUIDA PER LA PREDISPOSIZIONE DEI PIANI DI ZONA*

1. Introduzione 2
2. Area triestina: SSC 1.1, 1.2 e 1.3 3
SSC 1.1 Duino 3
SSC 1.2 Trieste 4
SSC 1.3 Muggia 4
3. Area goriziana: SSC 2.1 e 2.2 5
SSC 2.1 Alto Isontino 5
SSC 2.2 Basso Isontino 6
4. SSC 3.1 Gemona del Friuli 7
5. SSC 3.2 Tolmezzo (Carnia) 9
6. SSC 4.1 San Daniele del Friuli 10
7. SSC 4.2 Tarcento 11
8. SSC 4.3 Cividale del Friuli 13
9. SSC 4.4 Codropio 14
10. SSC 4.5 Udine 15
11. Area Bassa Friulana: SSC 5.1 e 5.2 15

12. Area pordenonese: SSC 6.1, 6.2, 6.3, 6.4 e 6.5 16
SSC 6.1 Sacile 16
SSC 6.2 San Vito al Tagliamento 17
SSC 6.3 Azzano Decimo 18
SSC 6.4 Maniago 18
SSC 6.5 Pordenone 19

VALUTAZIONE DEI PIANI DI ZONA 2013-2015 DELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

Analisi preliminare

Documento a cura del Gruppo di Lavoro IRSSES

23/04/2016

1. Il perimetro della valutazione dei Piani di zona 2013-2015

Il presente documento rappresenta unabstractdel Rapporto di Valutazione dei Piani di Zona 2013-2015 che è stato concordato con la Direzione Centrale Salute, Integrazione Socio-sanitaria e Politiche Sociali (di seguito Direzione Centrale)e completato nei primi mesi del 2016. Nel dettaglio si segnala che, nonostante la proroga concessa ai territori per l'anno 2016, la valutazione dei PdZ 2013-2015 si concentra esclusivamente su quanto attuato nel corso del 2012-2015, ricomprendendo così anche il periodo di preparazione funzionale alla stesura del PdZ(febbraio 2012), successivo all'emanazione della Delibera della Giunta Regionale n. 458/2012, *Linee Guida per la predisposizione del Piano di Zona* (di seguito LG-DGR 458/2012).

1.1 Le dimensioni della valutazione

Il PdZnasce con l'esigenza di dotare il territorio regionale di uno strumento permanente di pianificazione e programmazione del sistema locale dei servizi e degli interventi sociali (L. 328/2000, L.R. 6/2006). Rispetto alla precedente tornata pianificatoria (2006-2008) enell'ottica di valorizzare le significative esperienze già compiute precedentemente nei territorila Direzione Centraleha emanatonuove LG. Tali LG hanno anche ridefinito gli strumenti in uso con l'obiettivo di individuare una modalità di programmazione che potenziasse l'approccio integrato tra sociale e sanitario, tenendo conto di tutte le politiche e degli attori che concorrono al benessere individuale e della comunità. In virtù delle considerazioni espresse in premessa, la valutazione deiPdZ 2013-2015 si è focalizzatasui seguenti aspetti/dimensioni.

- **Dimensione 1:**Analisi della costruzione dei PdZ (governance del PdZ, pianificazione del PdZ nelle aree di integrazione e sociali) **(DV1)** e dei documenti di output **(DV2)**- **ob. 1/2012 e 2/2012**
- **Dimensione 2:**Implementazione deiPdZ, intesa come attuazione di una programmazione unitaria e integrata nelle aree di integrazione socio-sanitaria **(ob.di sistema4e obiettivi di area:ob. 5e 10 minori e famiglie,ob. 6 disabilità, ob. 7 anziani, ob. 8 integrazione con le politiche del lavoro)(DV3)**
- **Dimensione 3:**Impatto deiPdZ sul sistema integrato degli interventi e servizi sociali (assetto organizzativo) **(DV4, DV5, DV6, DV7)**

Per ognuno di questi aspetti sono state enucleate delle Domande di Valutazione (di seguito, DV) che analizzano longitudinalmente (nel triennio) e trasversalmente (ai 19 SSC della Regione) le modalità di costruzione, lo stato di implementazione e l'impatto deiPdZ nei 19 territori. Come evidenziato in premessa, questo primo documento intende restituire un quadro di sintesi valutativa diacronica (andamento della programmazione); rappresenta, perciò, uno degli elementi che compongono il quadro valutativo.Gli approfondimenti relativi all'andamento degli obiettivi sociali e di integrazione socio-sanitaria sono presenti negli altri documenti che compongono l'insieme del Rapporto di Valutazione e che vengono di seguito riportati.

1.2 Le domande valutative

Con riferimento a quanto sopra esposto le DV attraverso cui analizzare le dimensioni precedentemente enucleate sono:

1. **DV1: Quali sono state le modalità di costruzione del PdZ che i 19 SSC della Regione FVG hanno messo in campo?**Più nel dettaglio, le seguenti sotto DV,con i relativi indicatori elencati, hanno permesso di analizzare le tappe che hanno portato alla costruzione deiPdZ. Un approfondimento descrittivo delle azioni attuate dai 19 SSC rispetto alla governance (ob. 1.1 e 1.2) e al consolidamento del sistema integrato dei servizi sociali (ob. 2) viene fornito nel documento *Allegato 1 al Rapporto di Valutazione dei Piani di Zona 2013-2015.*

1.1 Come è stato strutturato il percorso di collaborazione tra SSC e Distretto Sanitario?

Indicatore 1:	*cabina di regia (si/no)*
Indicatore 2:	*cabina di regia inter-ambito (si/no)*
Indicatore 3:	*composizione delle cabine di regia inter-ambito*

Tabella 1- Presenza Cabina di Regia (SSC-Distretto e inter-ambito)

	CABINA DI REGIA		Composizione della cabina di regia inter-ambito
	SSC-Distretto	Inter-ambito	
SSC 1.1	Sì	Sì	Responsabili dei 3 SSC, Coordinatore socio-sanitario, Direttori di Distretto, Ufficio di programmazione dell'ASS1 e, se necessario in considerazione degli argomenti trattati, anche Direttori dei Dipartimenti dell'ASS 1.
SSC 1.2	Sì	Sì	
SSC 1.3	Sì	Sì	
SSC 2.1	Sì	Sì	Rappresentanti dell'Ufficio di Direzione e programmazione dei 2 SSC, Referente sociosanitario dell'ASS n. 2 Isontina[†], Direttori di Distretto,eDirettori di Dipartimento e da altriResponsabili di eventualialtri Enti/servizi coinvolti.
SSC 2.2	Sì	Sì	
SSC 3.1	Sì	Sì	Responsabili dei 2 SSC,Direttore generale, Direttore sanitario, Direttore amministrativo, Coordinatore Socio-sanitario, Direttore di Distretto socio-sanitario n. 2 e dai Responsabili dei Dipartimenti dell'ASS n. 3 Alto Friuli.
SSC 3.2	Sì	Sì	
SSC 4.1	Sì	No	
SSC 4.2	Sì	No	
SSC 4.3	Sì	No	
SSC 4.4	Sì	No	
SSC 4.5	Sì	No	
SSC 5.1	Sì	Sì	Uffici di Direzione e Programmazione dei 2SSC, 2 Direttori di Distretto, Coordinatore socio-sanitario dell'ASS 5 Responsabili dei servizi aziendalie da Responsabili di eventualialtri Enti/servizi coinvolti.
SSC 5.2	Sì	Sì	
SSC 6.1	Sì	Sì	Responsabili Uffici di direzione e programmazione dei 5 SSC, 5 Direttori dei Distretti Socio-sanitari; Coordinatore socio-sanitario ASS 6 (ex), Direttori deiDipartimenti ASS 6 (ex), Direttore sanitario ASS 6.
SSC 6.2	Sì	Sì	
SSC 6.3	Sì	Sì	
SSC 6.4	Sì	Sì	
SSC 6.5	Sì	Sì	

Lo strumento della cabina di regia inter-ambito è stato utilizzato nella maggior parte dei 19 SSC della Regione FVG. Gli unici SSC in cui non è stata predisposta sono i SSC 4.1 San Daniele, 4.2

[*]Viene utilizzata in questa sede la denominazione antecedente la riforma sanitaria regionale. In linea generale, in questo rapporto di valutazione, viene adottata la denominazione presente nei documenti inviati dagli enti.

Tarcento, 4.3 Cividale, 4.4 Codroipo e 4.5 Udine. Si segnala, inoltre, che per quanto formalmente costituita, nei due SSC della montagna udinese (3.1 Gemona e 3.2 Carnia) la cabina di regia è stata effettivamente convocata solo un paio di volte, nel corso del 2012, durante la fase iniziale della programmazione zonale.

1.2 Quali sono state le modalità di diffusione delle iniziative volte a informare popolazione e amministratori circa l'avvio del PdZ?

Indicatore 1: *presenza di diverse modalità di informazione (incontri pubblici, serate informative, pubblicità tramite canali di informazione)*

Tabella 2- Incontri informativi svolti nei territori circa l'avvio del PdZ

	INCONTRI INFORMATIVI
SSC 1.1	Incontro informativo
SSC 1.2	Assemblea pubblica
SSC 1.3	Incontro generale
SSC 2.1	***Nessuna iniziativa informativa***
SSC 2.2	Incontro pubblico
SSC 3.1	Conferenza dei Servizi
SSC 3.2	Conferenza di consenso
SSC 4.1	Incontro pubblico informativo e formativo
SSC 4.2	Assemblea pubblica
SSC 4.3	Assemblea dei sindaci aperta; Incontro pubblico
SSC 4.4	Incontro pubblico
SSC 4.5	***Nessuna iniziativa informativa***
SSC 5.1	***Nessuna iniziativa informativa***
SSC 5.2	Incontro pubblico
SSC 6.1	***Nessuna iniziativa informativa***
SSC 6.2	Incontro pubblico
SSC 6.3	***Nessuna iniziativa informativa***
SSC 6.4	Assemblea dei sindaci allargata
SSC 6.5	Conferenza di presentazione

Durante la fase di avvio dei PdZ(2012) 14 SSC su 19 hanno svolto, alcuni incontri informativi finalizzati a socializzare la popolazione e gli amministratori locali circa la nuova tornata pianificatoria, presentando anche icambiamenti nella pianificazione dettati dalle nuove LG emanate dalla Direzione Centrale.Momento informativo di incontro tra i servizi, il terzo settore e la cittadinanza, queste conferenze pubbliche hanno visto una partecipazione numerosa,anche se, in questa fase della pianificazione,non vincolante in termini di impegno nello sviluppo delle progettualità. In aggiunta a questa tipologia di iniziative, in alcuni territori (ad esempio, SSC 1.2 Trieste, SSC 4.2 Tarcento, SSC 6.3 Azzano) è stato utilizzato il web come canale informativo: sono stati attivati forum e/o newsletter informativirelativialle attività delPdZ.Si segnala, inoltre, che in fase di concertazione esuccessivamente di consultazione, il SSC 4.2Tarcento ha predisposto un tavolo telematico volto a raccogliere proposte, contributi, richieste di adesione e coinvolgimento da parte dei soggetti interessati a prendere parte alla pianificazione.
Va sottolineato che, trattandosi di un processo di partecipazione che si è innestato su territori

dove erano già in essere prassi e modalità operative, i 19 SSC hanno tradotto con modalità e tempistiche differenziate quanto indicato nelle LG. Per quanto riguarda, per esempio, il SSC 3.1 Gemona, la Conferenza dei Servizi (incontro pubblico) si è tenuta è stata svolta nel febbraio 2013,ovvero dopo l'approvazione dell'Assemblea dei Sindaci del documento triennale PdZ e del PAA 2013 ed è stata finalizzata a presentare pubblicamente il PdZ 2013-2015, a sancire lecollaborazioni in atto e a raccogliere eventuali ulteriori disponibilità di soggetti interessati a dare attivamente il proprio contributo alla costruzione delle progettualità del PdZ.

1.3 Quali sono state le modalità di concertazione e consultazione nella definizione degli obiettivi e delle azioni della pianificazione?

Indicatore 1:	presenza di modalità selettive (strumenti) per la partecipazione (es. lettere di invito, manifestazione di interesse)
Indicatore 2:	presenza di incontri di concertazione
Indicatore 3:	strumenti (n. tavoli di consultazione per aree tematiche; presenza di modalità di consultazione via web)
Indicatore 4:	presenzadi modalità di facilitazione dei tavoli di consultazione (world cafè; modalità di conduzione –*es. co-conduzione tra sociale e sanitario*)

Tabella 3- Strumenti ed attività messe in campo per l'avvio della partecipazione al PdZ

	Modalità selettive (strumenti) per l'avvio della partecipazione	Incontri di concertazione
SSC 1.1	Avviso di partecipazione	2 Incontri di concertazione
SSC 1.2	Momento informativo pubblico; modulo di adesione al PdZ	
SSC 1.3	***Nessuna iniziativa***	Tavolo di concertazione, conferenza di concertazione
SSC 2.1	Avviso pubblico (Dichiarazione di adesione)	Assemblea di concertazione
SSC 2.2	Forum del Piano di Zona Invio scheda di partecipazione al PdZ	***Nessuna inziativa***
SSC 3.1	***Nessuna iniziativa***	***Nessuna inziativa***
SSC 3.2	Lettere di convocazione	Tavoli di comunità
SSC 4.1	***Nessuna iniziativa***	
SSC 4.2	Tavolo telematico	Incontro di concertazione preliminare con sindacati
SSC 4.3	Lettere di invito e invito su giornali locali	***Nessuna iniziativa***
SSC 4.4	Nota informativa	Incontri di concertazione
SSC 4.5	Carta degli impegni per la realizzazione PdZ	***Nessuna iniziativa***
SSC 5.1	Avviso pubblico	Assemblea dei sindaci allargata
SSC 5.2	Avviso pubblico	***Nessuna iniziativa***
SSC 6.1	Istruttoria co-progettazione	***Nessuna iniziativa***
SSC 6.2	Avviso per manifestazione di interesse	Conferenza di concertazione
SSC 6.3	Informazione via web e media tradizionali	Conferenza di concertazione
SSC 6.4	***Nessuna iniziativa***	Conferenza di concertazione (n.2)
SSC 6.5	***Nessuna iniziativa***	Conferenza di concertazione (n.2)

Dei 19 SSC,14 hanno utilizzato diversi strumenti per l'avvio della partecipazione (note informative, lettere di invito, ecc.) finalizzate a informare isoggetti della rete territoriale in merito all'avvio del processo pianificatorio. Un esempio interessante è il Forum del PdZ del SSC 2.2,ovvero un

organismo composto da gruppi di interesse e rappresentanze degli attori sociali costituito per condividere gli obiettivi generali e le priorità del PdZ. Il Forum si esprime sia a livello istituzionale (attraverso la presenza di una rappresentanza stabile ~~in~~all'Assemblea dei Sindaci), sia a livello tecnico, attraverso la partecipazione ai diversi tavoli del PdZ. Il Forum è stato convocato circa due volte all'anno e ha rappresentato un momento di raccordo e di sintesi estremamente funzionale per fare il punto sulle attività del PdZ e mantenere uno stretto raccordo con i soggetti del terzo settore.

La fase di concertazione, invece, è stata espressa dai territori attraverso delle conferenze di concertazione. Queste sono state realizzate in 14 SSC: si è trattato di momenti di condivisione- in particolare con le rappresentanze sindacali e del terzo settore - che in alcuni territori si sono svolti in due fasi: una all'avvio e una a conclusione del processo (SSC 6.4 Maniago e SSC 6.5 Pordenone).

Tabella 4- Tavoli tematici di consultazione attivati nel 2012 nei 19 SSCC

SSC	Tavoli tematici di consultazione	
1.1	1) Minori, adolescenti, famiglia, disabilità 2) Anziani	3) Adulti: accessibilità al lavoro, casa, inclusione sociale, dipendenze e salute mentale, disabilità
1.2	1) Minori e famiglia 2) Disabili	3) Anziani, disabilità, non autosufficienza, terminalità 4) Inclusione sociale
1.3	1) Bambini, adolescenti e famiglie 2) Adulti e inclusione sociale	3) Anziani e disabilità
2.1	1) Area disabilità (con SSC 2.2) 2) Devianza ed esclusione sociale	3) Area minori e famiglia 4) Inserimento lavorativo
2.2	1) Minori e famiglia 2) Non autosufficienza 3) Inclusione, formazione e lavoro	4) Disabilità (con SSC 2.1) 5) Devianza ed esclusione sociale 6) Esclusione sociale
3.1	1) Fragilità economica, lavorativa, abitativa (obiettivi 8.1 e 9.1) 2) Accoglienza e l'affidamento familiare (obiettivo 5.1)	3) Cure palliative ed oncologiche (obiettivo 12.1)
	Date le ridotte dimensioni dell'ambito rispetto alle risorse del terzo settore, nell'ambito dei tavoli attivati per il PdZ 2013-2015 non viene attuata una suddivisione formale tra tavoli tematici di concertazione, consultazione e co-progettazione.	
3.2	1) Disabilità 2) Adulti fragili/lavoro	3) Benessere anziani
4.1	1) Minori e famiglia 2) Disabilità 3) Anziani	4) Salute mentale e Dipendenze 5) Povertà ed esclusione sociale
4.2	Tavolo telematico per raccogliere proposte, contributi e adesioni dei soggetti interessati	
4.3	1) Minori, giovani e famiglia 2) Adulti	3) Anziani 4) Disabili
4.4	1) Il sostegno e l'accoglienza del minore e della sua famiglia nella comunità 2) Il supporto ai soggetti a rischio di marginalità sociale	3) La prossimità agli anziani e alle loro famiglie 4) L'integrazione sociale dei giovani disabili nei contesti comunitari
4.5	Tavolo di governo: nessun tavolo di consultazione è stato attivato.	
5.1	1) Anziani, terminalità e cronicità 2) Minori, giovani e famiglia 3) Disabilità	4) Dipendenze/salute mentale 5) Lavoro, inclusione sociale e contrasto povertà
5.2	1) Anziani 2) Dipendenze 3) Disabilità	4) Minori 5) Salute mentale

SSC	Tavoli tematici di consultazione	
6.1	1) Minori, giovani e famiglie 2) Anziani	3) Disabili 4) Adulti
6.2	1) Minori, giovani e famiglie 2) Anziani	3) Disabili 4) Adulti
6.3	1) Minori, giovani e famiglie 2) Anziani	3) Disabili 4) Adulti
6.4	1) Minori, giovani e famiglie 2) Anziani	3) Disabili 4) Adulti
6.5	1) Minori, giovani e famiglie 2) Anziani	3) Disabili 4) Adulti

A seguito della concertazione si è svolta la fase di consultazione che ha concretizzato il confronto tra il SSC, gli altri soggetti istituzionali e gli organismi del privato sociale. I tavoli di consultazione hanno avuto lo scopo di conoscere e confrontare le opinioni e le istanze dei diversi attori del territorio rispetto ai singoli temi affrontati dal PdZe di individuare obiettivi condivisi. Hanno assunto, così, la fondamentale funzione di rappresentare i bisogni e le istanze della comunità locale. In questa sede, sono state anche rilevate le risorse (economiche e/o di personale) per la realizzazione delle attività programmate.Per quanto concerne la presente tornata pianificatoria, i tavoli di consultazione (come anche quelli di co-progettazione) hanno in genere ricalcato tavoli e gruppi di lavoro che erano già attivi nel territorio. Tale scelta ha consentito di programmare gli interventi e le attività garantendo, da un lato, la continuità con quanto già in essere nei territori, dall'altro l'inclusionedelleproblematiche emergenti. A livello trasversale i tavoli di consultazione hanno ricalcato le aree tematiche identificate dal PdZ, specie per le aree Minori e Famiglia, Anziani e Disabilità. Più "liquida" invece è apparsa l'area Adulti che, essendo, di fatto, trasversale a varie tematiche, insiste potenzialmente su diversi obiettivi (disagio, lavoro, povertà, ecc.).
Nel panorama regionale si segnalano alcune peculiarità:

- per quanto riguarda il SSC 3.1,le ridotte dimensioni dello stesso e, di conseguenza, le limitate risorse del terzo settore localehanno suggerito di non attuare una suddivisione formale tra tavoli tematici di concertazione, consultazione e co-progettazione.
- rispetto alla precedente tornata pianificatoria, il SSC 4.2 ha deciso di impostare il percorso di partecipazione in modo peculiare: non sono stati, infatti, attivati deitavoli di consultazione bensì, attraverso il tavolo telematico*on-line*, è stato possibile un meccanismo di condivisione delle idee e delle informazioni che si sono poi concretizzate nei tavoli/gruppi di lavoro operativi (fase di co-progettazione).
- situazione particolare èquella del SSC 4.5 Udine dove, nel 2012, è stato istituito un **Tavolo di Governo** che, pur non essendo un tavolo di consultazione, ha assunto questa funzione. È stato, inoltre, espressione della concertazione territoriale perché ha delineato l'approccio di governance del SSC 4.5. Il Tavolo di Governo ha lavorato per tutto il 2012 condividendo gli obiettivi di sistema e di area socio-sanitaria (questi ultimi sono stati poi elaborati dai tavoli tecnici socio-sanitari). A partire dal 2013, sono stati realizzati incontri territoriali finalizzati a illustrare il processo di pianificazione. I rappresentanti del Tavolo di Governo hanno anche avuto la possibilità di incontrare componenti dei tavoli di co-progettazione, con finalità consultive in merito alle scelte da effettuare nelle singole aree

di intervento.

La conduzione dei tavoli di consultazione è stata, generalmente, affidata al SSC (in linea di massima al Responsabile del servizio e/o al referente dell'area trattata nel tavolo) in collaborazione con i rispettivi referenti del Distretto. Si segnala che il SSC 3.1 Gemona si è avvalso di un facilitatore per la conduzione dei tavoli e che, nel SSC 6.3 Azzano Decimo,la conduzione è avvenuta seguendo la metodologia partecipativa del *World Cafè* che facilita la guida di gruppi numerosi, stimolando discussioni libere e autogestite all'interno di un quadro comune e sotto la guida di alcune domande di riferimento. Nella tabella n. 5 a seguire i tavoli di consultazione vengono riportati suddivisi rispetto all'area di utenza.

Tabella 5- Tavoli tematici di consultazione per aree di utenza

SSC	AREA TEMATICA DI RIFERIMENTO					
	N. TAVOLI	MINORI E FAMIGLIA	ANZIANI	DISABILI	ADULTI	ALTRO
1.1	3	X	X		X	
1.2	4	X	X	X		X
1.3	3	X	X	X	X	X
2.1	4	X		X		X
2.2	6	X		X		X
3.1	3	X				X
3.2	3		X	X	X	X
4.1	5	X	X	X		X
4.2	1					X
4.3	4	X	X	X	X	
4.4	4	X	X	X		X
4.5	0					
5.1	5	X	X	X	X	X
5.2	5	X	X	X		X
6.1	4	X	X	X	X	
6.2	4	X	X	X	X	
6.3	4	X	X	X	X	
6.4	4	X	X	X	X	
6.5	4	X	X	X	X	
TOT	**70**	**16**	**14**	**15**	**10**	**11**

1.4 Qual è stato il grado di coinvolgimento formale dei soggetti coinvolti nella pianificazione di zona?

Indicatore 1:	n. soggetti (istituzionali e non) sottoscrittori Accordo di Programma
Indicatore 2:	n. soggetti (istituzionali e non) aderenti Accordo di Programma
Indicatore 3:	presenza di ulteriori atti formali di adesione al PdZ (diversi dall'Accordo di Programma)
Indicatore 4:	n. soggetti (istituzionali e non) sottoscrittori di ulteriori atti formali

Tabella 6 - Soggetti sottoscrittori e aderenti AdP nei 19 SSC. Valori assoluti e %

SSC	SOTTOSCRITTORI L'ADP			SOGGETTI ADERENTI ALL'ADP			SOGGETTI ADERENTI E SOTTOSCRITTORI			SOGGETTI ADERENTI E SOTTOSCRITTORI (%)		
	soggetti istituzionali	soggetti non istituzionali	Totale	soggetti istituzionali	soggetti non istituzionali	Totale	soggetti istituzionali	soggetti non istituzionali	Totale	soggetti istituzionali	soggetti non istituzionali	Totale
1.1	13	25	38	0	0	0	13	25	38	34,2%	65,8%	100,0%
1.2	24	115	139	0	0	0	24	115	139	17,3%	82,7%	100,0%
1.3	9	23	32	4	9	13	13	32	45	28,9%	71,1%	100,0%
2.1	24	1	25	0	32	32	24	33	57	42,1%	57,9%	100,0%
2.2	26	20	46	0	27	27	26	47	73	35,6%	64,4%	100,0%
3.1	25	13	38	1	26	27	26	39	65	40,0%	60,0%	100,0%
3.2	43	11	54	1	24	25	44	35	79	55,7%	44,3%	100,0%
4.1	28	22	50	0	0	0	28	22	50	56,0%	44,0%	100,0%
4.2	14	0	14	8	32	40	22	32	54	40,7%	59,3%	100,0%
4.3	38	38	76	0	0	0	38	38	76	50,0%	50,0%	100,0%
4.4	25	20	45	0	11	11	25	31	56	44,6%	55,4%	100,0%
4.5*	16	11	27	0	9	9	16	20	36	44,4%	55,6%	100,0%
5.1	21	0	21	0	0	0	21	0	21	100,0%	0,0%	100,0%
5.2	20	0	20	0	0	0	20	0	20	100,0%	0,0%	100,0%
6.1	10	0	10	0	20	20	10	20	30	33,3%	66,7%	100,0%
6.2	26	33	59	0	0	0	26	33	59	44,1%	55,9%	100,0%
6.3	21	42	63	0	0	0	21	42	63	33,3%	66,7%	100,0%
6.4	38	41	79	0	0	0	38	41	79	48,1%	51,9%	100,0%
6.5	17	27	44	0	0	0	17	27	44	38,6%	61,4%	100,0%
Tot.	**438**	**442**	**880**	**14**	**190**	**204**	**452**	**632**	**1084**	**41,7%**	**58,3%**	**100,0%**
media	***23***	***23***	***46***	***1***	***10***	***11***	***24***	***33***	***57***			

I soggetti che concorrono alla costruzione/realizzazione del PdZ hanno sottoscritto l'Accordo di Programma (AdP) che costituisce la modalità formalizzata di partecipazione al processo di pianificazione. Con la sua sottoscrizione i soggetti, istituzionali e non, si sono impegnati nella realizzazione delle azioni previste dalla pianificazione con risorse proprie finanziarie e non (es. risorse umane, strumentali ecc.). Gli AdP potevano essere sottoscritti sia da soggetti istituzionali, sia da soggetti non istituzionali.Tuttavia, dal momento che la sottoscrizione dell'AdP sanciva un accordo formale, queisoggetti non istituzionali che, al momento della sottoscrizione formale, condividevano gli obiettivi della pianificazione, ma non erano in grado di apportare o definire concretamente le risorse disponibili da mettere in campo, hanno potutougualmente partecipare con forme alternative di adesione.AlcuniAdP sono stati sottoscritti solo da soggetti istituzionali (SSC 5.1 Cervignano, SSC 5.2 Latisana e SSC 6.1 Sacile), mentre in altri casi i SSC hanno previstoche la condivisione e l'adesione agli obiettivi del PdZ avvenisse attraversouna manifestazione di semplice interesse. In alcuni casi questa modalità è stataesplicitata all'interno dell'AdP (SSC 1.3 Muggia, art. 4), in altri casi (SSC 2.1 Alto Isontino, SSC 2.2 Basso Isontino, SSC 3.1 Gemona, SSC 4.2 Tarcento, SSC 4.4 Codroipo, SSC 4.5 Udine, SSC 6.1 Sacile) è stato redatto un ulterioredocumento chenon fa parte dell'AdP ma si configuravaqualedichiarazione separata (tab. 8) o allegata all'AdP. Anche in questo caso una serie di specificità contraddistinguono il percorso pianificatorio del SSC 4.5 Udine: infatti, tra la fine del 2013 e per tutto il 2014, l'ambito udinese ha visto una serie importante di variabili intervenienti che hanno influito sull'operatività, sull'assetto e sulla programmazione del servizio.Gli elementi che hanno rallentato l'attuazione del PdZ nel SSC 4.5 possono essere riassunti come segue:

- il *turn over* della figura del Responsabile del SSC, con un lungo incarico ad interim;
- le elezioni amministrative,a maggio 2014,in sette dei nove Comuni del SSC 4.5 e il conseguente insediamento della nuova Assemblea dei Sindaci nel settembre 2014;
- la necessità, sia per l'Assemblea sia per l'Ufficio Direzione e Programmazione, di esaminare con attenzione l'assetto organizzativo del SSC, dei servizi e degli interventi in atto e di quelli da prevedere in ragione dei bisogni emersi dalle varie comunità locali.

Pertanto, anche rispetto alla sottoscrizione dell'AdP, il SSC 4.5 ha seguito una metodologia alternativa, approvando, prima dell'AdP, la Carta degli Impegni vidimata dal Tavolo di Governo. Si tratta di un documento fondamentale per la definizione delle regole e degli impegni di partecipazione alla realizzazione del PdZ: gli enti, i soggetti, le organizzazioni territoriali che hanno condiviso i principi e i metodi enunciati nella Carta sono stati poi chiamati a sottoscrivere l'AdP e, di conseguenza, a partecipare ai tavoli di co-progettazione su obiettivi e temi specifici.La Carta degli Impegni è risultata, quindi, preliminare alla sottoscrizione dell'AdP e ha rappresentato un anello di congiunzione tra le fasi di consultazione e co-progettazione del Piano.

A livello regionale, calcolare la numerosità e la varietà delle organizzazioni a vario titolo e secondo le diverse modalità sopra illustratecoinvolte nel processo pianificatorioè stata un'operazione piuttosto complessa che ha richiesto una pulizia delle informazioni trasmesse dai 19 SSC.Il dato sulla partecipazione più affidabile è sicuramente il conteggio deisottoscrittori degli accordi di programma (AdP): sommando le firme in calce a tutti gli AdP si registrano 880 sottoscrizioni (tab. 6), con una media di 46 soggetti sottoscrittori per ciascun accordo di programma, equamente suddivisi tra istituzionali e non istituzionali (anche se in 3 AdP - SSC 5.1 Cervignano, SSC 5.2

Latisana e SSC 6.1 Sacile- questi ultimi non compaiono affatto).La somma tra soggetti sottoscrittori e aderenti all'AdP ammonta complessivamente a 1.084 unità (tab. 6). Depurato dalle ripetizioni dei soggetti che, agendo in più ambiti distrettuali, hanno sottoscritto più di un accordo di programma, il numero complessivo delle sottoscrizioni si riduce a 744 organizzazioni, di cui 376 enti istituzionali e 368 soggetti non istituzionali (tab. 7). In sintesi, si evidenzia che il secondo ciclo regionale di pianificazione dei PDZ ha visto una partecipazione di soggetti numericamente inferiore a quella del ciclo precedente, quando sono stati censiti 981 soggetti, di cui 314 istituzionali e 667 non istituzionali (IRES, 2009). In particolare, a diminuire durante la presente tornata pianificatoria è il numero dei soggetti non istituzionali, probabilmente anche in virtù delle considerazioni sopra esposte.

Tabella 7 - Ulteriori dichiarazioni sottoscritte oltre l'AdP

Denominazione delle modalità di adesione diverse e/o integrative rispetto all'AdP	
SSC 1.3	Definita nell'art. 4 dell'AdP. Presente un doppio elenco
SSC2.1	Adesione in allegato all'AdP
SSC2.2	Dichiarazione di condivisione
SSC3.1	Dichiarazione di condivisione
SSC3.2	Adesione in allegato all'AdP
SSC4.2	Accordo di partenariato soggetti pubblici; Accordo di partenariato soggetti privati
SSC4.4	Dichiarazione di condivisione
SSC4.5	Adesione alla Carta degli impegni
SSC6.1	Adesione in allegato all'AdP

Complessivamente le adesioni alternative alla sottoscrizione dell'AdPhanno coinvolto 204 attori, di cui 14 soggetti istituzionali e 190 non istituzionali (tab. 6). Tali adesioni hanno permesso ai soggetti prevalentemente non istituzionali di formalizzare l'intenzione di concorrere alla realizzazione del PdZ con modalità più "elastiche" rispetto a quanto previsto dall'AdP,modalità che appaiono più adeguate soprattutto alle piccole realtà dell'associazionismo e del volontariato, spesso impossibilitate a prevedere con largo anticipo le risorse finanziarie o di altro tipo da destinare a una determinata progettualità. Dalle interlocuzioni con il territorio è emerso, inoltre, un incremento delle adesioni a tali dichiarazioni nel corso del triennio. Infatti, alcuni soggetti del terzo settore, che nella fase di avvio del PdZ non erano in grado di definire il loro apporto di risorse, ~~esse~~ hanno potuto comunque formalizzare la loro partecipazione attraverso sottoscrizioni a posteriori e contribuire così alla realizzazione delle progettualità.È il caso, per esempio, delle associazioni familiari beneficiarie di finanziamenti regionali ai sensi della LR 11/2006, associazioni che sono state intercettate a pianificazione zonale già avviata. In alcuni casi queste, come dichiarato per esempio dal SSC 4.4 Codroipo, si sono progressivamente aggiunte apportando il proprio contributo allediverse progettualità. Altre realtà, al contrario, hanno visto mutare in difetto le loro disponibilità, con conseguente sospensionemomentaneadel loro apporto alla pianificazione[3].Queste oscillazioni, naturali in un contesto come quello attuale fortemente incerto e soggetto aun numero elevato di variabili, confermano la difficoltà di formulare previsioni di

[3] Nonostante trasversalmente ai 19 territori alcuni soggetti abbiano occasionalmente interrotto il loro apporto sostanziale alle progettualità, formalmente nessuno dei 19 SSC è intervenuto con modifiche per difetto delle sottoscrizioni degli atti formali.

lungo periodo soprattutto da parte di alcune realtà del terzo settore. A tal propositoalcuni responsabili dei SSChanno osservato che, forse, l'AdP non rappresentala forma giuridica più appropriata da utilizzare per sancire la collaborazione tra SSC e terzo settore. Specie nei territori più piccoli, caratterizzati magari da una pregevole vivacità dell'associazionismo e del volontariato in generale, vincolare con una sottoscrizione formale così rigida realtà che non sono in grado di prevedere nel lungo periodo il loro contributo (specie in termini economici) non appare la scelta strategicamente più incentivante ed inclusiva. Il senso di modalità di condivisione alternative agli AdP va, pertanto, rintracciato nella volontà di valorizzare la presenza dei soggetti non istituzionali che possono concorrerealla realizzazione del sistema integrato, a livello operativo, ma anche di definizione delle attività locali.

In sintesi rispetto a questa prima DV si può affermare che, sebbenele LG abbiano delineato un percorso pianificatorio più puntuale e scandito rispetto alla precedente programmazione, i 19 SSC hanno comunque mantenuto degli spazi di discrezionalità nella composizione dei propri PdZ. Per quanto concerne il processo partecipativo, è stato posto in evidenza un certo grado di disomogeneità nell'uso di strumenti e nel numero di soggetti coinvolti. Certamente tale elemento ha consentito di preservare e valorizzare le specificità locali a discapito di un livello più elevato di omogeneità regionale.

Una valutazione può essere espressa anche rispetto alle LG che, certamente, hanno avuto il pregio di dare una cornice più strutturata alla programmazione, in linea generale apprezzata dai territori che, al contrario, a posteriori,non avevano valutato positivamente la troppa libertà che aveva caratterizzatola precedente tornata pianificatoria. Tuttavia, le differenze rilevate hanno anche fatto emergere un margine di ambiguità delle LG che, in alcuni passaggi, hanno prodotto interpretazioni diversificate nei 19 SSC. Si rileva, infine, l'eccessiva rigidità dello strumento AdP, probabilmente poco compatibile con la natura più fluida e mutevole delle variabili che influenzano la programmazione di zona nelle diverse realtà.

2. **DV2: Qual è la struttura dei documenti di pianificazione (PdZ e PAA)?** Più nel dettaglio, vengono analizzati i seguenti aspetti relativi alla struttura dei documenti (output) della pianificazione (PdZ e PAA annuali)attraverso le seguenti sotto domande valutative, da cui scaturiscono i relativi indicatori elencati:

2.1. Come è articolato il documento PdZe quanto si distanzia dalle LG?

Indicatore 1:	n. obiettivi sociali e socio-sanitari (n. obiettivi regionali: 18)
Indicatore 2:	n. di macroazioni (socio-sanitarie e sociali)
Indicatore 3:	presenza di aree di intervento non previste dalle LG (indicare denominazione)

Tabella 8 - N. obiettivi e macroazioni sociali e socio-sanitarie nei 19 SSC. Valori assoluti e %

TOTALE OBIETTIVI E MACROAZIONI SOCIALI E SOCIO-SANITARI NEI PdZ DEI 19 SSC

	OBIETTIVI					MACROAZIONI				
	Obiettivi					Macroazioni				
SSC	Sociali	Socio-sanitari	Tot. Obiettivi	% ob. Sociali	% ob. Socio-sanitari	Sociali	Socio-sanitarie	Tot. MA	% MA sociali	%MA socio-sanitarie
SSC 1.1	4	26	**30**	13,3	86,7	9	31	**40**	22,5	77,5
SSC 1.2	7	24	**31**	22,6	77,4	10	29	**39**	25,6	74,4
SSC 1.3	9	24	**33**	27,3	72,7	9	32	**41**	22,0	78,0
SSC 2.1	11	13	**24**	45,8	54,2	21	55	**76**	27,6	72,4
SSC 2.2	14	13	**27**	51,9	48,1	20	57	**77**	26,0	74,0
SSC 3.1	11	15	**26**	42,3	57,7	17	21	**38**	44,7	55,3
SSC 3.2	16	31	**47**	34,0	66,0	21	37	**58**	36,2	63,8
SSC 4.1	6	13	**19**	31,6	68,4	8	19	**27**	29,6	70,4
SSC 4.2	5	13	**18**	27,8	72,2	7	14	**21**	33,3	66,7
SSC 4.3	10	14	**24**	41,7	58,3	11	22	**33**	33,3	66,7
SSC 4.4	6	14	**20**	30,0	70,0	10	30	**40**	25,0	75,0
SSC 4.5	6	10	**16**	37,5	62,5	11	13	**24**	45,8	54,2
SSC 5.1	5	13	**18**	27,8	72,2	12	21	**33**	36,4	63,6
SSC 5.2	6	13	**19**	31,6	68,4	12	19	**31**	38,7	61,3
SSC 6.1	8	16	**24**	33,3	66,7	9	26	**35**	25,7	74,3
SSC 6.2	3	15	**18**	16,7	83,3	5	30	**35**	14,3	85,7
SSC 6.3	7	14	**21**	33,3	66,7	10	27	**37**	27,0	73,0
SSC 6.4	4	14	**18**	22,2	77,8	7	26	**33**	21,2	78,8
SSC 6.5	6	14	**20**	30,0	70,0	12	24	**36**	33,3	66,7
Tot. FVG	**144**	**309**	**453**	**31,8**	**68,2**	**221**	**533**	**754**	**29,3**	**70,7**

NB: il conteggio degli obiettivi e delle macroazioni è stato fatto sulla base dei documenti PdZ, contenenti la programmazione triennale.

Complessivamente sono stati sviluppati 453 obiettivi, di cui 144 sociali e 309 sociosanitari, e 754macroazioni (MA), di cui 221 sociali e 533 socio-sanitarie. Ovviamente la maggior parte degli

obiettivi e delle MA si concentrano nell'area socio-sanitaria. Pur nell'omogeneità generale, a fronte di quanto previsto dalle LG si evidenziano alcuni scostamenti e adattamenti che i SSC hanno ritenuto opportuno operare nella composizione del proprio PdZ e dei propri PAA annuali. In particolare:

- i 3 SSC dell'area triestina 1.1, 1.2 e 1.3 hanno inteso l'ob. 1.2 come socio-sanitario diversamente da quanto previsto dalle LG;
- i 5 SSC dell'area pordenonese hanno considerato l'ob. regionale 9.1 come socio-sanitario e non sociale, diversamente da quanto previsto dalle LG;
- l'elevato n. di MA per i SSC 2.1 e 2.2 è (76 e 77) è imputabile all'organizzazione dell'ob. 4 dove le MA sono replicate in tutti e 6 gli obiettivi per le tre aree tematiche di intervento identificate (Area Materno-infantile, Area non autosufficienza e Area disabilità);
- il SSC 6.1 Sacile ha previsto, nell'ambito dell'ob. regionale 10.1, 2 MA di cui una socio-sanitaria, coordinata con i PdZ degli altri SSC della provincia pordenonese, e unasociale limitata alla propria pianificazione;
- il SSC 6.2 San Vito al Tagliamento ha inserito nel proprio PdZ l'ob. 1.1 come socio-sanitario e non come sociale, diversamente da quanto previsto dalle LG;
- il SSC 6.4 Maniago, nel complesso degli ob. socio-sanitari 7.2 e 9.1, ha previsto delle MA sia di carattere socio-sanitario (a livello di area vasta), sia di carattere sociale relative al contesto locale (solo SSC 6.4);
- il SSC 6.5 Pordenone ha previsto nell'ob. 9.1, 1 MA socio-sanitaria a livello di area vasta e 2 sociali relative al contesto locale.

Inoltre, per quanto riguarda il SSC 4.5 Udine si segnala che, nel conteggio rappresentato nella tabella n. 9, per l'area socio-sanitaria sono stati considerate le rimodulazioni effettuate con il PAA 2015 e approvate dall'Assemblea dei Sindaci di ambito distrettuale alla luce del nuovo assetto istituzionale del SSC a cui si è fatto cenno in precedenza. Per gli obiettivi e le MA dell'area sociale, invece, si fa riferimento al PdZ trasmesso alla Direzione Centrale nell'ottobre 2012. Si segnala, inoltre, che per i SSC dell'area Triestina, Isontina, della Bassa Friulana e della provincia di Pordenone, molte MA previste nella parte dell'integrazione socio-sanitaria coincidono in virtù del raccordo che questi territori hanno messo in atto attraverso la cabina di regia inter-ambito.

Tabella 9- Totale obiettivi e macroazionilocali sociali e socio-sanitarie nei PdZ dei 19 SSC

	OBIETTIVI					MACROAZIONI				
SSC	Sociali	Socio-sanitari	Tot. Obiettivi	% ob. Sociali	% ob. Socio-sanitari	Sociali	Socio-sanitari	Tot. MA	% MA sociali	%MA socio-sanitarie
SSC 1.1	0	12	**12**	0,0	100,0	0	14	**14**	0,0	100,0
SSC 1.2	3	10	**13**	23,1	76,9	3	12	**15**	20,0	80,0
SSC 1.3	5	11	**16**	31,3	68,8	5	13	**18**	27,8	72,2
SSC 2.1	6	1	**5**	120,0	20,0	7	0	**7**	100,0	0,0
SSC 2.2	9	0	**9**	100,0	0,0	14	0	**14**	100,0	0,0
SSC 3.1	6	2	**8**	75,0	25,0	7	2	**9**	77,8	22,2
SSC 3.2	11	18	**29**	37,9	62,1	11	19	**30**	36,7	63,3
SSC 4.1	1	0	**1**	100,0	0,0	1	0	**1**	100,0	0,0
SSC 4.2	0	0	**0**	0,0	0,0	0	0	**0**	0,0	0,0
SSC 4.3	5	1	**6**	83,3	16,7	6	1	**7**	85,7	14,3
SSC 4.4	1	1	**2**	50,0	50,0	3	3	**6**	50,0	50,0
SSC 4.5	0	0	**0**	0,0	0,0	0	0	**0**	0,0	0,0
SSC 5.1	0	0	**0**	0,0	0,0	0	0	**0**	0,0	0,0
SSC 5.2	1	0	**1**	100,0	0,0	1	0	**1**	100,0	0,0
SSC 6.1	4	2	**6**	66,7	33,3	4	2	**6**	66,7	33,3
SSC 6.2	0	0	**0**	0,0	0,0	0	0	**0**	0,0	0,0
SSC 6.3	3	0	**3**	100,0	0,0	5	0	**5**	100,0	0,0
SSC 6.4	0	0	**0**	0,0	0,0	3	0	**3**	0,0	0,0
SSC 6.5	1	0	**1**	100,0	0,0	5	0	**5**	100,0	0,0
Tot. FVG	**56**	56	**112**	50,0	50,0	**75**	66	**141**	53,2	46,8

NB: il conteggio degli obiettivi e delle macroazioni è stato fatto sulla base dei documenti PdZ, contenenti la programmazione triennale.

A livello locale, i SSC hanno implementato 112 obiettivi equamente suddivisi tra obiettivi sociali (56) e socio-sanitari (56), per un totale di 141 MA (75 sociali e 66 socio-sanitarie). Il SSC che fa registrare il numero più elevato di obiettivi e MA a livello locale (distaccandosi notevolmente dagli altri SSC) è il SSC 3.2 Tolmezzo (Carnia) (29 obiettivi, di cui 18 socio-sanitari per un totale di 30 MA, di cui 19 socio-sanitarie), che ha voluto dare spazio nel PdZ ad una serie di attività e progettualità - significative, ma, a volte, anche piccole - già in essere sul territorio. In direzione opposta sembrano essersi mossi quei SSC (es. SSC, 4.2 Tarcento, 5.1 Cervignano, 6.2 San Vito)che hanno scelto di convogliare le energie sulle progettualità regionali, senza aggiungere ulteriori obiettivi locali. In linea generale si può affermare che,qualora presenti, gli obiettivi locali sono stati funzionali a rappresentare progettualità già in essere oppure, come nel caso del SSC 4.4 Codroipo, ad inserire nel PdZ aree non rappresentate dagli obiettivi regionali, ma dove i SSC hanno impegnato risorse.

Tabella 10- Aree di intervento locali aggiuntive e relativi obiettivi sociali e sociosanitari

SSC	Area di intervento (denominazione)	N. obiettivi		Totale obiettivi
		Sociali	Sociosanitari	
SSC 1.1	*Area adulti (ob. 11)*	0	2	**2**
SSC 1.2		1	2	**3**
SSC 1.3			2	**2**
SSC 2.2	*Area trasversale: giovani, volontariato e solidarietà (ob 11)*	1		**1**
SSC 3.1	*Area trasversale (ob. 11)*	1		**1**
	Area cure palliative (ob. 12)		1	**1**
SSC 3.2	*Area cure oncologiche e palliative (ob. 11)*		1	**1**
	Area malattie croniche (ob. 12)		1	**1**
	Area benessere e prevenzione (ob. 13)	5	1	**6**
SSC 4.1	*Area tutela: amministratore di sostegno (ob. 11)*	1	0	**1**
SSC 4.4	*Area immigrazione (ob. 11)*		1	**1**
SSC 6.1	*Area politiche giovanili*	1		**1**
Totale		**10**	**11**	**21**

La tabella n. 10 sintetizza un dettaglio delle aree di intervento aggiuntive che i 9 SSC sopra elencati hanno inserito nei propri PdZ (21 obiettivi, di cui 10 sociali e 11 socio-sanitari). Tali aree locali segnalanola necessità di dare rilevanza ad alcune tematiche trascurate dalla corrente pianificazione di zona come:

- area immigrazione: quest'area risulta oramai strategica specialmente a fronte di dinamiche rilevanti per il tessuto economico e sociale della regione FVG che, per esempio, si ritrova ad essere area di transito nelle rotte dei migranti (richiedenti protezione internazionale e minori stranieri non accompagnati). Anche le difficoltà incontrate dai cittadini stranieri soggiornanti da un lungo periodo in Regione hanno fatto emergere nuove esigenze all'interno dei servizi sociali. Infine, va considerato il nuovo ruolo ricoperto dai SSC che, dal 2014, gestiscono direttamente i Piani Locali Immigrazione, in precedenza in carico agli enti Provincia.
- area malattie croniche, cure oncologiche e palliative: si tratta di un'area che pone in rilievo aspetti di natura siasanitaria sia sociale che coinvolgono una serie di servizi (es. hospice) e attivano diverse dinamiche che incidono sia sulla vita dei pazienti (es. malati cronico-degenerativi, pazienti oncologici allo stadio terminale), sia su quella delle loro famiglie e dei *caregiver.*
- P-olitiche giovanili: realizzazione di interventi a favore del benessere e della promozione del protagonismo della fascia più giovane della popolazione, anche in un'ottica di *peereducation*

Tabella 11- Confronto tra PdZ 2006-2008 e PdZ 2013-2015

	PdZ 2006-2008	PdZ 2012-2015	
	N. progetti[4]	N. obiettivi	N. Ma
SSC 1.1	28	**30**	**40**
SSC 1.2	40	**31**	**39**
SSC 1.3	31	**33**	**41**
SSC 2.1	53	**24**	**76**
SSC 2.2	46	**27**	**77**
SSC 3.1	18	**26**	**38**
SSC 3.2	10	**47**	**58**
SSC 4.1	33	**19**	**27**
SSC 4.2	19	**18**	**21**
SSC 4.3	25	**24**	**33**
SSC 4.4	27	**20**	**40**
SSC 4.5	23	**16**	**24**
SSC 5.1	36	**18**	**33**
SSC 5.2	34	**19**	**31**
SSC 6.1	28	**24**	**35**
SSC 6.2	22	**18**	**35**
SSC 6.3	24	**21**	**37**
SSC 6.4	19	**18**	**33**
SSC 6.5	24	**20**	**36**
Tot. FVG	**540**	**453**	**754**

[4] Fonte: Report Finale Piani di Zona 2006-2008. Sistema Informativo dei Servizi Sociali-SISS Regione FVG, novembre 2009.

2.2. Quanto il Profilo di Comunità è stato a servizio della pianificazione?

Indicatore 1:	*n. e tipologia dimensioni di analisi del PdC*
Indicatore 2:	*presenza di un quadro interpretativo propedeutico alla programmazione (si/abbastanza/poco/per niente)*

Figura 1- Dimensioni presenti nei 19 Profili di Comunità redatti all'interno del PdZ

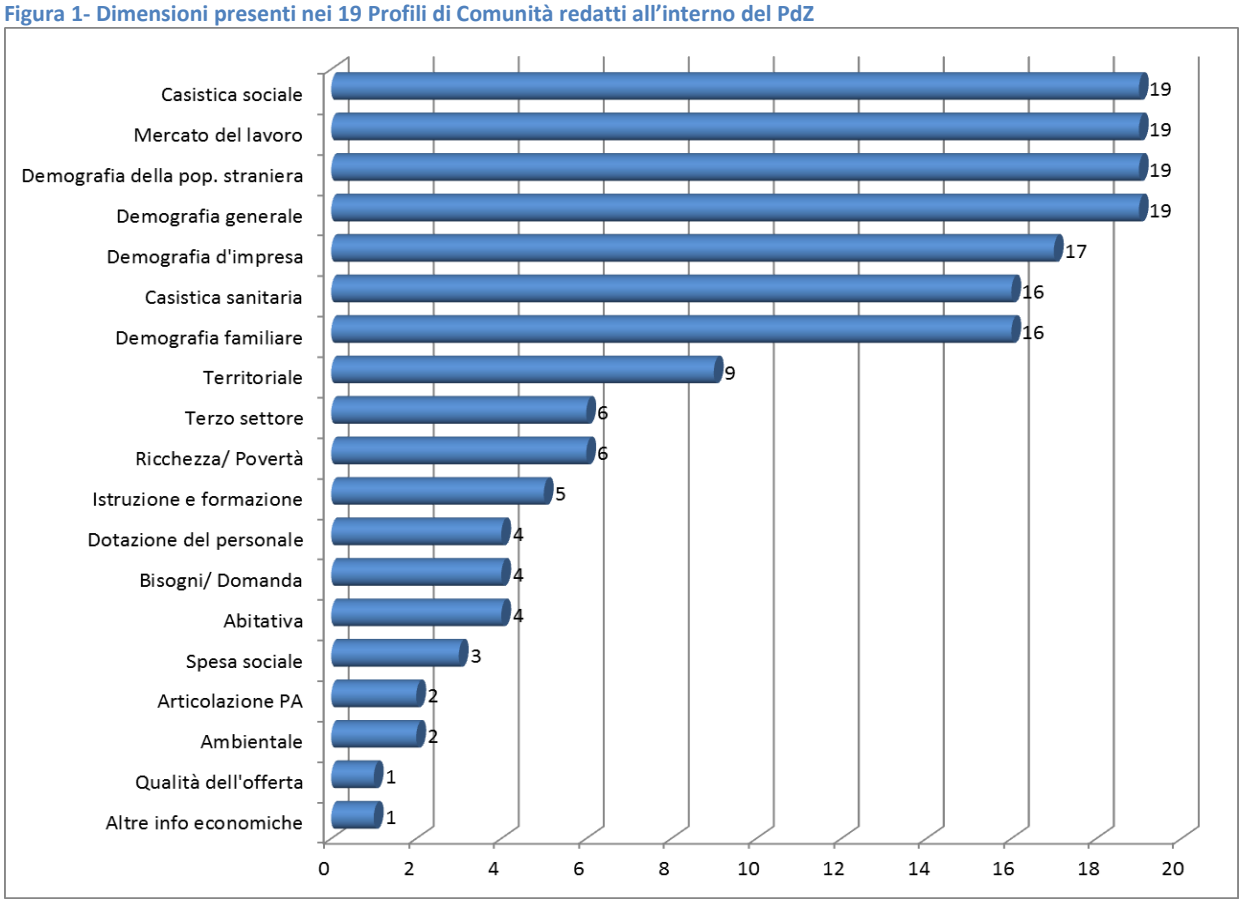


Tabella 12 – Livello di supporto del documento Profilo di Comunità alla programmazione (elevato/medio/basso)

SSC 1.1	Basso
SSC 1.2	Elevato
SSC 1.3	Basso
SSC 2.1	Medio
SSC 2.2	Elevato
SSC 3.1	Elevato
SSC 3.2	Medio
SSC 4.1	Medio
SSC 4.2	Medio
SSC 4.3	Medio
SSC 4.4	Medio
SSC 4.5	Medio
SSC 5.1	Elevato
SSC 5.2	Elevato
SSC 6.1	Medio
SSC 6.2	Elevato
SSC 6.3	Elevato
SSC 6.4	Medio
SSC 6.5	Elevato

Tutti i PdZ 2013-2015 contengono una parte denominata Profilo di Comunità (di seguito PdC) che ha lo scopo di fornire gli elementi utili per la programmazione dei servizi e degli interventi. Da un'analisi comparata dei PdCprodotti in fase di avvio della corrente pianificazione di zona (2012), è emersa una certa omogeneità dovuta all'impostazione data dalle Note metodologiche per la stesura del piano di zona prodotte dalla Direzione Centrale e alla presenza di un set comune di indicatori statistici prodotti dai 4 Osservatori provinciali per le politiche sociali. Tuttavia ciascun SSC ha spesso integrato le informazioni con dati quali/quantitativi di contesto relativi alle specifiche caratteristiche del territorio. In ciascun PdC è stato messo in evidenza quello che le LG definivano come quadro interpretativo, ovvero l'elaborazione di considerazioni valutative e di ipotesi di lavoro basilari per l'avvio del PdZ. L'analisi di questo particolare segmento del PdCdei 19 SSC ha posto in evidenza, in media, una buona capacità da parte dei territori di identificare gli aspetti fondamentali per la programmazione.A livello puntuale, si rilevano le seguenti caratteristiche trasversali ai 19 SSC:

- la costruzione del PdC non sempre ha anticipato la discussione e la scelta degli obiettivi pianificatori, quindi, in alcuni casi, si è proceduto con una sequenzialità temporale differente rispetto alle indicazioni Direzione Centrale. Si segnala come questo aspetto non sia desumibile dai documenti, bensì dalle informazioni raccolte nell'ambito dell'assistenza tecnica fornita dal gruppo di lavoro Irsses ai 19 SSCnel corso del 2012;
- le modalità di costruzione del PdC sono state diverse: internamente all'ufficio di direzione e programmazione; utilizzando il supporto dei ricercatori IRSSeS e/o di altri singoli professionisti o agenzie di consulenza esterne (es. Ires FVG; Associazione In Itinere; E-Labora); coinvolgendo i referenti delle ASS; raccogliendo elementi emersi dai tavoli tematici;
- in tutti i Piani il PdCoccupa il primo capitolo e, come da indicazioni, assume una forma snella (si sviluppa generalmente in una ventina di pagine). Molti PdC sono corredati da corposi allegati composti da statistiche e altre informazioni a cui spesso si fa rimando nel testo (es. SSC 5.1 Cervignano, 6.4 Maniago, 6.5 Pordenone);
- nel paragrafo 1.4 "Quadro interpretativo", si evince, mediamente, una buona capacità da parte dei SSC di identificare gli aspetti indispensabili alla programmazione.In alcuni casi, il paragrafo non si configura solo come interpretazione dei dati precedentemente presentati, ma introduce anche elementi informativi aggiuntivi. Nella tabella n. 13 vengono riportati per ciascun SSC i giudizi sintetici complessivi di quanto e come ~~il~~ il quadro interpretativo sia stato propedeutico alla programmazione.

2.3. Quanto il Nomenclatore sociosanitario e sanitario descrive l'offerta del sistema integrato dei servizi socio-sanitari e sanitari del territorio?

Indicatore 1:	grado di accuratezza della compilazione della descrizione dell'offerta degli interventi e dei servizi
Indicatore 2:	presenza dei servizi/attività nei 19 SSC

Tabella 13- Presenza dei nomenclatori socio-sanitari e sanitari nei PdZ dei 19 SSC

	Servizi Sociali dei Comuni																		
	1.1	**1.2**	**1.3**	**2.1**	**2.2**	**3.1**	**3.2**	**4.1**	**4.2**	**4.3**	**4.4**	**4.5**	**5.1**	**5.2**	**6.1**	**6.2**	**6.3**	**6.4**	**6.5**
Nomenclatore Sociosanitario	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Nomenclatore Sanitario	(Sì)	(Sì)	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	No	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

NB: Per i SSC 1.1 e 1.2 è stato indicato (Sì)perchè nell'analisi comparativa è stato considerato il nomenclatore di 1.3 Muggia, in quantro si tratta della medesima ASS

Tabella 14-Grado di completezza del nomenclatore (sociosanitario e sanitario)

	Nomenclatore Sociosanitario	**Nomenclatore Sanitario**
SSC 1.1	Basso	Non presente
SSC 1.2	Basso	Non presente
SSC 1.3	Medio	Basso
SSC 2.1	Basso	Buono
SSC 2.2	Buono	Buono
SSC 3.1	Medio	Basso
SSC 3.2	Medio	Medio
SSC 4.1	Medio	Basso
SSC 4.2	Medio	Basso
SSC 4.3	Buono	Basso
SSC 4.4	Medio	Basso
SSC 4.5	Medio	Non presente
SSC 5.1	Non presente	Buono
SSC 5.2	Buono	Buono
SSC 6.1	Basso	Medio
SSC 6.2	Buono	Basso
SSC 6.3	Basso	Basso
SSC 6.4	Buono	Elevato
SSC 6.5	Medio	Medio

Complessivamente emerge un livello medio/basso di completezza dei nomenclatori, sia socio-sanitari, sia sociali. Ciò che emerge trasversalmente è che la compilazione di questo documento è stata vissuta dai territori (specialmente dalla parte sanitaria) come un adempimento formale poco utile all'operatività quotidiana.

3. **DV3: Quali sono stati i fattori facilitanti/ostacolanti l'attuazione del PdZ? (collegamento con tutti gli ob 1-10+ locali).** Più nel dettaglio, vengono analizzati i seguenti aspetti relativi all'implementazione dei PdZ attraverso le seguenti sotto domande valutative, da cui scaturiscono i relativi indicatori elencati:

3.1. Lo strumento PdCè stato aggiornato nel triennio?

Indicatore 1:	*Il PdC è stato aggiornato nel triennio (si/no)*
Indicatore 2:	*Il PdC è stato pubblicato annualmente sul sito del SSC*
Indicatore 3:	*Frequenza con cui si è discusso degli obiettivi del PdZ in Assemblea dei Sindaci*

Tabella 15- Aggiornamento Profilo di Comunità nel triennio

SSC	PdC aggiornato nel triennio	PdC sul sito web
SSC 1.1	No	No
SSC 1.2	No	No
SSC 1.3	No	No
SSC 2.1	Si	No
SSC 2.2	Si	No
SSC 3.1	Si	No
SSC 3.2	Parzialmente	No
SSC 4.1	Si	No
SSC 4.2	Parzialmente	No
SSC 4.3	Si	Si
SSC 4.4	Si	No
SSC 4.5	Si	No
SSC 5.1	Si	Si
SSC 5.2	Si	Si
SSC 6.1	Si	Si
SSC 6.2	Parzialmente	No
SSC 6.3	Parzialmente	No
SSC 6.4	Parzialmente	No
SSC 6.5	Si	Si

Il PdC è stato aggiornato (almeno parzialmente)dalla quasi totalità dei territori, con eccezione dei SSC dell'area triestina per i quali non risulta alcun aggiornamento. In linea generale, le modalità di revisione del PdC possono sintetizzate come segue (tab. 15):

- **aggiornamento organico dell'intero documento:** nei territori contraddistinti dal "Si" il PdC è stato aggiornato in ogni sua parte nel triennio, ovvero è stato prodotto un documento abbastanza organico che ripropone lo schema predisposto dalle Note metodologiche e utilizzato dai SSC nel 2012.
- **aggiornamento parziale del documento:**nei territori contraddistinti dalla dicitura "Parzialmente", invece, il PdC è stato aggiornato in modo più selettivo. Ciò significa, per esempio, che sono state aggiornate singole sezioni (es. dati sull'utenza anziana, sui minori, ecc.) sulla base delle esigenze programmatorie emerse, di volta in volta, all'interno del SSC.

A titolo generale è stato rilevato che una parte degli amministratori percepisce il PdC come uno strumento ancora molto tecnico, non agevolmente fruibile e collegabileagli interventi in atto.

Sisegnala,inoltre,che i SSC 2.1, 2.2, 4.3, 4.4, 5.1, 5.2, 6.2 compongono con cadenza periodica una relazione sociale di ambito nella quale spesso vengono convogliati i dati presenti nel PdC[5].

3.2. Lo strumento Nomenclatore (sociosanitario e sociale) è stato aggiornato nel triennio?

Indicatore 1:	*Il Nomenclatore sociosanitario è stato aggiornato nel triennio?*
Indicatore 2	*Il Nomenclatoresanitario è stato aggiornato nel triennio?*

Tabella 17- Aggiornamento nomenclatore socio-sanitarioe sanitarionel triennio 2013-2015

SSC	Nomenclatore Sociosanitario	Nomenclatore sanitario
SSC 1.1	No	No
SSC 1.2	No	No
SSC 1.3	No	No
SSC 2.1	No	No
SSC 2.2	No	No
SSC 3.1	No	No
SSC 3.2	No	No
SSC 4.1	Si	Si
SSC 4.2	No	No
SSC 4.3	No	No
SSC 4.4	Parzialmente	No
SSC 4.5	No	No
SSC 5.1	Si	Si
SSC 5.2	Si	Si
SSC 6.1	Si	Parzialmente
SSC 6.2	Parzialmente	Parzialmente
SSC 6.3	Parzialmente	Parzialmente
SSC 6.4	Parzialmente	No
SSC 6.5	Si, on-line	No

Per quanto concerne il nomenclatore degli interventi e servizi, il suo aggiornamento (parte sociale e sociosanitaria) è stato fatto in modo puntuale daiSSC 4.1 S. Daniele,5.1 Cervignano, 5.2Latisana, 6.1Sacile e 6.5 Pordenone; in modo parziale e meno sistematico dai SSC 4.4 Codroipo, 6.2 San Vito, 6.3 Azzano, 6.4 Maniago. Si segnala, inoltre, la particolarità del nomenclatore del SSC 6.5 Pordenone che nel corso del 2016 è divenuto consultabile *on-line* attraverso una modalità di ricerca interattiva (es. ricerca servizio attraverso parole chiave). Ciò rende la sua consultazione particolarmente fruibile per i cittadini che desiderano avere informazioni sui servizi.

[5]Infine si segnala che la discussione degli obiettivi e dell'andamento del PdZ in Assemblea dei Sindaci avviene con una relativa regolarità: i SSC si confrontano con i propri amministratori e dell'andamento delle progettualità e dell'evoluzione della pianificazione sul territorio.

3.3. Qual è stato il grado di implementazione degli obiettivi del PdZ?

Indicatore 1:	*n. di indicatori regionali raggiunti/non raggiunti/parzialmente raggiunti*
Indicatore 2:	*n. di indicatori locali raggiunti/non raggiunti/parzialmente raggiunti*
Indicatore 3:	*n. di obiettivi regionali e locali*
Indicatore 4:	*n. di macroazioni*
Indicatore 5:	*Avvio di processi di valutazione del PdZ*

Sono stati avviati processi di valutazione interni alla programmazione del PdZ nei seguenti SSC: 2.1 Alto Isontino, 2.2 Basso Isontino, 4.2 Tarcento, 4.3 Cividale,5.1 Cervignano,5.2Latisana.

Gli indicatori n. 1, 2, 3 e 4 verranno puntualmente analizzati nelle sezioni dedicate all'implementazione degli obiettivi sociali e socio-sanitari.

4. **DV4: Che impatto ha avuto il PdZ sull'assetto organizzativo dei SSC? (ob 2. e 3)** Più nel dettaglio, vengono analizzati i seguenti aspetti relativi all'implementazione dei PdZ attraverso le seguenti sotto domande valutative, da cui scaturiscono i relativi indicatori elencati:

   4.1 Presenza e consolidamento dell'Ufficio di Direzione e Programmazione

Indicatore 1:	*Presenza dell'Ufficio di Direzione e Programmazione (si/no)*
Indicatore 2:	*Accompagnamento esterno*
Indicatore 3:	*Consolidamento dell'Ufficio nel triennio: assetto incrementato (+); costante(=); modificato per difetto (-)*[6]

Tabella 18-Stato di implementazione dell'Ufficio direzione e programmazione

SSC	Presenza Ufficio direzione/ programmazione	Accompagnamento esterno	Consolidamento dell'Ufficio nel triennio(+/-/=)
SSC 1.1	Si	Si	-
SSC 1.2	Si	Si	+
SSC 1.3	Si	No	=
SSC 2.1	Si	Si	+
SSC 2.2	Si	No	+
SSC 3.1	Si	No	+
SSC 3.2	Si	No	=
SSC 4.1	Si	Si	=
SSC 4.2	Si	Si	=
SSC 4.3	Si	Si	=
SSC 4.4	Si	Si	=
SSC 4.5	Si	Si	+
SSC 5.1	Si	Si	+
SSC 5.2	Si	Si	+

[6] Per consolidamento si intende l'incremento nel triennio programmatorio sia del personale dipendente sia del personale esterno a supporto dell'Ufficio di Direzione e Programmazione.

SSC	Presenza Ufficio direzione/ programmazione	Accompagnamento esterno	Consolidamento dell'Ufficio nel triennio(+/-/=)
SSC 6.1	Si	Si	+
SSC 6.2	Si	Si	=
SSC 6.3	Si	Si	=
SSC 6.4	Si	No	=
SSC 6.5	Si	Si	=

5. **DV5:Con l'implementazione dei PdZ è migliorata l'integrazione socio-sanitaria? (ob. 4-5-10-6-7-8+ eventuali locali e 9, se socio-sanitario).** Più nel dettaglio, vengono analizzati i seguenti aspetti relativi all'implementazione dei PdZ attraverso le sotto domande valutative, da cui scaturiscono i relativi indicatori elencati:

5.1. Prosecuzione dei tavoli di consultazione della cabina di regia(SSC- Distretto e inter-ambito):

Indicatore 1:	*Convocazione nel triennio dei tavoli di consultazione*
Indicatore 2:	*Convocazione nel triennio della cabina di regia SSC-Distretto (si/no)*
Indicatore 3:	*Convocazione nel triennio della cabina di regia inter-ambito (si/no)*

Tabella 19-Convocazione nel triennio dei tavoli di consultazione, della cabina di regia SSC-Distretto Sanitario e di quella inter-ambito

SSC	CONVOCAZIONE NEL TRIENNIO DI		
	Tavoli di Consultazione	Cabina di regia SSC-Distretto	Cabina di regia inter-ambito
SSC 1.1	No	Si	Si
SSC 1.2	No	Si	Si
SSC 1.3	Si	Si	Si
SSC 2.1	Si, parziale	Si	Si
SSC 2.2	Si, parziale	Si	Si
SSC 3.1	Si	Si	No
SSC 3.2	Si	Si	No
SSC 4.1	No	Si	Non presente
SSC 4.2	No	Si	Non presente
SSC 4.3	Si	Si	Non presente
SSC 4.4	No	Si	Non presente
SSC 4.5	No	Si	Non presente
SSC 5.1	Si	Si	Si
SSC 5.2	Si	Si	Si
SSC 6.1	Si	Si	Si
SSC 6.2	Si	Si	Si
SSC 6.3	Si	Si	Si
SSC 6.4	Si	Si	Si
SSC 6.5	Si	Si	Si

La tabella n. 19 riporta in modo sintetico le informazioni relative alla costante convocazione nel triennio dei tavoli di consultazione e delle cabine di regia. Un approfondimento sulle dinamiche di governance dei 19 SSC viene proposto nell'Allegato 1 al presente documento.

6. **DV6: Con l'Implementazione del PdZ è migliorata l'interazione con il Terzo Settore? (tutti gli obiettivi).** Vengono analizzati i seguenti aspetti relativi all'implementazione dei PdZ attraverso le seguenti sotto domande valutative, da cui scaturiscono i relativi indicatori elencati:

6.1. Prosecuzione dei tavoli di consultazione/ co-progettazione, presenza strumenti innovativi di comunicazione, eventuali accordi formali di regolamentazione del rapporto con il Terzo Settore:

Indicatore 1: *Convocazione nel triennio dei tavoli tematici e/o di co-progettazione (si/no)*

Tabella 20- Convocazione nel triennio dei tavoli di co-progettazione

SSC	Convocazione nel triennio tavoli di co-progettazione
SSC 1.1	Si
SSC 1.2	Si
SSC 1.3	Si
SSC 2.1	Si
SSC 2.2	Si
SSC 3.1	Si
SSC 3.2	Si
SSC 4.1	Si
SSC 4.2	Si
SSC 4.3	Si
SSC 4.4	Si
SSC 4.5	Si
SSC 5.1	Si
SSC 5.2	Si
SSC 6.1	Si
SSC 6.2	Si
SSC 6.3	Si
SSC 6.4	Si
SSC 6.5	Si

Tabella 21- Tavoli di co-progettazione attivati nel triennio 2013-2015 dai 19 SSC

SSC	Tavoli tematici di co-progettazione[7]	
1.1	1) Tavolo per la salute mentale	
1.2	1) Area minori e famiglia: 3 tavoli connessi agli obiettivi 5.1, 5.2 e 10.1 2) Area Anziani: 3 tavoli connessi agli obiettivo 7.1, 7.2 e 6.1 3) Area disabili: 5 tavoli connessi agli obiettivi 8.1, 6.2 (locale), 6.3 (locale), 6.4 (locale), 6.5 (locale)	4) Area inclusione sociale: 6 tavoli connessi all'obiettivo 8.1, 8.2 (locale), 9.4 (locale), 9.1, 9.2 (locale), 9.3 (locale) 5) Obiettivi trasversali: 3 tavoli connessi agli obiettivi locali 11.1, 11.2 e 11.3
1.3	1) Gruppo di lavoro integrato area minori e famiglie	2) Tavolo Politiche per la famiglia
2.1	1) Povertà 2) Abitare	3) Disagio adolescenziale e con problematiche di disadattamento
2.2	1) Tavolo area anziani (con i gestori delle strutture residenziali e semiresidenziali del territorio) 2)Tavolo di ricognizione del fabbisogno per la formazione delle assistenti familiari	3) Tavolo di lavoro per approfondimento giuridico degli strumenti di inserimento lavorativo di persone svantaggiate
3.1	1) Tavolo sulla fragilità economica, lavorativa, abitativa (obiettivi 8.1 e 9.1) 2) Tavolo sull'accoglienza e l'affidamento familiare (obiettivo 5.1)	3) Tavolo sulle cure palliative ed oncologiche (obiettivo 12.1)
	Date le ridotte dimensioni dell'ambito rispetto alle risorse del terzo e quarto settore, nell'ambito dei tavoli attivati per il PdZ 2013-2015 non viene attuata una suddivisione formale tra tavoli tematici di concertazione, consultazione e co-progettazione.	
3.2	1) Gruppi di progettazione con le scuole e la rete di enti/servizi del territorio 2) Gruppi di progettazione con le associazioni familiari	3) Gruppi di progettazione con le strutture per anziani
4.1	1) Tavolo promozione salute/benessere anziani 2) Gruppo di lavoro in costruzione sui sevizi di prossimità	3) Tavolo volontariato 4) Tavolo permanente sul lavoro
4.2	1) Tavolo devianza 2) Tavolo volontariato (pre-esistente alle attività del PdZ 2013-2015) 3) Tavolo povertà (avviato a fine 2013) 4) Tavolo disagio adulto	5) Tavolo immigrazione e devianza in "Rete6" (dispersione scolastica) 6) Tavolo integrato per guida servizi in rete 7) Tavolo disabilità
	N.B: sono presenti ulteriori gruppi di lavoro su specifici progetti, finalizzati alla loro realizzazione.	
4.3	1) Gruppo di lavoro integrato (gruppo affido) 2) Gruppo di lavoro integrato anziani non autosufficienti e persone fragili dimesse 3) Gruppo di lavoro integrato disabili 4) Tavolo di co-progettazione per sportello inserimento lavoro adulti fragili 5) Tavolo di istituzionalizzazione 6) Tavolo di co-progettazione progetto "Fulcolor", ob. 3.1.1. az. 5	7) Tavolo di co-progettazione Scuola aperta scuola integrata ob. 10.2.1 az. 3 8) Tavolo di co-progettazione I luoghi dell'aggregazione giovanile ob. 10.2.1 az. 2 9) Tavolo di co-progettazione "Gocce di pixel" (ob. 10.1.1 az. 3) 10) Tavolo "Devianza" ob. 9.2.1 az.5 11) Tavolo trasversale "inclusione lavorativa"(convocato nel 2013, ma non nel 2014 per ragioni organizzative)
4.4	1) 4 Gruppi area anziani (case di riposo, prevenzione e domiciliarità, continuità ospedale-territorio, formazione assistenti domiciliari) 2) 2 Gruppi area disabilità (centri socio-abitativi, socializzazione)	3) Gruppo Famiglia/minori (promozione dell'accoglienza) 4) Inclusione sociale soggetti svantaggiati 5) Nuove povertà 6) Immigrazione
	Accanto ai Tavoli di co-progettazione sono stati attivati 27 gruppi di lavoro per la realizzazione di specifiche progettualità.	
4.5	1) Grave marginalità sociale adulta 2) Carcere	3) Rom/Sinti

[7] La tabella n. 21 riporta in modo sintetico i tavoli di co-progettazione attivati nel triennio programmatorio. Per un approfondimento sulle dinamiche di governance dei 19 SSC si veda l'Allegato 1 al presente documento.

SSC	Tavoli tematici di co-progettazione[7]	
	Si tratta di tavoli di co-progettazione che al 2012 risultavano già attivi sul territorio del SSC 4.5. Mantenuti e possibilmente potenziati nell'ambito del processo pianificatorio 2013-2015 in quanto coerenti con il sistema e gli obiettivi regionali.	
5.1	1) Tavolo adolescenza (adolescenti sintomatici) 2)Tavolo permanente con le istituzioni scolastiche del territorio 3)Gruppo integrato permanente per la costruzione modello affido territoriale 4)Tavolo progettazione/realizzazione forme di accoglienza semi-residenziali (pre adolescenti/adolescenti)	5)Tavolo supporto alla genitorialità in emergenza e a lungo termine 6)Tavolo famiglia 7)Tavolo MOVI sul malato oncologico 8)Gruppo di lavoro sul progetto ERICA (mobilità persone anziane)
5.2	1)Tavolo lavoro, inclusione sociale e contrasto alla povertà 2)Tavolo famiglia	3)Tavolo minori 4)Tavolo anziani, terminalità e cronicità 5) Tavolo disabilità
6.1	1)Tavolo disabil[8] 2)Tavolo domiciliarità[9] 3)Tavolo inclusione sociale (attività propedeutiche nel 2014 e avvio nel 2015)	4)Tavolo minori e famiglie (attività propedeutiche nel 2014 e avvio nel 2015) 5)Tavolo di collegamento con i Comuni per le politiche giovanili (non in delega al SSC)
6.2	1) Tavolo minori 2) Tavolo Anziani	3) Tavolo svantaggio 4) Tavolo nuove povertà 5) Tavolo disabili
6.3	1) Minori e famiglia 2) Adulti	3) Anziani 4) Disabili
6.4	Tavolo Multiproblematicità e sostegno alla genitorialità. 1)Cantiere comunità	Suddiviso a livello locale in: 2)Cantiere genitorialità
6.5	1)Forum minori e famiglie 2)Forum sull'inclusione povertà e disagio - articolato per sottogruppi (povertà alimentare, accoglienza e lavoro)	3) Forum sulla disabilità 4)Forum sulla domiciliarità possibile (lista unica residenzialità, trasporti, reti di comunità) 5) Forum sviluppo di comunità nel 2015
AAS 5	**Tavoli trasversali di area vasta- AAS 5 (Ex ASS 6)**	
	1) Domiciliarità 2) Abitare sociale	3) Integrazione e inclusione lavorativa 4) Multiproblematicità e sostegno alla genitorialità

7. **DV7: Il PdZ ha prodotto innovazione sociale? (trasversale a tutti gli obiettivi).** Più nel dettaglio, vengono analizzati i seguenti aspetti relativi all'implementazione dei PdZ attraverso le seguenti sotto domande valutative, da cui scaturiscono i relativi indicatori elencati:

7.1. Con il PdZ sono stati implementati progetti e/o attività innovative trasversalmente alle diverse aree di utenza?

Indicatore 1: *Presenza di esperienze innovative (es. domotica, fattorie sociali, strumenti di valutazione)*

[8] Tavolo attivato su due livelli: direzionale e operativo.
[9] Tavolo attivato su due livelli: direzionale e operativo.

Il PdZ ha generato delle esperienze di innovazione sociale, sia interna ai servizi sia in relazione con i soggetti esterni. Nel primo caso un esempio è la valutazione ITO (citata esplicitamente dai SSC del Pordenone e del SSC 4.2 Tarcento) utilizzata nell'ultima annualità del PdZnell'ambito della recente misura attiva di sostegno al reddito. Nel secondo caso si citano, a titolo esemplificativo, le esperienze di agricoltura sociale per l'inserimento socio-lavorativo di persone svantaggiate e/o disabili trasversale ai 19 territori, la domiciliarità diffusa (progetto montagna SSC 3.1, 3.2 e 6.4). In altri casi, il SSC ha cercato di utilizzare, in via sperimentale, anche la tecnologia a sostegno della promozione del benessere sociale della popolazione (es. progetto Help Key TV del SSC 6.5, sospeso nel triennio a causa di mancanza di fondi). In altri casi ancora il SSC si è fatto promotore di iniziative legate al benessere nella vita quotidiana di specifici target di popolazione (es. progetto Lab.Ac. del SSC 1.2 e progetto Val Abile del SSC 3.2).

OBIETTIVI DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA DEI PIANI DI ZONA 2013-2015

Implementazione e stato di avanzamento degli indicatori e delle progettualità nei diciannove SSC della Regione FVG

Documento a cura di IRSSES

20/03/2016

Indice

1. Obiettivi di integrazione sociosanitaria: stato dell'arte della loro implementazione trasversalmente ai diciannove SSC 3

2. Integrazione socio-sanitaria: obiettivi di sistema (Obiettivo 4) 4

2.1 L'integrazione socio-sanitaria nei diciannove SSC 20

2.1.1 AREA TRIESTINA: SSC 1.1, SSC 1.2 E SSC 1.3 20

2.1.2 AREA GORIZIANA: SSC 2.1, SSC 2.2 21

2.1.3 SSC 3.1 GEMONA DEL FRIULI 24

2.1.4 SSC 3.2 TOLMEZZO (CARNIA) 26

2.1.5. SSC 4.1 SAN DANIELE DEL FRIULI 28

2.1.6. SSC 4.2 TARCENTO 30

2.1.7 SSC 4.3 CIVIDALE DEL FRULI 32

2.1.8 SSC 4.4 CODROIPO 33

2.1.9 SSC 4.5 UDINE 36

2.1.10 AREA BASSA FRIULANA: SSC 5.1 e SSC 5.2 36

2.1.11 AREA PORDENONESE: SSC 6.1, SSC 6.2, SSC 6.3, SSC 6.4 e SSC 6.5 38

3. AREA MATERNO INFANTILE, INFANZIA E ADOLESCENZA: (Obiettivi 5-10) 40

3.1 Area Maternoinfantile Infanzia e adolescenza nei diciannove SSC 54

3.1 AREA TRIESTINA: SSC 1.1, 1.2 e 1.3 54

3.2 SSC AREA GORIZIANA: SSC 2.1 e 2.2 55

3.3 SSC 3.1 GEMONA DEL FRIULI 56

3.4 SSC 3.2 TOLMEZZO (CARNIA) 57

3.5 SSC 4.1 SAN DANIELE DEL FRIULI 59

3.6 SSC 4.2 TARCENTO 59

3.7 SSC 4.3 CIVIDALE DEL FRIULI 60

3.8 SSC 4.4 CODROIPO 61

3.9 SSC 4.5 UDINE 62

3.10 AREA BASSA FRIULANA: SSC 5.1 E SSC 5.2 63

3.1.1 AREA PORDENONESE: SSC 6.1, SSC 6.2, SSC 6.3, SSC 6.4 e SSC 6.5 63

4. AREA DISABILITA' (Obiettivo 6) 66

4.1 Area disabilità nei diciannove SSC 74

4.1.1 AREA TRIESTINA: SSC 1.1, SSC 1.2 e SSC 1.3 74

4.1.2 AREA GORIZIANA: SSC 2.1 E SSC 2.2 75

4.1.3 SSC 3.1 GEMONA DEL FRIULI 76

4.1.4 SSC 3.2 TOLMEZZO (CARNIA) 77

4.1.5 SSC 4.1 SAN DANIELE DEL FRIULI 78
4.1.6 SSC 4.2 TARCENTO 78
4.1.7 SSC 4.3 CIVIDALE DEL FRIULI 79
4.1.8 SSC 4.4 CODROIPO 80
4.1.9 SSC 4.5 UDINE 80
4.1.10 AREA BASSA FRIULANA: SSC 5.1 E SSC 5.2 81
4.1.11 SSC AREA PORDENONESE: 6.1, SSC 6.2, SSC 6.3, SSC 6.4 e SSC 6.5 81
5. AREA ANZIANI (Obiettivo 7) 83
5.1 Area anziani: l'implementazione nei diciannove SSC 98
5.1.1 AREA TRIESTINA: SSC 1.1, SSC 1.2 e SSC 1.3 98
5.1.2 AREA GORIZIANA: SSC 2.1 E SSC 2.2 99
5.1.3 SSC 3.1 GEMONA DEL FRIULI 100
5.1.4 SSC 3.2 TOLMEZZO (CARNIA) 101
5.1.5 SSC 4.1 SAN DANIELE DEL FRIULI 103
5.1.6 SSC 4.2 TARCENTO 103
5.1.7 SSC 4.3 CIVIDALE DEL FRIULI 104
5.1.8 SSC 4.4 CODROIPO 106
5.1.9 SSC 4.5 UDINE 106
5.1.10 AREA BASSA FRIULANA: SSC 5.1 E SSC 5.2 107
5.1.11 AREA PORDENONESE: SSC 6.1, SSC 6.2, SSC 6.3, SSC 6.4 E SSC 6.5 108
6. AREA DISABILITÀ, DIPENDENZE E SALUTE MENTALE IN TEMA DI INSERIMENTO LAVORATIVO (Obiettivo 8) 110
6.1 Area Disabilità, dipendenze e salute mentale in tema di inserimento lavorativo: l'implementazione nei diciannove SSC 117
6.1.1 AREA TRIESTINA: SSC 1.1, SSC 1.2 E SSC 1.3 117
6.1.2 AREA GORIZIANA: SSC 2.1 e 2.2 118
6.1.3 SSC 3.1 GEMONA DEL FRIULI 118
6.1.4 SSC 3.2 TOLMEZZO (CARNIA) 119
6.1.5 SSC 4.1 SAN DANIELE DEL FRIULI 120
6.1.6 SSC 4.2 TARCENTO 120
6.1.7 SSC 4.3 CIVIDALE DEL FRIULI 121
6.1.8 SSC 4.4 CODROIPO 122
6.1.9 SSC 4.5 UDINE 123
6.1.10 AREA BASSA FRIULANA: SSC 5.1 E SSC 5.2 123
6.1.11 AREA PORDENONESE: SSC 6.1, SSC 6.2, SSC 6.3, SSC 6.4 e SSC 6.5 124

1. Obiettivi di integrazione sociosanitaria: stato dell'arte della loro implementazione trasversalmente ai diciannove SSC

Il presente documento prende in considerazione l'andamento nel triennio degli obiettivi di integrazione sociosanitaria (ob. 4-5-10-6-7-8 e in parte ob. 9) trasversalmente ai 19 SSC. Si segnala che l'analisi riportata nelle pagine seguenti fa riferimento alla **Dimensione Valutativa n. 2: Implementazione dei PdZ, intesa come una programmazione unitaria e integrata nelle aree di integrazione socio-sanitaria**. Come descritto in precedenza, a questa dimensione valutativa fa riferimento la **DV 3: Quali sono stati i fattori facilitanti/ostacolanti l'attuazione del PdZ?**

Tabella 1- Obiettivi di integrazione socio-sanitaria del PdZ 2013-2015

OBIETTIVI DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	
Obiettivi comuni a tutte le aree	**OB. 4.1:** Definire/migliorare un sistema di accesso integrato ai servizi sociosanitari.
	OB. 4.2: Sviluppare e qualificare le Unità di valutazione multiprofessionale in tutte le aree di integrazione sociosanitaria.
	OB. 4.3: Utilizzare sistematicamente la valutazione multidimensionale e adottare progressivamente strumenti uniformi e standardizzati.
	OB. 4.4: Programmare le risorse ritenute appropriate e disponibili attraverso il dispositivo del progetto personalizzato di intervento o del piano di assistenza/intervento.
	OB. 4.5: Definire/aggiornare la descrizione dell'offerta dei servizi e interventi sociosanitari disponibili per i cittadini in ciascun territorio di riferimento.
	OB. 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.
Area Materno-infantile, Infanzia e Adolescenza	**OB. 5.1:** Promuovere la permanenza dei minori in famiglia.
	OB. 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.
Area famiglia e genitorialità	**OB. 10.1:** Collegare gli interventi sociali e sociosanitari programmati nei PDZ con specifiche azioni inerenti le politiche familiari.
Area disabilità	**OB. 6.1:** Avviare un percorso di riqualificazione dei Centri diurni per persone con disabilità finalizzato a: *- 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.*
Area anziani	**OB. 7.1:** Promuovere interventi di promozione della salute e di prevenzione delle disabilità nell'anziano.
	OB. 7.2: Sviluppare la domiciliarità, sostenere le famiglie, qualificare il lavoro di cura degli assistenti 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 istituzionalizzanti.
Area disabilità, dipendenze e salute mentale in tema di inserimento lavorativo	**OB. 8.1:** Favorire lo sviluppo di opportunità lavorative e di inclusione sociale per le persone svantaggiate nell'ambito di nuovi accordi pubblico-privato, di reti locali di economia solidale e di filiere produttive di economia sociale.
Misure di contrasto alla povertà. Integrazione con le politiche del lavoro	**OB. 9.1:** Utilizzo di strumenti di re-inserimento lavorativo-sociale secondo una logica di attivazione che mira all'autonomia della persona.

Pur non essendo indicato dalle LG come socio-sanitario nella tabella n. 1 è stato inserito anche l'obiettivo regionale sociale 9.1 (*Misure di contrasto alla povertà. Integrazione con le politiche del lavoro*) in quanto gli SSC dell'area triestina e pordenonese hanno inteso tale obiettivo come socio-sanitario. Per l'elaborazione di tale documentazione sono stati analizzati i monitoraggi dei 19 SSC prodotti nel triennio ed eventuale altro materiale allegato.
Dopo aver analizzato quanto gli strumenti metodologici proposti dal PdZ siano stati funzionali a costruire un quadro interpretativo e analitico su cui basare l'elaborazione delle macroazioni previste nel PdZ, di seguito si fornisce una sintesi di quanto è stato realizzato dai SSC rispetto agli obiettivi indicati dalle LG regionali.Viene riportata, inoltre, una descrizione maggiormente dettagliata di quanto è stato realizzato dai SSC rispetto agli obiettivi regionali, frutto di una prima analisi trasversale svolta a livello di area di utenza.
Questo documento focalizza l'attenzione sull'analisi degli obiettivi oggetto dell'Intesa tra servizi sociali e servizi sanitari, monitorati nel triennio dalla Direzione Centrale, mentre le macroazioni di carattere sociale sono oggetto del documento "Obiettivi sociali PdZ 2013-2015", presentato in questo Rapporto. Questa impostazione consente di dare evidenza tanto dell'implementazione delle macroazioni di carattere sanitario, quanto della rilevanza delle macroazioni più specificatamente sociali, che, forse perché meno vincolate all'interazione – non sempre virtuosa – tra SSC e ASS e i suoi Distretti o Dipartimenti, hanno dato origine a esperienze ispirate alla metodologia del welfare di comunità, con un importante coinvolgimento dell'associazionismo e della cooperazione locale e un significativo impegno e protagonismo dei SSC.

2. Integrazione socio-sanitaria: obiettivi di sistema (Obiettivo 4)

Nel contesto della pianificazione di zona, la scelta regionale di dare valore all'integrazione sociosanitaria nelle sue diverse componenti (istituzionale, gestionale e professionale) deriva non solo da determinazioni normative e pianificatorie nazionali e regionali[10], ma, soprattutto,da un'impostazione teorica e culturale che sottolinea la natura multidimensionale di gran parte dei problemi di disagio esistenziale e di salute vissuti dalle persone.Accanto a ciòè maturata unavisione organizzativa che individua nell'ambito distrettuale (a cui fanno riferimento Distretto sanitario e SSC) il contesto organizzativo e operativo più idoneo agovernare i processi integrati tra istituzioni, servizi e professioni, al fine di garantire una risposta globale ai bisogni delle persone e gestire unitariamente le diverse fonti di risorse nel campo delle tematiche sociosanitarie.
L'insieme delle motivazioni sopra esposte ha indotto la Regione a emanaredelle **Linee guida per la predisposizione delPiano di Zona**(LG)che,tramite il rafforzamento del raccordo tra PdZ e Programmazione distrettuale/aziendale (Programma delle Attività Territoriali, di seguito PAT, e Piano Attuativo Locale, di seguito PAL),prevedevano l'attuazione di una programmazione unitaria nelle aree di integrazione sociosanitaria, inerente sia gli aspetti organizzativo-professionali, sia le progettualità relative alle diverse aree di intervento.
Per dare attuazione alla prevista integrazione sociosanitaria, nell'ambito dei vari percorsi di *governance* locale che hanno portato alla costruzione e all'implementazione del PdZ 2013-2015, sono state costituite delle "cabine di regia" tra i SSC e i Distretti sanitari. Le "cabine di regia"sono

[10]D. Lgs n. 502/1992; D. Lgs n. 517/1993; D. Lgs n. 229/1999;L. n. 328/2000; D.P.C.M. 14 febbraio 2001; D.P.C.M. 29 novembre 2001; L.R. n. 12/1994; L.R. n. 49/1996; L.R. n. 23/2004; L.R. n.6/2006; L.R. n.17/2014.

state promotrici di obiettivi di integrazione sociosanitaria condivisi, perseguiti in modo congiunto, a livello di ambito distrettuale o di area vasta,dai Distretti e dai SSC che insistono nel territorio della medesima AAS. Laddove è stato implementatoun coordinamento di area vasta, questo ha facilitato l'interlocuzione del SSC con la parte sanitaria e ha permesso di uniformare le procedure e gli strumenti gestionali, nonché i livelli di prestazione. In particolare hanno lavorato in modo congiunto i SSC dell'areatriestina (SSC 1.1 Duino Aurisina, SSC 12 Trieste e SSC 1.3 Muggia-San Dorligo della Valle), del goriziano (SSC 2.1 Alto Isontino e SSC 2.2 Basso Isontino), del Basso Friuli (SSC 5.1 Cervignano e SSC 5.2 Latisana) edell'area pordenonese (SSC 6.1 Sacile, SSC 6.2 San Vito al Tagliamento, SSC 6.3 Azzano X, SSC 6.4 Maniago e SSC 6.5 Pordenone). Questa modalità di procedere ha facilitato indubbiamente l'omogeneizzazione dei criteri gestionali inerenti le prestazioni, gli interventi e i servizi nei diversi contesti distrettuali afferenti alla medesima area vasta; allo stesso tempo, ha comportato anche delle difficoltà, in particolare per quanto riguarda l'efficace coordinamento tra i diversi soggetti. Ciò è valido, ad esempio, per la realtà pordenonese, in cui gli attori chiamati in causa erano più di dieci, e per l'area triestina, dove le istituzioni di maggior peso (AAS n.1 e Comune di Trieste) hanno esercitato un ruolo di traino rispetto ai due SSC di minori dimensioni (SSC 1.1 Duino e SSC 1.3 Muggia). In generale, inoltre, si evidenzia come il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale, con la conseguente nascita delle Aziende per l'assistenza sanitaria (di seguito AAS), abbia comportato in diversi territori, nell'ultima fase temporale della pianificazione zonale, un cambiamento negli interlocutori aziendali e negli assetti organizzativi, con un conseguente rallentamento delle azioni in corso. In particolare, il verificarsi di tale situazione è stato esplicitato dall'area goriziana (SSC 2.1 Alto Isontino e 2.2 Basso Isontino), e dai SSC 3.1 Gemona e 4.4 Codroipo.

Osservando l'andamento complessivo degli indicatori - definiti dai diversi SSC sulla base delle LG regionali - relativi all'evoluzione delle azioni trasversali di integrazione sociosanitaria, si evidenzia come, in genere, vi sia una buona corrispondenza tra la previsione e il valore raggiunto dagli indicatori stessi. Sulla base dei monitoraggi dei PAA realizzati annualmente dai 19 SSC secondo lo schema fornito dalla Direzione Centrale[11], è possibile rilevare (tabella n. 2) il numero di indicatori il cui valore risulta raggiunto(R. in verde), parzialmente raggiunto(P.R. in arancio) e non raggiunto (N.R. in rosso) per ciascun anno di programmazione (al 31/12). Si precisa come tale nomenclatura riprenda quanto previsto dal format regionale in uso nei diversi territori, format che richiedeva, appunto, di monitoraree segnalare,a fine anno,il valore dell'indicatore come raggiunto, non raggiunto o parzialmente raggiunto. Si tratta, inoltre, di indicatori stabiliti a livello locale dai 19 SSC sulla base quanto previsto dalle LG.Nel corso del triennio si è assistito a un incremento degli indicatori con esito raggiuntoal punto che, a dicembre 2015, questi risultavano in gran parte in linea: il 68,9% degli indicatori previsti dai 19 SSC della Regione, infatti, sono stati considerati raggiunti.

[11] Secondo quanto previsto dalla Direzione Centrale i monitoraggi dei PAA venivano effettuati dai SSC e trasmessi in Regione dapprima con cadenza trimestrale e, ~~seguentemente,~~ a partire dal 2015, con cadenza semestrale.

Tabella 2-Obiettivo 4: indicatori previsti nel PdZ con esiti raggiunti (R.), parzialmente raggiunti (P.R.) e non raggiunti (N.R.) per ciascun SSC nel triennio 2013-15.Valori assoluti e %

	2013						2014						2015						
	R.	*P.R.*	*N.R.*	*R.*	*P.R.*	*N.R.*	*R.*	*P.R.*	*N.R.*	R.	P.R.	N.R.	*R.*	*P.R.*	*N.R.*	n.d.	*R.*	*P.R.*	*N.R.*	*n.d.*
	v.a.			%			v.a.			%			v.a.				%			
SSC 1.1	6	3	2	*54,5*	*27,3*	*18,2*	7	-	2	77,8	-	22,2	10	-	1	*2*	*76,9*	-	*7,7*	*15,4*
SSC 1.2	6	3	2	*54,5*	*27,3*	*18,2*	7	-	2	77,8		22,2	10	-	1	*2*	*76,9*	-	*7,7*	*15,4*
SSC 1.3	6	3	2	*54,5*	*27,3*	*18,2*	7	-	2	77,8	-	22,2	10	-	1	*2*	*76,9*	-	*7,7*	*15,4*
SSC 2.1	30	2	21	*56,6*	*3,8*	*39,6*	28	-	20	58,3	-	41,7	35	*2*	26	-	*55,6*	*3,2*	*41,3*	-
SSC 2.2	30	2	21	*56,6*	*3,8*	*39,6*	28	-	20	58,3	-	41,7	34	*2*	26	-	*54,8*	*3,2*	*41,9*	-
SSC 3.1	14	-	-	*100*	-	-	11	-	3	78,6	-	21,4	8	-	3	*1*	*66,7*	-	*25,0*	*8,3*
SSC 3.2	12	-	-	*100*	-	-	13	-	-	100	-	-	10	-	2	-	*83,3*	-	*16,7*	-
SSC 4.1	17	-	-	*100*	-	-	13	-	1	92,9	-	7,1	12	-	3	-	*80,0*	-	*20,0*	-
SSC 4.2	16	-	1	*94,1*	-	*5,9*	10	-	-	100	-	-	10	-	-	-	*100,0*	-	*0,0*	-
SSC 4.3	5	2	7	*35,7*	*14,3*	*50*	8	-	6	57,1	-	42,9	8	*1*	3	-	*66,7*	*8,3*	*25,0*	-
SSC 4.4	8	2	2	*66,7*	*16,7*	*16,7*	7	2	-	77,8	22,2	-	7	-	1	-	-	-	*12,5*	-
SSC 4.5	3	-	23	*11,5*	-	*88,5*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	*14*	-	-	-	*100,0*
SSC 5.1	19	1	1	*90,5*	*4,8*	*4,8*	19	2	4	76	8	16	19	*1*	-	-	*95,0*	*5,0*	-	-
SSC 5.2	16	1	1	*88,9*	*5,6*	*5,6*	19	2	4	76	8	16	19	*1*	-	-	*95,0*	*5,0*	-	-
SSC 6.1	3	8	-	*27,3*	*72,7*	-	6	2	2	60	20	20	7	*1*	-	-	*87,5*	*12,5*	-	-
SSC 6.2	2	8	-	*20,0*	*80,0*	-	6	2	2	60	20	20	5	*1*	-	-	*83,3*	*16,7*	-	-
SSC 6.3	2	8	-	*20,0*	*80,0*	-	6	2	2	60	20	20	6	*1*	-	-	*85,7*	*14,3*	-	-
SSC 6.4	2	8	-	*20,0*	*80,0*	-	6	2	2	60	20	20	6	*1*	-	-	*85,7*	*14,3*	-	-
SSC 6.5	-	8	1	-	*88,9*	*11,1*	6	2	2	60	20	20	6	*1*	-	-	*85,7*	*14,3*	-	-
TOTALE	**197**	**59**	**84**	**57,9**	**17,4**	**24,7**	**207**	**16**	**74**	**69,7**	**5,4**	**24,9**	**222**	**12**	**67**	**21**	**68,9**	**3,7**	**20,8**	**7,0**

Di seguito si riportano le azioni che nel 2015 hanno presentato alcuni rallentamenti (ritenuti non superabili nel corso dell'annualità) o chesono state abbandonatemettendo in luce gli elementi maggiormente critici.

Area triestina – SSC 1.1, 1.2 e 1.3: già nel corso del 2013 è stata abbandonato l'iniziale proposito di realizzare un atto aggiuntivo alle Procedure condivise tra i tre SSC e l'AAS n. 1 e inerenti l'attività socio-sanitaria integrata riguardante i minori, che doveva coinvolgere anche l'Azienda Ospedaliera triestina(di seguito AOUTS) e l'IRCCS Burlo con specifico riferimento alle dimissioni protette;

- per quanto riguarda l'adozione di strumenti di valutazione condivisi tra Servizi sociali e sanitari per l'area *non autosufficienza* si evidenziacome la difficoltà di conciliare la condivisione di banche dati conla normativa sulla privacy abbia portato a sospendere l'azione;
- la previsione dell'individuazione di un set condiviso di indicatori sociali e sanitari da utilizzare nell'ambito della pianificazione locale non ha avuto seguitocausa l'impossibilità tecnica di incrociare i diversi sistemi informativi utilizzati dalle varie organizzazioni; anche il monitoraggio realizzato nel 2014, inerente l'accesso dell'utenza ai servizi, l'utilizzo delle valutazioni integrate e la definizione dei progetti personalizzati, ha messo in rilievo molte difformità nella raccolta e nella registrazione dei dati da parte dei diversi servizi coinvolti, imponendo, nel 2015, una verifica e connessa rielaborazione delle modalità organizzative, tuttora in fase di definizione.

Area goriziana – SSC 2.1 e 2.2:

- sirilevano delle difficoltà nell'accesso ai servizi consultoriali, in particolare per quanto riguarda l'accesso diretto dell'utenza e su invio dei MMG/PLS;
- sievidenziano delle criticità nella definizione dei percorsi di accesso ai servizi, nelle modalità di valutazione (con l'utilizzo dei relativi strumenti), nella presa in carico con il connesso Progetto personalizzato (PAI) delle persone con disabilità (giovani, adulti e anziani);
- nell'area minori e famigliale Unità di Valutazione multiprofessionali (di seguito UVM) e le relative schede di valutazione sono solo parzialmente implementate;
- nell'area non autosufficienza/anziani, non è stato possibile realizzate l'accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali attraverso la modalità della lista unica;
- l'aggiornamento dell'offerta dei servizi nel siti web di AAS e SSC non è stato realizzato.

Gemona - SSC 3.1:

- SSC e Distretto sanitario hanno elaborato i contenuti qualificanti il Progetto personalizzato per persone dimesse dall'ospedale e necessitanti continuità assistenziale e nel triennio tale impegno ha coinvolto circa il 70% delle dimissioni. A tal proposito viene precisato che alcunilimiti nelle modalità informative non permettono di distinguere con precisione le dimissioni delle persone richiedenti continuità assistenziale e necessitanti un progetto assistenziale personalizzato rispetto all'insieme delle segnalazioni di dimissione.

Tolmezzo – SSC 3.2:

- si evidenzia la sospensione degli incontri delle equipe multiprofessionali territoriali finalizzati alla condivisione dei progetti personalizzati e di comunità, a causa del nuovo assetto istituzionale dell'Azienda sanitaria.

San Daniele - SSC 4.1:

- Il nuovo assetto legato alla riorganizzazione dell'Azienda sanitaria ha causato un rinvio al 2016 della valutazione dell'andamento dell'applicazione delle Linee guida per l'Unità di Valutazione Distrettuale nell'ambito della disabilità (di seguito UVDH) e dei minori (di seguito UVDM). Anche la redazione della carta dei servizi unitaria del sistema socio-sanitario integrato è stata posticipata al 2016.

Cividale – SSC 4.3:

- per quanto riguarda l'accesso, non essendoci ancora le condizioni per attivare un sistema integrato, SSC e Distretto hanno mantenuto i rispettivi modelli di accoglienza, realizzando momenti di incontro e confronto per operare in sinergia. La nuova organizzazione distrettuale, che prevede la presa in carico dell'utenza per aree tematiche, ha comunque consentito di migliorare le relazioni tra SSC, Distretto e i servizi specialistici. Per quanto riguarda l'area minori e disabili è attivo un punto unico di distretto. Per quanto riguarda l'area anziani, nel corso del 2015 si sono realizzati degli incontri SSC- Distretto per valutare l'avvio di un punto unico di accesso.

Codropio – SSC 4.4:

- L'obiettivo 4.6.2, che prevedeva l'intensificazione delle risposte precoci e qualificazione della presa in carico integrata dei giovani di età compresa tra i 16 e i 19 anni, grazie all'attuazione di un documento sulle procedure di presa in carico nel passaggio dai servizi per l'infanzia e dell'età adulta, non ha avuto esito positivo, a causa della mancata formalizzazione del documento da parte dei soggetti interessati;
- per quanto concerne l'obiettivo 4.6.3, che riguarda l'attivazione di percorsi di dimissioni protette, si evidenzia che,nonostante il protocollo tra AAS e SSC, non è stato redatto alcun documento/proposta finalizzato a definireil fabbisogno e il piano di allocazione dei posti letto con specifico riferimento agli anziani e agli adulti fragili.

Udine – SSC 4.5:

- l'attuazione della pianificazione di zona nell'area udinese ha subito, nel corso del triennio, dei fortissimi rallentamenti. Come si legge nella premessa al PAA 2015 "l'Ambito 4.5 dell'Udinese, tra la fine del 2013 e per tutto il 2014, ha visto una serie importante di variabili intervenienti, che non potevano non avere riflessi sulla sua operatività, assetto e programmazione sociale e socio-sanitaria.

Per quanto riguarda il raggiungimento specifico del valore degli indicatori previsto dalle Linee guida regionali (tab. 2), a livello generale, si possono evidenziare i seguenti elementi.

- Spesso i SSC hanno ragionato specularmente alla loro organizzazione per aree di utenza, per cui è possibile avere diversi livelli di implementazione delle azioni a seconda della tipologia di utenza presa in considerazione (è il caso ad esempio del goriziano dove molte azioni relative all'area disabilità sono state complessivamente poco attuate, limitando, di fatto, il raggiungimento del valore previsto degli indicatori connessi a quest'area).
- Molti dei valori degli indicatori previsti dalla Regione non sono stati rilevati (n.n.??? n.r.?)e, in alcuni casi,sono stati individuati altri indicatori.In particolare la scarsa aderenza degli indicatori previsti dalle LG agli strumenti informativi a disposizione dei SSC e delle AAS, e la presenza di definizioni operative poco precise hanno reso difficile contabilizzare gli indicatori di risultato. Emblematica, a tal proposito, è la definizione di "persona fragile", concetto sicuramente molto usato nella pratica sociale e sociosanitaria che, però, per essere tradotto in indicatori, richiede uno sforzo definitorio preventivo: anche laddove questo è stato realizzato, i dati raccolti risultano difficilmente comparabili e necessitano di ulteriori approfondimenti. È, quindi, difficile fornire una lettura trasversale dei risultati, in quanto manca, a livello regionale, un sistema omogeneo di raccolta ed elaborazione dei dati nonché di costruzione e misurazione degli indicatori.. A tal proposito i SSC della Bassa Friulana (SSC 5.1-SSC 5.2) evidenziano come, "*al fine di evitare una pluralità di software in uso presso i vari servizi, sia necessario che la Regione emani indirizzi in merito alla normativa sulla privacy e allo sviluppo della Cartella Sociale Informatizzata con un applicativo che permetta la registrazione dei dati sociosanitari*".

Al di la di queste considerazioni di carattere generale, si riportano nella tab. 3 alcuni elementi più analitici finalizzati a descrivere l'andamento dei singoli obiettivi relativi all'integrazione socio sanitaria. Si tratta di un quadro sintetico dei principali elementi emersi dalla lettura trasversale della documentazione prodotta dai 19 SSC; si sottolinea,pertanto,come le informazioni riportate non sempre siano omogenee e facilmente riconducibili ad un'unica categoria di analisi. Tuttavia la

sistematizzazione di tali informazioni consente di restituire il grado di differenziazione e complessità dei diversi sistemi organizzativi costruiti e sedimentati nei 19 territori nel corso degli anni.

Il primo elemento analizzato è il sistema di accesso integrato: l'obiettivo regionale chiedeva di pervenire ad un documento descrittivo. Accanto a questo elemento sono stati analizzatianche la relativa tipologia di strutturazione (fisica o meno), il target dell'utenza, il soggetto titolare del servizio e la compresenza nella sede di personale afferente ai servizi sanitari e ai servizi sociali. In linea generale si riscontra un'effettiva eterogeneità tra i diversi territori rispetto alle modalità e alle strategie messe in campo per realizzare il sistema di accesso socio-sanitario integrato. Ciò dipende sicuramente dalle diverse conformazioni territoriali caratterizzanti gli ambiti distrettuali, dai diversi assetti organizzativo-gestionali sviluppati nei singoli territori e da altre variabili connesse alla tipologia demografica delle varie realtà territoriali.

Tabella 3-Ob. Regionale 4.1: Definire/migliorare un sistema di accesso integrato ai servizi sociosanitari: andamento nel triennio del valore previsto dagli indicatori definiti dalle Linee Guida regionali (R=Raggiunto; P.R.=Parzialmente raggiunto; N.R.=Non raggiunto)

	INDICATORE REGIONALE	**ALTRI ELEMENTI UTILI AI FINI DELL'ANALISI**			
	Evidenza doc. descrittivo del sistema di accesso integrato	Tipologia di accesso	Target di utenza	Soggetto titolare	Compresenza tra personale sanitario e sociale
SSC 1.1	R.	1) PUA fisico per l'area anziani 2) Percorsi di accesso definiti nei protocolli d'area	*1) Punto unico integrato anziani (4 sportelli)* *2) Sistema di accesso definito nei protocolli d'area*	Per il punto Unico integrato anziani: SSC e AAS	Si, solo per il punto Unico integrato anziani
SSC 1.2	R.				
SSC 1.3	R.				
SSC 2.1	P.R.	Percorsi di accesso ai servizi socio sanitari	*Area materno infantile, Area adulti/anziani, Area disabilità*: percorsi di raccordo tra operatori di SSC e AAS 2	Non esplicitato	-
SSC 2.2	P.R.				
SSC 3.1	R.	PUA diffuso "ogni operatore costituisce una porta d'accesso"	Trasversale	SSC 3.1/AAS 3	Si
SSC 3.2	R.	Punti salute (non PUA)	Trasversale	SSC 3.2/AAS 3	Si
SSC 4.1	n.p.	*Segreteria Unica Funzionale Integrata (SUFI) (non spazio fisico)*	Trasversale	SSC 4.1/AAS 3	No
SSC 4.2	n.p.	PUAI (Punto unico accesso integrato)	Area anziani	AAS 4	Si
			Area minori e disabili	AAS 4	No
SSC 4.3	P.R.	Percorsi di accesso	Trasversali: SSC e AAS hanno mantenuto i rispettivi modelli, garantendo la sinergia attraverso un confronto costante	SSC 4.3/AAS 4	No
		Punto unico	*Area minori e disabili*	AAS 4	No
SSC 4.4	R.	PUI (Punto unico integrato Ex SUISS)	*Area adulti e anziani*	SSC 4.4/AAS 4	Si, due giorni la settimana
		PUI (Punto unico integrato)	*Area minori, famiglia e disabilità*	SSC 4.4/AAS 4	Si, due giorni la settimana
SSC 4.5	N.R.	Segreteria Unica Socio-Sanitaria	Trasversale (non autosufficienti)	AAS 4	No
SSC 5.1	R.	Centrale operativa PUA di Cervignano + operatori sociali e sanitari del territorio	Trasversale	SSC/AAS 4	No
SSC 5.2	R.				
SSC 6.1	R.	PUA fisico	Trasversale	AAS 5	No
SSC 6.2	R.				
SSC 6.3	R.				
SSC 6.4	R.				
SSC 6.5	R.				

Il secondo aspetto su cui l'obiettivo 4 si concentrava era quello relativo alla **presa in carico integrata** dell'utenza, sia attraverso le Unità di valutazione multiprofessionale (di seguito UVM) (Ob. 4.2) e l'utilizzo di strumenti uniformi e standardizzati (Ob. 4.3) sia mediante la realizzazione di progetti personalizzati di intervento (Ob. 4.4). A tal proposito, a titolo generale, si ricorda come tutti i SSC avessero già avviato, prima dell'attuale tornata pianificatoria, percorsi di presa in carico integrata, presentando però livelli di attuazione e implementazione non omogenei. Nel corso del triennio, quindi, sono state revisionate, consolidate e implementate le modalità di valutazione integrata, rinforzando l'utilizzo di schede di valutazione definite siaa livello regionale (Val. Graf.per la valutazione delle persone anziane nell'inserimento in struttura), sia adottate localmente (es. scheda ICF per minori o eventuali altre schede elaborate a livello locale). In generale, come si evince anche osservando la tabella di sintesi relativa al raggiungimento del valore degli indicatori definiti nelle LG (tab. 4), queste modalità organizzative sono state adottate da gran parte dei SSC, pur con gradi diversi di implementazione e condivisione tra servizi sociali e sanitari. Le maggiori criticità si riscontrano nel goriziano,specie per quanto riguarda l'area disabilità (SSC 2.1 e 2.2), il cui percorso appare ancora in fieri. Ulteriormente, anche nell'area udinese (4.5), dove l'attuazione del PdZ è risultata peculiare, si riscontrano delle criticità in quanto l'avvio delle UVM sembra essere relegato a processi più burocratici che sostanziali. Infine, i SSC dell'area triestina evidenziano dei ritardi nell'area degli anziani (non autosufficienza) per quanto riguarda l'adozione di strumenti di monitoraggio condivisi (e quindi di criteri standard) tra servizi sociali e sanitari: tali rallentamenti sono dovuti a difficoltà connesse alla normativa sulla privacy e alla condivisone di banche dati. Infine, si segnala come, nel corso del 2015, a seguito dell'approvazione della riforma sanitaria regionale, siano intervenutinumerosi cambiamenti di tipo organizzativo che, talvolta, hanno causato un rallentamento nell'applicazione congiunta (servizi sociali e sanitari) degli strumenti relativi alla presa in carico integrata: ad esempio, nel monitoraggio di dicembre 2015il SSC 4.1 San Daniele afferma che non è stato possibile valutare le linee guida adottate per la realizzazione delle UVDH e UVDM a causa del nuovo assetto organizzativo assunto dall'AAS di riferimento.

Un particolare approfondimento va fatto rispetto agli indicatori previsti nelle LG e relativi all'obiettivo 4.4 *Programmare le risorse ritenute appropriate e disponibili attraverso il dispositivo del progetto personalizzato di intervento o del piano di assistenza/intervento*: si evidenzia come i SSC non abbiano valutatoeffettivamente quanto richiesto dalle LG, in quanto di difficile rilevazionee, forse, meritevole, in futuro, di specifico approfondimento.Nello specifico si tratta dei seguenti indicatori:

- *Rapporto tra n. minori a rischio di allontanamento o con provvedimento giudiziario di allontanamento e n. progetti personalizzati di intervento;*
- *Rapporto tra n. anziani non autosufficienti a rischio di istituzionalizzazione e n. progetti personalizzati di intervento o piani di assistenza/intervento;*
- *Rapporto tra n. persone fragili dimesse dall'ospedale che richiedono continuità delle cure e protezione sociale e n. progetti personalizzati di intervento o piani di assistenza/intervento;*
- *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*.

I valori degli indicatori sopra riportati sono stati censiti esclusivamente dai SSC dell'area triestina attraverso un'apposita rilevazione, eseguita sulla base delle informazioni a disposizione dei servizi. Pertanto nella tabella 4si è scelto di riportare solo l'andamento valoriale degli indicatori relativi alle UVM e all'utilizzo di strumenti uniformi e standardizzati, tralasciando la parte relativa ai progetti personalizzati in quanto assente. Si segnala, tuttavia, che nella successiva tab. 5 riportata più avanti nel testo, sono state indicate per ciascun SSC in cui erano presenti, la tipologia e l'eventuale denominazione del Progetto personalizzato.

Tabella 4-Andamento nel triennio del valore degli indicatori previsti dalle Linee Guida regionali per quanto riguarda gli Ob. 4.2, Ob. 4.3 (R=Raggiunto; P.R.=Parzialmente raggiunto; N.R.=Non raggiunto; n.p.=non pervenuto)

	Ob. 4.2: Sviluppare e qualificare le Unità di valutazione multiprofessionale in tutte le aree di integrazione sociosanitaria			Ob. 4.3: Utilizzare sistematicamente la valutazione multidimensionale e adottare progressivamente strumenti uniformi e standardizzati		
INDICATORE REGIONALE	1. Evidenza documento descrittivo delle Unità multiprofessionali integrate e del loro funzionamento	2. N. soggetti che accedono alla rete dei servizi sociosanitari valutati dalle specifiche Unità multiprof. integrate	*VALORE ATTESO: Il 100% dei soggetti che accedono alla rete dei servizi residenziali e semiresidenziali sono valutati dalle Unità multiprof. integrate.*	1. N. soggetti valutati secondo modalità standardizzate definite dalla regione.	2. N. soggetti valutati secondo altre modalità.	*VALORE ATTESO: tutti i soggetti sono valutati secondo modalità standardizzate …*
SSC 1.1	R.	R.	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.
SSC 1.2	R.	R.	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.
SSC 1.3	R.	R.	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.
SSC 2.1	P.R.	n.p.	n.p.	R.	n.p.	n.p.
SSC 2.2	P.R.	n.p.	n.p.	R.	n.p.	n.p.
SSC 3.1	R.	R.	R.	R.	R.	R.
SSC 3.2	R.	R.	R.	R.	R.	R.
SSC 4.1	R.	R.	R.	R.	R.	R.
SSC 4.2	R.	R.	R.	R.	R.	R.
SSC 4.3	R.	R.	R.	R.	R.	R.
SSC 4.4	R.	R.	R.	R.	R.	R.
SSC 4.5	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.
SSC 5.1	R.	R.	R.	R.	R.	P.R.
SSC 5.2	R.	R.	R.	R.	R.	P.R.
SSC 6.1	R.	R.	R.	R.	R.	R.
SSC 6.2	R.	R.	R.	R.	R.	R.
SSC 6.3	R.	R.	R.	R.	R.	R.
SSC 6.4	R.	R.	R.	R.	R.	R.
SSC 6.5	R.	R.	R.	R.	R.	R.

Come indicato in tab. 5, le UVM sono uno strumento ormai consolidato nelle prassi dei servizi sociali e sanitari e in molti casi esse sono state formalizzate già da anni (cfr. tempistiche di adozione), seppur assumendo denominazioni differenti il più delle volte legate alle aree di utenza trattate: ad esempio nel contesto triestino sono attive dal 2010, a Gemona (SSC 3.1) dal 2007, a Tolmezzo (SSC 3.2) dal 2008. In generale, si osserva come un forte input in tal senso sia stato

fornito negli incontri formativi di Paluzza sulla gestione dei processi e degli strumenti per la presa in carico integrata nelle aree di integrazione socio sanitaria promossi dalla Direzione centrale tra il 2007 e il 2008.Al di là dell'adozione più o meno recente di questi strumenti, la riflessione e il confronto rispetto a tali temi hanno portato a valorizzare l'omogeneità delle procedure e degli strumenti a livello di Servizi presenti sul territorio di una medesima AAS, in particolare per l'AAS 1 e l'AAS 5. Questo percorso è stato certamente incentivato dall'operato delle Cabine di regia interambito. Per quanto riguarda i territori in cui non era presente un coordinamento interambito, l'omogeneità è stata in garantita,seppur con modalità differenti,dalla presenza di un unico interlocutore istituzionale di parte sanitaria per più SSC.
La suddivisione delle UVM per aree di utenza è anch'essa una prassi comune a molti SSC e rispecchia la necessità di "specializzazione" degli strumenti valutativi e degli stessi operatori rispetto alle problematiche che caratterizzano le diverse tipologie di utenza. Si segnala come per l'area adulti, la presenza di problematiche multidimensionali e frammentate renda particolarmente difficile strutturare delle UVM specificatamente dedicate.
Per quanto riguarda gli strumenti valutativi, si evidenzia come la scheda Val.Graf sia usata da tutti i territori in modo condiviso tra SSC e AAS, fatta eccezione per l'area triestina dove le difficoltà connesse alla normativa sulla privacy e alla condivisone di banche dati hanno reso difficile l'utilizzo condiviso dello strumento (difficoltà superata in altri territori). La scheda Val.Graf. viene comunemente utilizzata per l'inserimento in strutture residenziali e semi residenziali convenzionate, ma in alcuni territori anche per l'accesso al Servizio assistenziale domiciliare.
Analizzando le tipologie di schede di valutazione condivise nei diversi territori tra SSC e AAS, si nota come l'area minori (prevalentemente con disabilità) si caratterizzi per la presenza di una maggiore varietà di strumenti di valutazione finalizzati all'erogazione di specifici interventi/servizi, con l'utilizzo della scheda ICF nella sua interezza o con alcune modifiche della stessa**.** In tal senso, molti territori evidenziano la necessità di rendere omogenei gli strumenti a livello regionale.
Infine, anche i progetti personalizzati sono definiti in tutti i territori, con la sola eccezione di Udine in cui poche valutazioni esitano effettivamente in un progetto personalizzato. In forma correlata si sono tentate anche alcune sperimentazioni quali il Budget di salute (area triestina) e il Budget integrato socio-sanitario-BISS per il Fondo per l'Autonomia Possibile (di seguito FAP) psichiatrico (area pordenonese).
Le informazioni sopra riportate fanno riferimento a quanto dichiarato dai SSC nei diversi monitoraggi: esse forniscono un quadro certamente non esaustivo, ma contribuiscono a far emergere alcune questioni centrali che meritano di essere approfondite in un secondo momento. In particolare:

- necessita un approfondimento maggiormente rigoroso l'analisi del ruolo del servizio sociale nel contesto delle UVM e in particolare: servizi prioritariamente titolari delle varie UVM; tipologia dei vari professionisti effettivamente presenti nelle diverse UVM; concrete situazioni che impegnano l'attivazione delle UVM;
- rispetto agli strumenti valutativi meritano ulteriori approfondimenti i seguenti elementi: strumenti valutativi condivisi tra SSC e AAS; modalità di condivisione; individuazione di servizi/interventi per l'accesso ai quali è previsto l'utilizzo di definiti strumenti valutativi;

- per quanto concerne i progetti personalizzati socio-sanitari i quesiti meritevoli di maggiori approfondimenti sono: quali sono gli utenti che beneficiano di un progetto personalizzato? Come viene strutturato ed organizzato? Esiste la figura del *case manager?* Come può essere rilevato l'andamento valoriale degli indicatori previsti dalle LG regionali?

Tabella 5-UVM, Val.Graf., uso strumenti condivisi, progetti personalizzati e tempistiche di adozione nei 19 SSC.

	UVM attivate	Val. Graf. Condivisa		Utilizzo altri strumenti condivisi	Progetti personalizzati	Tempistiche di adozione
		Uso	Finalità			
SSC 1.1 SSC 1.2 SSC 1.3	-Area adulti: EVM (Equipe di valutazione multiprofessionale) -Area Minori: UVM (Unità di valutazione multidisciplinare) -Area anziani: Unità di valutazione multiprofessionale -Area Disabilità: EMH 0-17; EMH 18-64	No*			-Aerea adulti: progetto personalizzato - Area minori: progetto integrato e condiviso di intervento -Area anziani: progetto personalizzato - Area disabilità: verbale equipe multidisciplinare per minori 0-17; progetto - Progetto sperimentale: Budget di salute	Protocolli attivi dal 2010. Revisionati nel triennio.
SSC 2.1 SSC 2.2	Area materno-infantile; Area adulti/anziani; Area disabilità: Unità Multi Professionale funzionale (UVM funzionale)	Si		Area materno-infantile: Elaborazione scheda sulla base degli indicatori di rischio e pregiudizio del Centro del Bambino Maltrattato di Milano (CBM)	Area materno-infantile; Area adulti/anziani; Area disabilità: progetto personalizzato	Accordo provinciale unico prodotto nel 2013.
SSC 3.1	Unità di valutazione distrettuale (UVD)	Si	Accesso strutture residenziali, SAD	Bina, Svama, Vilma Faber, ICF modificato e altre valutazioni	Progetti personalizzati (Prop)	Procedure definite nel 2007. Nel triennio sono state aggiornate.
SSC 3.2	Unità di valutazione distrettuale multidisciplinare (UVDM):equipe multiprofessionali territoriali	Si	Accesso strutture residenziali, SAD	Sperimentazione scheda per minori e famiglie multiproblematiche	Progetto personalizzato (Prop)	Procedure definite nel 2008. Nel triennio sono state aggiornate.
SSC 4.1	1. Area anziani, adulti:Unità di valutazione distrettuale (UVDA). Si rivolge anche a minori con problematiche cliniche. Utilizzata per tutti gli accessi in casa di riposo e RSA, per i casi di ADI e terminalità. 2. Area disabilità: Unità di valutazione distrettuale per l'handicap (UVDH) 3. Area minori: Unità di valutazione distrettuale multiprofessionale (UVDM) - poco consolidata	Si	Accesso strutture residenziali per non autosufficienti	1. Area minori: scheda multidimensionale rischio e pregiudizio elaborata nell'ambito dell'ob. 5.1 PdZ 2.Area adulti anziani: Bina + Medicalkarnowsky performance (accesso a strutture residenziali o semires.); 3.Area disabilità: Vinelad (interventi socio educativi e impostazione di progetti di vita delle persone adulte)	1.Area adulti anziani: programma concordato per la realizzazione della dimissione protetta 2.Area disabilità: progetto personalizzato di intervento 3.Area minori: Progetto personalizzato condiviso	Procedure definite prima dell'avvio del PdZ. Nel triennio sono state aggiornate.
SSC 4.2	Unità di valutazione multiprofessionale Minori; Unità di valutazione multiprofessionale Anziani; Unità di valutazione multiprofessionale Disabili; Unità di valutazione multiprofessionale Adulti	Si	Accesso strutture residenziali, Persone non autosufficienti a domicilio	Minori: ICF (Socio educativo) Paziente fragile: BINA Non-autosuffienza: Katz (FAP) Demenza grave: CDRS (FAP) SLA e disabilità gravissima: scheda Barthel (benefici regionali) Adulti: ITO (accesso alla MIA)	Progetto di intervento (denominazione comune a tutte le aree di utenza) Programma concordato per la realizzazione delle dimissioni protette (rivolto a persone adulte o anziane)	Procedure definite prima dell'avvio del PdZ. Nel triennio sono state aggiornate.

	UVM attivate	Val. Graf. Condivisa		Utilizzo altri strumenti condivisi	Progetti personalizzati	Tempistiche di adozione
		Uso	Finalità			
SSC 4.3	Area adulti: Unità di Valutazione Distrettuale (UVD) Area minori: Unità di Valutazione Distrettuale Minori (UVDM) Area disabilità: Equipe Multidisciplinare Handicap (EMH)	Si			Progetto personalizzato	Procedure definite prima dell'avvio del PdZ. Nel triennio sono state aggiornate.
SSC 4.4	Area adulti/anziani: Unità di valutazione distrettuale (UVD documentale e formale) Area minori: Unità di valutazione distrettuale minori (UVDM) Area disabilità: Unità di valutazione distrettuale Handicap (UVDH)	Si	Accesso strutture residenziali, ADI	Strumenti uniformi quali: indice di karnofsky, indice Cdr, scheda di Katz. Nell'area minori è stata utilizzata la scheda multiproblematica di cui all'ob. 5	Piano assistenziale integrato e personalizzato/progetto individualizzato	Procedure definite prima dell'avvio del PdZ. Nel triennio sono state revisionate.
SSC 4.5	UVM	-	-	-	Poche valutazioni esitano in progetti personalizzati	-
SSC 5.1 SSC 5.2	Unità di valutazione multiprofessionale (UVM)	Si		Area materno-infantile: ICF Area anziani, cronicità, terminalità: Prisma 7 Area salute mentale: scheda basata su ICF Area dipendenze: scheda basata su ASI Area disabilità: scheda basata su GEFI (passaggio età evolutiva-adulta).	ProP (Progetto personalizzato)	Revisionate e unificate procedure a livello di ASS2
SSC 6.1 SSC 6.2 SSC 6.3 SSC 6.4 SSC 6.5	Unità di valutazione multidisciplinare distrettuale (UVMD) Unità di valutazione minori e famiglie (UVMF) (interviene ad un secondo livello, non prendendo mai in carico la situazione)	Si	Accesso strutture residenziali e semiresidenziali	-	-Progetto assistenziale individualizzato (PAI) - Budget integrato socio-sanitario-BISS per il FAP psichiatrico	Revisionate procedure a livello provinciale, con produzione di documento sui Livelli essenziali minimi socio-sanitari di intervento

** L'Utilizzo della Valgraf è in capo all'Azienda sanitaria.*

Fonte: Documenti di monitoraggio del PdZ e ulteriore documentazione descrittiva dell'accesso, della valutazione multidimensionale e del progetto personalizzato del sistema integrazione socio-sanitairo.

Un ulteriore elemento su cui le LG regionali per la predisposizione dei PdZ si sono concentrate è quello della continuità assistenziale ospedale-territorio, in particolare per quanto riguarda gli anziani e gli adulti *fragili*. Come si osserva nella tabella 6 tutti i territori hanno adottato protocolli e procedure in tal senso: in molti casi essi erano già presenti e nel triennio sono stati eventualmente revisionatitenendo conto anche dei cambiamenti intervenuti a seguito della riforma sanitaria (es. ex-ASS 4).Anche in questo caso l'area isontina presenta delle criticità: infatti, nonostante per ciascuna delle tre aree di utenza (materno infantile, non autosufficienza e disabilità) sia stato elaborato un documento di inquadramento delle problematiche più ricorrenti e delle conseguenti buone prassi inerenti la continuità assistenziale, causa il limitato coordinamento tra i diversi organismi,permangono difficoltà nell'effettiva adozione delle prassi individuate. I territori che forniscono delle indicazioni esplicativesulla continuità assistenziale ospedale-territorio(SSC 3.2 Carnia e 4.1 San Daniele) evidenziano una crescita nel triennio del numero di dimissioni protette; tuttavia non viene specificato il grado di coinvolgimento del SSC in esse.

Tabella 6-Andamento nel triennio degli obiettivi previsti dalle Linee Guida regionali per quanto riguarda l'Ob. 4.6 (R=Raggiunto; P.R.=Parzialmente raggiunto; N.R.=Non raggiunto; n.p.=non pervenuto)

INDICATORE REGIONALE	1. I protocolli relativi alla continuità assistenziale sono predisposti in modo da essere uniformi, per quanto possibile, a livello di ASS.	2. 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.	3. 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.	*VALORE ATTESO: 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.*	*VALORE ATTESO: Le persone che necessitano di accoglimento a breve termine con "funzione di attesa" trovano adeguata risposta nell'ambito dei posti letto individuati.*
SSC 1.1	R.	n.p.	n.p	n.p	n.p
SSC 1.2	R.	n.p	n.p	n.p	n.p
SSC 1.3	R.	n.p	n.p	n.p	n.p
SSC 2.1	P.R.	n.p	n.p	n.p	n.p
SSC 2.2	P.R.	n.p	n.p	n.p	n.p
SSC 3.1	R.	R.	n.p.	R.	R.
SSC 3.2	R.	R.	n.p.	R.	R.
SSC 4.1	R.	R.	n.p	R.	R.
SSC 4.2	R.	R.	n.p	R.	R.
SSC 4.3	R.	R.	n.p	R.	R.
SSC 4.4	R.	R.	R.	R.	R.
SSC 4.5	R.	N.R.	n.p	n.p	n.p
SSC 5.1	R.	R.	n.p	R.	R.
SSC 5.2	R.	R.	n.p	R.	R.
SSC 6.1	R.	R.	n.p	R.	R.
SSC 6.2	R.	R.	n.p	R.	R.
SSC 6.3	R.	R.	n.p	R.	R.
SSC 6.4	R.	R.	n.p	R.	R.
SSC 6.5	R.	R.	n.p	R.	R.

Per quanto riguarda la definizione del fabbisogno e del piano di allocazione dei posti letto per strutture residenziali con specifico riferimento agli anziani e agli adulti fragili, si evidenzia come tale azione sia stata dichiarata realizzata dai SSC e dai Distretti sanitari, pur non riportando alcun documento (come richiesto al riguardo). Va segnalato che il monitoraggio del fabbisogno di posti letto ha messo in evidenza, nei diversi territori, l'assenza di liste d'attesa, facendo desumere l'assenza di un'urgenza nelladefinizione del piano di allocazione dei posti letto per strutture residenziali.

Osservando la tab. 7, che indica la denominazione di protocolli e documenti per le dimissioni protette e la continuità assistenziale attivi nei territori e i soggetti in essi coinvolti, si evidenzia come i SSC abbiano concentrato la loro azione non solo sulla popolazione anziana e adulta, ma anche su altre fasce di utenza, quale quella dei minori (area triestina-SSC 1.2, SSC 1.2, SSC 1.3, area goriziana -SSC 2.1, SSC 2.2, Alto Friuli – SSC 3.1, SSC 3.2, San Daniele-SSC 4.1, Tarcento -SSC 4.2 e Basso Friuli -SSC 5.1, SSC 5.2). In particolare molti SSC hanno riferitola continuità assistenziale al rapporto non solotra presidio ospedalieroe servizi territoriali, ma anche tra servizi educativi/scolastici attraverso una "segnalazione precoce" finalizzata alla presa in carico del minore segnalato.

Tabella 7-Denominazione protocolli e documentazione per la continuità assistenziale attivi e soggetti coinvolti per ciascun SSC.

	Denominazione protocolli per la continuità assistenziale attivi	**Soggetti coinvolti**
SSC 1.1, SSC 1.2, SSC 1.3	Procedure comuni per i rapporti tra il Servizio sociale del Comune e le strutture complesse tutela salute bambino e adolescente donna e famiglia della provincia di Trieste per l'attività l'attività socio-sanitaria integrata per bambine/i e ragazze/i	SSC 1.1, SSC 1.2, SSC 1.3, Strutture Complesse Tutela Salute Bambino e Adolescente Donna e Famiglia AAS 1
	Percorso integrato sociosanitario per persone con disabilità	SSC 1.1, SSC 1.2, SSC 1.3, AAS 1
	Protocollo per l'integrazione sociosanitaria nell'area tematica anziani	SSC 1.1, SSC 1.2, SSC 1.3, AAS 1
	Protocollo per la presa in carico socio-sanitaria integrata di persone adulte con problematiche afferenti a più servizi	SSC 1.1, SSC 1.2, SSC 1.3, AAS 1
SSC 2.1; SSC 2.2	Documento relativo alle problematiche più ricorrenti inerenti la continuità assistenziale e la definizione buone prassi (Monitoraggio della documentazione prodotta)	AAS 2, SSC 2.1/SSC 2.2
	Procedure per la continuità assistenziale nei confronti del paziente fragile	AAS2
	Percorso nascita	AAS2
	Protocollo per la gestione delle gravidanze fisiologiche che accedono al consultorio familiare e al dipartimento materno infantile	AAS2
SSC 3.1	Documento La continuità nella presa in carico di persone con malattie congenite, croniche e disabilità fisica e/o psichica nella fase di transizione tra età evolutiva ed età adulta	SSC 3.1, AAS 3
	Protocollo integrato per le dimissioni difficili (adulti, anziani)	SSC 3.1, AAS 3
	Protocollo integrato per la segnalazione e la presa in carico precoce di minori, gestanti e genitori problematici	SSC 3.1, AAS 3
	Promuovere il benessere di bambini, ragazzi, giovani	SSC 3.1, asili nido, istituti scolastici e Centro di Orientamento dell'Alto Friuli
SSC 3.2	Continuità assistenziale tra territorio/ospedale/domicilio nell'area adulti e anziani	SSC 3.2, AAS 3
	Protocollo condiviso per la presa in carico integrata e precoce in collaborazione con S.O.C. pediatria Tolmezzo, area materno-infantile distretto, famiglie con bimbi disabili, ANFAAS, PLS.	SSC 3.1, AAS 3, Famiglie disabili, ANFAAS, PLS

	Denominazione protocolli per la continuità assistenziale attivi	Soggetti coinvolti
SSC 4.1	Progetto di dimissioni protette con l'ospedale di rete di S. Daniele (prevede la presenza giornaliera dell'Ass. sociale nel reparto di medicina)	SSC 4.1 – AAS 3 Ospedale di S.Daniele
	Protocollo Dimissioni protette del Paziente fragile con l'Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia	SSC 4.1 – l'Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia
	Gruppo gravidanze complesse, finalizzato ad una precoce presa in carico integrata delle situazioni a rischio per mamma e/o bambino	SSC 4.1 – AAS 3 Ospedale di S.Daniele, reparto di pediatria
	Coordinamento per l'etica nella pratica clinica	SSC 4.1 – AAS 3 Ospedale di S.Daniele
SSC 4.2	Protocollo Dimissioni protette del paziente fragile con l'Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia	SSC 4.2, AAS 4
	Protocollo per l'accompagnamento dimissioni madre-bambino dopo nascita	
	Protocollo per la presa in carico integrata di adolescenti e giovani adulti a rischio o con esordi di disturbo mentale	
	Protocollo relativo al passaggio da età minore ad età adulta per utenti EMT con problematiche ritenute di possibile competenza psichiatrica	
	Protocollo per la presa in carico integrata del malato con problematiche di salute mentale	
	Protocollo d'intesa per la gestione di un progetto sperimentale a favore di persone svantaggiate incarico al DSM, al SSC e al Distretto sanitario di cui agli obiettivi PdZ 4.6, 6.1 e 8.1	
	Convenzione tra AAS4 e Centro La Nostra Famiglia	SSC 4.2, AAS 4, Centro la Nostra Famiglia
SSC 4.3	Protocollo Dimissioni protette del paziente fragile con l'Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia	SSC 4.3, AAS 4
SSC 4.4	Protocollo Dimissioni protette del paziente fragile con l'Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia	SSC 4.4, AAS 4
SSC 4.5	Protocollo Dimissioni protette del paziente fragile con l'Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia	SSC 4.2, AAS 4
SSC 5.1, SSC 5.2	Procedure per le dimissioni protette e continuità ospedale-territorio	SSC 5.1, SSC 5.2, AAS
	Procedure per il passaggio età evolutiva-adulta nella disabilità collegando i servizi sanitari e sociali	
	Procedure tra SSC, DSM e Distretti per ridefinire il passaggio dall'età evolutiva a quella adulta nei soggetti sintomatici	
	Condivisione dei diversi protocolli operativi esistenti nei 2 SSC relativi all'area minori e famiglie	SSC 5.1, SSC 5.2, Scuole
SSC 6.1, SSC 6.2, SSC 6.3, SSC 6.4, SSC 6.5	Protocollo sulla continuità assistenziale	SSC 6.1, SSC 6.2, SSC 6.3, SSC 6.4, SSC 6.5, AAS 5

Infine, un ulteriore obiettivo previsto dalle LG regionali era *l'aggiornamento della descrizione dell'offerta dei servizi e interventi sociosanitari disponibili per i cittadini in ciascun territorio di riferimento*. In questo caso si evidenzia come tale descrizione sia presente rispettivamente nei siti web delle AAS e dei SSC: da questo punto di vista il valore dell'indicatore previsto dalle LG regionali è *stato raggiunto in tutti i diciannove territori*. Inoltre, anche su questo aspetto la riforma sanitaria regionale ha prodotto dei cambiamenti, che non sempre sono stati immediatamente recepiti nelle pagine web dei servizi. In linea generale, tale aspetto meriterebbe un approfondimento ad hoc, in quanto non sempre la descrizione dei servizi è condivisa tra SSC e

AAS. Inoltre, meriterebbe un'apposita verifica l'analisi dell'effettiva accessibilità e visibilità delle informazioni online, informazioni che spesso non sono strutturate in modo omogeneo nei diversi territori. Si sottolinea, infine, che, nonostante il canale web sia certamente di primaria importanza nella diffusione delle informazioni, esistono target di popolazione per cui tale strumento è poco accessibile (si pensi a titolo esemplificativo alle persone anziane), per cui è verosimile che i servizi siano attrezzati anche con materiale cartaceo di vario tipo, di cui non sempre è stato dato conto nei monitoraggi.

2.1L'integrazione socio-sanitaria nei diciannove SSC

2.1.1AREA TRIESTINA: SSC 1.1, SSC 1.2 E SSC 1.3

Rispetto agli obiettivi regionali inerenti le azioni trasversali di area sociosanitaria, nell'area triestina[12] erano già attivi dal 2010 quattro protocolli per la *presa in carico integrata* nell'area minori, disabilità, anziani e adulti[13]. Nel corso del triennio essi sono stati rivisti e ulteriormente implementati. La presa in carico integrata attraverso i protocolli risulta avanzata per quanto riguarda il settore anziani, buona per minori e disabili. Il settore adulti invece incontra maggiori difficoltà, probabilmente per delle problematiche organizzative presenti in quest'area, che afferiscono soprattutto alla pluralità di specializzazioni e competenze professionali presenti in ambito sanitario.

- **Sistema d'accesso**: il sistema d'accesso integrato, mediante punto unico di accesso (di seguito PUA), è garantito solo per gli anziani,nel SSC 1.1 attraverso il PUNTO UNICO INTEGRATO, nel SSC 1.2. attraverso il PUNTO UNICO INTEGRATO ANZIANI e nel SSC 1.3attraversoil PUNTO UNICO SOCIOSANITARIO "ANZIANI". Per quanto riguarda il sistema di accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali i dati di monitoraggio non indicano il rapporto tra i soggetti che accedono alla rete dei servizi sociosanitari residenziali e semiresidenziali e quelli valutati dalle specifiche Unità multiprofessionali integrate.
- **UVM**: la valutazione multidimensionale attraverso équipe dedicate è una prassi consolidata per le aree anziani, disabili e minori; risulta, invece, di più difficile attuazione per l'area adulti.

[12] Si ricorda che la realizzazione in modo unitario e congiunto tra i tre SSC e l'AAS n.1 del processo pianificarorio di area sociosanitaria ha avuto come output tre PdZ per buona parte identici. Questo, da un lato, ha facilitato l'interlocuzione dei servizi sociali con l'AAS, dall'altro ha conferito un maggior peso delle istanze del Comune di Trieste nella definizione di obiettivi e azioni.

[13] I protocolli firmati nel 2010 sono i seguenti:

1. Procedure comuni per i rapporti tra SSC della Provincia di Trieste di Trieste e le Strutture Complesse Tutela Salute Bambino e Adolescente Donna e Famiglia dell'AAS n. 1 Triestina per l'attività socio-sanitaria integrata per bambine/i e ragazze/i.
2. Protocollo per la presa in carico integrata delle persone con disabilità.
3. Protocollo per la presa in carico integrata delle persone anziane.
4. Protocollo per la presa in carico socio-sanitaria integrata di persone adulte con problematiche afferenti a più servizi (*in attuazione dell'art.7 dell'atto di intesa fra l'Ambito 1.1, Ambito 1.2, Ambito 1.3 e l'AAS n. 1 Triestina)*

- **Strumenti valutativi condivisi**: si segnala una difficoltà per quanto riguarda l'adozione di strumenti di monitoraggio condivisi (e quindi di criteri standard) tra servizi sociali e sanitari per l'area *non autosufficienza*, a causa delle già citate criticità incontrate nel conciliarela normativa sulla privacy e ~~al~~la condivisone di banche dati. **L'azione perciò è stata sospesa**.
- **Progetto personalizzato**: la predisposizione di progetti personalizzati avviene, come già per l'accesso e per la valutazione multidimensionale, nel contesto dei protocolli di presa in carico integrata condivisi tra AAS1 e i 3 SSC della provincia. I dati finora trasmessi sembrano indicare un consolidamento della progettazione individualizzata. Inoltre, quale elemento innovativo, si segnala il percorso sperimentale relativo al *budget di salute*, effettuato con esito positivo lungo il triennio su una casistica sociosanitaria limitata.
- **Continuità assistenziale**: l'azione relativa alla realizzazione della continuità assistenziale tra ospedale e territorio è stata realizzata, nel corso del 2015, nel contesto del più generale obiettivo 4 di integrazione socio sanitaria, che fa riferimento all'aggiornamento dei protocolli di area tematica.
- **Individuazione di indicatori sociali e sociosanitari condivisi**: si prevedeva l'Individuazione di un set di indicatori sociali e sanitari condivisi che, attraverso la stabilizzazione di modalità integrate di analisi e valutazione, consentisse la predisposizione congiunta del profilo di comunità a livello provinciale, comunale e di ambito distrettuale. Tuttavia, a causa dell'impossibilità tecnica di incrociare i sistemi informativi utilizzati dai vari Enti non appare al momento possibile creare un sistema stabile e dinamico di analisi dell'impatto dell'attività dei servizi sanitari, sociali e sociosanitari sullo stato di benessere e salute della popolazione. **Perciò l'obiettivo è stato sospeso nel 2015**. Anche il monitoraggio dell'accesso, delle valutazioni integrate e dei progetti personalizzati realizzato nel 2014 ha messo in rilievo molte difformità nella raccolta e registrazione dei dati tra i diversi servizi e istituzioni coinvolte, per cui nel 2015 si è avvivata una rielaborazione delle modalità operative in precedenza definite, tuttora in corso.
- **Descrizione offerta dei servizi**: la descrizione dell'offerta dei servizi è disponibile in versione cartacea e tramite web (siti dei SSC e dell'AAS), con diversi gradi di completezza nei tre SSC. Costituisce obiettivo ancora da perseguire la versione condivisa di tali descrizioni tra i SSC e l'AAS.

2.1.2 AREA GORIZIANA: SSC 2.1, SSC 2.2

La strutturazione da parte dei SSC 2.1 e 2.2 dell'obiettivo 4 in più sotto-obiettivi e macro-azioni, ciascuno afferente a una diversa area d'utenza (anziani, disabili, minori e famiglia), rende difficile effettuare una lettura unitaria delle azioni intraprese trasversalmente alle aree di intervento:l'implementazione del sistema di accesso e la rivisitazione delle UVM, dei Progetti personalizzati e dei Protocolli per le dimissioni protette variano, infatti, in base alle aree di utenza. La strutturazione operativa per aree dei servizi, evidente anche nel documento PdZ, consente di mettere in luce diversi livelli di attuazione delle progettualità previste, al di là delle funzioni trasversali (accesso, UVM, progetto personalizzato). Questa caratteristica, particolarmente

evidente nell'aera goriziana, connota anche altri territori ed è espressione, in gran parte, delle diverse tipologie delle strutture organizzative interagenti: molteplici dipartimenti e strutture ospedaliere, per quanto riguarda l'area sanitaria, e varie équipe con diversi referenti, per quanto riguarda l'area sociale.

A titolo generale, inoltre, si evidenzia come rispetto all'integrazione sociosanitaria, il percorso dell'area goriziana sia stato complesso. Infatti, il confronto istituzionale,non sempreagevole, si è sfilacciato anche a causa delle modificazioni organizzative prodotte dalla riforma sanitaria regionale che, in quest'area, ha comportato cambiamenti significativi nell'assetto organizzativo. Per questo motivo, nel corso del triennio,gli incontri di regia e coordinamento, finalizzati a definire progettualità e procedure comuni, si sono diradati. Inoltre, si segnala come anche l'interazione tra SSC e altri soggetti istituzionali rilevanti per l'integrazione sociosanitaria non sia sempre stata facile: è il caso del CISI per quanto riguarda l'area disabilità e dei Comuni per l'area anziani, con particolare riferimento al previsto regolamento unitario relativo all'accesso nelle case riposo.

Sistema di accesso: non è presente un Punto Unico di accesso; in compenso nel triennio l'AAS, di concerto con i 2 SSC, ha avviato la definizione di percorsi di accesso ai servizi socio sanitari in base alla tipologia di utenza e alle problematiche evidenziate.

- *Area materno infantile***.** Per quanto riguarda adolescenti e giovani, il sistema di accesso è stato strutturato attraverso la creazione dello "*spazio neutro*". Le attività previste con i Consultori Familiari,finalizzate al supporto della genitorialità e al rafforzamento dell'invio delle persone al Consultorio da parte del Pediatri di libera scelta (di seguito PLS) e dei Medici di medicina generale (di seguito MMG), sono state realizzate con riferimento alla definizione della carta dei servizi e ainiziative dedicate all'accompagnamento alla genitorialità. Si rileva, tuttavia, che l'interazione dei SSC con il consultorio familiare è particolarmente critica.
- *Area anziani*. In quest'area, la declinazione locale degli obiettivi regionali si proponeva di definire l'offerta infermieristica territorialee di redigere una guida che ne favorisse l'accesso, con il coinvolgimento attivo della rete dei MMG (documento guida IET-Infermiere di Équipe Territoriale e ICA-Infermiere di Continuità Assistenziale). La rete territoriale di supporto alla domiciliarità è stata incrementata in particolare nelle aree in cui è operativo lo IET (ambulatorio infermieristico, contatti con l'ospedale e intervento di specialisti ambulatoriali e ospedalieri a domicilio al fine di favorire la deospedalizzazione e la permanenza a domicilio). In questo caso, come si evince dai documenti predisposti, il SSC viene attivato se necessario. Lo sviluppo della rete dei servizi a supporto della domiciliarità al fine di garantire equità di accesso a tutti i cittadini è un percorso che è stato avviato, ma che, non avendo trovato pieno compimento nel corso del triennio, presenta la necessità di essere ulteriormente sviluppato e monitorato.

  Infine, si segnala per il SSC 2.2 Basso Isontino, come la mancata realizzazione di una lista unica di accesso tra le strutture residenziali e semiresidenziali del territorio abbia comportato anche la non omogeneizzazione delle modulistiche di accesso.
- *Area disabilità*. SSC 2.1, SSC 2.2 e CISI hanno elaborato un documento di analisi della presa in carico a favore di persone con disabilità nel territorio isontino. Per quanto riguarda la

fase di accesso, si afferma che "*il disabile non accede ai servizi del CISI, la presa in carico socioassistenziale è sempre in capo al SSC sia per coloro che beneficiano di servizi/interventi/prestazioni afferenti al sistema associato, sia per quanti non ne beneficiano*". In quest'area d'utenza, generalmente, le azioni risultano poco implementate. Per l'ambito territoriale afferente al SSC 2.1 Alto Isontino, si segnala l'attivazione, nei primi mesi del 2016, dello sportello *Infohandicap*, con tre ore di apertura alla settimana: tale attività è realizzata grazie alcontributo della Fondazione Cassa di Risparmio di Gorizia.

UVM/Strumenti di valutazione multidimensionale/Progetto personalizzato: l'accordo a livello provinciale e il verbale di funzionamento delle UVM sono stati approvati nel 2013 e la loro applicazione è partita con il 2014. Le UVM risultano attive in tutte e tre le aree di utenza (materno-infantile, disabilità e adulti/anziani). Per quanto riguarda gli strumenti di valutazione, per l'area materno infantile si utilizza una scheda elaborata sulla base degli indicatori proposti dal Centro per il Bambino Maltrattato di Milano (CBM), mentre per l'area anziani viene utilizzata laValgraf.Nel triennio, inoltre, la scheda PAI è stata applicata per tutte le situazioni che ne richiedevano l'attivazione. L'implementazione delle azioni era a carico dell'AAS. I documenti congiunti sono stati effettivamente predisposti (seppur con limitate indicazioni operative) e le relative disposizioni risultano implementate. Tuttavia, rispetto alla loro concreta applicazione, i SSC non hanno a disposizione un monitoraggio compiuto dei casi seguiti e quindi del grado di implementazione degli strumenti individuati.

Continuità assistenziale: per ciascuna delle tre aree di utenza (materno-infantile, disabilità e adulti/anziani) è stato elaborato un documento di inquadramento delle problematiche più ricorrenti inerenti la continuità assistenziale e sono state intraprese delle prassi di miglioramento gestionale/operativo in relazione all'offerta di servizi,prassi che tuttavia necessitano di ulteriori regolazioni. A supporto di tale processo sono stati realizzati dei momenti formativi condivisi tra tutti gli operatori delle organizzazioni territoriali. Particolarmente problematici sono statiil coordinamento tra i diversi organismi e l'inserimento di nuove prassi nei vari regolamenti e atti di funzionamento delle strutture assistenziali.

Nell'*area materno infantile*, inoltre, sono state implementate alcune azioni specifiche, parzialmente realizzate e necessitanti di un maggiore consolidamento. Nello specifico:

- Percorso nascita. *Protocollo per la gestione delle gravidanze fisiologiche che accedono al Consultorio Familiare e al Dipartimento Materno Infantile* nonché alla definizione di azioni di sostegno alla genitorialità e di percorsi di presa in carico precoce dei minori a rischio psicosociale.
- Azioni finalizzate al rafforzamento del coordinamento tra i servizi per garantire il passaggio all'età adulta di minori dimessi da comunità di accoglienza e il passaggio di competenze tra servizi per l'età evolutiva e servizi specialistici (SerT e DSM, CPI, SIL, Centro Orientamento Regionale) e USSM (Ufficio Servizio Sociale Minorenni del Ministero della Giustizia). Rientrano tra queste azioni anche l'istituzione di un *Osservatorio provinciale Comunità e Servizi Semiresidenziali*, in raccordo con quanto previsto nell'Obiettivo 5.1.1 del PdZ.

Per quanto riguarda l'area disabilità, si segnalano alcune difficoltà nell'articolazione di risposte che permettano di diversificare la realizzazione dei PAI attraverso, ad esempio, progetti-ponte, progetti flessibili, accesso ai servizi over-booking, progetti di scolarizzazione integrata per adolescenti gravi ecc. Anche in questo caso pesano alcune difficoltà connesse ai rapporti tra le diverse istituzioni.

Descrizione offerta dei servizi. La descrizione dell'offerta dei servizi non è pienamente aggiornata, probabilmente a causadelle modificazioni istituzionali e organizzative intercorse nel 2015. Rispetto a quest'azione anche la mappatura dei titolari di interventi finanziari pubblici (Regione, Province, AAS, Comuni) non è stata realizzata in modo strutturato.

2.1.3 SSC 3.1 GEMONA DEL FRIULI

Il SSC 3.1 - in delega gestionale all'AAS n.3 - ha realizzato una serie di azioni di rivisitazione delle prassi già esistenti relative all'integrazione socio sanitaria. Tuttavia si segnala come il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale, la conseguente nascita dell'AAS n. 3 Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli e l'emanazione del nuovo Atto aziendale abbiano prodotto un "*diverso posizionamento della pianificazione di zona e dei suoi contenuti*", che ha risentito in particolare dell'elevato *turn over* degli interlocutori aziendali (del Direttore di Distretto in particolare, cambiato tre volte in un anno). Inoltre, anche altri soggetti strategici, quali i Responsabili del Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze e Dipartimento di Prevenzione sono stati impegnati maggiormente nella costruzione dei nuovi assetti organizzativi, piuttosto che nell'attuazione di progettualità ed azioni condivise.

Sistema d'accesso/UVD/Strumenti di Valutazione integrata/Progetto Personalizzato: le modalità di accesso ai servizi del sistema sociosanitario e di attuazione delle prese in carico integrate sono state definite e messe in opera già nel 2007.In questa tipologia organizzativa non si prevede un vero e proprio PUA fisico, ma "ogni operatore" costituisce un punto d'accesso al sistema integrato. Le UVD, supportate da strumenti specifici di valutazione e dalla figura del *case manager*,sono attive; vengono correntemente utilizzati strumenti di valutazione integrata (Val.Graf. per l'inserimento di anziani in strutture residenziali da parte del Distretto Sanitario e strumenti di valutazione basati su ICF da parte del DSM e dell'Area materno infantile del distretto). Come si evince anche dalla tabella sottostante (Tab. n. 8) nel corso del triennio queste prassi sono state consolidate: il *Tavolo integrato*[14] ha revisionato l'intero percorso di presa in carico integrata e la relativa strumentazione, entrambi descritti in un documento conclusivo. Tuttavia, si segnala che i continui cambiamenti organizzativi intercorsi nei servizi sanitari hanno comportato una difficoltà nel presidiare e monitorare tali aspetti.

Continuità assistenziale.

- *Area disabilità*. Già nel 2011 SSC e ASS avevano definito i percorsi di continuità assistenziale per persone con disabilità con il documento «La continuità nella presa in

14 Il Tavolo integrato è costituito da Responsabile del SSC, Direttore di Distretto, Responsabili del Dipartimento di Salute Mentale e del Dipartimento delle Dipendenze, Ass.sociale titolare della Posizione Organizzativa "Coordinamento attività socio-sanitarie integrate".

carico di persone con malattie congenite, croniche e disabilità fisica e/o psichica nella fase di transizione tra età evolutiva ed età adulta», percorsi che nel corso del trienniosono staticonsolidati.

- *Area anziani*. La definizione e l'applicazione di un *Protocollo integrato per le dimissioni difficili (adulti, anziani)* hanno subito dei ritardi a causa delle modifiche negli assetti organizzativi dell'AAS: a giugno 2015 era presente una bozza di documento elaborata dall'Azienda sanitaria. E' stato attivato un *percorso di qualificazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per anziani e collegamento di questa alla rete di servizi del territorio* (monitoraggio della qualità del servizio erogato; collegamento tra servizi domiciliari e strutture residenziali per anziani; consulenze professionali – infermiere, fisioterapista e altri specialisti- per la gestione di persone con demenza inserite in strutture residenziali; accompagnamento alla residenzialità di persone prive di reti familiari e/o sociale; attività congiunte di animazioni tra le residenze del territorio e collaborazione con la rete CarniaMusei).
- *Area* minori *e famiglia.* La definizione e l'applicazione di un *Protocollo integrato per la segnalazione e la presa in carico precoce di minori, gestanti e genitori problematici* hanno subito dei ritardi a causa delle modifiche negli assetti organizzativi dell'AAS. Accanto a questo si segnala la presenza delprotocollo *Promuovere il benessere di bambini, ragazzi, giovani*, quale strumento per la segnalazione di minori in situazioni di disagio da parte di asili nido, istituti scolastici e Centro di Orientamento dell'Alto Friuli.

Descrizione offerta dei servizi: a integrazione della carta dei servizi dell'AAS, sono stati prodotti e diffusi diversi documenti descrittivi dell'offerta di interventi, servizi e progetti socio-sanitari. Particolare attenzione è stata data dal SSC alla pubblicizzazione di iniziative tramite organi di stampa locali, siti internet e blog (sito web dell'AAS, newsletter del Centro InfoHandicap FVG, sito web della rete *B*sogno d'esserci*, sito web progetto di prevenzione della pedofilia *Tessitori di reti e altri racconti*realizzato dal SSC e dalla cooperativa sociale Co.S.M.O. e il blog relativo al progetto *Azioni di Sistema per la Promozione dell'Accessibilità e della Domiciliarità*).

Tabella 8-n. soggetti valutati e progetti personalizzati (2013, 2014, 2015) - SSC 3.1

	2013	2014	2015
Valutazione in UVD dei soggetti che hanno presentato domanda di accesso alla rete dei servizi residenziali e semiresidenziali	116 casi /139 casi =83,4%	-	-
Valutazione in UVD dei soggetti che hanno avuto accesso alla rete dei servizi residenziali e semiresidenziali	79 casi /95 casi =83,4%	100%	100%
Valutazioni Val.Graf. di persone assistite a domicilio	775casi =100%	709casi/762casi =93,0%	782casi/782 casi =100%
Valutazioni Val.Graf. di persone che hanno fatto richiesta di inserimento in residenza per anziani	112casi/139 casi =80,5%	79casi/87casi =90,8%	-
Valutazioni Val.Graf. di persone accolte in residenze per anziani	74casi/95casi = 77,8%	79 casi =100%	-
Progetto personalizzato per i nuovi casi di minori con provvedimento giudiziario di allontanamento dalla	4 casi= 100%	6 casi= 100%	1 caso= 100%

famiglia			
Piano Assistenziale Individualizzato per anziani che segnalano il bisogno di essere inseriti in residenza	100%	100%	100%
Progetto personalizzato per persone dimesse dall'ospedale richiedenti continuità assistenziale e protezione sociale	330progetti/452 segnalazioni=73%	322progetti/422 segnalazioni=76%	414progetti/611 segnalazioni=67.8%
Progetto personalizzato per persone con disabilità a rischio di esclusione sociale e di istituzionalizzazione	100%	100%	100%
Progetto di accompagnamento per minori con disabilità in carico ai servizi in procinto di raggiungere la maggiore età	5 casi/5 casi= 100%	4 casi/4 casi= 100%	0 casi

2.1.4 SSC 3.2 TOLMEZZO (CARNIA)

Il SSC 3.2 e l'AAS n. 3, che ha la delega per la gestione del Servizio sociale dei Comuni, operano in modo consolidato per l'integrazione sociosanitaria e per la presa in carico integrata dell'utenza, per cui molti degli obiettivi previsti a livello regionale erano nel 2013 di fatto già realizzati. Fattori quali la delega della gestione delle funzioni socioassistenziali all'Azienda sanitaria, la condivisione di spazi fisici tra Distretto e SSC che agevola la comunicazione e la relazione tra gli operatori, nonché l'impegno alla concreta realizzazione degli approcci metodologici inerenti la presa in carico integrata definiti a Paluzza nel 2008, hanno permesso di snellire le procedure e di lavorare in un'ottica di rete. Le azioni del PdZ sono state quindi orientate al consolidamento e al miglioramento delle prassi operative già esistenti. In particolare si è cercato di consolidare i seguenti elementi.

- Uso delle UVM per l'accesso ai servizi residenziali;
- utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale definiti dalla Regione e sperimentazione della scheda per minori e famiglie multiproblematiche;
- presa in carico integrata e progetto personalizzato (costruito sulle specifiche esigenze degli utenti in modo da rispondere con competenza alle persone con bisogni complessi);
- continuità assistenziale:
    - continuità assistenziale tra territorio/ospedale/domicilio nell'area *adulti e anziani*, (prassi in atto e documento realizzato nel 2012 in occasione dell'Accreditamento per l'eccellenza[15]). Nel corso del triennio tali modalità operative vengono consolidate. Per quanto riguarda il fabbisogno di posti letto con funzione di attesa per anziani, non si rileva la necessità di nuovi posti, in quanto assorbiti dalla RSA;
    - per quanto riguarda le *persone con problemi di salute mentale* è stato attivato un gruppo di lavoro tra Distretto, CSM e SSC, che tuttavia nel 2015 con il nuovo assetto

[15] Le procedure relative alla continuità assistenziale sono ripartite come segue.
- *SSC*: continuità assistenziale applicata ai casi di dimissione da strutture di degenza ordinaria, di degenza in regime di day hospital e dal pronto soccorso nel caso di pazienti residenti nel territorio dell'AAS 3 (procedura di dimissione protetta).
- DISTRETTI SOCIO-SANITARI: La continuità assistenziale all'interno del contesto dell'ASS 3 è garantita da un processo di presa in carico integrata secondo un modello articolato nelle seguenti fasi: 1) rilevazione del bisogno; 2) pianificazione precoce; 3) segnalazione; 4) valutazione del bisogno; 5) presa in carico integrata della persona.

dell'AAS necessita di nuove modalità di raccordo. Anche gli interventi integrati realizzati con il Sert nel 2015 vengono ridefiniti;

- nell'area *minori con disabilità e famiglie*, è stato redatto un *Protocollo condiviso per la presa in carico integrata e precoce, in collaborazione con la S.O.C. Pediatria Tolmezzo, area materno-infantile, distretto, famiglie con bimbi disabili, ANFAS, PLS.* È stato inoltre attivato un gruppo di lavoro a livello aziendale per la continuità assistenziale rivolto a minori con potenziali problemi psichiatrici già seguiti dai servizi territoriali.

A livello trasversale, inoltre, si segnala come le prassi sopra descritte vengano garantite anche grazie alla condivisa "formazione continua" tra operatori del sociale e della sanità, che costituisce un vero e proprio spazio di confronto tra i professionisti dei diversi servizi. Inoltre, vengono mantenute nel triennio le **seiéquipe multiprofessionali territoriali** (composte da operatori sanitari del Distretto -infermiere del SID, riabilitatori della SRD- e del Servizio sociale dei Comuni -assistenti sociali, assistenti domiciliari, educatori- e operatori del CSM e del SERT). A tal proposito, su esplicito vincolo del capitolato per la gara d'appalto, anche gli operatori delle Cooperative sociali che gestiscono alcuni servizi per conto del SSC hanno adottato un'organizzazione per équipe territoriali.

Tabella 91-N. persone con valutazione integrata, n. persone con progetti personalizzati e n. persone con dimissioni protette (2013, 2014, 2015) - SSC 3.2

	2013	2014	2015
	Dati presenti nel SISSR		
N. soggetti valutati per accesso ai Centri Diurni	9	5	13
N. nuovi utenti SAD valutati	88	94	86
Tot. n. soggetti valutati con altre modalità	97	99	-
Persone in carico al SSC con progetto o programma personalizzato	100%	100%	100%
Persone fragili dimesse dall'ospedale che usufruiscono di percorsi protetti	618=100%	1.658=100%	100%

Tabella 10-N. percorsi protetti (2013, 2014) - SSC 3.2

Percorsi protetti 2013		Percorsi protetti 2014			
provenienza	**n. pazienti**	**Provenienza**	**n. pazienti**	**destinazione**	**n. pazienti**
Pronto Soccorso ADE	*2*	*Pronto Soccorso ADE*	*3*	*Residenze protette e polifunz,*	*4*
Osp. Udine	*24*	*Osp. Tolmezzo Chirurgia*	*159*	*RSA-Hospice*	*446*
Osp. Tolmezzo Oncologia	*34*	*OSp. Tolmezzo Medicina*	*374*	*SID*	*580*
Osp. Tolmezzo Ortopedia	*122*	*Osp. Tolmezzo Oncologia*	*23*	*SRD*	*525*
Osp. Tolmezzo Medicina	*365*	*Ospedale Gemona*	*9*	*SID+SRD*	*103*
Osp. Tolmezzo Chirurgia	*66*	*Altri Ospedali fuori ASS*	*67*	***Totale***	***1658***
Altri Osp. fuori ASS	*5*	*MMG*	*646*		
Totale	***618***	*CSM*	*1*		
		RSA HOSPICE	*132*		
		SID	*112*		
		SRD	*13*		
		SSC	*84*		
		ALTRO	*35*		
		Totale	***1658***		

2.1.5. SSC 4.1 SAN DANIELE DEL FRIULI

La delega per la gestione associata del SSC assegnata all'AAS ha permesso nel tempo di rafforzare l'integrazione socio-sanitaria portando il SSC e il Distretto Sanitario a condividere la gestione di molte funzioni a livello organizzativo e operativo. Pertanto gli obiettivi individuati dalla Direzione Centrale in quest'area risultavano, in parte, già all'inizio del percorso di pianificazione conseguiti. Gli obiettivi previsti per il triennio dal PdZ consistevano quindi nel consolidare e, se possibile, migliorare quanto già attuato.
Nello specifico, per il SSC 4.1 San Daniele si rilevano i seguenti aspetti.

Sistema d'accesso integrato: l'accesso integrato viene garantito attraverso la condivisione da parte di tutti i servizi di procedure condivise in grado di garantire ai cittadini un'informazione esaustiva, rapida e aggiornata sull'intera gamma dei servizi sociali e sanitari presenti sul territorio. Il modello di *Segreteria Unica Funzionale Integrata (SUFI)* adottato risulta adeguato per il buon funzionamento operativo dei servizi. Infatti, il modello organizzativo costruito nel corso degli anni esito di un costante confronto e circolarità delle informazioni, garantisce l'aggiornamento e la diffusione della descrizione dell'offerta dei servizi e degli interventi sociosanitari disponibili sul territorio. L'ipotesi formulata con il PdZ di costituire una sede unica per la SUFI è stata però abbandonata nel corso del 2014/15, in quanto non considerata funzionale.

UVD/Progetto personalizzato: la presa in carico integrata dell'utenza avveniva in modo sistematico già prima dell'implementazione del PdZ 2013-2015. Nello specifico, l'UVD è intesa come vero e proprio luogo di costruzione del progetto personalizzato. La valutazione delle situazioni complesse avviene attraverso l'utilizzo delle seguenti tipologie di strumenti:

- l'UVDA (area anziani, adulti e minori con problematiche cliniche) viene utilizzata per tutti gli accessi in Casa di riposo e RSA, nonché per tutti i casi di ADI e terminalità. Nel corso del triennio, i diversi percorsi di attivazione delle UVDA da parte del Distretto sono stati analizzati in modo da attivare il percorso anche per le situazioni socio-sanitarie complessi con prevalenza di problematica sociale;
- per quanto riguarda l'area disabilità, sono state stese e sperimentate le nuove Linee guida per l'attivazione e l'applicazione dell'UVDH. Si evidenzia, inoltre, come la valutazione finale delle Linee guida è stata posticipata al 2016 alla luce delle modifiche istituzionali intercorse a seguito della L. R. 17/2014;
- infine, anche rispetto all'UVDM (area minori) sono state stese e sperimentate delle apposite Linee guida per l'attivazione e applicazione dell'Unità di Valutazione. Tuttavia, rispetto all'implementazione della sperimentazione delle Linee guida di cui sopra, si evidenzia come la stessa non è stata conclusa nel 2015, ed è proseguita nel 2016, anchea motivo del mancato coinvolgimento del personale di area sanitaria.

Strumenti di Valutazione integrata: vengono correntemente utilizzati strumenti codificati di valutazione integrata dell'utenza. Nello specifico:

- a*rea anziani*- dal 2009 tutti i soggetti che vengono inseriti in case di riposo per non autosufficienti convenzionate, vengono valutati con la scheda Val.Graf.; mentre tutti i soggetti che accedono a strutture residenziali o semiresidenziali vengono valutati almeno con la scheda BINA;
- *area disabilità*-laschedaVINELAND viene utilizzata per l'area handicap per l'accesso ai servizi residenziali, semiresidenziali e socio-assistenziali ed educativi;
- *area minori*-la sperimentazione e la verifica degli indicatori multidimensionali per individuare fattori di rischio per il minore e diagnostici/prognostici per la famiglia ha subito dei ritardi ed è stata, pertanto, prorogata al 2016 a causa della mancata attivazione del personale sanitario coinvolto.

Continuità assistenziale: nel corso del triennio sono stati revisionati i seguenti protocolli e percorsi:

- progetto dimissioni protette conl'ospedale di rete di S. Daniele (prevista la presenza giornaliera di un'assistente sociale nel Reparto di Medicina);
- protocollo Dimissioni protette con l'Azienda Ospedaliera Santa Maria dellaMisericordia (adottato da tutti i SSC della ex. ASS 4);
- gruppo di lavoro costituito presso il Reparto di Pediatria, denominato *Gruppo gravidanze complesse*, finalizzato a una precoce presa in carico integrata delle situazioni a rischio per mamma e/o bambino;
- coordinamento per l'etica nella pratica clinica, cui partecipa attivamente il Servizio sociale.

Tabella 11-N. persone con valutazione integrata, n. persone con progetti personalizzati e n. persone con dimissioni protette (2013, 2014, 2015) - SSC 4.1

	2013	2014	2015
Valutazioni per accesso RSA	*379*	*429*	*413*
Valutazioni per accesso Casa di Riposo	*125*	*120*	*158*
Valutazioni per Hospice	*22*	*14*	*3*
Valutazioni per dimissioni	*5*	*3*	*3*
Valutazioni per Centri Diurni	*2*	*5*	*3*
Valutazioni per Centro Anziani	-	*11*	*22*
Totale. n. casi che hanno avuto accesso a servizi residenziali e semiresidenziali valutati in UVDA	533casi/533casi =100%	582casi/582casi =100%	602casi/602casi= 100%
n. casi che hanno avuto accesso a servizi residenziali e semiresidenziali valutati in UVDH	5 casi/5casi =100%	7casi/7casi =100%	6casi/6casi =100%
n. casi che hanno avuto accesso a servizi residenziali e semiresidenziali valutati in UVDM	7casi/7casi =100%	5casi/5casi =100%	5casi/5casi =100%
N. casi valutati con scheda Val.Graf.	533	582	602
N. casi valutati con scheda Vineland	-	10	7
N. totale progetti personalizzati (Anziani/Adulti, Minori, Handicap)	738casi	710casi	711casi
N. soggetti segnalati da reparti ospedalieri che hanno beneficiato di misure per la continuità assistenziale	277casi	461casi	411casi

2.1.6. SSC 4.2 TARCENTO

Nel territorio del tarcentino, le ridotte dimensioni territoriali e la continuità nel tempo della presenza delle figure apicali e degli operatori, hanno garantito una fattiva collaborazione tra servizi sociali e sanitari. A tal fine è stata prestata particolare attenzione allo sviluppo e al consolidamento dell'utilizzo di strumenti di integrazione gestionale e professionale, ivi compresa la definizione di comuni protocolli operativi, volti a superare la tendenza alla parcellizzazione e separazione degli interventi e alla rigida delimitazione di mandati, competenze e prassi operative.
Nello specifico, per il SSC 4.2 Tarcento si rilevano i seguenti aspetti.

Sistema di accesso: il sistema di accesso era già in parte consolidato prima dell'avvio del PdZ e nel corso del triennio non ha subito grosse modificazioni. La capacità di intercettare e leggere il bisogno, nonché di elaborare risposte/interventi è stata incrementata attraverso il consolidamento del PUAI. Questo è attivo nell'*area anziani* con la presenza di un assistente sociale per max. 10 h settimanali accanto al personale infermieristico; tuttavia si riscontrano delle difficoltà organizzativo/logistiche tra le due tipologie di operatori coinvolti per una non precisa e reciproca definizione dei compiti. Nel corso del triennio era previso il consolidamento anche dei *PUAI minori e disabili* che tuttavia non è stato pienamente realizzato in quanto esso si limita ancora ad una funzione di segreteria amministrativaescludendo, di fatto, al momento le attività di carattere socio-sanitario.

UVM/Strumenti di valutazione integrata/Progetto personalizzato: nel triennio è stata effettuata una verifica del funzionamento delle UVM che ha portato alla stesura condivisa tra operatori sociali e sanitari di un documento di regolamentazione delle stesse in cui si è proceduto ad una ridefinizione delle funzioni, dei ruoli e delle modalità di lavoro delle UVM minori, anziani, disabili, adulti. Questo percorso ha permesso un miglioramento delle relazioni (es. chiarezza su

ruoli/responsabilità) tra professionisti e persone assistite. Per quanto concerne gli strumenti di valutazione multidimensionale, si evidenzia una molteplicità di schede in uso. Infatti, già prima dell'avvio della presente tornata pianificatoria, SSC e Distretto applicavano la scheda Val.Graf (per gli adulti ed anziani non autosufficienti presenti a domicilio) e la scheda Katz per l'utenza non autosufficiente (in carico per progetti FAP). Nel corso del triennio, inoltre, sono state adottate: la scheda CDRS per la valutazione della demenza grave e prevalente (FAP); la scheda Barthel per coloro che, affetti da sclerosi laterale amiotrofica o con disabilità gravissime, accedono a benefici regionali; la scheda ICF per i minori che beneficiano del Servizio socio-educativo (SSE); la scheda ITO per coloro che usufruiscono della Misura attiva di sostegno al reddito (MIA) -a partire dal 2016. Nello specifico:

- il 100% dei soggetti che haavuto accesso alla rete dei servizi residenziali e semiresidenziali sono stati valutati dalle Unità Multiprofessionali integrate;
- il 100% dell'utenza non autosufficiente con richiesta di ingresso in casa di riposo è stato valutato attraverso l'utilizzo della scheda Val.Graf;
- il 100% delle persone che ha beneficiato dei contributi di cui al regolamento FAP è stato valutato attraverso l'utilizzo della scheda Katz;
- il 100% dei minori che ha beneficiato del SSE è stato valutato attraverso l'ICF;
- il 100% delle persone in età lavorativa che ha fatto richiesta di accesso alla MIA sono valutate attraverso scheda ITO (prevista nel PAA 2016).

A completamento delle valutazioni multidimensionali, nel triennio sono state predisposte e applicate schede di progetto individualizzate, anche grazie alla partecipazione a progetti ad hoc, quali il progetto Smart Care (progettualità per l'assistenza domiciliare integrata).

Protocolli continuità assistenziale: per quanto concerne la presa in carico integrata tra diversi servizi di pazienti fragili si segnala come, accanto all'applicazione di protocolli in parte già esistenti, il lavoro di definizione di linguaggi e modalità operative condivise attraverso un processo generativo di prassi comuni, conseguente anche a percorsi formativi integrati, ha portato a una maggiore consapevolezza degli elementi di criticità esistenti a livello organizzativo/professionale e della necessità di definire una integrazione socio-sanitaria più funzionale. In generale, l'esperienza di ultimi anni ha assicurato la tutela del paziente fragile in dimissione ospedaliera mediante una presa in carico integrata, che risulta sufficientemente consolidata. A partire dal 2013 si è proceduto pertanto alla revisione e alla sperimentazione da parte degli ospedali, del Distretto, con il coinvolgimento del SSC dei seguenti protocolli:

- dimissioni protette a favore del paziente fragile;
- accompagnamento dimissioni madre-bambino dopo la nascita;
- presa in carico integrata di adolescenti e giovani adulti a rischio o con esordi di disturbo mentale;
- passaggio da età minore a età adulta per utenti EMT con problematiche ritenute di possibile competenza psichiatrica;
- presa in carico integrata del malato con problematiche di salute mentale;
- convenzione tra AAS4 e Centro La Nostra Famiglia di Pasian di Prato.

L'applicazione dei protocolli elaborati nell'area minori/giovani adulti a rischio o con esordi di disturbo mentale e più in generale nella presa in carico integrata del malato con problematiche di

salute mentale e della sua famiglia, richiede ulteriori definizioni e sperimentazioni, alle quali i Servizi stanno dando priorità, alla luce dell'incremento di tale casistica.

Descrizione dell'offerta integrata:il sito del SSC e dell'AAS4/Distretto di Tarcento sono stati aggiornati costantemente, ma separatamente. Inoltre, nell'ambito del progetto "Rete6" è stato aggiornato il vademecum servizi per area minori. Il SSC segnala, inoltre, l'importanza di giungere a una presentazione dell'offerta aggiornata relativa ai servizi e agli interventi sociosanitari, soprattutto da parte sociale dove le informazioni sono meno pubblicizzate e fruibili.

2.1.7 SSC 4.3 CIVIDALE DEL FRULI

Nell'area dell'integrazione sociosanitaria il PDZ ha delineto un percorso finalizzato a rivedere il sistema di accesso a favore dei cittadini, a ottimizzare le procedure per quanto riguarda le aree dell'integrazione sociosanitaria (UVD, UVDM, EMH, PAI, presa in carico integrata), ad aggiornare la descrizione dell'offerta dei servizi. Le procedure di valutazione integrata sono state revisionate nel corso del triennio.Nello specifico, per il SSC 4.3 Cividale si rilevano i seguenti aspetti.

Sistema di accesso. Rispetto all'accesso non essendoci ancora le condizioni per attivare un sistema integrato, SSC e Distretto hanno mantenuto le rispettive modalità operative favorendo momenti di incontro e confronto per operare in sinergia. La nuova organizzazione che prevede la presa in carico per aree tematiche ha comunque consentito di migliorare le relazioni con il Distretto e i servizi specialistici dell'AAS 4. Per quanto riguarda le aree minori e disabili è attivo il punto unico presso il Distretto. Per quanto riguarda l'area anziani, nel corso del 2015 si sono realizzati degli incontri integrati di confronto per valutare l'avvio di un punto unico in favore degli anziani.

UVM/Strumenti di valutazione integrata/Progetto personalizzato. Nel corso del triennio SSC, Distretto hanno operato ponendo attenzione ai processi di definizione delle valutazioni multidimensionali e multiprofessionali e all'elaborazione dei progetti personalizzati. Rispetto a quest'utlimo aspetto, particolare attenzione è stata posta alla definizione dei tempi operativi, delle azioni e all'individuazione delle responsabilità reciproche tra Distretto e SSC. Nello specifico, per quanto riguarda l'Unità di Valutazione Distrettuale Minori e l'Equipe Multidisciplinare per l'handicap sono state rivalutate le prassi e le procedure in atto rispetto a ruolo del *case manager* ed è stato revisionatoil documento di funzionamento condiviso attualmente in uso.Per quanto riguarda l'UVDH tale revisone è stata completata, mentre per l'UVDM è ancora in corso di definizione. Si sono tenuti incontri tra i Coordinatori d'area tematica, gli operatori del SSC e del Distretto/AAS n. 4 per rivedere le modalità di funzionamento delle UVD e per rivedere il percorso per la presa in carico delle persone fragili. A tal proposito nel corso del triennio si sono sviluppati dei gruppi di lavoro integrati con lo scopo di individuare e adottare criteri per l'elaborazione dei progetti personalizzati rispetto ai seguenti target: anziani non autosufficienti e persone fragili dimesse; persone con disabilità; adulti fragili; minori multiproblematici.

Si evidenzia inoltre come il 100% degli utenti con interventi complessi in cura domiciliare e coloro che richiedono l'accoglimento presso strutture residenziali e semiresidenziali venga valutato con le schede Val.Graf.e ICF.
Protocolli continuità assistenziale: il SSC e il Distretto Sanitario di Cividale hanno investito negli anni nel miglioramento dell'organizzazione dei rispettivi servizi e nell'elaborazione di prassi, protocolli e linee guida finalizzate al miglioramento del livello di integrazione socio sanitaria; pertanto, nel triennio, tale attività è complessivamente proseguita con l'obiettivo di migliorare i processi operativo/gestionali già in corso. Viene applicato il protocollo aziendale (ex. ASS 4) condiviso per la dimissione ospedaliera e per la dimissione dalle strutture convenzionate (ex art. 26 L. 833/78) delle persone fragili. E' stato inoltre elaborato un documento che evidenzia le criticità e il fabbisogno degli accoglimenti a breve termine con funzione di attesa e di sollievo nelle diverse strutture per anzianidel territorio (RSA e Casa per anziani).Permangono ancora criticitànell'accesso e nellala presa in carico integrata nell'area disabilità, dove il cambio dei referenti dell'area sanitaria ha comportato dei ritardi nella realizzazione delle azioni.

Descrizione dell'offerta integrata: la descrizione e l'aggiornamento dell'offerta dei servizi prosegue separatamente nei rispettivi siti del SSC e dell'AAS n. 4.

2.1.8 SSC 4.4 CODROIPO

Gli obiettivi individuati dalla Direzione Centrale rispetto all'accesso e alla presa in carico integrata da parte dei servizi sociosanitari risultavano in parte già realizzati all'avvio del PdZ 2013-2015; di conseguenza l'obiettivo per il triennio consisteva nel consolidamento quanto già in atto.
Nello specifico, per il SSC 4.4 Codroipo si rilevano i seguenti aspetti.

Sistema di accesso integrato: nel codroipese il sistema di accesso integrato ai servizi sociosanitari dell'*area adulti e anziani* è stato definito nel 2004 con l'istituzione della*Segreteria Unica d'Integrazione Socio Sanitaria (SUISS),* attualmentedenominata *PUI (Punto unico integrato).* La raccolta delle segnalazioni della casistica complessa avviene pertanto in un unico luogo integrato, dove si procede a una valutazione e al successivo indirizzo verso l'intervento/servizio ritenuto più opportuno. Il PUI è gestito con risorse del Distretto sanitario e del SSC. La programmazione triennale del PdZ si riproponeva di consolidare e aggiornare tale prassi. A tal fine, è stato elaborato un documento relativo al sistema d'accesso ai servizi sociosanitari dell'area adulti-anziani, che è stato condiviso con i servizi specialistici della AAS (CSM e Alcologia), il cui ruolo però deve essere ancora ben definito e consolidato, così come anche quello dei MMG.
Specularmente anche per quanto riguarda l'*area minori, famiglia e disabilità*, nell'ottobre 2010 è stato avviato il *Punto Unico Integrato (PUI)*con funzione di raccolta delle segnalazioni relative a situazioni di disagio evolutivo provenienti dalle scuole. In concomitanza all'avvio del PUI è stato sottoscritto il "Protocollo per la segnalazione e la presa in carico del disagio evolutivo" con tutte le scuole statali e non statali del territorio. Le segnalazioni riguardanti la disabilità e la multiproblematicità delle famiglie e dei minori, invece, hanno accessi diversificati. Il PdZ intendeva

ridefinire tale sistema pervenendo ad un punto unico di accesso e valutazione per l'area: tuttavia la riorganizzazione dell'AAS ha rallentato tale processo. Fa eccezione il protocollo per la segnalazione del disagio dei minori attuato con le scuole del territorio la cui implementazione nel triennio è stata oggetto di valutazione periodica.

UVM/Strumenti di valutazione integrata/Progetto personalizzato. Le unità di valutazione sono state qualificate attraverso il perfezionamento degli strumenti utilizzati e, per l'area minori, la rivisitazione delle attuali modalità organizzativo-professionali. Il processo previsto in entrambe le aree ha trovato applicazione completa per gliadulti eanziani, consolidando di fatto una modalità già in essere da diverso tempo, che prevede in un'ottica di sostenibilità, la definizione di due diverse modalità di realizzazione delle unità di valutazione (unità di valutazione distrettuale su base documentale-*Uvd Documentale*, unità di valutazione distrettuale formale-*Uvd Formale*). L'*Uvd Documentale* viene realizzata per l'accesso alle RSA, alle CDR e ai Centri diurni per anziani, nonché per il FAP. L'*Uvd Formale* viene, invece, realizzata per l'attivazione dell'ADI in casi complessi di assistenza al malato terminale, per l'accesso al FAP e per l'attivazione del PAI per situazioni complesse. Nel 2015 sono state effettuate 127 Uvd per Strutture residenziali per anziani e 36 Uvd per strutture semiresidenziali per anziani.

Sono state riportate in un documento descrittivo le modalità operative relative al funzionamento delle UVD, UVDH, EMDH. Tuttavia, per l'area minori e disabilità, permangono le già citate criticità (cfr. sistema di accesso) relative all'assetto dell'AASche rendono talvolta problematico lo svolgimento delle attività programmate (commissioni/Gruppi di Lavoro- GDL- ed elaborazione di strumenti dedicati).Emerge per tutte le UVD la necessità di individuare modalità operative che consentano una maggior appropriatezza nei confronti dell'utenza, tenendo conto dei contenuti progettuali affrontati nelle commissioni o nei GDL.

Per quanto riguarda gli strumenti valutativi, la scheda Val.Graf. è utilizzata sistematicamente per valutazioni relative agli inserimenti residenziali e semiresidenziali di adulti/anziani, mentre è in fase di revisione per i soggetti che usufruiscono di servizi domiciliari (nel 2015 sono stati valutati con Val.graf. 163 soggetti che hanno avuto accesso alla rete dei servizi residenziali e semiresidenziali).

E' stata utilizzata la scheda Vineland, unitamente alle altre schede indicate dalla Regione FVG, per tutte le valutazioni relative al FAP; accanto a queste, per le valutazioni FAP, sono state adottate anche delle schede locali di valutazione socio-familiare. Inoltre, a seconda di ogni singola situazione, sono stati adottati strumenti uniformi quali: indice di Karnofsky, indice Cdr, scheda Katz.Nell'area minori è stata utilizzata un'apposita scheda di rilevazione-criteri soglia.

La rilevazione effettuata dalServizio ha messo in luce i seguenti dati riferiti al 2015:

- n. 334 soggetti sono stati valutati ai fini del progetto personalizzato con la scheda sociale di valutazione del bisogno, con la scheda "Green Test", con la scheda CDR, con la scheda Karnofky;
- n. 60 persone sono state valutate attraverso la scheda Vineland per i progetti di Vita Indipendente e di assistenza;
- n. 11 nuclei multiproblematici sono stati valutati con apposita scheda.

Progetto Personalizzato:con il PdZ 2013-2015 l'intento era quello di definire uno strumento unico integrato che consentisse l'individuazione chiara delle risorse disponibili, dei compiti e delle responsabilità dei soggetti coinvolti. Si tratta delPAI integrato che viene usato in tutte le aree per la presa in carico congiunte. Nel corso del secondo semestre del 2015, il PAI è stato realizzato per interventi educativi sia di minori sia di adulti; è stato inoltre organizzato un percorso formativo/di supervisione che ha coinvolto assistenti sociali ed educatori nella rivisitazione degli specifici progetti. Tuttavia, il processo di miglioramento e, nello specifico, la chiarezza delle risorse utilizzate e delle responsabilità dei soggetti coinvolti, seppur promosso costantemente dai referenti delle aree, necessita ancora di essere fortemente accompagnato. L'imputazione di responsabilità ai soggetti titolari della definizione delle risorse non sempre è di facile attuazione in quanto alcuni partecipanti alle commissioni non sempre hanno il mandato dal proprio ente ad esprimere con evidenza le risorse da destinare al singolo progetto. Al momento risulta sospesa la sperimentazione di progetti personalizzati di accoglienza protetta per giovani adulti con disagio psichico.

Nel corso del 2015 sono stati realizzati i seguenti interventi:

- progetti personalizzati di intervento seguiti dal Servizio Tutela Minori: n. 113, di cui 6 con provvedimento di allontanamento;
- progetti personalizzati di intervento o piani di assistenza/intervento a favore di anziani non autosufficienti a rischio di istituzionalizzazione n. 919;
- persone con disabilità a rischio di esclusione sociale e di istituzionalizzazione: sono stati realizzati n. 64 progetti personalizzati di intervento o piani di assistenza/intervento.

Revisione Protocolli. Sono stati revisionati i seguenti Protocolli:

- protocollo già operante con l'Azienda Ospedaliera di Udine (valido per tutti i SSC della ex. ASS 4). Viene evidenziata la necessità di stabilire prassi di segnalazione e presa in carico del paziente fragile con gli altri presidi ospedalieri cui si rivolgono i cittadini del territorio coidropese (Ospedali di S. Daniele, Palmanova, Latisana, Gemona, Tolmezzo, S. Vito, Pordenone, CRO di Aviano). Per tutte le 587 persone segnalate dal PUI come necessitanti di intervento sono stati attivati percorsi protetti attraverso l'applicazione e la promozione del protocollo;
- procedure di Passaggio nella presa in carico integrata dei giovani di età compresa tra i 16 e i 19 anni, con lo scopo di indentificare le risposte precoci e qualificare la presa in carico integrata di questo target di utenza, ridefinendo le procedure di passaggio della presa in carico tra i servizi per l'infanzia e quelli per l'età adulta. Lo scopo è promuovere una rete di servizi in grado di attivare una risposta integrata e coordinata. È stato redatto, di concerto con i servizi specialistici dell'AAS e con il Distretto, un documento chenon essendo stato formalmente assunto dalle parti ha reso difficile l'effettivaimplementazione delle prassi operative, generando criticità nei servizi specialistici coinvolti;
- non è stato redatto il 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.

2.1.9 SSC 4.5 UDINE

L'attuazione della pianificazione di zona nell'area udinese ha subito, nel corso del triennio, dei fortissimi rallentamenti. Come si legge nella premessa al PAA 2015 "*l'Ambito 4.5 dell'Udinese, tra la fine del 2013 e per tutto il 2014, ha visto una serie importante di variabili intervenienti, che non potevano non avere riflessi sulla sua operatività, assetto e programmazione sociale e socio-sanitaria".* Pertanto nel 2015 si è provveduto a una sostanziale riformulazione delle azioni inizialmente previste. Di conseguenza, gli obiettivi si sono concentrati sulla qualificazione del Progetto personalizzato come esito della valutazione multidimensionale derivante dalla condivisione di obiettivi, responsabilità e risorse relativamente ad una situazione che presenta bisogni sanitari, sociali, assistenziali, educativi e di tutela. A tal proposito è stata formulata una proposta formativa, che tuttavia non risulta ancora avviata a causa dei cambiamenti organizzativi del sistema. Di conseguenza, anche lo sviluppo e la qualificazione delle Unità di Valutazione Multiprofessionale con la valorizzazione del progetto personalizzato come esito di una valutazione multidimensionale e la produzione del relativo documento descrittivo non è stata realizzata. È proseguita, invece, la raccolta e l'organizzazione dei dati sociosanitari, confluiti nell'elaborazione del profilo socio demografico dell'ambito sociodemografico del SSC 4.5.
Infine, per quanto riguarda la continuità assistenziale è stata consolidata l'applicazione di due protocolli rivolti alla continuità assistenziale tra ospedale e territorio/domicilio (*Protocollo per la presa in carico in dimissione protetta del paziente fragile*, sottoscritto nel 2006 dall'allora Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia, dall'allora Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 "Medio Friuli" e dal Comune di Udine, in qualità di Ente Gestore del Servizio sociale dei Comuni dell'Ambito Distrettuale n. 4.5 dell'Udinese; *Protocollo operativo sulle modalità di inserimento, permanenza e dimissione da RSA*, realizzato nel 2014 e attualmente in uso in via sperimentale in una delle due RSA del Distretto Sanitario di Udine).
In aggiunta a ciò, è stato avviato in via sperimentale per due mesi, congiuntamente con il Distretto Sanitario il progetto "meglio a casa", quale nuova modalità di risposta ai pazienti del reparto di Ortopedia dell'O.C. di Udine.

2.1.10AREA BASSA FRIULANA: SSC 5.1e SSC 5.2

In questo territorio, gli attori istituzionali hanno condiviso la necessità di avviare un confronto congiunto fra i due SSC e i due Distretti per definire un analogo sistema socio-sanitario nei due ambiti distrettuali. Pertanto, nelle aree di programmazione sociosanitaria, le azioni sono state condivise tra i due SSC.
In generale si evidenzia come i servizi sociosanitari della Bassa Friulana operassero già da tempo utilizzando modelli e strumenti favorenti l'integrazione sociosanitaria. Il PdZ, per entrambe le realtà, è stato quindi l'occasione per sistematizzare e formalizzare i processi e le metodologie utilizzate, estendendo a tutte le aree tali adempimenti per poi valutarne l'efficacia.
Nello specifico, per i SSC 5.1 e 5.2 si rilevano i seguenti aspetti.

Sistema di accesso integrato: il sistema di accesso integrato è garantito da una sede fisica del Punto Unico di Accesso (PUA), presente in entrambi gli ambiti distrettuali dove sono presenti operatori sociali e sanitari. Il PUA è definito in uno specifico protocollo sottoscritto tra SSC e Azienda sanitaria; esso è il cardine di un sistema a rete caratterizzato da una valutazione del primo accesso (bisogno semplice e bisogno complesso), che esita in diverse modalità di presa in carico. Nel triennio tale modello è stato consolidato, attraverso la sperimentazione e il monitoraggio delle modalità di attuazione del protoccolo condivise anche con i PLS, i MMG e le CdR. Tuttavia, le previste attività informative finalizzate a divulgare il percorso PUA sono state rimandate al 2016. Per quanto riguarda il SSC 5.1 Cervignano è stato implementata anche la "Centrale operativa PUA", definendo le modalità di impiego del personale sociale e sanitario dedicato e degli strumenti tecnologici e operativi in uso, nonché il coordinamento degli interventi domiciliari per gli anziani e per le persone non autosufficienti (moduli respiro domiciliari, interventi socio-sanitari urgenti per le dimissioni difficili, gestione delle procedure FAP e F. Gravissimi).

Unità di valutazione multi professionale/Strumenti di valutazione multidimensionale/Progetto personalizzato: le unità di valutazione multiprofessionale (UVM), pur non essendo strutturate e formalmente definite per tutte le aree, venivano utilizzate dai servizi sociosanitari già prima dell'avvio della presente pianificazione di zona. Esse si rivolgono a quei soggetti che presentano bisogni complessi, non risolvibili attraverso l'attivazione di un unico servizio. Nel triennio le prassi sono state definite formalmente, rendendo operativi percorsi che garantiscono la presa in carico integrata per ogni caso complesso: tali percorsi sono stati definiti in uno specifico protocollo denominato "Linee operative per la definizione, composizione e modalità di funzionamento delle UVM". Tuttavia, le previste attività informative finalizzate a divulgare tale protocollo sono state rimandate al 2016.Nel corso del 2015 si è inoltre lavorato per condividere criteri di priorità omogenei e integrati per l'accesso. Tuttavia, le previste attività informative finalizzate a divulgare il percorso PUA sono state rimandate al 2016.
Vengono applicati i seguenti strumenti specifici di valutazione dell'utenza:

- *area maternoinfantile*: è stata sperimentata (per i soggetti con disabilità) la scheda ICF, ma vista l'eterogeneità delle problematiche dell'area si è ritenuto opportuno non individuare uno strumento unico, ma enfatezziare la necessità di un approccio di volta in volta condiviso;
- *area anziani, cronicità, terminalità*: schede Val.Graf, Bina, Prisma 7 per gli anziani e Karnofsky per la terminalità;
- *area Salute mentale*: strumenti in uso al CSM;
- *area dipendenze*: scheda ASI riadattata;
- *area disabilità*: schede GEFI (passaggio tra età evolutiva ed età adulta), più un pacchetto di strumenti già in uso presso i servizi specifici.

Inoltre, contestualmente all'avvio delle azioni relative all'UVM, è stato consolidata la metodologia del ProP (Progetto personalizzato) quale strumento strutturato e principale dell'UVM per la programmazione di interventi appropriati, componendo intorno ai bisogni della persona tutte le

risorse formali ed informali disponibili (budget di salute). Tuttavia, le previste attività informative finalizzate a divulgare tale percorso sono state rimandate al 2016.

Protocolli continuità assistenziale: a partire dal 2013, SSC 5.1, SSC 5.2 e AAS2 (ex-ASS 5) hanno revisionato e consolidato i seguenti protocolli già esistenti:

- dimissioni protette e continuità ospedale-territorio;
- passaggio età evolutiva- età adulta nella disabilità collegando i servizi sanitari e sociali;
- DSM e Distretti, che ridefinisce il passaggio dall'età evolutiva a quella adulta nei soggetti sintomatici;
- condivisione dei diversi protocolli operativi esistenti nei due SSC relativi all'area minori e famiglie.

Tabella 12- % persone con valutazione integrata, con progetti personalizzati e con dimissioni protette SSC 5.1 e SSC 5.2

	2013/2014/2015
n. casi valutati in UVM	*100% dei nuovi casi complessi sono valutati attraverso le UVM, con gli strumenti individuati per ciascuna area (esclusa area materno infantile)*
n. casi con ProP	*100% dei casi complessi dispone di un ProP*
n. casi con dimissioni protette	*100% casi segnalati dal PUA con protocollo dimissioni protette sono presi in carico*

2.1.11 AREA PORDENONESE: SSC 6.1, SSC 6.2, SSC 6.3, SSC 6.4 e SSC 6.5

Nella provincia di Pordenone, le azioni di area socio-sanitaria sono state sviluppate a livello di cabina di regia inter-ambito, con un confronto costante tra i cinque SSC, i cinque Distretti sanitari, il coordinatore socio-sanitario e i referenti dei Dipartimenti aziendali. Sempre a livello provinciale, hanno operato anche i tavoli d'area (minori, adulti, anziani). Nel complesso è stato effettuato un confronto proficuo che ha portato alla ri-definizione di numerose prassi operative e alla stesura di diversi documenti di indirizzo; nonostante ciò, a livello operativo, si riscontrano ancora trasversalmente alle diverse aree alcune criticità.
Nello specifico, per i SSC dell'area pordenonese si rilevano i seguenti aspetti.

Accesso al sistema integrato: é stato confermato il Punto unico di accesso (PUA) come strumento di accoglienzadei servizi socio-sanitari. È stato elaborato un documento in cui sono state descritte le caratteristiche del PUA sui cinque territori: questo vede la presenza fisica di cinque sportelli nel territorio provinciale che sono presidiati esclusivamente da personale sanitario. Nella pratica, a seconda della complessità dei casi intercettati, vengono attivati, se necessario, anche i servizi sociali. In generale, il passaggio tra sistema sociale e sanitario è agevole e si struttura su una conoscenza biunivoca dei servizi e quindi sulla capacità di invio reciproco. La presenza dell'assistente sociale presso il PUA è un nodo ancora da sciogliere e da definire.

Unità di valutazione multi professionale/Strumenti di valutazione multidimensionali/Progetti personalizzati: sono state standardizzate a livello provinciale le procedure per le UVM, adottando strumenti uniformi di valutazione. Per tutti i casi complessi che a seguito della valutazione multidisciplinare sortiscono in una presa in carico, viene configurato un progetto personalizzato

secondo livelli di intervento socio-sanitario condivisi e validi per tutto il territorio provinciale. Sono state inoltre definite le modalità di gestione del "Budget integrato socio-sanitario-BISS" per il FAP psichiatrico. Nel complesso quindi è stata elaborata una bozza (non ancora completata) dei livelli essenziali minimi socio-sanitari di intervento validi a livello provinciale.

Protocolli per la continuità assistenziale: già nel 2002 l'allora ASS 6 aveva condiviso con i 5 SSC un *Protocollo sulla continuità assistenziale*, che è stato successivamente revisionato. Ad oggi ogni SSC gestisce le dimissioni protette e la continuità assistenziale con prassi consolidate, utilizzando strumenti formali e informali disponibili (Pronto intervento di assistenza domiciliare, costante rapporto con il Distretto, uso delle Assistenti familiari tramite il FAP).

Tabella 13– Persone con valutazione integrata, con progetti personalizzati (area pordenonese), livalore %

	2013/2014/2015
n. casi valutati in UVM	*100% dei nuovi casi complessi sono valutati attraverso le UVM, con gli strumenti individuati per ciascuna area*
n. casi con Progetto personalizzato	*100% dei casi complessi dispone di un ProP*

3. AREA MATERNO INFANTILE, INFANZIA E ADOLESCENZA: (Obiettivi 5-10)

Gli obiettivi regionali di integrazione socio-sanitaria dell'area materno infantile previsti dal PdZ 2013-2015 si sono concentrati essenzialmente su due linee di intervento, corrispondenti agli obiettivi regionali 5.1 e 5.2:

- promozione della permanenza dei minori in famiglia (ob. 5.1);
- potenziamento e qualificazione delle azioni di sostegno nelle situazioni di allontanamento del minore e nella gestione del sistema di accoglienza quando collocato all'esterno della propria famiglia di origine (ob. 5.2).

A questi due obiettivi di area si collega l'obiettivo regionale n. 10.1, facente riferimento all'area famiglia e genitorialità, il cui scopo è collegare interventi sociali e socio-sanitari programmati nei PdZ con specifiche azioni inerenti le politiche familiari. Si tratta, principalmente, di attività a sostegno delle adozioni, dell'affidamento familiare (LR n. 11/2006, art. 13), della vita di coppia e della valorizzazione della maternità e paternità. In questo obiettivo trovano spazio anche e soprattutto i progetti svolti con il coinvolgimento delle organizzazioni familiari (LR n. 11/2006) finalizzatialla realizzazione di azioni di supporto e sostegno alla vita familiare, anche a fronte delle sfide che l'odierna complessità sociale presenta.
Sulla base dei monitoraggi dei PAA realizzati annualmente dai 19 SSC nella tabella n. 14 è stato riportato il numero di indicatori il cui valore risulta positivo (R. in verde), raggiunto in modo parziale (P.R. in arancio) e non raggiunto (N.R. in rosso) per ciascun anno di programmazione (al 31/12). Si tratta, inoltre, di indicatori stabiliti a livello locale dai 19 SSC sulla base degli indicatori di risultato e dei valori attesi definiti all'interno delle LG. Si può osservare, nel triennio, un generale decremento del numero complessivo degli indicatori inseriti e monitorati dai 19 SSC (319 nel 2013, 238 nel 2014 e 231 nel 2015). A livello generale si può sottolineare come, nel corso del triennio, aumentano gli indicatori con esito raggiunto.
Osservando dunque l'andamento complessivo degli indicatori definiti dai diversi SSC e relativi all'area minori e famiglie, si evidenzia come, in generale, vi sia un discreto livello di raggiungimento del valore previsto dagli stessi (64,8% indicatori raggiunti nel 2015). Vi sono tuttavia alcuni servizi con una certa percentuale di indicatori non raggiunti nel 2015 (SSC 4.3 Cividale e i 5 SSC dell'Area pordenonese).

Tabella 14- Indicatori con esiti Raggiunto (R), Parzialmente Raggiunto (P.R.) e Non Raggiunto (N.R.) nei 19 SSC per gli obiettivi regionali afferenti all'area materno infantile (ob. 5 e 10). Valori assoluti e %.

	2013						2014						2015					
	R.	*P.R.*	*N.R.*	*R.*	*P.R.*	*N.R.*	*R.*	*P.R.*	*N.R.*	R.	P.R.	N.R.	*R.*	*P.R.*	*N.R.*	R.	P.R.	N.R.
	v.a.			%			v.a.			%			v.a.			%		
SSC 1.1	*19*	*5*	*4*	*67,9*	*17,9*	*14,3*	*2*	*3*	*5*	*20,0*	30,0	50,0	*7*	*1*	*1*	*77,8*	11,1	11,1
SSC 1.2	*22*	*3*	*2*	*81,5*	*11,1*	*7,4*	*16*	*4*		*80,0*	20,0	0,0	*7*		*1*	*87,5*	0,0	12,5
SSC 1.3	*22*	*3*		*88,0*	*12,0*	*0,0*	*1*	*6*	*3*	*10,0*	60,0	30,0	*6*		*3*	*66,7*	0,0	33,3
SSC 2.1	*28*			*100,0*	*0,0*	*0,0*	*21*			*100,0*	0,0	0,0	*13*		*2*	*86,7*	0,0	13,3
SSC 2.2	*28*			*100,0*	*0,0*	*0,0*	*7*			*100,0*	0,0	0,0	*13*		*2*	*86,7*	0,0	13,3
SSC 3.1	*14*		*2*	*87,5*	*0,0*	*12,5*	*5*		*4*	*55,6*	0,0	44,4	*13*		*6*	*68,4*	0,0	31,6
SSC 3.2	*5*	*1*		*83,3*	*16,7*	*0,0*	*8*	*1*		*88,9*	11,1	0,0	*7*			*100,0*	0,0	0,0
SSC 4.1	*10*			*100,0*	*0,0*	*0,0*	*6*		*1*	*85,7*	0,0	14,3	*6*		*1*	*85,7*	0,0	14,3
SSC 4.2	*14*			*100,0*	*0,0*	*0,0*	*7*		*1*	*87,5*	0,0	12,5	*7*			*100,0*	0,0	0,0
SSC 4.3	*6*			*100,0*	*0,0*	*0,0*		*1*	*8*	*0,0*	11,1	88,9	*3*		*6*	*33,3*	0,0	66,7
SSC 4.4	*4*		*4*	*50,0*	*0,0*	*50,0*	*5*	*2*	*2*	*55,6*	22,2	22,2	*5*	*9*	*2*	*31,3*	56,3	12,5
SSC 4.5	*4*		*14*	*22,2*	*0,0*	*77,8*							-	-	-	-	-	-
SSC 5.1	*12*		*2*	*85,7*	*0,0*	*14,3*	*14*		*8*	*63,6*	0,0	36,4	*20*	*1*	*3*	*83,3*	4,2	12,5
SSC 5.2	*10*		*2*	*83,3*	*0,0*	*16,7*	*19*	*1*	*9*	*65,5*	3,4	31,0	*23*		*6*	*79,3*	0,0	20,7
SSC 6.1	*4*	*1*	*8*	*30,8*	*7,7*	*61,5*	*2*	*2*	*7*	*18,2*	18,2	63,6	*3*	*3*	*5*	*27,3*	27,3	45,5
SSC 6.2	*8*	*1*	*8*	*47,1*	*5,9*	*47,1*	*6*	*3*	*7*	*37,5*	18,8	43,8	*6*	*2*	*6*	*42,9*	14,3	42,9
SSC 6.3	*9*	*2*	*10*	*42,9*	*9,5*	*47,6*	*5*	*3*	*10*	*27,8*	16,7	55,6	*6*	*1*	*6*	*46,2*	7,7	46,2
SSC 6.4	*4*	*2*	*9*	*26,7*	*13,3*	*60,0*	*2*	*3*	*8*	*15,4*	23,1	61,5	*4*	*2*	*5*	*36,4*	18,2	45,5
SSC 6.5	*5*	*1*	*7*	*38,5*	*7,7*	*53,8*	*3*	*2*	*5*	*30,0*	20,0	50,0	*2*	*1*	*7*	*20,0*	10,0	70,0
TOTALE	***228***	***19***	***72***	***71,5***	***6,0***	***22,6***	***129***	***31***	***78***	***54,2***	***9,7***	***24,5***	***151***	***20***	***62***	*64,8*	***8,6***	***26,6***

Nel dettaglio, per quanto concerne l'obiettivo n. 5.1, ovvero la promozione dei minori in famiglia, l'impegno assegnato ai PdZ lungo il triennio consisteva nella diminuzione del numero dei minori accolti in strutture comunitarie anche a seguito di un provvedimento dell'autorità giudiziaria. A diminuire, inoltre, nel triennio di programmazione avrebbero dovuto essere anche i tempi di allontanamento dalla famiglia dei minori collocati in strutture residenziali. Su quest'ultimo punto si segnala un esiguo numero di informazioni dovuto probabilmente alla raccolta non sistematizzata del dato da parte della maggior parte dei SSC[16]. È evidente che l'orientamento dei PdZ per quanto riguarda l'area minori e famiglia aveva come riferimento la promozione, qualora le condizioni fossero favorevoli, della de-istituzionalizzazione del minore e del sostegno socio educativo alla famiglia di origine. A livello trasversale va sottolineato che, su questo obiettivo, incidono in modo rilevante una serie di variabili non strettamente governabili dai SSC che, però, possono ostacolare il raggiungimento dei valori attesi indicati per il triennio. A tal proposito, uno di questi fattori è certamente riferibile all'incidenza del ruolo prescrittivo del Tribunale dei Minori che, come peraltro alcuni SSC segnalano nei propri monitoraggi annuali in modo esplicito (es. SSC 3.1

[16] La rilevazione regionale sui minori non censisce tale dato.

Gemona, SSC 4.4 Codroipo), indicano a priori nel decreto di allontanamento del minore il collocamento in struttura residenziale, precludendo così un'alternativa assistenziale-educativa.

Analizzando i dati relativi al numero di minori in comunità[17] riportati nella tabellan. 15si rileva come, complessivamente, dal 2011 il numero dei minori allontanati dal proprio nucleo familiare sia in diminuzione: la variazione 2011-2014 fa registrare, infatti, un calo di 77 unità sul totale regionale. Tuttavia, osservando i dati relativi ai singoli SSC, si può notare come in alcuni territori (es. SSC 3.1 Gemona, 2.2 Basso Isontino, 4.3 Cividale) il numero dei minori in comunità non diminuisca. Come già sottolineato in precedenza, anche a fronte di una serie di attività che incentivano l'inserimento dei minori in percorsi di recupero e protezione alternativi alle comunità di accoglienza residenziali, esistono una serie di variabili che incidono negativamente sugli esiti. Per esempio il SSC 3.1 Gemona segnala che, a partire dal 2014, sul numero di minori in comunità ha inciso l'allontanamento di due coppie di fratelli provenienti dallo stesso nucleo familiare.

Ad aumentare a livello regionale, invece, è il numero complessivo di minori stranieri inseriti in comunità: in questo caso infatti la variazione 2011-2014 rivela un incremento di ben 54 unità. In particolare, si osserva come il numero dei minori stranieri in comunità aumenti significativamente tra il 2013 e il 2014, passando da 145 a 160 unità. A titolo generale, tale dato può essere letto come una sempre maggiore stabilizzazione dei cittadini stranieri e dei loro nuclei familiari sul territorio regionale che implica, di conseguenza, anche una maggiore "esposizione" ai meccanismi e alle problematiche di cui sono passibili i nuclei familiari di nazionalità italiana[18].

[17] Il dato qui riportato è complessivo del numero dei minori accolti in strutture dislocate in Regione FVG e fuori dal contesto regionale. I fattori che determinano la scelta di inserire un bambino in una comunità fuori regione sono molteplici e possono fare riferimento a diverse situazioni. Principalmente i SSC optano per questa scelta se le esigenze specifiche del minore richiedono interventi professionali che le strutture regionali non sono in grado di soddisfare, oppure se, per esempio, l'inserimento in una comunità fuori regione risulta particolarmente vantaggioso (dal lato economico) in relazione alle prestazioni offerte.

[18] Sulla presenza degli stranieri in FVG, si segnala anche l'incremento notevole della presenza dei Minori Stranieri non Accompagnati (MNSA) sul territorio regionale in virtù delle recenti vicissitudini internazionali che coinvolgono anche la Regione FVG, in qualità di luogo di frontiera quale punto nevralgico della "rotta balcanica" dei migranti. A tal proposito, si segnala come la rilevazione regionale sui minori fuori famiglia indichi che il n. di MNSA in carico ai 19 SSC nell'ultimo quadriennio sia in sostanziale aumento. Particolarmente significativo è l'aumento2013-2014, dove si passa da 305 a 630 unità (dato di flusso).

Tabella 15- Minori in comunità (dentro e fuori FVG) di cui stranieri, per contesto territoriale - Anno 2011, 2012, 2013, 2014 (valori assoluti). Variazione 2011-2014. Incidenza % minori su popolazione under 18 residente nei Comuni

	2011		2012		2013		2014		var. 2011-14		incidenza % su pop. <18 anni residente nei comuni dei SSC			
	MF	*di cui Stran*	*MF*	*di cui Stran*	*MF*	*di cui Stran*	*MF*	*di cui Stran*	*tot.*	*stranieri*	*2011*	*2012*	*2013*	*2014*
1.1 Duino Aurisina					1		1	0	1	-	0,00	0,00	0,06	0,06
1.2 Trieste	110	32	120	56	113	54	91	41	-19	9	0,40	0,43	0,41	3,52
1.3 Muggia - San Dorligo	6		5		6		4	0	-2	-	0,24	0,19	0,23	0,01
AAS 1	**116**	**32**	**125**	**56**	**120**	**54**	**96**	**41**	**-20**	**9**	**0,37**	**0,39**	**0,37**	**0,30**
2.1 Alto Isontino	28	9	26	5	28	6	19	6	-9	- 3	0,28	0,26	0,28	0,19
2.2 Basso Isontino	10		13		11		12	2	2	2	0,09	0,12	0,10	0,11
5.1 Cervignano	13		21	7	17	7	24	7	11	7	0,16	0,25	0,20	0,29
5.2 Latisana	26	4	32	3	27	2	15	1	-11	- 3	0,31	0,38	0,32	0,18
AAS 2	**77**	**13**	**92**	**15**	**83**	**15**	**70**	**16**	**-7**	**3**	**0,21**	**0,25**	**0,22**	**0,19**
3.1 Gemona	1		3	1	8	1	12	2	11	2	0,02	0,06	0,17	0,27
3.2 Carnia	13		6		6		6	1	-7	1	0,24	0,11	0,11	0,11
4.1 San Daniele del F.	18		20	1	20	1	16	1	-2	1	0,25	0,28	0,28	0,22
4.4 Codroipo	21		14		21		12	5	-9	5	0,26	0,17	0,26	0,15
AAS 3	**53**	**-**	**43**	**2**	**55**	**2**	**46**	**9**	**-7**	**9**	**0,21**	**0,17**	**0,22**	**0,18**
3.2 Tarcento	21	4	13	3	10	1	14	1	-7	- 3	0,34	0,21	0,17	0,23
4.3 Cividale	17	2	20	5	21	6	22	13	5	11	0,21	0,25	0,26	0,28
4.5 Udine	70	24	61	16	61	15	54	16	-16	- 8	0,30	0,26	0,25	0,23
AAS 4	**108**	**30**	**94**	**24**	**92**	**22**	**90**	**30**	**-18**	**-**	**0,29**	**0,25**	**0,24**	**0,24**
6.1 Sacile	18	8	18	9	20	12	14	10	-4	2	0,17	0,17	0,19	0,13
6.2 San Vito al T.	15	1	18	3	15	7	11	5	-4	4	0,22	0,26	0,22	0,16
6.3 Azzano Decimo	14	1	25	10	15	5	12	9	-2	8	0,13	0,22	0,13	0,11
6.4 Maniago	19		28	13	20	8	14	9	-5	9	0,23	0,34	0,24	0,17
6.5 Pordenone	56	21	45	21	45	20	46	31	-10	10	0,37	0,30	0,29	0,30
AAS 5	**122**	**31**	**134**	**56**	**115**	**52**	**97**	**64**	**-25**	**33**	**0,24**	**0,26**	**0,22**	**0,19**
REGIONE FVG	**476**	**106**	**488**	**153**	**465**	**145**	**399**	**160**	**-77**	**54**	**0,26**	**0,26**	**0,25**	**0,22**

Avendo come riferimento gli indicatori posti nel PdZ dalla Direzione Centrale, si pone in evidenza come, per quanto riguarda gli obiettivi regionali 5.1 e 5.2 (tabella n. 16), la situazione sia abbastanza diversificata tra i 19 SSC. Nel PdZ degli ambiti della provincia di Pordenonenon erano esplicitati gli indicatori regionali, come anche nei PdZ di Tarcento e di Cividale. Tale situazione è probabilmente dovuta alla formulazione degli stessi che, in alcuni casi, ne ha reso per i territoridifficoltosa l'interpretazione e il monitoraggio. Per i cinque SSC del pordenonese, inoltre, è opportuno sottolineare come le macroazioni progettate per sviluppare l'obiettivo 5.1 (Promuovere la permanenza dei minori in famiglia) si concentrino maggiormente sull'aspetto di revisione del sistema di accesso più che su quanto previsto dall'obiettivo regionale. Ne consegue che, come evidenziato nella tabella 15, gli indicatori regionali non trovano riscontro nel set di valori segnalati nei PAA nel triennio.
La situazione appare piuttosto simile per gli indicatori regionali previsti per l'obiettivo regionale n. 10 (tabella n. 17): essi risultano assenti nei PdZ dell'area triestina, pordenonese, a Tarcento, a Codroipo e a Udine. Particolarmente "problematici" appaiono, nel dettaglio, i seguenti indicatori:

- n. progetti realizzati con il coinvolgimento delle organizzazioni familiari;
- n. progetti che prevedono il sostegno all'autoproduzione di servizi da parte delle organizzazioni familiari;
- n. iniziative inerenti i rapporti intergenerazionali realizzate;
- n. di Banche del tempo sostenute nel territorio di ambito distrettuale.

Anche in questo caso, tale assenza potrebbe rilevare non tanto una mancanza di tali attività nei 19 SSC quanto la difficoltà di censirle, monitorarle e riferirle alla formulazione regionale degli indicatori.

Tabella 162-Obiettivo 5 (INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA, AREA MATERNO INFANTILEINFANZIA E ADOLESCENZA). Esito raggiungimento indicatori regionali

	n. minori d'età allontanati con provvedimento dell'autorità giudiziaria e tempi di allontanamento.	Diminuzione N. minori inseriti in strutture comunitarie.	Aumento N. minori in forme di affidamento familiare.	Diminuzione N. giornate di permanenza nelle comunità per minori.	Aumento N. famiglie coinvolte in progetti/interventi di recupero.	Risorse impiegate in progetti di promozione dell'affido familiare
SSC 1.1	R.	R.	R.	R.	R.	-
SSC 1.2	R.	R.	R.	R.	R.	-
SSC 1.3	R.	R.	R.	R.	R.	-
SSC 2.1	-	R.	R.	N.R.	R.	R.
SSC 2.2	-	N.R.	R.	-	-	-
SSC 3.1	R.	N.R.	N.R.	N.R.	R.	R.
SSC 3.2	R.	R.	-	-	R.	-
SSC 4.1	-	-	-	-	R.	-
SSC 4.2	-	-	-	-	-	-
SSC 4.3	-	-	-	-	-	-
SSC 4.4	-	P.R.	P.R.	P.R.	P.R.	P.R.
SSC 4.5	-	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.	-
SSC 5.1	-	R.	R.	P.R.	N.R.	-
SSC 5.2	-	R.	R.	R.	N.R.	-
SSC 6.1	-	-	-	-	-	-
SSC 6.2	-	-	-	-	-	-
SSC 6.3	-	-	-	-	-	-
SSC 6.4	-	-	-	-	-	-
SSC 6.5	-	-	-	-	-	-

Tabella 17 - Obiettivo regionale 10 (INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA-AREA FAMIGLIA E GENITORIALITA'). Esito raggiungimento indicatori regionali

SSC	N. adozioni e affidamenti sostenuti	N. iniziative informative/formative realizzate	N. progetti realizzati con il coinvolgimento delle organizzazioni familiari	N. progetti che prevedono il sostegno all'autoproduzione di servizi da parte delle organizzazioni familiari	N. iniziative inerenti i rapporti intergenerazionali realizzate	Nn. di Banche del tempo sostenute nel territorio di ambito distrettuale	N. progetti di sostegno realizzati (in collaborazione con quali servizi e organizzazioni)
1.1	-	-	-	-	-	-	-
1.2	-	-	-	-	-	-	-
1.3	-	-	-	-	-	-	-
2.1	R	R	R	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.
2.2	R	R	R	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.
3.1	R	R	R	R	R	R	R
3.2	N.R.	N.R.	R	R	R	N.R.	N.R.
4.1	N.R.	R	R	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.
4.2	-	-	-	-	-	-	-
4.3	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.	N.R.
4.4	-	-	-	-	-	-	-
4.5	-	-	-	-	-	-	-
5.1	R	R	-	-	-	-	R
5.2	R	R	-	-	-	-	R
6.1	-	-	-	-	-	-	-
6.2	-	-	-	-	-	-	-
6.3	-	-	-	-	-	-	-
6.4	-	-	-	-	-	-	-
6.5	-	-	-	-	-	-	-

Nella tabella n. 18 si propone un quadro sinottico riassuntivo delle principali attività/ progettualità messe in campo dai 19 SSC rispetto alla promozione della permanenza dei minori in famiglia e alle attività/azioni di sostegno alla genitorialità (ob. regionali sociosanitari 5.1 e 10.1).
Le attività messe in campo dai 19 SSC a supporto della permanenza dei minori in famiglia si qualificano per diverse tipologie di azioni che possono essere *clusterizzate* attorno alle seguenti linee di intervento:

- rivisitazione di protocolli e strumenti di valutazione (es. costruzione di schede di valutazione dei profili di rischio e delle condizioni di pregiudizio) per il collocamento dei minori in comunità e per la valutazione dei loro profili di rischio (e della condizione familiare) (es. area triestina, goriziana, pordenonese, SSC 3.2, SSC 4.1, SSC 4.4);
- rivisitazione/riorganizzazione in modo partecipato di servizi consolidati nella rosa delle attività del SSC come, per esempio, gli interventi socio-educativi (es. 3.1 e 3.2);
- estensione di prassi operative consolidate intese quali buone pratiche (Protocollo I° e II° livello tra i 2 SSC della Bassa Friulana).

Tabella 18 - Quadro sinottico delle principali azioni/progettualità nel triennio finalizzate alla permanenza dei minori in famiglia e al sostegno alla genitorialità

SSC	Interventi a sostegno della permanenza dei minori in famiglia e sostegno alla genitorialità
Area triestina	– Rivisitazione protocolli in essere – Definizione di "procedure comuni" SSC/AAS per segnalazione e valutazione minori a rischio di allontanamento – Scheda identificazione Profili di rischio
Area isontina	– Predisposizione scheda di valutazione degli esiti collocamenti in comunità residenziale e semi – Osservatorio Provinciale di Comunità e Servizi Semiresidenziali – Protocollo SSC/AAS per l'incrocio dei dati, monitoraggio e valutazione interventi
3.1 Gemona	– Rivisitazione mission e riorganizzazione di: ➢ *SSETH (socio-educativo handicap)* ➢ *SSET (socio-educativo territoriale): in stand by* ➢ *SASH (socio-assistenziale bambini e ragazzi disabili)* – Applicazione protocollo "Promuovere il benessere di bambini, ragazzi e giovani" – Apertura Centro Diurno giovani a Gemona (2014)
3.2 Tolmezzo	– Scheda multidimensionale di valutazione dell'allontanamento del minore – Consolidamento Progetto Personalizzato per minori a rischio allontanamento – Protocollo Scuola – Applicazione Linee Guida per sostegno e allontanamento minore (ANCI) – Rivisitazione mission SASH (socio-assistenziale bambini e ragazzi disabili) – Rivisitazione (inter-ambito) modalità di compartecipazione spesa inserimento minori in comunità
4.1 S. Daniele	– Protocollo valutazione fattori di rischio e recupero competenze genitoriali (approvazione nel 2016) – Scheda multidimensionale rischio e pregiudizio
4.2 Tarcento	– Percorsi formativi per personale sociale e sanitario sulla presa in carico delle famiglie soggette a provvedimento giudiziario – Implementazione procedure presa in carico integrata per prevenire l'allontanamento del minore (documento Criteri Soglia dell'allontanamento)
4.3 Cividale	– GDL integrato SSC/AAS per riflessione sugli interventi socio-educativi – Percorso formativo per operatori sociali e sanitari (aspetti legali della presa in carico) – Revisione Protocolli e procedure UVDM (nel 2016)

SSC	Interventi a sostegno della permanenza dei minori in famiglia e sostegno alla genitorialità
4.4 Codroipo	– Scheda rilevazione SSC/AAS per l'individuazione di minori a rischio di allontanamento potenzialmente oggetto di progettazioni alternative (in fase di sperimentazione) – Adozione prassi comuni SSC/AAS: in stand by causa nuovo assetto AAS – Revisione linee guida SSC processi di allontanamento minore in collaborazione con il Tribunale Minori
4.5 Udine	– Costituzione gruppo SSCCF- EMT (gruppo multiprofessionaleinterservizi socio-sanitari)
Area Bassa Friulana	– Estensione ai due SSC del Protocollo cura e protezione I° e II° livello – Percorso di formazione per operatori – Modello operativo integrato servizi sociali e socio-sanitari per il supporto ai minori, alle famiglie e alla funzione genitoriale – Progetto GRAPPOLI (sostegno puerpere e gestanti/famiglie in difficoltà)
Area pordenonese	– Riorganizzazione provinciale UVM minori (sottoscritto documento) – Revisione modalità presa in carico per minori e famiglie (focus su adolescenti con esordi psichiatrici) – Istituzione Unità organizzative funzionali integrate (non raggiunto) – Revisione Protocollo adozioni e modalità presa in carico di minori e famiglie in situazioni di adozioni problematiche (documento nel 2016)
6.2 San Vito	– Ampliamento attività CAO per la prevenzione disagio giovanile
6.3 Azzano X	– Progetto Monitor Dis-agio – Progetto Genitori Educatori Informa <u>Consolidamento di:</u> – equipe minori di SSC – servizio consulenza legale Ufficio Tutela Minori
6.4 Maniago	– Apertura Centro Diurno minori a Maniago (non ancora aperto) – Crescere tra due culture (tavolo e condivisione progettualità) – Laboratori per genitori italiani e stranieri – Progetti transculturali per minori stranieri

Parallelamente a quanto previsto con l'obiettivo 5.1, con l'obiettivo regionale n. 5.2 i PdZ sono stati chiamati a potenziare il ruolo dell'istituto dell'affido familiare quale alternativa virtuosa all'inserimento in comunità dei minori provenienti da contesti familiari temporaneamente non idonei a svolgere la loro funzione educativa. A seconda dei bisogni dei minori e della problematica che ha causato l'allontanamento, l'affido familiare può assumere diverse connotazioni: da forme "leggere" generalmente finalizzate a prevenire l'allontanamento del minore dal proprio nucleo familiare, a forme più complesse che, invece, presumono l'allontanamento del minore dalla famiglia di origine per salvaguardarne il benessere. Accanto quindi alla condivisione e applicazione delle Linee Guida per la Regolazione dei Processi di sostegno e allontanamento del minore, redatte dal Consiglio nazionale degli Assistenti Sociali, dagli organi nazionali della Magistratura, dall'ANCI e dal Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, con questo obiettivo del PdZ i 19 SSC sono stati impegnati nel potenziamento degli interventi di sensibilizzazione dell'istituto dell'affido familiare. L'importanza di tale obiettivo risiede nel fatto che l'affido (in tutte le sue forme) si caratterizza proprio per un forte coinvolgimento della comunità locale: di conseguenza azioni sistematiche di sensibilizzazione risultano strategiche per far si che l'istituto dell'affido si configuri sempre più come una valida alternativa all'istituzionalizzazione dei minori. Di conseguenza, l'intento primario è consistito nella definizione di programmi integrati di sensibilizzazione delle comunità al fine di di

promuovere e sostenele la cultura dell'accoglienza, sollecitando e/o potenziando l'espressione di disponibilità di singoli o famiglie ad accogliere minori in condizione di disagio famigliare.
Anche in questo caso si osserva come questo obiettivo si inserisca spesso su percorsi di sensibilizzazione già da tempo implementati dai 19 SSC nei propri territori con modalità e intensità differenti nel tempo. Inoltre, ciò che si osserva è che i 19 territori hanno beneficiato di esperienze sul tema pre-esistenti, in modo da capitalizzare le conoscenze pregresse in un' ottica di condivisione dei successi e di potenziamento dei margini di miglioramento. È questo, per esempio, il caso dei cinque SSC della provincia di Pordenone che hanno strutturato a livello provinciale il percorso sulla promozione dell'affido partendo dalle più avanzate esperienze dei SSC 6.2 San Vito al Tagliamento e 6.5 Pordenone.
Similmente, anche i due SSC della Bassa Friulana (5.1 e 5.2) hanno utilizzato gli obiettivi dell'area materno-infantile del PdZ quale strumento per estendere ad entrambi i SSC l'applicazione del Protocollo strutturato a partire dal 2004 dal SSC 5.2 Latisana, per la realizzazione di un sistema di cura e di protezione sociale appropriato e integrato per minori e famiglie. Il Protocollo prevede un sistema organico di interventi a tutela dei minori articolato in un I° livello (SSC) contraddistinto dalle fasi di valutazione, intervento precoce, indagine sociale, protezione nelle situazioni a rischio del minore, seguito da un II° livello specialistico (SSC-AAS) che interviene attraverso un'equipe stabile dedicata e multiprofessionale (promossa dal SSC e gestita con l'ASS) nelle situazioni di grave trascuratezza, abuso, maltrattamento e violenza assistita.
Similmente a quanto detto in precedenza per la promozione della permanenza dei minori in famiglia, anche il tema della promozione dell'affido si caratterizza per essere un processo diacronico nel tempo, i cui risultati spesso non sono effettivamente riscontrabili nel breve periodo ma, al contrario, necessitano di un lasso di tempo potenzialmente più ampio di un triennio. Sensibilizzare la comunità locale su di un tema così delicato che contempla numerose implicazioni, specie in un contesto storico e sociale estremamente complesso e orientato all'individualismo come quello odierno, non è semplice e necessita probabilmente di una temporalità piuttosto lunga per generare dei positivi effetti. A questa considerazione di carattere generale, trasversalmente valida per tutti i 19 SSC, si aggiungono poi elementi caratterizzanti i diversi contesti comunitari. Nei territori dell'Alto (SSC 2.1) e Basso Isontino (SSC 2.2), per esempio, il PdZ ha rappresentato l'occasione per investire congiuntamente con la parte sanitaria, un nuovo e maggiore impegno su questo versante che, sia in termini di risultati sia in termini di prassi operative e collaborative, appariva piuttosto critico. Testimonianza di quanto il contesto locale sia una variabile estremamente determinante e dirimente nel raggiungimento dei valori attesi del PdZ, è quanto dichiarato dal SSC 3.1 Gemona che mette in luce una relazione tra il depopolamento e l'impoverimento culturale dell'area e l'esito non positivo delle campagne di promozione sul tema dell'affido, che non trovano un terreno fertile su cui attecchire.

Tabella 19 - Minori in carico al SSC (di cui stranieri) in affido familiare. Variazione 2011-2014 (valori assoluti).

	2011		2012		2013		2014		variazione 2011-2014	
	TOT	di cui stranieri	TOT	di cui stranieri	TOT	di cui stranieri	TOT	di cui stranieri	TOT	di cui stranieri
SSC 1.1							1	0	1	0
SSC 1.2	65	14	55	7	67	18	64	19	-1	5
SSC 1.3	2		2		2		1	0	-1	0
AAS 1	**67**	**14**	**57**	**7**	**69**	**18**	**66**	**19**	**- 1**	**5**
SSC 2.1			1		1		3		3	0
SSC 2.2	1		3		2		17	3	16	3
SSC 5.1	4	2	2		5	2	7	4	3	2
SSC 5.2	9		14		24	6	21	4	12	4
AAS 2	**14**	**2**	**20**	**0**	**32**	**8**	**48**	**11**	**34**	**9**
SSC 3.1	11	4	10		9		11	1	0	-3
SSC 3.2	17		16		17		11	0	-6	0
SSC 4.1	4		4		7	1	6	1	2	1
SSC 4.4	5		4		6		3	0	-2	0
AAS 3	**37**	**4**	**34**	**0**	**39**	**1**	**31**	**2**	**- 6**	**- 2**
SSC 4.2	4				6	1	8	2	4	2
SSC 4.3	5	3	5	1	9	1	7	1	2	-2
SSC 4.5	13		7		10	1	16	1	3	1
AAS 4	**22**	**3**	**12**	**1**	**25**	**3**	**31**	**4**	**9**	**1**
SSC 6.1	9	4	12	5	17	5	15	5	6	1
SSC 6.2	7	3	11	3	11	1	10	1	3	-2
SSC 6.3	23	4	18	4	20	5	12	1	-11	-3
SSC 6.4	13		10	4	6	2	10	1	-3	1
SSC 6.5	19	7	22	6	22	7	15	7	-4	0
AAS 5	**71**	**18**	**73**	**22**	**76**	**20**	**62**	**15**	**- 9**	**- 3**
REGIONE FVG	**211**	**41**	**196**	**30**	**241**	**50**	**238**	**51**	**27**	**10**

Guardandoai dati sull'affido riportati nella tabella. n. 19, si nota come, a livello regionale, il n. dei minori in affido cresca, anche nella componente straniera (rispettivamente +27 e +10 unità tra il 2011 e il 2014). Osservando i singoli SSC si possono rilevare nuovamente situazioni differenziate, frutto di prassi e orientamenti non omogenei tra i territori dipendenti da numerose variabili (es: esigenze emergentinel territorio, disponibilità economiche e professionali dei SSC e dei Consultori, attitudine della popolazione locale, ecc.). Nel quadriennio significativo appare l'aumento registrato nei territori dell'Alto e Basso Isontino, dove nel 2014 è stato registrato un incremento notevole dei minori in affido (specie nel SSC 2.2). Più statica, invece, appare l'evoluzione di questo istituto nei territori della montagna friulana: nel SSC 3.1 Gemona, come precedentemente riferito, i dati mostrano una effettiva difficoltà del territorio ad incrementare il numero dei minori in affido. Negativa, invece, la situazione nel SSC 3.2 Tolmezzo (Carnia) dove si registra addirittura un decremento del numero dei minori in affido nonostante le iniziative programmate con il PdZ. Sul tema, inoltre, si segnala che i SSC 1.2 Trieste e (dal 2015) il SSC 5.1 Cervignano hanno implementato sul proprio territorio il progetto ministeriale P.I.P.P.I (Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione) sulla prevenzione dell'istituzionalizzazione. Anche nel SSC

6.3 Azzano si registra nel quadriennio una diminuzione del n. di minori in affido nonostante le attività di sensibilizzazione avviate con le associazioni locali che si occupano del tema, sia a livello provinciale (area vasta) sia a livello locale. Su questo versante, tuttavia, si segnala come le azioni di confronto tra i cinque SSC del pordenonese e l'AAS 5 abbiano subito un rallentamento nel corso del triennio anche a fronte del processo di riorganizzazione del Servizio di NPI e del Consultorio Familiare. Questo e altri fattori contingenti hanno, infatti, spinto i SSC del pordenonese nel corso del 2015 ad attivarsi in modo autonomo sul versante affido, dando prioritariamente seguito a progettualità locali. Per esempio, il SSC 6.4 Maniagoha sviluppato sul proprio territorio una specifica progettualità dedicata alla sensibilizzazione delle famiglie straniere sul tema dell'affido: è stato ritenuto strategico dal servizio, infatti, dare seguito a tale azione proprio a fronte della casistica in carico e delle esigenze emerse dal territorio.
Infine, a supporto dell'area materno-infantile i PdZ hanno previsto di dare attuazione all'obiettivo regionale socio-sanitario 10.1 che intende collegare interventi sociali e sociosanitari programmati nei PdZ con specifiche azioni a sostegno delle famiglie nelle diverse fasi del ciclo di vita, con riferimento particolare al supporto alla genitorialità. In questo obiettivo rientrano anche le attività svolte dai SSC in collaborazione con le associazioni familiari, che sono state finanziate per realizzare azioni di sostegno e supporto alle famiglie.Come evidenziato in precedenza rispetto alle modalità e al grado di coinvolgimento delle associazioni locali e del Terzo Settore in generale, nel triennio di programmazione alcuni territori (es. SSC 4.4 Codroipo) hanno progressivamente intercettato le associazioni familiari beneficiarie dei finanziamenti regionali inserendole nel quadro della programmazione a supporto delle famiglie. In altri casi, invece, le attività riconducibili a queste realtà sono apparse più "slegate" rispetto alla programmazione di zona.
In linea generale, tutti i 19 SSC hanno cercato di valorizzare questi organismi presenti nel proprio territorio, cogliendo l'occasione del PdZ per censirli con l'ottica di mettere a sistema e capitalizzare le loro attività, valorizzando il loro contributo in quanto risorsa della comunità.Anche in questo caso, i diversi contesti sociali influiscono in modo differente sulla quantità e sul buon esito di queste attività: ai SSC spetta la regia degli interventi e il monitoraggio delle attività in corso.
Nella tabella sottostante (n. 20) si riporta un quadro sinottico delle attività programmate nel triennio dai 19 SSC finalizzate al sostegno della cultura dell'affido e al supporto della famiglia (Ob. 5.2 e Ob. 10). Volendo tracciare delle linee trasversali di intervento a cui ricondurre a livello macro le progettualità implementate dai 19 SSC si può osservare che le attività sviluppate fanno riferimento ai seguenti aspetti:

- azioni di revisione delle linee di intervento in caso di affido;
- azioni di sensibilizzazione verso la cultura dell'affido;
- aensimento/messa a sistema delle associazioni/organismi che operano in favore di minori e famiglie;
- aperimentazione di nuovi spazi di ascolto de-istituzionalizzanti (es. spazio neutro SSC 2.2) e aperture di nuovi luoghi di accoglienza (es. Curtil de cjase del SSC 4.1 per affido leggero);
- coinvolgimento delle scuole nelle varie progettualità (es. SSC 4.4 e 4.3).

Tabella 20- Quadro sinottico delle attività nel triennio finalizzate alla promozione della cultura dell'affido e al sostegno della famiglia

SSC	Interventi a sostegno della promozione dell'affido e della famiglia (minori e genitori)
Area triestina	– Predisposte linee guida per il sistema di servizi educativi residenziali e semi residenziali – Sperimentazione di nuove forme di intervento domiciliare a sostegno dei minori e famiglie – Sperimentazione Linee d'indirizzo per l'affidamento familiare e revisione protocollo affido <u>Azioni di sostegno alle famiglie:</u> – ricognizione sistema di offerta provinciale – Progetto di centro per le famiglie e l'educazione – percorsi di educazione alla genitorialità
1.2 Trieste	– Incremento di progetti nelle scuole con l'attivazione del SSSEd del comune di Trieste – Progetto P.I.P.P.I – Progetto Non uno di Meno (contro la dispersione scolastica)
1.3 Muggia	– Azioni di supporto alle famiglie (sostegno compiti, vita di coppia)
Area Isontina	– Interventi di informazione e formazione sul tema dell'affido (Progetto Affido) – Protocollo Affido – Pubblicizzare sui siti dei servizi e dell'AAS interventi per minori e famiglie (es. percorso nascita)
2.1 Alto Isontino	– Tavolo confronto sul tema del disagio, bullismo e devianza giovanile
2.2 Basso Isontino	– Mappatura l'offerta di attività/servizi a favore di minori e famiglie realizzati da istituzioni pubbliche e soggetti del terzo settore e del privato sociale – Progetto "Comunità educante in rete" – Costituzione Spazio Neutro e relativo documento sulle procedure
3.1 Gemona	– Campagna sensibilizzazione affido (2014) – Percorsi di cittadinanza attiva e socializzazione (con scuole e terzo settore) – Revisione percorsi di BL per giovani adulti <u>Sostegno associazioni familiari e loro progetti</u>: ANFASS Alto Friuli – Progetto Crescere con le emozioni – Progetto La bussola della qualità umana ASS. IO DEPOSITO – Laboratorio creativo Arte in guerra – MakeitTogether
3.2 Tolmezzo	– Percorsi informativi e formativi per la popolazione sulla genitorialità, affido e accoglienza – Collaborazione e sostegno alle associazioni familiari
4.1 S. Daniele	– Applicazione Linee Guida allontanamento minore (ANCI) – Apertura comunità Curtil di Cjase (2014) per minori in affido leggero – Formazione per operatori e personale educativo, insegnanti e volontari <u>Attività di sostegno alla genitorialità:</u> – Progetto Grillo Parlante – Progetto Spazio Famiglie – AAA famiglie cercasi (riformulato con le ass. familiari)
4.2 Tarcento	– Banca dati associazioni in tema di affido e adozione (con nuove adesioni) – Strumento rilevazione qualità comunità di accoglienza – Gruppi GAMA per educatori – Sportello ascolto genitori/insegnanti (c/o scuole primarie e secondarie I grado) – Supporto alle associazioni familiari finanziate
4.3 Cividale	– Revisione protocollo affido – Sostegno alle famiglie affidatarie (con il Focolare ONLUS) – Incontri con le scuole per scambio informazioni e buone prassi – Istituzione Tavolo Associazioni Familiari (2016)
4.4 Codroipo	– Censimento soggetti che svolgono progetti nell'area e delle associazioni familiari – Attività di sensibilizzazione sul tema dell'affido – Attività STS (asse scolastico e territoriale) – Percorso con gli insegnanti delle scuole del territorio sulle tematiche della salute e del benessere dei ragazzi

SSC	Interventi a sostegno della promozione dell'affido e della famiglia (minori e genitori)
4.5 Udine	– Censimento associazioni familiari – Attività di formazione per gli operatori gruppo integrato socio-sanitario – Sviluppo iniziative a sostegno della genitorialità e funzioni educative (azioni non avviate)
Area Bassa Friulana	– Costruzione modello territoriale Affido (sensibilizzazione, monitoraggio, supporto) – Sinergie con Terzo settore per forme alternative di accoglienza semi-residenziale di minori – Sperimentazione Nuove forme di affido familiare (in stand by in attesa di indicazioni regionali) – Progetto GRAPPOLI per le puerpere e, più in generale, il sostegno alle gestanti in difficoltà
SSC 5.1 Cervignano	– Progetto P.I.P.P.I
Area pordenonese	– Piano provinciale di sensibilizzazione sull'affido (attività in stand-by) – Documento prassi operative gestione progetto personalizzato (non prodotto) – Documento ri-orientamento offerta strutture provinciali (non prodotto) – Definizione criteri compartecipazione spesa retta comunità (ripresa nel 2016) – Definizione di governance presa in carico sociale e sanitaria minore in affido/comunità (ripresa nel 2016)
6.1 Sacile	– Piano famiglia di SSC
6.2 San Vito al Tagliamento	– Rafforzamento del CAO (Centro di Ascolto e Orientamento)
6.3 Azzano X	– Attività di promozione dell'agio dei minori (progetto "Monitor Dis-agio" integrato con il progetto "Genitori Educatori Informa") e consolidamento dell'Equipe Minori del SSC e del servizio di consulenza legale per l'Ufficio tutela minori. – Attività di sostegno ai minori e alle famiglie con particolare attenzione alla conciliazione dei tempi di lavoro e di cura, promuovendo il coinvolgimento della comunità locale. – Progetto Nuovi Cittadini Nuove Relazioni
6.4 Maniago	– Attività di sostegno alle famiglie e ai minori – Progettualità Crescere tra due culture (programma Immigrazione 2012), avviati laboratori per genitori italiani e stranieri e laboratori transculturali. – Attività di contrasto devianza giovanile

In conclusione, sul tema dell'affido e della promozione delle attività di sostegno alla famiglia e alla genitorialità si può affermare che, proprio per mettere a sistema a livello regionale le varie attività svolte dai 19 SSC, si avverte l'esigenza di un maggiore coordinamento regionale su tale complessa tematica, all'insegna di una implementazione ampiamente concordata delle azioni ritenute maggiormente efficaci. In particolare, i SSC 5.1 e 5.2 segnalano come proprio per l'incremento di nuove forme di affido familiare finalizzate al sostegno dell'autonomia dei minori/adolescenti messe in atto dal privato sociale, vi sia l'esigenza di un intervento specifico della Direzione Centrale che possa fornire indicazioni di metodo da condividere tra tutti i SSC (cfr. MA 5.2.3).

3.1 Area Maternoinfantile Infanzia e adolescenza nei diciannove SSC

I paragrafi seguenti riportano una sintesi delle principali attività svolte nei 19 SSC nell'arco del triennio di programmazione nell'area di riferimento. Verranno posti in rilievo, inoltre, gli eventuali elementi ostacolanti il raggiungimento delle azioni utili a comprendere le principali criticità incontrate dai territori nell'attuazione della pianificazione di zona. Si osservi come, per quanto concerne i SSC afferenti alla provincia di Trieste, Goriziae Pordenone, la programmazione svolta localmente è stata qui riportata in forma aggregata a livello di area provinciale, con le opportune (se presenti) specifiche a livello di singolo SSC, mentre per il territorio udinese è stata considerata in modo unitario l'area della Bassa Friulana (SSC 5.1 e 5.2).

3.1 AREA TRIESTINA: SSC 1.1, 1.2 e 1.3

Gli obiettivi dell'area Materno infantile si proponevano di stabilire delle "procedure comuni" tra l'AAS e i 3 SSC per quanto riguarda le problematiche di segnalazione evalutazione multidimensionale dei minori a rischio di allontanamento dal proprio nucleo familiare. Anche in questo caso l'obiettivo si è inserito su protocolli di intervento già esistenti (es. Procedure comuni per i rapporti tra Servizio sociale dei Comuni della provincia di Trieste e le Strutture complesse Tutela Salute Bambino e Adolescente Donna e Famiglia dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 Triestina per l'attività socio-sanitaria integrata per bambine/i e ragazze/i"), che sono stati quindi, nel corso del triennio, rivisti e aggiornati. Prosegue quindi la presa in carico tra servizi secondo quanto stabilito dal protocollo. Il lavoro integrato di presa in carico continua anche alla luce della ridefinizione dell'apporto operativo del Mal.Ab. (il Mal.Ab. è un gruppo interistituzionale sul tema della violenza, maltrattamento e abuso su minori). Nell'ambito 1.2, inoltre, l'analisi dei profili di rischio dei minori si è avvalsa dell'apporto del progetto del Ministero delle politiche sociali denominato P.I.P.P.I. E' stata definita una scheda identificante i profili di rischio che viene utilizzata anche come prassi operativa di comunicazione tra servizi sociali e socio-sanitari. E' prevista una revisione/miglioramento dei contenuti della scheda nel 2016 per meglio adattarla all'operatività dei professionisti coinvolti, prevedendo anche una sperimentazione operativa sui casi. Inoltre, il SSC 1.2, con la collaborazione del privato sociale,ha avviato per l'anno scolastico 2015/2016 un progetto contro la dispersione scolastica (progetto *Non uno di meno*).
Sul tema della promozione dell'affido, sono state svolte e sono ancora in corso le previste azioni di rafforzamento del sistema quale alternativa all'inserimento in comunità, sperimentando, con il concorso di diversi soggetti, forme di intervento domiciliare a sostegno dei minori e relative famiglie, nonché percorsi di educazione alla genitorialità nell'ottica di una comunità educante.
Per quanto riguarda il previsto sistema di azioni di promozione della salute e del benessere delle famiglie, dopo la ricognizione di un sistema di offerta già consolidato sulla scia di quanto promosso anche con il precedente PdZ, è stato elaborato un progetto di "Centro per le famiglie e l'educazione", il cui avvio non è stato ancora formalizzato. Sono state predisposte le linee guida per il sistema di servizi educativi residenziali e semiresidenziali e revisionato il Protocollo Affido alla luce di quanto emerso dalla sperimentazione delle *Linee d'Indirizzo per l'affidamento*

familiare: tale sperimentazione, realizzata in collaborazione con l'Università di Padova, si è conclusa. Si rimane in attesa degli estiti finali a livello nazionale. Il testo revisionato del protocollo affido è divenuto operativo nella prassi dei servizi. Inoltre il Comune di Trieste ha incrementato i progetti nelle scuole con l'attivazione del SSSEd (Servizio di Sostegno Socio Educativo).
Per il SSC 1.1 l'azione di prevenzione del bullismo nelle scuole non è stata realizzata per il venir meno dell'emergenza indicata.
Per il SSC 1.3. il lavoro di promozione dei progetti con le famiglie ha visto coinvolti soprattutto il SSC e alcune associazioni di famiglie del territorio, in microprogettualità locali (es. supporto compiti, sostegno alla vita di coppia). Inoltre, il previsto gruppo di lavoro per la rilevazione delle risorse dell'offerta per le famiglie, dalla gravidanza fino all'età pre-scolare, non è stato realizzato in quanto, nel triennio, è venuto meno il supporto dell'AAS su tale progettualità.

3.2 SSC AREA GORIZIANA: SSC 2.1 e 2.2

Gli obiettivi dell'area Materno Infantile rappresentano una delle aree di maggiore investimento per i due SSC dell'Isontino. Per quanto concerne l'obiettivo 5.1 le macroazioni sviluppate congiuntamente si concentrano sulle seguenti linee di intervento:

- valutazione degli esiti dei collocamenti in comunità residenziali e semi-residenziali con strumenti omogenei di valutazione (è stata predisposta una scheda ad hoc), analizzando le cause di allontanamento. Su questo tema si è costituito e avviato un Osservatorio Provinciale Comunità e Sevizi Semi-residenziali il cui assetto operativo, tuttavia, sarà consolidato dai SSC nel corso del 2016;
- è stato approvato, inoltre, un Protocollo tra SSC e AAS per l'incrocio dei dati individuali, il monitoraggio e la valutazione degli interventi che però non risulta ancora completamente a regime. Ne consegue che tale attività verrà consolidata nel corso del 2016.

Sul versante della promozione dell'affido i due SSC si sono impegnati nella realizzazione di interventi di formazione e informazione (anche in relazione a funzioni, compiti e responsabilità istituzionali) sul tema, proseguendo con il progetto Affido. Nel triennio, inoltre, sono stati realizzati percorsi formativi congiunti tra SSC e AAS sulla tutela dei minori e sul sostegno alle famiglie fragili, valorizzando, in tale contesto, la funzione dell'affido nelle sue possibili articolazioni: sul tema è stato prodotto un **Protocollo Affido**. E' stato altresì previsto l'incremento della diffusione dell'istituto dell'affido attraverso i canali web dei servizi e dell'AAS.
A livello locale, inoltre, il SSC 2.1 Gorizia ha dedicato una progettualità alla costruzione di un tavolo di confronto tra soggetti istituzionali e non istituzionali che si rivolgono a giovani e adolescenti, per un confronto sull'evidenza del fenomeno del disagio, del bullismo e della devianza giovanile.
ll SSC 2.2 Basso Isontino, invece, ha inteso sviluppare localmente l'offerta promozionale dedicata ai minori "mappando", in primis, l'offerta di attività/servizi a favore di minori e famiglie realizzati da istituzioni pubbliche e soggetti del privato sociale al fine di promuovere nuove opportunità per gli adolescenti (Ex progetto "Esistiamo", PdZ 2006-2008) e sviluppando il progetto "Comunità

educante in rete", coinvolgendo le famiglie sul tema dell'educazione e della genitorialità. Inoltre, nel triennio, è stato predisposto uno spazio dedicato ai ragazzi e alle loro famiglie (fascia adolescenziale e più ampiamente giovanile) denominato Spazio Neutro (cfr. MA 4.1.2-modalità di accesso ai servizi area materno infantile) le cui procedure sono state formalizzate in un documento nel 2013. Lo Spazio Neutro rappresenta, più che un luogo fisico, una modalità di relazione e presa in carico da parte dei servizi della popolazione target che dia garanzia di continuità, specie nel passaggio dalla minore alla maggiore età.

3.3 SSC 3.1 GEMONA DEL FRIULI

Gli obiettivi dell'area Materno Infantile sviluppati dal SSC 3.1 Gemona si concentrano sulla promozione del benessere dei bambini, ragazzi e giovani nel contesto familiare attraverso il consolidamento di progettualità in essere e la rivisitazione delle mission di servizi già attivi come il SSETH (servizio socio-educativo territoriale per l'handicap) e il SSET (servizio socio-educativo territoriale). Tuttavia si segnala come queste attività rimangano ancora in stand-by a causa di problematiche inerenti il personale dedicato, ovvero la mancata sostituzione della coordinatrice dell'area evolutiva. L'azione, infatti, al 2015 risulta sospesa. È stato invece riorganizzato positivamente e in modo partecipato il SASH (servizio socio-assistenziale per bambini e ragazzi con disabilità). Prosegue, inoltre, l'applicazione del protocollo "Promuovere il benessere di bambini, ragazzi e giovani" la cui diffusione ha facilitato i rapporti con le scuole. Dal 2014, inoltre, è attivo un centro diurno per minori gestito dalla cooperativa Aracon.
Sul versante della promozione della cultura dell'affido, il SSC ha intrapreso una serie di iniziative di sensibilizzazione: nel 2014, in particolare, è stata avviata una campagna sul tema dell'accoglienza e dell'affidamento familiare che ha prodotto l'effetto di sensibilizzare maggiormente le famiglie del territorio sul tema. Tuttavia, il SSC segnala la difficoltà in un contesto che demograficamente si spopola, caratterizzato (soprattutto in alcune zone) da povertà sociale e culturale, di avviare e dare seguito nel tempo a progetti di questo tipo. Infatti, una delle alternative vagliate dal SSC è stata quella di valutare la possibilità di ricorrere sperimentalmente a famiglie affidatarie "professionali", i cui membri siano in possesso di una adeguata formazione in ambito socio educativo. Inoltre, l'esigenza espressa è stata quella di una maggiore collaborazione tra i SSC della montagna friulana e servizi sanitari su questo tema, con il supporto dei competenti Uffici regionali. Si segnala, inoltre, l'applicazione delle Linee guida per l'affido emanate dalla Regione FVG.

Tabella 21-n. N. famiglie affidatarie nel triennio SSC 3.1

2012	2013	2014	2015
12 fam.disponibili, di cui 11 coinvolte in progetti di aff. familiare.	*20 fam.disponibili, di cui 10 coinvolte in progetti di aff. familiare.*	*13 fam.disponibili, di cui 9 coinvolte in progetti di aff. familiare.*	*8 fam. Disponibili, di cui 6 coinvolte in progetti di aff. familiare.*

Il SSC 3.1 ha inoltre intrapreso una collaborazione con le scuole e il terzo settore finalizzata al consolidamento delle attività educative, percorsi di cittadinanza attiva e di socializzazione per ragazzi. E' prevista, inoltre, la revisione di percorsi formativi rivolti ai giovani adulti (Borse lavoro

giovani) al fine di rendere tale azione maggiormente coerente con i bisogni di questo target di popolazione. Va infine segnalata una serie di progetti realizzati dal SSC in collaborazione con il terzo settore, di cui verrà dato conto successivamente nell'ambito della descrizione delle azioni sociali.

Sul tema degli inserimenti dei minori in comunità il SSC segnala il ruolo prescrittivo dell'Autorità Giudiziaria che incide sul raggiungimento dei valori attesi prefissati. Inoltre, sui dati relativi ai minori in comunità nel 2014, il SSC segnala l'inserimento di tre coppie di fratelli e di figli di donne soggette a maltrattamento, fattori che contribuiscono a spiegare l'incremento rispetto al 2013.

Tabella 22-Minori in comunità, totale giornate in comunità e tempi di allontanamento

	2007	***2008***	***2009***	***2010***	***2011***	***2012***	***2013***	***2014***	***2015***
totale giornate in comunità	*1.384*	*896*	*1.176*	*512*	*242*	*499*	*1.004*	*2.313*	*2552*
minori in comunità	*8*	*4*	*9*	*4*	*1*	*3*	*8*	*12*	*11*
giornate medie di permanenza dei minori in comunità	*173*	*224*	*130,66*	*128*	*242*	*166,33*	*125,5*	*192,75*	*232*

Il SSC 3.1 prosegue nel sostenere le associazioni familiari nelle loro attività (*ANFAS Alto Friuli*, progetti*Crescere con le emozioni* e *La Bussola della qualità umana*; Ass*. IO DEPOSITO*-laboratorio creativo Arte in guerra, in collaborazione con la scuola secondaria I grado di Pontebba; Laboratorio *Makeittogether*laboratorio teatrale di espressività verbale e nonverbale multilingue *friulano-italiano-tedesco* presso la scuola secondaria di I grado di Pontebba; *servizio scolastico pomeridiano*con l'associazione famiglie di Piovega).

Continua inoltre il sostegno economico e le attività a supporto dei figli minori di genitori separati in mancanza di mantenimento corrisposto.

Tabella 23- n. adozioni e affidi e attività a supporto della famiglia realizzati nel triennio

	2012	***2013***	***2014***	***2015***
N. di adozioni (L.R. 11/2016 art.13)	*0*	*1*	*0*	*0*
N. di affidamenti (L.R. 11/2016 art.13)	*2*	*10*	*5*	*3*
N. di iniziative informative/formative	*n.r.*	*7*	*13*	*11*
N. di prog. realizzati con le org. fam. (sia con org. formali sia con gruppi spontanei di genitori)	*n.r.*	*2*	*6*	*7*
N. di prog. che prevedono il sostegno all'autoproduzione di servizi delle org. fam. (servizio scolastico pomeridiano)	*0*	*1*	*2*	*1*
N. di iniziative inerenti i rapporti intergenerazionali	*5*	*8*	*15*	*4*
N. di Banche del tempo	*0*	*0*	*0*	*0*
N. di progetti di sostegno realizzati	*3*	*8*	*1*	*0**

** in assenza di finanziamento dedicati.*

3.4 SSC 3.2 TOLMEZZO (CARNIA)

Gli obiettivi dell'area Materno Infantile perseguiti dal SSC 3.2 Tolmezzo (Carnia) si sono concentrati sulla creazione e sperimentazione della scheda multidimensionale usata per la

valutazione dei rischi di allontanamento del minore, costruita da un gruppo di lavoro integrato tra SSC e Distretto sanitario. Nel 2014 la scheda è stata applicata in 5 situazioni mentre, nel 2015, sui 3 inserimenti d'urgenza decisi dall'Autorità Giudiziaria non è stato possibile usare lo strumento.

Tabella 24-. N. minori e tempi di allontanamento

2013	2014	2015
1 minore per 5 giorni dal mandato autorità giudiziaria.	*1 minore allontanato su prescrizione dell'autorità giudiziaria realizzato dopo 10 giorni dal decreto +1 minore allontanato su prescrizione dell'autorità giudiziaria realizzato in giornata (ex art 403) in collaborazione con le forze dell'Ordine*	*3 minori allontanati su prescrizione dell'autorità g. e inseriti in struttura + 1 minore inserito in forma diurna su prescrizione autorità g. + 1 minore inserito in struttura in forma consensuale propedeutico al percorso di affido familiare.*

Contestualmente è stato consolidato l'uso del Progetto personalizzato per i minori a rischio di allontanamento la cui efficacia è stata valutata nel triennio. Si consolidano, inoltre, i rapporti con le scuole del territorio rientranti nel Protocollo Scuola. In aggiunta, come accade trasversalmente a tutti i SSC, vengono applicate localmente le "Linee Guidaper la regolazione dei processi di sostegno e allontanamento del minore" redatte dal Consiglio Nazionale degli Assistenti Sociali, dagli Ordini nazionali della Magistratura, dall'ANCI e dal Ministero del Lavoro e Politiche sociali.Sul tema è stato approvato, a livello aziendale, un documento sull'applicazione delle prassi operative, che nel 2015 sono state applicate per 7 casi.

È stata, inoltre, avviata una formazione congiunta per tutti gli operatori coinvolti nella violenza di genere (ospedale, forze dell'ordine, legali , distretto, SSC).

Sul tema dell'affido il SSC 3.2, attraverso i tavoli territoriali attivati nei Punti Salute di Ampezzo e Paluzza, ha condotto una mirata informazione sul tema della genitorialità, dell'affido e dell'accoglienza definendo percorsi formativi e informativi per la popolazione che, seppur regolarmente svolti (4 nel 2013, 2 nel 2014 e *Cineforum Sguardi diversi* nel 2015), non hanno fatto registrare un elevato numero di nuove adesioni tra le famiglie affidatarie, sintomo di quanto il tema sia complesso e necessiti del giusto tempo per creare una nuova cultura che inneschi nuove sensibilità tra la popolazione.

Il SSC ha inoltre previsto di rivisitare, a livello inter-ambito, le modalità di compartecipazione dei genitori alle spese per l'inserimento dei minori in comunità. Per quanto riguarda i minori con disabilità viene rivisitata, così come nel SSC 3.1, la mission del SASH (servizio socio-assistenziale per bambini e ragazzi con disabilità) anche in termini di compartecipazione alla spesa da parte delle famiglie.

Infine, il SSC 3.2 si è impegnatoattivamente a collaborare e co-progettare con le associazioni finanziate sul bando regionale dell'associazionismo familiare. Di seguito, un prospetto dei progetti e delle iniziative svolte in collaborazione con le associazioni (tabella n. 25).

Tabella 25- N. beneficiari contributi LR 11/2006 SSC 3.2

Anno 2014	Anno 2015
4 beneficiari contributi LR 11/2006, art. 13 finanziamento 2012	3 beneficiari (per 3 progetti) contributi LR 11/2006, art. 13 finanziamento 2014
5 beneficiari contributi LR 11/2006, art. 9 bis finanziamento 2014	3 beneficiari (per 3 progetti) contributi LR 11/2006, art. 9 bis finanziamento 2015

3.5 SSC 4.1 SAN DANIELE DEL FRIULI

Gli obiettivi dell'area Materno Infantile sviluppati dal SSC 4.1 San Daniele del Friuli si sono concentrati sulla costruzione e approvazione di un Protocollo Operativo d'intesa con gli istituti scolastici per l'individuazione delle situazioni problematiche, funzionale alla valutazione dei fattori di rischio e all'individuazione di elementi per valutare il recupero delle competenze genitoriali. Tuttavia, l'approvazione di tale Protocollo, è stata rimandata al 2016 causa cambiamenti dei referenti originariamente coinvolti in seno agli istituti scolastici. Nell'ambito delleattività previste per la redazione del Protocollo è stata sperimentata su alcuni casi una scheda multidimensionale "rischio e pregiudizio" che, oltre a valutare informazioni derivanti dall'utilizzo di adeguati indicatori di pregiudizio, dà evidenza a delle indicazioni prognostiche e di recupero del minore e della famiglia (tale scheda viene anche condivisa con le scuole). La documentazione relativa alla sperimentazione è in corso e proseguirà per tutto il 2016, vista la proroga del PdZ.
Sul versante dell'affido il SSC 4.1 applica come gli altri SSC le "Linee Guidaper la regolazione dei processi di sostegno e allontanamento del minore" redatte dal Consiglio Nazionale degli Assistenti Sociali, dagli ordini nazionali della Magistratura, dall'ANCI e dal Ministero del Lavoro e Politiche sociali. Proseguono nel triennio anche le attività del progetto AAA famiglie accoglienti cercasi (nel 2015 il progetto ha coinvolto in via sperimentale 4 nuclei familiari), mentre nel novembre 2014 è stata aperta la comunità *Curtil di Cjase* che ha progressivamente iniziato ad accogliere i primi minori in "affido leggero".
Per quanto riguarda le azioni con le famiglie, prosegue anche il supporto del SSC alle attività di sostegno alla genitorialità, promozione del benessere di neonati e minori attraverso una serie di progettualità (Spazio famiglie, Grillo Parlante) e la riformulazione del progetto AAA famiglie accoglienti cercasi, alla luce delle nuove sinergie con le associazioni familiari beneficiarie di contributi regionali. Prosegue, infine, l'attività di formazione per operatori e personale educativo, insegnanti e volontari.

3.6 SSC 4.2 TARCENTO

Gli obiettivi dell'area Materno Infantile attuati dal SSC 4.2 Tarcento si concentrano sulla definizione, in coerenza con quanto previsto dalle "Linee Guidaper la regolazione dei processi di sostegno e allontanamento del minore" redatte dal Consiglio Nazionale degli Assistenti Sociali, unitamente agli ulteriori organismi già citati, di percorsi formativi volti al personale sociale e sanitario dedicati alla presa in carico integrata di famiglie soggette a provvedimenti giudiziari in materia di podestà genitoriale. Lo scopo è stato quello di innescare una riflessione su linguaggi e

prassi comuni che ha portato ad una maggiore consapevolezza nell'individuazione ed eliminazione di criticità, favorendo così un'integrazione socio-sanitaria più funzionale. I percorsi formativi, realizzati lungo il triennio hanno portato all'implementazione di procedure di presa in carico integrata per la prevenzione dell'allontanamento del minore. A ciò ha contribuito anche l'elaborazione di un documento integrato che identifica criteri soglia su cui basare gli interventi di prevenzione all'allontanamento.
Sul versante dell'affido il SSC 4.2, in collaborazione con il personale sanitario, ha mappato le associazioni che si occupano di affido e adozione predisponendo anche una banca dati, costantemente incrementata, delle famiglie disponibili ad accogliere minori provenienti da nuclei familiari in difficoltà. In seguito, è stato anche predisposto uno strumento di rilevazione dedicato alla verifica della qualità delle comunità di accoglienza. É proseguito inoltre, l'impegno del SSC sui percorsi di auto-mutuo-aiuto per le figure educative, nonché l'attività dello sportello di ascolto per genitori e insegnanti presso gli istituti comprensivi del territorio (scuole primarie e secondarie I grado). É stato dato seguito, infine, all'azione di supporto a 360 gradi alle famiglie presenti sul territorio svolta anche in collaborazione con le associazioni familiari finanziate sul bando regionale (es. attività di conciliazione tempi di lavoro e vita, attività a valenza educativa e di prevenzione, ecc.).

3.7 SSC 4.3 CIVIDALE DEL FRIULI

Gli obiettivi dell'area Materno Infantile sviluppati dal SSC 4.3 Cividale hanno puntato a definire e migliorare gli aspetti specifici di un sistema d'intervento integrato già esistente e a rafforzarlo attraverso l'ottimizzazione delle risorse professionali e sociali già presenti e l'individuazione di nuove (educatori specializzati e famiglie affidatarie).
A tal proposito, è stato istituito un "Gruppo di lavoro integrato di riflessione valutativa" dedicato agli interventi socio-educativi finalizzato anche a programmare un percorso formativo/di aggiornamento dedicato a: SSC, Distretto sanitario e Cooperativa che gestisce il servizio socio-educativo. Si è lavorato per rafforzare, attraverso la formazione integrata, le relazioni tra gli operatori di Distretto e SSC per migliorare il piano operativo della presa in carico nelle situazioni multiproblematiche. E' stata, pertanto, attivata una formazione sugli aspetti legali della presa in carico di situazioni minorili e l'attivazione di un percorso formativo di tipo metodologico, utili entrambi all'identificazione e definizione di buone prassi. Si prosegue nel 2016 nella revisione dei protocolli e delle procedure relative alle UVDM. E' stato consolidato il percorso di riqualificazione dell'intervento socio-educativo, anche in vista del rinnovo dell'appalto di gestione del servizio.
Sul versante dell'affido è stato costituito il gruppo di lavoro integrato che ha revisionato il protocollo affido ed è stata avviata la conseguente sperimentazione. E' stata svolta un'attività di sostegno al gruppo di famiglie con l'associazione "Il Focolare onlus". Nonostante la messa in campo di risorse, energie e professionalità, l'esperienza attuata ha evidenziato esiti non sempre in sintonia con quelli attesi. La riflessione, a tutt'oggi in corso, si sta concentrando sul tema della valutazione delle famiglie di origine del minore e sulla presa in carico di quelle affidatarie. Nel 2015, si è concordato di istituire un Tavolo delle associazioni familiari finalizzato a migliorare la

conoscenza di queste realtà emerse grazie al bando regionale dedicato all'associazionismo familiare. Proseguono, infine, le attività in collaborazione con le scuole (a tal proposito si veda anche la descrizione relativa agli obiettivo sociali).

3.8 SSC 4.4 CODROIPO

Gli obiettivi dell'area Materno Infantile sviluppati dal SSC 4.4 Codroipo si sono concentrati sul miglioramento del sistema di individuazione dei nuclei familiari multiproblematici, specie nell'ottica di un intervento preventivo dell'allontanamento del minore. A tal proposito è stata elaborata una scheda di rilevazione condivisa tra SSC e Distretto sanitario, funzionale all'individuazione di situazioni familiari-minorili potenzialmente oggetto di specifiche progettazioni d'intervento. Si segnala come, all'atto della predisposizione dei progetti personalizzati, sia prassi del SSC valutare la possibilità di ridurre i tempi di permanenza del minore in struttura residenziale: tuttavia su questa problematica pesa, come criticità, quanto previsto per decreto dal Tribunale dei Minorenni che, usualmente, individua il collocamento in struttura a priori. Rispetto alla prevista azione di definizione di prassi operative condivise tra SSC e Distretto per l'applicazione delle Linee guida nazionali sul tema, il SSC segnala come, specie nel corso del 2015, il cambiamento dell'assetto dell'AAS abbia inciso negativamente sullo sviluppo di questa attività. Prosegue tuttavia una riflessione dell'Area materno-infantile dell'AAS e dell'équipe professionale del SSC sui percorsi in essere con i due Tribunali che insistono sul territorio, con riferimento alla definizione delle Linee guida di ambito integrate per la regolazione dei processi di allontanamento e sostegno del minore, il cui contenuto verrà rivisto nel 2016. Il SSC 4.14 segnala che, su questo punto, le modalità di rapporto e gestione della casistica vanno ancora approfondite assieme all'Autorità giudiziaria. A tal proposito, nel 2015 i minori allontanati con provvedimento dell'Autorità giudiziaria sono stati 6; il tempo medio di allontanamento (permanenza fuori dal nucleo famigliare) è stato di 1.051 giorni.
Sul versante della promozione della cultura dell'affido, dopo aver rilevato e censito i soggetti che sul territorio svolgono azioni di supporto e prossimità alle famiglie in difficoltà, il SSC ha avviato la condivisione di programmi di sensibilizzazione all'accoglienza finalizzati a reperire nuove famiglie disponibili ad accogliere minori a rischio di allontanamento, nonché alla sensibilizzazione sulla violenza di genere, coinvolgendo le amministratrici donne e i gruppi giovani del territorio.
Sul versante della sperimentazione di forme innovative di affido e accoglienza, il SSC 4.4 segnala che la prevista apertura di un centro diurno per minori a rischio di collocamento extra familiare è stata ritenuta non concretizzabile. Sul tema del recupero delle famiglie di origine, SSC e Distretto sanitario hanno avviato nel triennio attività di condivisione e approfondimento sugli interventi già in atto: la presa in carico delle famiglie multiproblematiche prosegue sistematicamente. Tuttavia si segnala come il proseguo di tale attività in modo più strutturato 0appaia difficoltoso, causa riduzione delle risorse professionali attinenti al Distretto (Area materno-infantile).

Tab. 26 - Indicatori area materno infantile

Anno 2015
N. 24 minori inseriti in strutture comunitarie
N. 5 minori in forme di affidamento familiare
N. di giornate totali di permanenza nelle comunità per minori pari a 3.632
N. 65 famiglie coinvolte in progetti/interventi di recupero
Risorse impiegate in progetti di promozione dell'affido familiare – 25 ore annue
Risorse impiegate in progetti/interventi di recupero(1 AS, 1 psicologa del consultorio e per singoli casi una delle due psicologhe dell'EMT a seconda del territorio di competenza)

Sul versante del supporto alla genitorialità proseguono le attività della Scuola Territoriale della Salute (STS) su due assi (asse scolastico e territoriale) il cui programma è stato approvato e monitorato nell'ambito dello sviluppo trasversale a tutte le aree di utenza. Per l'area minori e famiglie, particolare spazio è stato espresso al supporto della vita di coppia e familiare. Le progettualità e le linee di intervento sono state ampiamente condivise con le scuole del territorio e ciò ha portato all'introduzione di una nuova progettualità (Percorso per gli insegnanti sulle tematiche della salute e del benessere) che per la prima volta riunisce tutte le scuole -pubbliche e non- di ogni ordine e grado dell'ambito distrettuale. Infine, sono state incontrate e mappate le associazioni familiari territoriali con la finalità di approfondire il loro operato e pianificare congiuntamente interventi sul tema della promozione dei rapporti intergenerazionali con il coinvolgimento delle persone anziane in attività di cura dei minori. Con queste associazioni, inoltre, il SSC 4.4 ha inteso condividere le linee di azione inerenti la genitorialità nell'ottica di creare nuove e strategiche sinergie.

3.9 SSC 4.5 UDINE

Gli obiettivi dell'area Materno Infantile sviluppati dal SSC 4.5 Udine si sono concentrati sul censimento delle associazioni familiari presenti sul territorio, con particolare riferimento a quelle che hanno partecipato al bando regionale per la selezione e il finanziamento di progetti a favore delle famiglie e che hanno sottoscritto la dichiarazione di impegno a collaborare nella realizzazione del PdZ. In questo contesto era in particolare previsto lo sviluppo di un processo partecipativo finalizzato a raccordare enti istituzionali e soggetti del terzo settore per valutare la possibilità di sviluppare un percorso inerente l'esercizio delle funzioni genitoriali e, specificatamente, quelle educative; si tratta di azioni ancora non avviate.
É stataavviata la costituzione di un gruppo multiprofessionaleinterservizi socio-sanitari (SSCCF-EMT) composto da componenti definiti e fissi, con funzioni di analisi delle procedure di intervento e dei mandati istituzionali relativi alla casistica multiproblematica. Tale gruppo è stato rafforzato anche grazie ad una formazione specifica ad hoc sviluppata in collaborazione con il servizio *zero tolerance*. Data la rimodulazione tra 2014 e 2015 dell'intero PdZ del SSC 4.5 le azioni risultano in fase di implementazione.

3.10 AREA BASSA FRIULANA: SSC 5.1 E SSC 5.2

La programmazione congiunta in Area Materno infantile dei SSC 5.1 e 5.2 è stata finalizzata ad estendere il Protocollo per la realizzazione di un sistema di cura e protezione strutturato in I° e II° livello (sul modello di quanto predisposto e in uso nel SSC 5.2 Latisana,) a tutto il territorio dei 2 SSC. Tale azione è stata realizzata congiuntamente a un percorso di formazione per gli operatori: le attività proseguono in continuità in un'ottica di consolidamento e stabilizzazione. All'estensione del Protocollo si affiancano trasversalmente ai due SSC anche le attività relative alla definizione di un modello operativo integrato comune a servizi sociali e socio-sanitari territoriali per il supporto ai minori, alle famiglie e all'esercizio della funzione genitoriale. Prosegue, inoltre, l'implementazione positiva del progetto *GRAPPOLI* per le puerpere e, più in generale, il sostegno alla famiglia e alle gestanti in difficoltà (anche in assenza di fondi regionali dedicati) in collaborazione con le associazioni familiari del territorio. Il raccordo su queste tematiche, inoltre, è previsto anche con altre agenzie del territorio (scuole, forze dell'ordine, ecc.) anche se le sinergie con questi soggetti hanno subito un rallentamento nel triennio specie in relazione della riorganizzazione dell'AAS. A livello locale, inoltre, il SSC 5.1 Cervignano, a partire dal 2015, ha implementato sul proprio territorio il progetto ministeriale P.I.P.P.I.
Sul versante dell'affido i 2 SSC hanno costituito, a partire dal 2013, un gruppo di lavoro integrato e permanente con lo scopo di pervenire alla definizione di un modello territoriale sull'affido, ad oggi in fase di sperimentazione. Tale modello prevede un mix di attività che vanno dalla sensibilizzazione/promozione della cultura dell'affido, al monitoraggio e sostegno degli affidi in corso fino alla programmazione di Gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto (GAMA) per le famiglie affidatarie. Concorrono alla realizzazione di tali attività anche percorsi costruiti in co-progettazione con gli organismi del terzo settore. Con questi ultimi sono state sviluppate, inoltre, sinergie per la realizzazione di forme di accoglienza semi-residenziali caratterizzate da notevole flessibilità e da forte valenza educativa. Risulta, invece, sospeso in attesa di indicazioni regionali l'incremento di nuove forme di affido familiare per adolescenti "sintomatici" da sviluppare di concerto con il privato sociale. Rinviata alla programmazione 2016, invece, l'individuazione di opportunità di accoglienza e supporto alla genitorialità in emergenza e a lungo termine per il target mamma-bambino.

3.1.1 AREA PORDENONESE:SSC 6.1, SSC 6.2, SSC 6.3, SSC 6.4 e SSC 6.5

La programmazione congiunta in Area Materno infantile dei 5 SSC della provincia di Pordenone ha previsto la rivisitazione del sistema di accesso e valutazione dei minori (UVM) e l'istituzione delle unità organizzative funzionali integrate nei 5 SSC, nonché la rivisitazione dei servizi di NPI e Consultoriali. A tal proposito, i 5 SSC e la Direzione dell'AAS 5 hanno sottoscritto un documento sul potenziamento delle UVM minori prevedendo un'omogeneizzazione sul territorio delle modalità di funzionamento degli strumenti utilizzati (Unità di valutazione multidisciplinare distrettuale-UVMD, che interviene direttamente sui casi; Unità di valutazione minori e famiglie-UVMF, che interviene

ad un secondo livello, non prendendo mai in carico la situazione). Tale documento è stato formalmente approvato dall'Assemblea dei Sindaci dell'SSC 6.1 Sacile e 6.3 Azzano, mentre per i SSC 6.2 San Vito, SSC 6.4 Maniago e SS 6.5 Pordenone l'approvazione è stata rimandata ai primi mesi del 2016.
Vengono revisionate e messe in atto nel triennio a livello provinciale anche le modalità di presa in carico (con conseguenti nuovi modelli di intervento) per minori e famiglie, con particolare riferimento agli adolescenti con esordi psichiatrici. Vengono anche parzialmente ridefiniti, alla luce del nuovo assetto della NPI, i protocolli e le prassi già in atto (protocollo adozioni),così pure le modalità di presa in carico di minori e famiglie in situazioni di adozioni problematiche, anche alla luce delle Linee guida regionali. Pur essendo tali prassi adottate sul territorio, il documento di sintesi è atteso per il 2016.
Si evidenziano a livello locale i seguenti obiettivi.

- Il SSC 6.2 promuove e amplia (sulla base delle risorse disponibili) le attività del CAO (Centro di Ascolto e Orientamento) in relazione alla prevenzione del disagio giovanile.
- Il SSC 6.3 prosegue le attività del progetto "Monitor Dis-agio" integrandole con quelle del progetto "Genitori Educatori Informa", consolida l'Equipe Minori di SSC e il servizio di consulenza legale per l'Ufficio tutela minori.
- Il SSC 6.4 ha, invece, avviato le pratiche per l'apertura di un Centro Diurno per minori in situazioni di disagio a Maniago (a fine 2015 non ancora aperto) e ha costituito un tavolo di confronto tra soggetti istituzionali e non per la condivisione della progettualità "Crescere tra due culture" (Programma Immigrazione 2012). Sul versante dell'affido, inoltre,vengono attivate specifiche azioni di coinvolgimento per le famiglie straniere che possano essere disponibili ad accogliere minori stranieri in difficoltà. Avviati, inoltre, laboratori per genitori italiani e stranieri e implementati progetti educativi transculturali per i minori stranieri.

A livello provinciale, sul versante dell'affido, partendo dalle esperienze più avanzate sviluppate nei SSC 6.5 e 6.2 (San Vito, infatti, ha attivo da 15 anni un protocollo operativo con AAS 5 e con l'Associazione il Noce su questo tema) è stato previsto l'avvio di una progettualità provinciale (Piano provinciale di sensibilizzazione sull'affido), coinvolgendo anche il privato sociale. Tale attività, il cui esito programmato consisteva in un documento progettuale provinciale per la sensibilizzazione delle famiglie all'affido, è stata però sospesa in primis in attesa delle linee guida sull'affido poi emanate dalla Direzione Centrale. Viene ripresa nel corso del 2015 quando, però, non trova comunque piena realizzazione in quanto il previsto documento provinciale non viene ancora prodotto. Su tema dell'affido, inoltre, i cinque SSC a partire dal 2015 hanno deciso di proseguire in autonomia con il relativo Distretto e le proprie associazioni coltivando con queste i rapporti pre-esistenti e, laddove possibile, stabilendo nuove collaborazioni.
Sempre a livello provinciale era prevista la definizione di un documento relativo alle prassi operative per la gestione dei progetti personalizzati e uno studio di fattibilità per un ri-orientamento dell'offerta delle strutture rispetto ai bisogni dell'utenza: entrambi i documenti non sono stati prodotti nonostante il confronto a livello provinciale sia stato avviato.Nel corso del 2014 si è costituito un tavolo provinciale "cantiere comunità" all'interno dei finanziamenti dedicati ai consultori familiari per un primo confronto sul ri-orientamento delle strutture. Il tavolo è costituito

da rappresentanti dell'AAS 5, dei SSC e di tutte le strutture di accoglienza presenti sul territorio provinciale. I lavori del tavolo sono stati estesi anche al 2016. Infatti, i 5 SSC si sono impegnati nella definizione dei criteri di compartecipazione economica, funzionalealla sostenibilità del progetto Pronta Accoglienza nonché nella definizione di criteri omogenei e condivisi di compartecipazione alla spesa della retta tra SSC e AAS 5. Anche tale attività non risulta completamente assolta nonostante i confronti attivati tra SSC e AAS;tale attività viene così riproposta nel 2016. Viene anche ripresa nel 2016, perché non sviluppata nel triennio, la prevista definizione provinciale di forme di *governance* nella presa in carico sociale e sanitaria del minore in comunità/affido.

4. AREA DISABILITA' (Obiettivo 6)

Per quanto riguarda l'integrazione socio-sanitaria nell'area disabilità, le LGsi concentravano principalmente sulla riqualificazione dei centri diurni finalizzata a:

- "diversificare il sistema semiresidenziale per adulti con disabilità con offerte adattabili alle esigenze dei soggetti";
- "promuovere soluzioni innovative alternative o integrative dei centri diurni maggiormente in grado di sostenere, in continuità educativa con la scuola e la famiglia, percorsi di autonomia personale e di inclusione sociale nei diversi contesti comunitari".

Nel complesso, quindi, l'indicazione proveniente dalle LG era quella di creare delle sinergie positive tra Enti gestori dei Servizi per l'handicap (art. 6, LR 41/96), SSC e Distretti sanitari per la condivisione di:

- "un Piano di riqualificazione degli attuali centri diurni che definisca un sistema di offerta adattabile alle esigenze dei soggetti per bisogni, intensità di assistenza e di frequenza";
- "progettualità innovative finalizzate alla promozione di percorsi, integrati anche con altri servizi, di autonomia personale e di inclusione sociale nei diversi contesti comunitari (ricreativi, culturali, sportivi, occupazionali), alternativi o integrativi dei centri diurni, con particolare attenzione ai giovani disabili che concludono il percorso scolastico e per i quali si ritiene preclusa la possibilità di un inserimento lavorativo".

In tal senso, nei 19 PdZ sono state previste una serie di attività volte a diversificare l'offerta dei centri diurni attraverso iniziative spesso connesse con l'agricoltura sociale e con le forme di abitare possibile. É da registrare che molti SSC hanno sviluppato progettualità finalizzate a migliorare il benessere e la socialità delle persone con disabilità e delle loro famiglie attraverso attività educative/ricreative.
In generale, per quanto riguarda l'implementazione delle attività previste nei PdZ, nella tabella n.27 è stato evidenziato il numero di indicatori il cui valore al termine di ciascuna annualità è stato raggiunto con esito positivo (R. in verde), in modo parziale (P.R. in arancio) o negativo (N.R. in rosso). Si tratta di indicatori definiti dagli stessi SSC: l'analisi del loro andamento costituisce quindi una prima autovalutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati nel triennio. A tal proposito, si evidenzia come in generale il valore degli indicatori previsto sia stato raggiunto nella maggior parte dei casi, con un costante miglioramento nel corso del triennio: complessivamente a livello regionale, tra il 2012 e il 2015, gli indicatori con valori positivi passano dall'83,5% alla fine del 2013, all'83,8% al termine del 2014 e all'85,9% nel 2015.A termine del 2015 gran parte dei SSC hanno dichiarato di aver raggiunto il 100% degli obiettivi prefissati. Al contrario, si distinguono solo i SSC dell'area triestina (SSC 1.2, SSC 1.2 e SSC 1.3) , il SSC 4.4 Codroipo e il SSC 6.2 San Vito al Tagliamento che evidenziano delle criticità.
Nello specifico, nell'area triestina si evidenzia un ritardo nella valutazione degli esiti del nuovo modello di presa in carico socio-sanitaria rivolta a minori con disabilità (0-6 anni) e alle loro

famiglie (nel 2015 sono stati seguiti attraverso questo nuovo modello 9 minori in carico alle strutture distrettuali e con un'EMH attiva).

Per quanto riguarda il SSC 1.1 Duino Aurisina si segnala come l'azione relativa alla costituzione di una Consulta disabili sia stata realizzata solo formalmente, senza quindi ricadute concrete e operative sul territorio.

Il SSC 4.4 Codroipo ha rallentato lo svolgimento delle azioni a causa dei cambiamenti incorsi nell'assetto istituzionale dell'AAS 3.

Il SSC 6.2 San Vito invece evidenzia delle criticità per quanto riguarda le progettualità a favore delle persone con disabilità post- traumatiche o con patologie degenerative (c.f.r Macroazione 6.1.5).

Si segnala, inoltre, che, per quanto riguarda la riorganizzazione dei servizi semi-residenziali, il SSC 4.1 San Daniele evidenzia un rinvio al 2016 della sperimentazione relativa ai nuovi assetti, a causa della riorganizzazione complessiva dell'AAS.

Tabella 37-Obiettivo 6: indicatori previsti nel PdZ con esiti raggiunti (R.), parzialmente raggiunti (P.R.) e non raggiunti (N.R.) per ciascun SSC nel triennio 2013-15.

	2013						2014						2015					
	R.	*P.R.*	*N.R.*	*R.*	*P.R.*	*N.R.*	*R.*	*P.R.*	*N.R.*	R.	P.R.	N.R.	*R.*	*P.R.*	*N.R.*	R.	P.R.	N.R.
	v.a.			%			v.a.			%			v.a.			%		
SSC 1.1	19	5	1	76,0	20,0	4,0	15	4	1	75,0	20,0	5,0	9	-	7	56,3	-	43,8
SSC 1.2	17	4	1	77,3	18,2	4,5	13	3		81,3	18,8	0,0	9	-	3	75,0	-	25,0
SSC 1.3	17	4	1	77,3	18,2	4,5	12	4	1	70,6	23,5	5,9	11	2	3	68,8	12,5	18,8
SSC 2.1	3		2	60,0	0,0	40,0	3		2	60,0	0,0	40,0	6	-	-	100,0	-	-
SSC 2.2	3		2	60,0	0,0	40,0	3		2	60,0	0,0	40,0	6	-	-	100,0	-	-
SSC 3.1	2			100,0	0,0	0,0	2			100,0	0,0	0,0	4	-	-	100,0	-	-
SSC 3.2	10			100,0	0,0	0,0	10		2	83,3	0,0	16,7	11	-	-	100,0	-	-
SSC 4.1	4	1		80,0	20,0	0,0	6		1	85,7	0,0	14,3	9	-	-	100,0	-	-
SSC 4.2	3			100,0	0,0	0,0	3			100,0	0,0	0,0	3	-	-	100,0	-	-
SSC 4.3	4			100,0	0,0	0,0	6			100,0	0,0	0,0	6	-	-	100,0	-	-
SSC 4.4	2			100,0	0,0	0,0	5	1		83,3	16,7	0,0	3	-	1	75,0	-	-
SSC 4.5			2	0,0	0,0	100,0							-	-	-	-	-	-
SSC 5.1		1		0,0	100,0	0,0	1			100,0	0,0	0,0	1	-	-	100,0	-	-
SSC 5.2			1	0,0	0,0	100,0	1			100,0	0,0	0,0	1	-	-	100,0	-	-
SSC 6.1	16			100,0	0,0	0,0	7		1	87,5	0,0	12,5	6	-	-	100,0	-	-
SSC 6.2	13	1		92,9	7,1	0,0	7		1	87,5	0,0	12,5	6	1	1	75,0	12,5	12,5
SSC 6.3	14		1	93,3	0,0	6,7	9			100,0	0,0	0,0	6	-	-	100,0	-	-
SSC 6.4	10	1		90,9	9,1	0,0	11			100,0	0,0	0,0	6	-	-	100,0	-	-
SSC 6.5	10	1		90,9	9,1	0,0	5			100,0	0,0	0,0	7	-	-	100,0	-	-
TOTALE	**147**	**18**	**11**	**83,5**	**10,2**	**6,3**	**119**	**12**	**11**	**83,8**	**6,8**	**6,3**	**110**	**3**	**15**	**85,9**	**1,7**	**8,5**

Per quanto riguarda nel dettaglio gli indicatori di esitodelle azioni realizzate nell'ambito dell'ob. 6, le LG pongono in rilievo i seguenti due aspetti:

- evidenza del sistema di offerta diversificato per intensità della cura e dell'assistenza;
- n. giovani disabili che a conclusione del percorso scolastico sono stati inseriti in programmi educativi e di inclusione sociale alternativi o integrativi dei centri diurni.

I monitoraggi mettono in evidenza come tali obiettivi siano stati dichiarati raggiunti in tutti i territori. Tuttavia, dal punto di vista formale, si sottolinea come in ben 15 PdZ non si faccia esplicito riferimento, nell'ambito degli indicatori previsti dai SSC, all'evidenza di un sistema di offerta diversificato per intensità della cura e di assistenza. Pertanto, su questo aspetto non è possibile esprimere una valutazione di merito. Nella maggior parte dei casi ciò è presumibilmente dovuto alla difficoltà di interpretazione di tale indicatore, più che alla mancanza di un'effettiva diversificazione nel territorio dell'offerta di strutture semiresidenziali per persone con disabilità.

Tabella 28-Ob. Regionale 6.1: "diversificare il sistema semiresidenziale per adulti disabili…": valore degli indicatori (R=raggiunto; P.R.= Parzialmente raggiunto; N.R.=Non raggiunto; n.p.=non pervenuto).

	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	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
SSC 1.1	n.p.	R.	R.
SSC 1.2	n.p.	R.	R.
SSC 1.3	n.p.	R.	R.
SSC 2.1	n.p.	R.	R.
SSC 2.2	n.p.	R.	R.
SSC 3.1	n.p.	R.	R.
SSC 3.2	n.p.	R.	R.
SSC 4.1	R.	R.	R.
SSC 4.2	n.p.	R.	R.
SSC 4.3	n.p.	R.	R.
SSC 4.4	n.p.	R.	R.
SSC 4.5	n.p.	R.	R.
SSC 5.1	n.p.	n.p.	n.p.
SSC 5.2	n.p.	n.p.	n.p.
SSC 6.1	R.	R.	R.
SSC 6.2	R.	R.	R.
SSC 6.3	R.	R.	R.
SSC 6.4	R.	R.	R.
SSC 6.5	R.	R.	R.

Analizzando maggiormente nel dettaglio quanto realizzato i 19 SSC nell'ambito dell'ob. 6, dai monitoraggi si rileva come la revisione dei centri diurni sia stata realizzata in tutti i territori, seppur con intensità diverse. Infatti quasi tutti i SSC hanno dichiarato di essersi impegnati nella ridefinizione degli aspetti organizzativi, degli obiettivi edelle attività dei centri diurni. Tuttavia si registra come per alcuni questo percorso fosse già stato in parte avviato (per esempio SSC 4.2 Tarcento e SSC 4.3 Cividale), mentre, per altri, il PdZsia stato l'occasione per iniziare una verifica in tal senso (SSC dell'Area Triestina e dell'Area Isontina).In quasi tutti i territori, inoltre, si è agito cercando di diversificare l'offerta residenziale sperimentando forme di *abitare possibile* (gruppi

appartamento). Un altro elemento comune è stata la ricerca di alternative al centro diurno attraverso la collaborazione con le fattorie didattiche (SSC dell'Alto Friuli, SSC 4.3 Cividale, SSC 4.4 Codroipo e SSC dell'area pordenonese).

In generale si evidenzia come alla realizzazione delle attività previste all'interno dell'area disabili abbiano concorso in modo particolarmente funzionale e significativo gli organismi del terzo settore, depositari di una notevole *expertise* in tal senso (per valorizzare queste risorse, ad esempio, i SSC dell'area Bassa Friulana hanno realizzato una vera e propria mappa conoscitiva delle risorse presenti e delle risorse attivabili nel contesto della comunità).

Si segnala, inoltre, come il solo SSC 6.1 Sacile si sia mosso all'interno di una cornice unitaria, definendo un Piano Locale disabili, il cui risultato è stata una co-progettazione che ha coinvolto 3 Cooperative sociali in ATI e 25 associazioni di volontariato.

Per quanto riguarda i miglioramenti che tali processi hanno comportato per l'utenza, è difficile in questa sede fornire una valutazione, in quanto non sono disponibili dati complessivi in merito. Infatti, le informazioni qui rilevate fanno riferimento ai percorsi alternativi ai centri diurni e finalizzati all'inserimento lavorativo: si tratta quindi di quei percorsi che si sono concretizzati in una borsa lavoro e di cui si forniscono maggiori informazioni nella descrizione dell'obiettivo 8.

Per avere un quadro d'insieme, si riporta nella tabella n. 29 una sinossi delle attività svolte nei diversi territori.

Tabella 29-Percorsi di diversificazione dei Centri diurni presenti nei 19 PdZ (sintesi)

	Percorsi di diversificazione dei Centri diurni
Area triestina	-Redazione nuovi schemi tipo per le convenzioni per gli inserimenti in soluzioni abitative protette e presso i centri socio educativi per le prestazioni socio-assistenziali a carattere diurno - Linee guida con i contenuti metodologici, gli elementi organizzativi, gli obiettivi e le attività dei centri diurni sperimentali - Inserimenti alternativiai centri diurni
SSC-1.3	SSC 1.3: avviate le procedureper la realizzazione del centro polivalente di Aquilinia ed è iniziata la gestione del Centro Socio Riabilitativo Educativo Diurno, Comunità Alloggio e di Casa Benussi (all'interno del capitolato d'appalto del Servizio Socioeducativo Territoriale).
SSC-2.1	- Riorganizzazione CD, in relazione al passaggio dei minori all'età adulta e nuova regolamentazione dell'accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali degli anziani.
SSC-2.2	- Presenza di forme innovative di residenzialità (convivenze di 2/3 persone). - Progetti per l'integrazione dei giovani disabili (es. sport integrato)
SSC-3.1	- Consolidamento e miglioramento dell'organizzazione modulare dei centri diurni di Gemona del Friuli e di Pontebba/Tarvisio; - Sviluppo di modelli organizzativi di contesti comunitari inclusivi e di «abitarepossibile» in appartamento in cui è possibile sperimentare forme di autonomia. - Progetto SIRIOin collaborazione con fattorie sociali (azioni in capo all'AAS 3)
SSC-3.2	- Estensione dell'organizzazione modulare a tutti i centri diurni a gestione diretta al fine di favorire la continuità educativa con scuola e territorio. I servizi collaborano nell'attuazione di iniziative socio-educative: alcuni ospiti infatti sperimentano contesti alternativi per attività socioeducative e di autonomia (gruppo appartamento, Stazione Arcobaleno, CD per anziani Tolmezzo e Casa Lorenzin di Villa Santina). Sviluppo di un percorso di formazione per le strutture in base all'età e alla condizione degli ospiti. - Individuazione di contesti comunitari inclusivi e di "abitare possibile" nei quali sperimentare processi di autonomia individuale e promuovere nuovi modelli organizzativi alternativi a quelli dei CD. - Sviluppo dell'organizzazione a rete delle fattorie sociali come modello inclusivo innovativo (fattoria sociale Bosco di Museis, Agriturismo Londero e cooperativa CIC per inserimenti diurni e/o residenziali e promozione di percorsi di abilità pratico manuali).

Percorsi di diversificazione dei Centri diurni	
	- Progetto SIRIO
SSC-4.1	-Riorganizzazione CD attraverso il progetto di alternanza scuola lavoro presso Casa Elena. -Progetto Asino per natura e soggiorni estivi montani/marini -Analisi dell'utenza dei centri convenzionati ex. art. 26 (Comunità Piergiorgio, S. Maria dei Colli, Nostra Famiglia) e dell'offerta dei servizi semi-residenziali del SSC (CD Valentino Pontello, CSRE, Ass. Samaritan). Per quanto riguarda i servizi semi-residenziali, la sperimentazione dei nuovi assetti è rimandata al 2016 causa riorganizzazione dell'AAS.
SSC-4.2	- Percorso di riqualificazione dei CD già avviato dall'AAS4 - Avvio di un modulo residenziale (area servizi in delega) interno all'ASP Opera Pia Coianiz, rivolto a persone disabili >35 già istituzionalizzate (nel 2015 non è ancora concluso). - Classificazione del CD per intensità del bisogno - Ottimizzazione delle sinergie tra servizi pubblici e terzo settore
SSC-4.3	- Riqualificazione dei centri semiresidenziali e residenziali (anche delle strutture fisiche, con la ristrutturazione della Comunità di via Palestro e dei Centri diurni di via Massaua), nonché dell'offerta socio-educativa - Classificazione del CD per intensità del bisogno - Progetto So.LA.Re(Solidarietà Lavoro Recupero) e collaborazione con la Fattoria Didattica "Ronco Albina"
SSC-4.4	- Percorso di riqualificazione dei CD già avviato dall'AAS4 - Avvio di un modulo residenziale (area servizi in delega) interno all'ASP Opera Pia Coianiz, rivolto a persone disabili >35 già istituzionalizzate (nel 2015 non è ancora concluso). - Classificazione del CD per intensità del bisogno - Ottimizzazione delle sinergie tra servizi pubblici e terzo settore - Progetti educativi e di inclusione sociale alternativi e/o integrativi dei centri diurni (ad es. Progetto tenda, Spirale di energia, Estate Ragazzi, Uffa, Sport 'Integrato Dai e vai')
SSC-4.5	- Bozza piano disabilità (non ancora redatta)
SSC-5.1 **SSC-5.2**	- Realizzazione di progetti personalizzati flessibili (in termini di attività svolte e orario) a favore di adolescenti/giovani adulti con l'attivazione delle risorse del territorio, in alternativa o ad integrazione dei CD dedicati. Nello specifico, sono stati sviluppati ei consolidati progetti personalizzati nei casi caratterizzati da "doppia diagnosi", nei casi di progetti di integrazione scolastica/CD (Servizio Integrazione Adolescenti Gravi - SIAG), nei progetti personalizzati per adolescenti e giovani adulti in fattorie sociali/didattiche, nei progetti personalizzati per il tempo libero per giovani adulti. - Mappa risorse della comunità attivabili (fattorie didattiche, associazioni ecc.) in alternativa ai CD per persone con Doppia diagnosi e seguiti dal SIAG (Servizio integrazione adolescenti gravi)
Area pordenonese	- Riqualificazione dei CD presenti sul territorio in un ottica modulare. - Sono stati individuati contesti comunitari inclusivi e di "abitare possibile" nei quali sperimentare processi di autonomia individuale. - Realizzazione di percorsi ad hoc in collaborazione con il forum della fattorie sociali
SSC-6.1	PIANO LOCALE DISABILI
SSC-6.2 **SSC 6.3**	Modulo residenziale (e anche semi residenziale per SSC 6.3) finalizzato alla diversificazione dell'offerta relativa anche al "dopo di noi" con la definizione di un piano gestionale di intervento (costi inclusi).

Le azioni implementate nell'ambito dell'obiettivo 6 non si sono concentrate esclusivamente nella ridefinizione dell'offerta semiresidenziale e dei percorsi alternativi ai centri diurni, ma hanno sviluppato anche ulteriori specifici interventi ad hoc finalizzati ad incrementare l'autonomia delle persone con disabilità (tabella n. 30). Nell'ambito del miglioramento dell'accessibilità degli spazi urbani, si citano il laboratorio LabAc (Laboratorio di accessibilità) realizzato con il coordinamento della Provincia di Trieste nell'ambito dei finanziamenti relativi alla L.R. 41/96. Per quanto riguarda il turismo accessibile si segnala il progetto Val abile promosso dal SSC 3.2 Carnia. Inoltre, il Labac si è mosso anche nella direzione di potenziare la rete dei trasporti per persone con disabilità, attraverso specifiche convenzioni con il servizio taxi. Un altro filone di intervento è stato quello

dell'inclusione della fascia più giovane della popolazione con disabilità attraverso laboratori e progettualità finalizzati alla costruzione di relazioni significative e allo sviluppo delle competenze relazionali e sociali tra i giovani (ad esempio, progetto Sport integrato del SSC 2.2). Altri percorsi erano finalizzati a rafforzare l'*empowerment*delle famiglie di persone con disabilità (ad esempio i gruppi di *Ascolto Genitori* presenti nel Basso Isontino). In altri casi ancora le iniziative proposte hanno dialogato con progetti di più ampio respiro, finalizzate a costruire iniziative riferibili al welfare di comunità (ad esempio nel caso del SSC 6.5 Pordenone e dei progetti Giardino delle Sorprese, Casa del Sole e Genius Loci). Altra iniziativa significativa è stato il Piano inclusività del SSC 4.2 Tarcento realizzato nell'ambito del progetto Rete 6 e in collaborazione con le scuole.
Significativo, infine, è stato il percorso portato avanti dal SSC 1.2 relativo alla *Fondazione dopo di noi*, che pur non giungendo ancora nel triennio ad alcun esito concreto, ha messo in evidenza una problematicità rilevante per le famiglie di persone con disabilità. Si ricorda che tale aspetto è stato affrontato anche dai SSC 6.2 e SSC 6.3 attraverso la diversificazione dell'offerta delle strutture residenziali: infatti, è stato realizzato un modulo residenziale (e anche semi residenziale per il SSC 6.3) finalizzato alla diversificazione dell'offerta relativa anche al "dopo di noi" con la definizione di un piano gestionale di intervento (costi inclusi).

Tabella 30-Altre progettualità rivolte a persone con disabilità sviluppate nei 19 PdZ (sintesi)

	Altre progettualità rivolte a persone con disabilità sviluppate con il PdZ
Area triestina	- Applicazione di un modello integrato di intervento individuale a favore di minori disabili 0 ai 6 anni e delle loro famiglie. - Divulgazione presso le strutture educative per la prima infanzia dell'approccio di intervento precoce denominato Early Start Denver Model ESDM - "Laboratorio di accessibilità" (LABAC) e progetto "Trasporti possibili: per un'autonoma scelta di mobilità" nell'ambito del programma triennale 2014-2016 ai sensi della LR 41/96 - Guida Trieste per tutti - Studio di fattibilità relativo alla Fondazione Dopo di noi
SSC-1.1	- Istituzione della Consulta disabili
SSC-2.1	- Azioni finalizzate a rafforzare l'*empowerment* delle famiglie dei minori con disabilità (ad esempio iniziative ricreative, gruppo di ascolto per genitori, sport integrato, ecc.).
SSC-2.2	
SSC-3.1	-cfr. Documento *OBIETTIVI SOCIALI PDZ 2013-2015. Implementazione e stato di avanzamento delle progettualità nei diciannove SSC della regione FVG*
SSC-3.2	- Diffusione del turismo accessibile (Progetto Val Abile)
SSC-4.1	- Rafforzamento competenze familiari attraverso percorsi formativi per operatori e dei volontari coinvolti nell'assistenza delle persone con disabilità
SSC-4.2	- Progetti educativi e di inclusione sociale alternativi e/o integrativi dei centri diurni (ad es. Progetto Tenda, Spirale di energia, Estate Ragazzi, Uffa, Sport 'Integrato Dai e vai') - "Piano Inclusività" presso le scuole (Rete 6)
SSC-4.3	- Progetti educativi e di inclusione sociale alternativi e/o integrativi dei centri diurni (ad es. Progetto tenda, Spirale di energia, Estate Ragazzi, Uffa, Sport 'Integrato Dai e vai') - "Piano Inclusività" presso le scuole (Rete 6)
SSC-4.4	- Occasioni di incontro nella sfera del "tempo libero" delle persone disabili di età compresa tra i 16 ed i 35 anni e delle loro famiglie per la promozione dell'autonomia personale e all'inclusione sociale con il coinvolgimento di realtà territoriali
SSC-4.5	- Progetto ministeriale a valere sul finanziamento "Progetti speciali in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità" (Progetto AbitAbile).
SSC-5.1	- Mappa risorse della comunità attivabili (con AAS e Camp) in alternativa ai CD x Doppia diagnosi e SIAG (Servizio integrazione adolescenti gravi) con fattorie didattiche, laboratori ecc.
SSC-5.2	
Area pordenonese	- Ridefinizione delle UET (Unità educative territoriali)

SSC-6.1	- Piano locale disabili
SSC-6.5	- Progettualità finalizzate a realizzare un welfare di comunità (*Progetto Integrazione, Giardino delle Sorprese, Casa del Sole e Genius Loci)*

Infine, a completamento delle informazioni relative alle azioni intraprese con i PdZ a favore delle persone con disabilità, si riporta in tabella n. 31 il numero di soggetti disabili (certificati ai sensi della L. 104/92) seguiti dai SSC. Si evidenzia come, a livello regionale, questi costituiscano il 19% del totale dell'utenza dei SSC. Tra l'utenza con disabilità, circa il 48% è costituito da persone anziane, mentre il 18% sono minori e il 34% adulti. Complessivamente, si tratta di un' utenza in crescita costante nel triennio.

Tabella 4-Utenza SSC con certificazione L. 104/92, per fascia d'età e variazione 2011-2'14 (v.a.)

	2011				2012				2013				2014				Var. 2011-2014 (v.s.)			
	minori	adulti	anziani	Totale	minori	adulti	anziani	Totale	minori	adulti	anziani	Totale	minori	adulti	Anziani	Totale	minori	adulti	anziani	Totale
Duino Aurisina	11	16	3	30	15	19	28	62	19	21	44	84	18	29	33	80	7	13	30	50
Trieste*	410	1.030	763	2.203	364	1.075	752	2.191	375	1105	733	2.213	376	1094	702	2172	-34	64	-61	-31
Muggia-S.Dorligo	26	42	12	80	26	48	27	101	33	51	45	129	34	50	54	138	8	8	42	58
AAS1 Totale	**446**	**1088**	**778**	**2312**	**404**	**1142**	**807**	**2353**	**426**	**1177**	**822**	**2425**	**428**	**1173**	**789**	**2390**	**-18**	**85**	**11**	**78**
Alto Isontino	87	44	103	234	90	58	130	278	94	83	192	369	119	95	217	431	32	51	114	197
Basso Isontino	132	94	229	455	148	123	314	585	151	143	399	693	175	144	471	790	43	50	242	335
Cervignano	100	173	140	413	108	180	179	467	115	188	243	546	120	207	306	633	20	34	166	220
Latisana	101	163	81	345	104	176	107	387	105	184	170	459	108	190	222	520	7	27	141	175
AAS2 Totale	**420**	**474**	**553**	**1447**	**450**	**537**	**730**	**1717**	**465**	**598**	**1004**	**2067**	**521**	**636**	**1216**	**2373**	**101**	**162**	**663**	**926**
Gemonese	30	45	25	100	34	49	31	114	36	62	40	138	38	66	54	158	8	21	29	58
Carnia	41	119	111	271	40	130	116	286	45	133	137	315	42	128	145	315	1	9	34	44
S.Daniele del Friuli	61	61	79	201	66	80	132	278	65	78	176	319	67	90	220	377	6	29	141	176
Codroipo	113	176	158	447	113	197	252	562	111	212	340	663	121	221	404	746	8	45	246	299
AAS3 Totale	**244**	**400**	**373**	**1017**	**252**	**456**	**531**	**1239**	**256**	**485**	**693**	**1434**	**267**	**505**	**823**	**1595**	**23**	**105**	**450**	**578**
Tarcento	42	48	24	114	57	61	43	161	63	63	89	215	61	61	86	208	19	13	62	94
Cividale del Friuli	58	138	224	420	55	159	282	496	51	172	307	530	58	183	323	564	-	45	99	144
Udine	180	275	311	766	187	292	431	910	183	313	560	1.056	191	446	769	1406	11	171	458	640
AAS4 Totale	**280**	**461**	**558**	**1299**	**298**	**512**	**754**	**1564**	**297**	**548**	**954**	**1799**	**310**	**689**	**1177**	**2176**	**30**	**228**	**619**	**877**
Sacile	58	101	144	303	63	116	216	395	71	135	261	467	94	159	364	617	36	58	220	314
S. Vito al Tagliamento	23	40	52	115	20	47	61	128	24	67	99	190	62	73	134	269	39	33	82	154
Azzano X°	50	78	66	194	69	92	98	259	73	99	93	265	83	117	126	326	33	39	60	132
Maniago	40	41	48	129	52	53	98	203	66	81	128	275	72	92	140	304	32	51	92	175
Pordenone	123	253	223	599	130	264	257	651	140	274	292	706	149	285	323	757	26	32	100	158
AAS5 Totale	**291**	**513**	**533**	**1337**	**330**	**572**	**730**	**1632**	**370**	**655**	**873**	**1898**	**457**	**724**	**1087**	**2268**	**166**	**211**	**554**	**931**
FVG	**1.673**	**2.933**	**2.795**	**7.401**	**1.726**	**3.217**	**3.551**	**8.494**	**1.808**	**3.461**	**4.345**	**9.614**	**1.981**	**3.722**	**5.091**	**10.794**	**308**	**789**	**2.296**	**3.393**

4.1 Area disabilità nei diciannove SSC

I paragrafi seguenti riportano una sintesi delle principali attività svolte nei 19 SSC nel corso del triennio di programmazione nell'area di riferimento. Verranno posti in rilievo, inoltre, gli eventuali elementi ostacolanti il raggiungimento delle azioni in modo da comprendere le principali criticità incontrate dai SSC nell'attuazione della pianificazione di zona. Si osservi come, analogamente alle altre aree di utenza, per quanto concerne i SSC afferenti alla provincia di Trieste, Goriziae Pordenone, la programmazione svolta localmente è stata qui riportata in forma aggregata a livello di area provinciale, con le opportune (se presenti) specificazioni a livello di singolo SSC, mentre per il territorio udinese è stata considerata in modo unitario solo l'area della Bassa Friulana (SSC 5.1 e 5.2).

4.1.1AREA TRIESTINA: SSC 1.1, SSC 1.2 e SSC 1.3

Per quanto riguarda l'area disabilità, nell'area triestina i SSC si sono concentrati in particolare nella qualificazione dei centri diurni e delle proposte integrative (A) e nell'implementazione di percorsi di autonomia nell'ambito del finanziamento provinciale LR 41/96 (C). Inoltre, i servizi si sono concentrati su due aspetti specifici, ovvero la costruzione di un modello integrato SSC, AAS e scuole a favore di minori (0-6 anni) con disabilità (B) e nel tentativo di realizzare una Fondazione per il dopo di noi (D).

A) **Qualificazione dei centri diurni**. Sul tema della riqualificazione dei centri diurni sono stati individuati gli standarddi natura organizzativa e qualitativi relativi all'offerta semiresidenziale, attraverso un processo condiviso con il Privato sociale. In particolare sono stati sviluppati gli aspetti di seguito elencati.

- I nuovi schemi tipo per le convenzioni per gli inserimenti in soluzioni abitative protette e presso i centri socio educativi a carattere diurno sono stati approvati dal Coordinamento provinciale delle Assemblee dei Sindaci;
- nel 2015 sono state elaborate le Linee guida con i contenuti metodologici, gli elementi organizzativi, gli obiettivi e le attività dei centri diurni sperimentali, definendone specificità di ciascuno che si intendeva condividere con la rete di soggetti aderenti al PdZ nel corso del I semestre 2016. La ricerca-azione relativa ai CD – tradizionali, alternativi, integrativi– finalizzata all'elaborazione di un documento sulle "buone pratiche" è stata rimandata al 2016;
- sono state realizzate *circa cinquantaprogettualità*individualizzate, alternative o integrative dei centri diurni, attraverso forme di inserimento socio occupazionale, soprattutto in ambito sportivo e agricolo. Per quanto riguarda il SSC 1.2, si evidenzia nel corso del triennio una crescita di progetti personalizzati (10 progetti personalizzati nel 2013, 22 nel 2014, 58 nel 2015).

B) Particolare attenzione è stata posta ai **minori con disabilità**. Nello specifico:

- è iniziata la definizione di un modello integrato di intervento individuale a favore di minori con disabilità (0-6 anni) e delle loro famiglie. Si è svolta una ricognizione degli

strumenti/modalità valutativi utilizzati a livello regionale e nazionale (ICF) e nel corso del 2015 sono stati valutati 9 minori con le nuove modalità dell'EMH;

- per quanto riguarda i minori affetti da autismo ha trovato sviluppo l'attività informativa e formativa svolta per divulgare, presso le strutture educative per la prima infanzia, l'approccio di intervento precoce denominato Early Start Denver Model ESDM (modello di riferimento *evidencebased* dell'AAS1). Inoltre, nel corso del 2015, è stato aggiornato il percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale dell'AAS 1 per i bambini e gli adolescenti con disturbo dello spettro autistico, sulla base delle Linee Regionali di Indirizzo (l'aggiornamento è stato confermato dagli attori di parte sanitaria coinvolti nella macroazione).

C) Nell'ambito del programma triennale 2014-2016 ai sensi della **LR 41/96 finalizzato alla promozione di iniziative per favorire l'autonomia personale dei soggetti con disabilità**, la Provincia di Trieste con la collaborazione dei tre SSC e dell'AAS 1 ha implementato i seguenti progetti:

- progetto "Trasporti possibili- per un'autonoma scelta di mobilità", che ha sperimentato un sistema di raccordo tra la domanda di trasporto delle persone con disabilità e la disponibilità dell'offerta;
- "Laboratorio di accessibilità" (LabAc) del progetto "Cambia la tua idea del possibile: abitare in autonomia", che ha approfondito soluzioni migliorative dell'accessibilità degli spazi fisici di transizione privato/pubblico, dall'alloggio/ambiente di lavoro, attraverso la sperimentazione concreta in aree "bersaglio", identificate nel territorio dei tre SSC, nonché la redazione di una guida turistica sull'accessibilità della città di Trieste (guida Trieste per tutti, in formato cartaceo e digitale).

D) **Fondazione Dopo di noi**: è stato effettuato uno studio di fattibilità, in attesa che la normativa nazionale in fase di approvazione, definisca e precisi il quadro all'interno del quale la fondazione possa avere effettivo sviluppo.

E) A livello locale, si evidenziano i seguenti aspetti:

- SSC 1.1 Duino: è stata istituita la Consulta disabili nel 2013 con delibera del Comune di Duino Aurisina, tuttavia concretamente non è stata realizzata alcuna attività;
- SSC 1.3 Muggia: sono state avviate le procedure per la realizzazione del centro polivalente di Aquilinia ed è iniziata la gestione del Centro Socio Riabilitativo Educativo Diurno, Comunità Alloggio e di Casa Benussi (all'interno del capitolato d'appalto del Servizio Socioeducativo Territoriale).

4.1.2 AREA GORIZIANA:SSC 2.1 E SSC 2.2

Nell'ambito della riqualificazione dell'offerta dei servizi diurni per le persone con disabilità, le azioni del PdZ si sono concentrate in particolare su due aree:

- riorganizzazione dei centri diurni, in relazione al passaggio dei minori all'età adulta (progetti ponte, progetti di scolarizzazione integrata per adolescenti con disabilità medio-grave, PAI flessibili e personalizzati con il supporto di CISI, AAS e SSC);

- integrazione sociale delle persone con disabilità attraverso la sperimentazione di forme innovative di residenzialità (es. convivenze di 2/3 persone con un'assistente familiare).

Nel complesso, le azioni legate alla riqualificazione dei centri diurni presentano delle criticità non superate nel corso del triennio, nonostante nel 2014 sia stato elaborato un documento comune di riflessione tra SSC 2.1, SSC 2.2 e CISI sull'area della disabilità. Nell'agosto 2014, il sistema di risorse pubbliche attivategarantiva risposte ad un numero di persone con disabilità pari a 716 utenti (311 utenti CISI, 181 utenti SSC Alto Isontino, 224 utenti SSC Basso Isontino).

I due SSC, inoltre, hanno sviluppato autonomamente nel proprio territorio azioni finalizzate a rafforzare l'*empowerment* delle famiglie dei minori con disabilità (ad esempio iniziative ricreative, gruppo di ascolto per genitori ecc.). Anche in questo caso, però, alcune azioni di coordinamento provinciale, previste all'inizio della programmazione, hanno trovato delle difficoltà di realizzazione (in particolare il tavolo di confronto provinciale con le famiglie e il mondo della scuola non è stato implementato).

4.1.3 SSC 3.1 GEMONA DEL FRIULI

Dal 1997, i Comuni associati dell'Alto Friuli hanno individuato nell'Azienda sanitaria l'Ente gestore dei servizi e degli interventi destinati alle persone con disabilità. Nel territorio dell'Alto Friuli sono presenti 4 strutture diurne (Gemona del Friuli, Tolmezzo, Enemonzo, Pontebba-Tarvisio) e 1 struttura residenziale (Enemonzo) gestite dall'AAS utilizzando le risorse del Terzo Settore. Inoltre l'AAS, in un'ottica di rete, di attivazione e coinvolgimento di tutte le risorse presenti sul territorio e al fine di offrire una risposta diversificata e articolata ai bisogni espressi da questa tipologia di utenza,ha stipulato una convenzione con le Comunità di Rinascita e Piergiorgio, situate nel comune di Tolmezzo. Nelle strutture diurne vengono programmate attività volte ad accrescere e potenziare le diverse abilità delle persone con disabilità: sono, infatti, stati predisposti specifici progetti educativi, che costituiscono parte integrante del Progetto personalizzato, di cui sono titolari i servizi sociosanitari territoriali.

Nel triennio, il coordinamento sociosanitario e i servizi sociosanitari territoriali sono stati impegnati nella progettazione di interventi e azioni volti alla diversificazione e all'ampliamento dell'offerta, allo sviluppo di forme alternative alle strutture e alla individuazione di contesti abitativi (abitare sociale) per offrire risposte il più possibile individualizzate e rispettose del contesto socio ambientale di appartenenza delle persone con disabilità. Nello specifico, sono state realizzate le seguenti azioni (prevalentemente in carico all'AAS):

- consolidamento e miglioramento dell'organizzazione modulare dei centri diurni di Gemona del Friuli e di Pontebba/Tarvisio;
- implementazione del Servizio Integrato per la Ricerca di un Indirizzo Occupazionale (SIRIO), di altri progetti finalizzati all'inserimento lavorativo (fattoria sociale Bosco di Museis) e di laboratori tematici (Ro.Ge., Stazione Arcobaleno, Casa di Villa), rivolti a giovani adulti con disabilità, anche non inseriti in strutture semi residenziali;

- sviluppo di modelli organizzativi per quanto riguarda i contesti comunitari inclusivi e di "abitare possibile" in appartamento, in cui la persona con disabilità può sperimentare forme di autonomia. Inoltre, anche i giovani adulti che beneficiano dell'offerta SIRIO usufruiscono dell'appartamento per il confezionamento e il consumo del pranzo e per la partecipazione ad attività di tipo comunitario.

Tabella 32-Utenti centri diurni SSC 3.1 Gemona

	31/12/2012	31/12/2013	31/12/2014	31/12/2015
D. offerta ordinaria	35	35	27	-
D. offerta alternativa	10	18	26	-
- inserimenti modulari CD	5	6	5	-
- ins. percorsi sperimentali	3	3	1	-
- fruitori abitare sociale	2	4	5	-
- fruitori nuova offerta SIRIO e Fattoria sociale	-	5	16*	23**

** 8 SIRIO (di cui 4 svolgono attività anche sul fondo agricolo «Sofia Pecol») e 8 stazione Arcobaleno*
*** 11 SIRIO, 10 stazione Arcobaleno, 2 Fattoria Sociale Bosco de Museis*

4.1.4 SSC 3.2 TOLMEZZO (CARNIA)

Analogamente al SSC 3.1 Gemona anche per il SSC 3.2 l'AAS 3 è da lungo tempo l'Ente gestore dei servizi e degli interventi destinati alle persone con disabilità. Le azioni previste dal PdZ nell'area disabilità si orientano su tre filoni d'azione principali:

- estensione dell'organizzazione modulare a tutti i centri diurni a gestione diretta al fine di favorire la continuità educativa tra scuola e territorio. È stata effettuata una rivalutazione da parte del Coordinamento sociosanitario di tutti gli ospiti dei centri diurni secondo criteri di età, stato di salute e bisogni, riformulando il progetto educativo (PE) all'interno del progetto personalizzato (PP). I servizi collaborano nell'attuazione di iniziative socio-educative: alcuni ospiti (al 2015, n. 27 giovani con disabilità) hanno sperimentato contesti alternativi per attività socioeducative e di autonomia (gruppo appartamento, Stazione Arcobaleno[19], centro diurno per anziani Tolmezzo e Casa Lorenzin di Villa Santina); è stato predisposto un percorso di formazione che ha coinvolto tutte le strutture, finalizzato a differenziare l'offerta in base ai bisogni e all'età degli ospiti;
- individuazione di contesti comunitari inclusivi e di "abitare possibile" nei quali sperimentare processi di autonomia individuale e promuovere nuovi modelli organizzativi alternativi a quelli dei centri diurni (è presente un appartamento a Tolmezzo e un'abitazione a Villa Santina; è stata predisposta una nuova programmazione in collaborazione con CSRE e scuole per l'attivazione di percorsi sull'autonomia personale);
- sviluppo dell'organizzazione a rete delle fattorie sociali come modello inclusivo innovativo da attuare nel contesto di riferimento con l'obiettivo di valorizzare le risorse del territorio

[19] La Stazione Arcobaleno che promuove servizi diversificati per persone con disabilità complesse "doppia diagnosi", è un servizio che nel corso del triennio si è consolidato, entrando pienamente a regime nella rosa dei servizi del sistema integrato socio-sanitario del territorio del SSC 3.2.

montano (fattoria sociale Bosco di Museis, Agriturismo Londero, Cooperativa CIC per inserimenti diurni e/o residenziali e promozione di percorsi di abilità pratico manuali). La rete locale a supporto del'inclusione delle persone con disabilità è stata, nel corso del 2015, coinvolta nel progetto SIRIO.

Inoltre, il SSC ha collaborato alla diffusione del turismo accessibile, favorendo l'informazione su soggiorni di vacanza all'interno di strutture ricettive dislocate sul territorio della Val Degano e accessibili alle persone con disabilità, offrendo opportunità di conoscenza del territorio a contatto con la natura e con la comunità (progetto Val Abile).

4.1.5 SSC 4.1 SAN DANIELE DEL FRIULI

L'obiettivo regionale di riqualificazione dei centri diurni per persone con disabilità, diversificandone le progettualità e promuovendo soluzioni innovative e/o alternative, ha visto il prosieguo dei progetti Casa Elena e Alternanza scuola-lavoro, di cui hanno beneficiato 8 ragazzi tra il 2014/2015. Inoltre, nell'agosto del 2015 è stato realizzato il progetto Asino per natura (attività socializzanti estive per minori con disabilità), nonché i progetti relativi ai centri estivi e ai soggiorni marini/montani promossi dai singoli centri diurni. È stata inoltre effettuata un'analisi dell'utenza dei centri convenzionati ex. art. 26 (Comunità Piergiorgio, S. Maria dei Colli, Nostra Famiglia) e dell'offerta dei servizi semi-residenziali del SSC (centri diurni Valentino Pontello, CSRE, Ass. Samaritan). La sperimentazione dei nuovi assetti dei servizi semi-residenziali è rimandata al 2016, a causa della riorganizzazione dell'AAS.

Nell'ambito del rafforzamento delle competenze dei familiari, hanno avuto seguito i percorsi formativi per operatori e volontari impegnati nell'assistenza delle persone con disabilità valorizzando peraltro le competenze e il ruolo attivo e propositivo da sempre avuto dalle famiglie dei portatori di handicap del territorio.

Il SSC ha realizzato inoltre una serie di iniziative finalizzate alla promozione della figura dell'amministratore di sostegno (Obiettivo locale 11.1). Nell'anno 2014 si è creata un "rete" tra i SSC, gli Sportelli informativi della Provincia di Udine e il Tribunale di Udine (con tutti i giudici tutelari e la cancelleria), al fine di coordinare l'attività e definire procedure omogenee (la convenzione è stata sottoscritta nel mese di aprile 2015).

4.1.6 SSC 4.2 TARCENTO

Nell'ambiito dell'ob. 6 il SSC 4.2 ha inteso dare attuazione a un processodi analisi finalizzato alla definizione di un percorso (ri)organizzativo dei servizi, già in parte avviato dall'ASS4. In sintesi,sono stati promossi i seguenti aspetti:

- rilevazione del livello di funzionamento delle persone accolte nei diversi servizi;
- definizione, sulla base del profilo di funzionamento e dei relativi bisogni emersi, di gruppi omogenei di utenti;

- definizione e programmazione dell'offerta socio-educativa dei servizi in relazione ai bisogni educativi rilevati;
- progettazione, nell'ambito dell'attività del servizio, di specifici piani educativi individualizzati;
- promozione di soluzioni innovative alternative o integrative ai 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.

La riorganizzazione dei centri diurni per disabili a gestione diretta ha favorito risposte adeguate rispetto ai bisogni dell'utenza, ma si inserisce in un contesto caratterizzato da lunghe liste d'attesa e ha evidenziato la necessità di coinvolgere maggiormente il Gruppo Tecnico di Coordinamento nelle azioni del PdZ volte a rafforzare i processi di integrazione socio-sanitaria e di lavoro in rete, attivando nuove progettualità con servizi alternativi e maggiormente flessibili. Il progetto relativo al possibile avvio di un modulo residenziale interno all'ASP Opera Pia Coianiz, rivolto a persone con disabilità (>35 anni) già istituzionalizzate, evidenzia la necessità di un iter molto articolato e complesso che nel 2015 non si è ancora concluso.

Nel contesto delle azioni più generali previste nell'area della disabilità e collegate a questo processo sono state ampliate, consolidate e ottimizzate le sinergie tra i servizi pubblici e il terzo settore, che è portatore di un patrimonio conoscitivo imprescindibile. A tal fine è stato costituto il tavolo di consultazione e confronto sulla disabilità, che ha visto nel triennio un progressivo ampliamento dei soggetti partecipanti e la definizione di tempi e modalità stabili di incontro. I servizi del SSC e del Distretto hanno investito molto nella realizzazione di progetti educativi e di inclusione sociale alternativi e/o integrativi ai centri diurni e sono giunti a definire una filiera articolata e diversificata, capace di soddisfare un ampio target che altrimenti non troverebbe risposte adeguate. Numerose sono state le progettualità attivate nel triennio: Progetto Tenda, Spirale di energia, Estate Ragazzi, Uffa, Sport Integrato Dai e vai.

Nell'ambito del progetto Rete 6, è proseguito inoltre il *Piano Inclusività*svolto presso le scuole, che coinvolge gli Istituti comprensivi del Tarcentino, il SSC, l'AAS, il Centro Regionale per l'Orientamento di Gemona del Friuli e l'ISIS D'Aronco di Gemona.

Nel complesso, l'80% delle persone con disabilità accolte presso i centri diurni trova una collocazione corrispondente ai suoi bisogni.

4.1.7 SSC 4.3 CIVIDALE DEL FRIULI

L'ob. 6 incontra un'esigenza particolarmente sentita dai servizi e dalle famiglie del territorio del Cividalese. L'AAS 4aveva già avviato nel 2010-11 un processo di riqualificazione dei centri semiresidenziali e residenziali (comprendente anche le strutture fisiche), nonché dell'offerta socio-educativa. Si è proceduto al consolidamento di tali progetti, in relazione alla nuova classificazione dei centri diurni, strutturati per intensità di bisogno. Il sistema integrato complessivo della valutazione è stato revisionato, cercando di promuovere le autonomie personali, con il coinvolgimento attivo degli utenti e delle loro famiglie. L'obiettivo complessivo era quello di poter accogliere un numero superiore di ospiti a parità di personale educativo. Purtroppo, l'impossibilità

di acquisire educatori in sostituzione delle quiescenze ha portato ad una sostanziale stabilità degli inserimenti favorendo l'attivazione di moduli nel privato sociale.
Sono state realizzate nuove progettualità educative e di inclusione sociale alternative o integrative ai centri diurni per giovani e giovani-adulti: un esempio in tal senso, esempio è il progetto So.La.Re, realizzato con la collaborazione con la Fattoria Didattica "Ronco Albina" (in quest'ultima sono stati inseriti 4 giovani tramite il FAP). A tal proposito, si sottolinea come vi sia stato un incremento significativo di nuove segnalazioni, i cui profili faticosamente possono trovare risposta nei centri diurni.

4.1.8 SSC 4.4 CODROIPO

Con lo scopo di diversificare i servizi e creare nuove forme di autonomia, è stato avviato il progetto So.La.Re e sono proseguite le attività integrative ai centri diurni (Atena, La Terza Via, La Fabricotta). La valutazione e una successiva riqualificazione di queste progettualità nel 2015 ha subito dei rallentamenti causa nuovo assetto dell'AAS e tale circostanza ha reso necessario rimodulare le azioni in corso nel triennio di programmazione. Inoltre, sempre il nuovo assetto istituzionale dell'AAS ha rallentato anche il percorso formale di riqualificazione del sistema semi-residenziale.
È stata inoltre effettuata una ricognizione dell'utenza in carico nelle strutture ex articolo 26 con una nuova definizione dei percorsi di accesso/dimissione.
Nel triennio sono stati realizzati momenti di incontro nel tempo libero delle persone con disabilità di età compresa tra i 16 ed i 35 anni e delle loro famiglie,al fine di individuare progettualità innovative per la promozione dell'autonomia personale e dell'inclusione sociale con il coinvolgimento del Terzo Settore. Sono stati attivati n. 11 percorsi individuali di inclusione per portatori di handicap; sono, inoltre, stati realizzati n. 36 soggiorni estivi per persone con disabilità grazie al supporto del Gruppo Volontari Codroipesi e dell'associazione La Pannocchia.

4.1.9 SSC 4.5 UDINE

Nel 2015 è stato avviato un percorso di implementazione del progetto di riorganizzazione dell'offerta semiresidenziale a gestione diretta per adulti con disabilità. Inoltre si è dato avvio a progetti educativi e di inclusione sociale per giovani e giovani adulti alternativi o integrativi ai centri diurni.È stato realizzato il progetto approvato e finanziato dalla *Direzione Generale per l'Inclusione e le politiche sociali del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali*, a valere sul finanziamento relativo ai *Progetti speciali in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità* e sono stati avviati progetti di inclusione sociale attraverso l'attività agricola (Progetto AbitAbile).
Infine, sono state avviate (ma non completate), le procedure per la predisposizione di una prima bozza del Piano locale per la disabilità dell'ambito distrettuale dell'Udinese.

4.1.10 AREA BASSA FRIULANA: SSC 5.1 E SSC 5.2

La riqualificazione dei centri diurni si è concretizzata nella realizzazione di progetti personalizzati flessibili (in termini di attività svolte e di orario) a favore di adolescenti/giovani adulti. A tal proposito sono state attivaate le risorse del territorio, in alternativa o ad integrazione dei centri diurni dedicati. Nello specifico, sono stati sviluppati e consolidati i progetti personalizzati nei casi caratterizzati da "doppia diagnosi", nei casi di progetti di integrazione scolastica/centro diurno (Servizio Integrazione Adolescenti Gravi - SIAG), nei progetti personalizzati per adolescenti e giovani adulti in fattorie sociali/didattiche e nel tempo libero. SSC, AAS e CAMPP hanno lavorato congiuntamente, secondo il modello multiprofessionale, per tracciare la mappa delle risorse attivabili al fine di concretizzare percorsi progettuali personalizzati e flessibili. Tale percorso è stato promosso in sinergia con altri soggetti non istituzionali.

4.1.11 SSC AREA PORDENONESE: 6.1, SSC 6.2, SSC 6.3, SSC 6.4 e SSC 6.5

Dal 2013 si è costituito il Tavolo operativo provinciale (con articolazioni locali) che si è posto l'obiettivo di realizzare una ricognizione dello stato dell'arte dei centri diurni, in vista della definizione di un assetto organizzativo modulare, anche in collaborazione con scuole e terzo settore. I servizi sono stati sviluppati secondo quanto previsto dall'Atto di Delega 2013/15.
Nell'ambito della riqualificazione complessiva dell'offerta diurna per soggetti con disabilità, sono stati individuati contesti comunitari inclusivi e di "abitare possibile", nei quali sperimentare processi di autonomia individuale e promuovere nuovi modelli organizzativi alternativi a quelli dei centri diurni. Nello specifico, sono state implementate in ogni singolo territorio attività in collaborazione con il Forum delle fattorie sociali. È stato avviato un processo di sperimentazione finalizzato alla diversificazione dei sistemi semiresidenziali e residenziali, attraverso soluzioni integrative e orientate ad offrire una risposta mirata alle persone con disabilità con prevalenza di bisogni assistenziali legati all'età (esperienze semiresidenziali per persone con disabilità che invecchiano; sperimentazione di forme di abitare sociale a bassa soglia di protezione).Inoltre, SSC 6.2 e SSC 6.3 hanno avviato un modulo residenziale (e semi residenziale per SSC 6.3) finalizzato alla diversificazione dell'offerta relativa anche al "dopo di noi" con la definizione di un piano gestionale di intervento (costi inclusi). Accanto a queste attività, nei singoli territori si evidenziano le seguenti peculiarità.

- SSC 6.1 Sacile: è stato realizzato un *Piano Locale Disabili*, in co-progettazione con i soggetti del terzo settore (ATI tra 3 cooperative sociali che hanno portato in co-progettazione 23 associazioni). In questo contesto sono state sviluppate le "palestre per l'autonomia abitativa" e i progetti di autonomia per disabili (es. PetTherapy, Artisti di strada, ecc.) in raccordo con l'AAS, nonché specifici percorsi di inserimento nella scuola di bambini con gravi disabilità. Nel 2014 è stato redatto un piano per la Fondazione di Partecipazione

housing sociale attraverso cui sono stati ristrutturati degli appartamenti, pur non essendo stata effettivamente costituita la Fondazione;

- SSC 6.2 San Vito: si prevedeva di realizzare una rilevazione dei bisogni delle persone con disabilità post- traumatica o con patologie degenerative, per poi valutare l'ipotesi di un'eventuale offerta dedicata. Tale azione non è stata perseguita nel triennio;
- SSC 6.1 Sacile, SSC 6.2 San Vito, SSC 6.3 Azzano: realizzato con l'AAS un confronto per definire l'assetto delle UET (unità educative territoriali), al fine di individuare nuovi contesti comunitari inclusivi;
- SSC 6.3 Azzano: nell'ambito dell'individuazione di nuove forme di funzioni respiro è stata costituita una banca del tempo per le strutture residenziali, che contabilizza per ogni struttura un monte ore per l'accoglimento di persone con disabilità non ancora inseriti nel sistema dei servizi in delega;
- SSC 6.5 Pordenone: sono state realizzate numerose progettualità finalizzate a sperimentare esperienze in ambito scolastico (*Progetto Integrazione)* e di welfare di comunità (*Giardino delle Sorprese, Casa del Sole e Genius Loci*).

5. AREA ANZIANI (Obiettivo 7)

Le LG per la predisposizione dei PdZ 2013-2015per quanto riguarda l'integrazione socio-sanitaria nell'area anziani si concentravano principalmente su due aree di intervento, corrispondenti agli obiettivi regionali 7.1 e 7.2:

- promuovere interventi di promozione della salute e di prevenzione delle disabilità nell'anziano(ob. 7.1);
- sviluppare la domiciliarità, sostenere le famiglie, qualificare il lavoro di cura degli assistenti 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 per coloro che necessitano di assistenza, cure e di vivere in contesti di vita non istituzionalizzanti (ob. 7.2).

Attraverso l'insieme delle azioni e delle progettualità descritte nell'Obiettivo 7 dei diciannove PdZ, i SSC si sono mossi nella direzione di implementare e migliorare i servizi che favoriscono il benessere delle persone anziane in un'ottica di prevenzione dei comportamenti a rischio rispetto alla messa a regime delle misure e delle risorse che favoriscono il permanere al proprio domicilio degli anziani, che necessitano di assistenza e cura.
Preliminariarmente, si evidenzia come alcuni SSC abbiano organizzato la maggior parte delle attività coordinandosi a livello di area vasta. Si tratta rispettivamente dei SSC dell'area triestina (SSC 1.1, SSC 1.2, SSC 1.3), dell'area goriziana (SSC 2.1, SSC 2.2), dell'area Bassa Friulana (SSC 5.1, SSC 5.2) e dell'area pordenonese (SSC 6.1, SSC 6.2, SSC 6.3, SSC 6.4, SSC 6.5). Anche in questo caso, come per gli obiettivi delle areee materno infantile e disabilità, la presenza di una cabina di regia unitaria ha permesso ai diversi territori di organizzarsi ad un livello sovra-ambito, dialogando in modo unitario con le Aziende sanitarie. Tale dinamica si registra anche nel contesto pordenonese, dove però, specie per quanto riguarda le azioni a favore della domiciliarità, si evidenzia una maggiore disomogeneità tra i cinque SSC. Questi, infatti, pur muovendosi all'interno di una cornice unitaria hanno sviluppato numerose attività in modo autonomo, rispondendo così alle esigenze specifiche del proprio territorio (si pensi, ad esempio, al Piano domiciliarità del SSC 6.1).
In linea generale su tutto il territorio regionale, si evidenzia come, se confrontate con le iniziative volte a promuovere la domiciliarità (ob. 7.2), le azioni di promozione della salute nell'anziano (ob. 7.1) presentano una maggiore omogeneità a livello di area vasta, in quanto realizzate prevalentemente con il coordinamento delle Aziende sanitarie.

Per quanto riguarda l'implementazione delle attività previste, sulla base del monitoraggio deiPdZ realizzati dai 19 SSC, nella tabella n. 33è stato evidenziato il numero di indicatori il cui valore al termine di ciascuna annualità è stato raggiunto con esito positivo (R. in verde), in modo parziale (P.R. in arancio) o negativo (N.R. in rosso). Osservando l'andamento complessivo degli indicatori definiti dai diversi SSC e relativi all'obiettivo 7, si evidenzia come in generale il valore previsto sia stato raggiunto nella maggior parte dei casi, con un costante miglioramento nel corso del triennio: complessivamente a livello regionale, tra il 2013 e il 2015, gli indicatori con valori positivi passano

dal 61,7% alla fine del 2013, al 69,4% al termine del 2014 e al 78,7% nel 2015.Vi sono tuttavia alcuni servizi in cui il 50% degli indicatori di risultato registra un esito negativo e per i quali non sono stati raggiunti i valori attesi. È il caso ad esempio dei SSC dell'area goriziana (SSC 2.1 e SSC 2.2), dove si prevedeva la costituzione di liste uniche di accesso al sistema della rete delle strutture residenziali e semiresidenziali del territorio (pubbliche e private) per persone autosufficienti e non. Quest'azione non è stata realizzata in quanto vi sono state numerose resistenze da parte delle amministrazioni comunali locali. Anche gli indicatori previsti dal SSC 6.2 San Vito a Tagliamento presentano numerose criticità (53,8% NR): esse riguardano principalmente il coordinamento a livello provinciale delle iniziative e progetti in tema di promozione di stili di vita sani, nonché l'implementazione di alcuni servizi specifici (servizio di mobilità sociale a favore degli anziani, servizio di call center e diversificazione dei servizi dedicati ai soggetti affetti da demenze, con l'individuazione di una struttura dedicata). Negli altri territori, l'andamento degli indicatori presenta minori criticità.

Vi sono, infine, alcuni SSC che al termine del triennio (al 31/12/2015) hanno dichiarato di aver raggiunto positivamente tutti i valori degli indicatori da loro previsti nel PdZ : si tratta SSC 1.1, SSC 1.2, SSC 3.1, SSC 4.2, SSC 6.1, SSC 6.4 e SSC 6.5.

Tabella 33-Obiettivo 7: indicatori previsti nel PdZ con esiti raggiunti (R.), parzialmente raggiunti (P.R.) e non raggiunti (N.R.) per ciascun SSC nel triennio 2013-15

	2013						2014						2015					
	R.	*P.R.*	*N.R.*	*R.*	*P.R.*	*N.R.*	*R.*	*P.R.*	*N.R.*	R.	P.R.	N.R.	*R.*	*P.R.*	*N.R.*	R.	P.R.	N.R.
	v.a.			%			v.a.			%			v.a.			%		
SSC 1.1	*8*	*6*	*3*	*47,1*	*35,3*	*17,6*	*11*		*1*	*91,7*	-	8,3	*6*	-	-	*100,0*	-	-
SSC 1.2	*11*	*5*	*3*	*57,9*	*26,3*	*15,8*	*12*		*1*	*92,3*	-	7,7	*11*	-	-	*100,0*	-	-
SSC 1.3	*16*	*7*	*3*	*61,5*	*26,9*	*11,5*	*13*	*3*	*4*	*65,0*	15,0	20,0	*11*	*2*	*3*	*68,8*	12,5	18,8
SSC 2.1	*7*	-	*2*	*77,8*	-	*22,2*	*2*		*2*	*50,0*	-	50,0	*4*		*4*	*50,0*	-	50,0
SSC 2.2	*3*	-	*6*	*33,3*	-	*66,7*	*2*		*2*	*50,0*	-	50,0	*4*		*4*	*50,0*	-	50,0
SSC 3.1		*1*	*1*	*0,0*	*50,0*	*50,0*	*2*	-	-	*100,0*	0,0	0,0	*3*	-	-	*100,0*	-	-
SSC 3.2	*16*	*1*	-	*94,1*	*5,9*	-	*18*	*3*	*2*	*78,3*	13,0	8,7	*14*	*1*	*1*	*87,5*	6,3	6,3
SSC 4.1	*7*	-	-	*100,0*	-	-	*5*	-	-	*100,0*	-	-	*4*		*1*	*80,0*	-	20,0
SSC 4.2	*3*	-	-	*100,0*	-	-	*3*	-	-	*100,0*	-	-	*3*	-	-	*100,0*	-	-
SSC 4.3	*3*	-	*7*	*30,0*	-	*70,0*	*5*	*2*	*4*	*45,5*	18,2	36,4	*8*		*2*	*80,0*	-	20,0
SSC 4.4	*6*	-	-	*100,0*	-	-	*8*	*1*	*2*	*72,7*	9,1	18,2	*6*	*1*	*1*	*75,0*	12,5	12,5
SSC 4.5	*1*	-	*11*	*8,3*	-	*91,7*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SSC 5.1	*7*	-	*4*	*63,6*	-	*36,4*	*8*		*4*	*66,7*	-	33,3	*11*	-	*1*	*91,7*	-	8,3
SSC 5.2	*9*	-	*2*	*81,8*	-	*18,2*	*9*		*3*	*75,0*	-	25,0	*10*	-	*1*	*90,9*	-	9,1
SSC 6.1	*8*	-	-	*100,0*	-	-	*5*		*2*	*71,4*	-	28,6	*7*	-	-	*100,0*	-	-
SSC 6.2	*9*	*4*	*5*	*50,0*	*22,2*	*27,8*	*4*	*3*	*6*	*30,8*	23,1	46,2	*4*	*2*	*7*	*30,8*	15,4	53,8
SSC 6.3	*12*	*2*	*10*	*50,0*	*8,3*	*41,7*	*13*	*2*	*7*	*59,1*	9,1	31,8	*10*	-	*5*	*66,7*	-	33,3
SSC 6.4	*5*	*2*	*2*	*55,6*	*22,2*	*22,2*	*8*	*1*		*88,9*	11,1	-	*9*	-	-	*100,0*	-	-
SSC 6.5	*11*	*1*	-	*91,7*	*8,3*	-	*6*		*4*	*60,0*	-	40,0	*8*	-	-	*100,0*	-	-
TOTALE	***142***	***29***	***59***	***61,7***	***12,6***	***25,7***	***134***	***15***	***44***	***69,4***	***6,5***	***19,1***	***133***	***6***	***30***	***78,7***	***2,6***	***13,0***

Più nel dettaglio, di seguito vengono messe in evidenza per ciascun SSC le criticità maggiormente rilevanti che permangono al termine del 2015 e che riguardano sia le iniziative di promozione della salute sia le misure finalizzate a migliorare l'insieme dei servizi domiciliari rivolti alle persone anziane.

SSC 1.3 Muggia:

- le azioni di promozione della salute sono state realizzate con il coordinamento dell'AAS: ciò rende difficile effettuare una valutazione a livello di SSC in termini di anziani coinvolti, in quanto le informazioni sono disponibili per l'intera area provinciale e non per ciascun ambito distrettuale;
- a fine 2015 la manifestazione di interesse per la gestione del centro polivalente di Aquilinia non è stata ancora avviata e ciò non ha reso possibile l'avvio dei lavori di ristrutturazione dell'immobile.

AREA GORIZIANA (SSC 2.1 e SSC 2.2):

- nel PdZ si prevedeva la costituzione di *liste uniche di accessoal sistema della rete delle strutture residenziali e semiresidenziali del territorio provinciale* (pubbliche e private) per persone autosufficienti e non: questa rilevante azione non è stata realizzata in quanto vi sono state numerose resistenze da parte delle amministrazioni comunali locali.

SSC 3.2 Carnia:

- si evidenzia un ralletamento delle progettualità legate alle fattorie sociali, dovuto a difficoltà organizzative contingenti.

SSC 4.3 Cividale:

- per quanto riguarda l'opportunità di sperimentare soluzioni innovative intermedie e flessibili di risposta residenziale, assistenziale e di socializzazione delle persone anziane, si evidenzia come l'attività abbia portato alla costituzione di un tavolo di lavoro finalizzato all'analisi dei bisogni che tuttavia non ha ancora prodotto proposte operative.

SSC 4.4 Codroipo:

- si evidenzia la difficoltà di arricchire l'offerta di assistenza infermieristica domiciliare nell'area orientale dell'ambito distrettuale a causa dell'impossibilità dell'incremento della dotazione organica del personale infermieristico;
- la sperimentazione di soluzioni innovative di risposta residenziale non risulta avviata per carenza di risorse professionali da dedicare a tale attività.

AREA BASSA FRIULANA (SSC 5.1 – SSC 5.2):

- il percorso di formazione/informazione per assistenti familiari che si prevedeva di realizzare nell'ambito delle azioni a favore della domiciliarità non è stato avviato.

AREA PORDENONESE (SSC 6.1 - SSC 6.2 - SSC 6.3 - SSC 6.4 - SSC6.5)

Nell'area pordenonese molte delle azioni che evidenziano delle problematicità fanno riferimento non tanto alle progettualità di area vasta, quanto a quelle previste a livello locale.

- SSC 6.2 San Vito: per quanto riguarda le iniziative di promozione della salute si segnala come vi siano stati dei ritardi rispetto alla mappatura dei progetti e delle iniziative pubbliche a livello provinciale, nonché dei Comuni aderenti alla Rete italiana delle Città sane; il servizio di mobilità sociale a favore degli anziani e il servizio di call center non è stato avviato; l'individuazione di una struttura residenziale dedicata ai soggetti affetti da demenze non è stata realizzata.
- SSC 6.3 Azzano: si segnalano dei ritardi nell'avvio dell'*Equipe anziani*. Anche le iniziative finalizzate a rafforzare nei centri diurni la funzione respiro a favore degli anziani affetti da patologie dementigene (es. morbo di Alzheimer) e dei loro famigliari e assistenti (es. attività di sostegno psicologico, individuale o di gruppo) hanno subito dei rallentamenti. Infine, la prosecuzione del previsto Tavolo Istituzionale Anziani per la messa in rete dei soggetti del territorio che si occupano di servizi residenziali non ha prodotto risultati.
- SSC 6.5 Pordenone: già nel 2014 l'implementazione mirata del sistema Help Key TV e di eventuali altri sistemi basati sulle tecnologie dell'informazione e/o sulla domotica a supporto della domiciliarità degli anziani non sono proseguite.

Osservando maggiormente nel dettaglio le attività previste nei PdZ e finalizzate a rafforzare le iniziative di promozione della salute e dei corretti stili di vita per le persone anziane (ob. 7.1), riportate nella tabella n. 33, si evidenzia come in tutti gli ambiti distrettuali sia stata realizzata almeno un'iniziativa di promozione della salute e di prevenzione delle disabilità a favore della popolazione anziana per ciascuna annualità del triennio 2013-2015. A livello operativo, si segnala come le iniziative di promozione della salute siano state coordinate prevalentemente dall'AASe costituiscano delle attività consolidate dai servizi.

Per quanto riguarda le criticità, si evidenzia come il SSC 3.1 (Gemona del Friuli) abbia registrato dei rallentamenti già nel 2013 causati da turnover interni che hanno interessato l'allora ASS 3; le stesse hanno ripreso il loro andamento regolare nel 2014 e nel 2015. Altre problematiche, evidenziate per esempio dal SSC 3.2 (Carnia) hanno riguardato la difficoltà di coinvolgimento i MMG nell'ambito delle progettualità previste.

Tabella 34-Ob. Regionale 7.1: promuovere interventi di promozione della salute e di prevenzione delle disabilità nell'anziano (R=raggiunto; P.R.= Parzialmente raggiunto; N.R.=Non raggiunto; n.p.=non pervenuto) e descrizione delle iniziative di promozione della salute

	INDICATORI REGIONALI				TIPOLOGIE DI INIZIATIVE DI PROMOZIONE DELLA SALUTE REALIZZATE NEL TRIENNIO 2012-2015
SSC	N. iniziative di promo-zione della salute	N. anziani coinvolti in programmi di promozione della salute	Ogni anno viene realizzato almeno un programma di promozione della salute	Un numero crescente di anziani nel triennio 2013-15 è coinvolto in programmi di promozione della salute	
SSC-1.1	R.	R.	R.	R.	- Progetto ministeriale Passi d'argento; Camminate insieme e attività fisica di gruppo - Numerosi progetti quali "Promuovere il benessere psicofisico", "La salute non ha età" ecc. - Guida Come rimanere a casa propria - Teatro anziani
SSC-1.2	R.	R.	R.	R.	
SSC-1.3	R.	R.	R.	R.	
SSC-2.1	R.	R.	R.	R.	- Iniziative di promozione dei corretti stili di vita (Rischio cardiovascolare, Prevenzione degli incidenti domestici, Sana alimentazione) - Iniziative di volontariato per l'invecchiamento attivo (SSC 2.1)
SSC-2.2	R.	R.	R.	R.	
SSC-3.1	R.	R.	R.	R.	- Azioni di socializzazione e ricreazione
SSC-3.2	R.	R.	R.	R.	- Iniziative di promozione della salute sulla prevenzione degli incidenti domestici, sulla corretta alimentazione e sulla formazione degli Assistenti famigliari - Canale youtube: Salute in Alto Friuli
SSC-4.1	R.	R.	R.	R.	- Promozione stili di vita sani; Collaborazione con il volontariato per l'invecchiamento attivo
SSC-4.2	R.	R.	R.	R.	- Interventi di promozione della salute quali i "gruppi diabete", interventi formativi rivolti agli operatori sul tema della prevenzione delle cadute, avvio di interventi formativi rivolti al supporto dei care giverse alla qualificazione del lavoro di cura degli assistenti familiari - Rete di iniziative di tipo ricreativo realizzate dalle associazioni locali.
SSC-4.3	R.	R.	R.	R.	- Promozione stili di vita sani
SSC-4.4	R.	R.	R.	R.	- Prosecuzione scuola territoriale della salute (attività fisica per anziani, gruppi in cammino eprevenzione incidenti domestici) - Promozione attività assistenti familiari
SSC-4.5	R.	R.	R.	R.	- Iniziative in continuità con quelle adottate nel precedente triennio
SSC-5.1	R.	R.	R.	R.	- Progettualità per la Prevenzione delle cadute e prevenzione degli incidenti domestici
SSC-5.2	R.	R.	R.	R.	
Area pordenonese					- Ricognizione dello stato dell'arte di progetti e iniziative pubbliche/private in tema di prevenzione, messa in rete e programmazione congiunta sul tema degli stili di vita sani (mappa provinciale). - Studio di fattibilità multi professionale relativo all'esperienza "case sane" con ausilio di supporti domotici e informatici con riferimento alle esperienze sviluppate a livello provinciale e regionale.
SSC-6.1	R.	R.	R.	R.	- Gruppi in cammino; Attività di prevenzione degli incidenti domestici
SSC-6.2	R.	R.	R.	R.	- Incontri pubblici aperti alla cittadinanza relative a stili di vita sani
SSC-6.3	R.	R.	R.	R.	- Gruppi in cammino; Attività di prevenzione degli incidenti domestici - Formazione congiunta SSC e Distretto san. sud per la promozione della salute operatori e utenti del SAD
SSC-6.4	R.	R.	R.	R.	- Iniziative di promozione della salute
SSC-6.5	R.	R.	R.	R.	- Attività di prevenzione degli incidenti domestici - Help key TV (SSC 6.5 Pordenone)

Nella tabella n. 34 sono stati riportati gli indicatori valutativi previsti nelle LGper quanto riguarda l'obiettivo 7.1.1: si può osservare come i valori attesi previsti siano stati dichiarati raggiunti da tutti i SSC. Nella medesima tabella, inoltre, si riporta in sintesi una sinossi delle varie iniziative di promozione della salute intraprese nei diversi territori, che vanno dalle serate informative su temi specifici (es. sana alimentazione, rischio cardiovascolare, prevenzione degli incidenti domestici, ecc.), all'attività fisica realizzata in gruppo e alle iniziative di tipo ricreativo. Particolare menzione meritano due iniziative che, pur non avendo visto pieno sviluppo, hanno avuto il merito di cercare di introdurre l'utilizzo delle nuove tecnologie sul tema in oggetto:

- Canale youtube AAS 3 - Salute in Alto Friuli, da cui i cittadini possono ottenere informazioni di tipo sanitario;
- Help Key – TV (SSC 6.5), che favorisce la comunicazione delle persone anziane, attraverso l'uso di nuove tecnologie, rese più comprensibili e semplificate, grazie anche all'utilizzo di una piattaforma tecnologica di nuova generazione, consentendo anche a chi non possiede un computer di accedere facilmente al web e ai servizi che esso offre.

L'obiettivo regionale 7.2 prevedeva lo sviluppo della domiciliarità a favore di persone anziane: i diversi territori hanno quindi attuato una serie di azioni e di iniziative finalizzate a valorizzare le numerose risorse, funzionali a facilitare la permanenza a domicilio delle persone anziane. Poiché l'obiettivo regionale era l'incremento della domiciliarità, l'indicatore previsto dalleLGfa riferimento al numero di anziani residenti accolti in strutture. Nel triennio si prevedeva l'aumento del rapporto tra il n. anziani residenti nell'ambito distrettuale e il n. anziani provenienti dal medesimo ambito accolti in strutture (compresi quelli accolti in strutture situate in ambiti territoriali diversi da quello di residenza). Come si osserva dalla tabella n. 35, queste informazioni sono state raccolte da un numero limitato di SSC, questo perché non sempre i servizi hanno la possibilità di monitorare tali tipologie di informazioni, che sono invece a disposizione dei soggetti gestori delle strutture residenziali. Inoltre, si segnala come anche nelle banche dati regionali (SIRA-FVG) la registrazione del numero di anziani presenti in strutture residenziali avvenga solo per gli utenti accolti in strutture convenzionatecon le AAS per l'abbattimento retta.

Tabella 35 -Ob. Regionale 7.2: sviluppare la domiciliarità, sostenere le famiglie, qualificare il lavoro di cura degli assistenti familiari, sperimentare soluzioni innovative di risposta residenziale (…) (R=raggiunto; P.R.= Parzialmente raggiunto; N.R.=Non raggiunto

	Rapporto tra n. anziani residenti nell'ambito distrettuale e n. anziani provenienti dal medesimo ambito accolti in strutture per anziani (compresi quelli accolti in strutture situate in ambiti territoriali diversi)	Risultato atteso: con riferimento al 31.12.2012 nel triennio 2013-2015 il rapporto tende ad aumentare
SSC 1.1	n.p.	n.p.
SSC 1.2	n.p.	n.p.
SSC 1.3	n.p.	n.p.
SSC 2.1	n.p.	n.p.
SSC 2.2	n.p.	n.p.
SSC 3.1	R.	R.
SSC 3.2	R.	R.
SSC 4.1	n.p.	n.p.
SSC 4.2	R.	R.
SSC 4.3	R.	R.
SSC 4.4	n.p.	n.p.
SSC 4.5	n.p.	n.p.
SSC 5.1	R.	R.
SSC 5.2	R.	R.
SSC 6.1	n.p.	n.p.
SSC 6.2	n.p.	n.p.
SSC 6.3	n.p.	n.p.
SSC 6.4	n.p.	n.p.
SSC 6.5	n.p.	n.p.

Per fornire un quadro di insieme rispetto alla numerosità degli anziani in strutture convenzionate per l'abbattimento retta, le informazioni presenti nel database SIRA-FVG sono state riportate nella tabella n. 36. Nello specifico sono stati evidenziati i seguenti elementi:

- n. di strutture convenzionate con le AAS per l'abbattimento retta e posti letto a disposizione;
- ospiti presenti, ingressi e dimissioni nelle strutture convenzionate con le AAS per l'abbattimento rette.

Come sottolineato in precedenza, le informazioni qui riportate sono solamente una parte dell'universo: si tenga presente, infatti, che nella Regione Friuli Venezia Giulia nel 2013 erano presenti complessivamente 194 strutture residenziali per un totale di 10.999 posti letto, di cui 8.758 riservati a persone non autosufficienti[20] (pari al 76,9% dei posti letto disponibili sul territorio regionale). Nel 2013, invece, le strutture convenzionate con le AAS per l'abbattimento delle rette erano complessivamente 84, per un totale di 7.231 posti letto convenzionati.

[20] In tale computo rientrano anche i posti letto presenti presso le Residenze polifunzionali.

Tabella 36- Strutture convenzionate per l'abbattimento retta: n. strutture, posti letto, tot. ospiti presenti, tot. ingressi, tot. dimissioni.

	Anno 2011					Anno 2012					Anno 2013				
	Strutture convenz.	PL convenz.	Totale ospiti presenti	Totale ingressi	Totale dimissioni	Strutture convenz.	PL convenz.	Totale ospiti presenti	Totale ingressi	Totale dimissioni	Strutture convenz.	PL convenz.	Totale ospiti presenti	Totale ingressi	Totale dimissioni
1.1 Ovest	5	314	459	163	168	5	314	456	169	167	4	257	425	136	139
1.2 Sud	5	571	790	312	317	5	571	800	329	336	6	628	811	369	368
1.3 Est	2	185	354	127	125	2	185	347	118	118	2	185	364	136	132
1.4 Nord	3	259	489	178	171	3	259	459	138	168	3	259	443	152	134
AAS 1	**15**	**1.329**	**2.092**	**780**	**781**	**15**	**1.329**	**2.062**	**754**	**789**	**15**	**1.329**	**2.043**	**793**	**773**
2.1 Altols.	6	384	582	154	150	6	401	631	199	206	6	401	590	163	172
2.2 Bassols.	6	309	442	114	124	6	324	436	117	115	6	318	446	125	119
5.1 Est	4	273	430	112	116	4	273	428	116	115	5	391	576	266	196
5.2 Ovest	2	189	270	69	66	2	211	260	57	56	2	211	272	67	68
AAS2	**18**	**1.155**	**1.724**	**449**	**456**	**18**	**1.209**	**1.755**	**489**	**492**	**19**	**1.321**	**1.884**	**621**	**555**
3.1 Gemonese	4	239	344	91	91	4	239	318	58	73	4	239	335	87	82
3.2 Carnia	3	284	436	120	111	3	320	416	87	89	3	340	424	97	99
4.1 S.Daniele	2	158	490	157	161	2	158	511	180	175	2	158	473	135	133
4.4 Codroipo	2	181	923	318	317	2	181	969	356	378	2	181	858	265	297
AAS3	**11**	**862**	**2.193**	**686**	**680**	**11**	**898**	**2214**	**681**	**715**	**11**	**918**	**2.090**	**584**	**611**
4.2 Tarcento	5	500	268	49	49	5	500	262	43	44	5	500	262	44	45
4.3 Cividale	3	314	218	46	47	3	324	204	33	35	3	324	233	64	62
4.5 Udine	13	1.019	1.417	402	395	13	1.019	1.453	428	444	13	1019	1432	428	427
AAS4	**21**	**1.833**	**5.019**	**1.501**	**1.488**	**21**	**1.843**	**5.102**	**1.541**	**1.616**	**21**	**1.843**	**4.875**	**1.385**	**1.442**
6.1 Ovest	2	181	473	107	99	3	206	494	119	121	3	206	481	109	111
6.2 Est	2	377	680	182	179	2	377	668	167	168	2	377	725	228	213
6.3 Sud	3	252	276	100	83	3	252	297	104	95	3	252	339	142	133
6.4 Nord	6	467	319	72	69	6	480	333	84	86	6	480	325	77	79
6.5 Urbano	4	506	662	163	158	4	505	670	164	168	4	505	669	162	167
AAS6	**17**	**1.783**	**2.410**	**624**	**588**	**18**	**1.820**	**2.462**	**638**	**638**	**18**	**1.820**	**2.539**	**718**	**703**
Tot. Regionale	**82**	**6.962**	**10.322**	**3.036**	**2.996**	**83**	**7.099**	**10.412**	**3.066**	**3.157**	**84**	**7.231**	**10.483**	**3.252**	**3.176**

Per quanto riguarda le strutture residenziali per anziani si segnala come in diversi territori sia stata evidenziata la necessità di identificare dei criteri di accesso omogenei e in particolare *liste unitarie di accesso a livello provinciale o a livello di ambito distrettuale*. È il caso specifico dei SSC della provincia di Trieste, dove però, non è stato possibile individuare un criterio omogeneo di accesso alle strutture residenziali presenti nei tre ambiti distrettuali, a causa delle diverse modalità gestionali e delle diverse caratteristiche dei soggetti gestori (privati profit, Comuni, ASP). Anche nell'area goriziana il tentativo di messa in rete delle strutture residenziali a livello provinciale non è andato a buon fine, in quanto si sono riscontrate numerose resistenze da parte dei Comuni. Nell'area pordenonese, invece, tale processo ha avuto un esito positivo producendo la messa a regime di una lista unica di accesso alle strutture residenziali (realizzata nel 2013 e perfezionata/consolidata nel 2014/15).

Al di là dei dati relativi alle strutture residenziali, cercando di analizzare maggiormente nel dettaglio quanto realizzato dai diversi SSC nell'ambito della domiciliarità rivolta alle persone anziane, si individuano due linee di indirizzo: da un lato vi sono servizi sociali che hanno sviluppato piani specificamente rivolti alla domiciliarità, dall'altra si trovano progetti o interventi puntuali finalizzati all'implementazione o al miglioramento di specifici servizi o prestazioni.

Nel complesso si segnala come vi siano sei SSC che hanno sperimentato la definizione e l'attuazione di Piani integrati per la domiciliarità; si tratta dei SSC dell'area triestina (1.1, 1.2 e 1.3) che hanno emanato,in modo unitario, nel secondo semestre 2015 il *Piano Integrato di Domiciliarità Avanzata*. A questi si aggiungono il SSC 3.1 Gemona (Piano Integrato a Sostegno della Domiciliarità), il SSC 4.4 Codroipo (Piano integrato a sostegno della domiciliarità) e il SSC 6.1 Sacile (Piano della Domiciliarità d'ambito). I piani definiscono il ruolo dei diversi attori nella realizzazione della domiciliarità a partire dai servizi e interventi erogati da AAS e SSC, ma prendendo in considerazione anche quanto realizzato dai*care giver* (comprese le assistenti familiari) e dal terzo settore (cooperative e associazioni di volontariato). Nello specifico, per il SSC 6.1 Sacile, si evidenzia come il Piano locale per la domiciliarità d'ambito e per la disabilità abbia portato all'avvio di un'istruttoria pubblica di co-progettazione che a fine 2014 aveva coinvolto 3 cooperative sociali riunite in ATI e 25 associazioni di volontariato. L'istruttoria pubblica del SSC 6.1 ha riguardato:

- interventi di sostegno alle famiglie che assistono a casa persone non autosufficienti;
- interventi di formazione e supporto ai*care givers*;
- modalità, anche innovative, di erogazione degli interventi e servizi a favore della domiciliarità;
- impiego di tecnologie, anche innovative, di assistenza;
- partecipazione di organismi, anche privati, a supporto della domiciliarità;
- sperimentazione di soluzioni innovative dirisposta residenziale.

Anche il SSC 4.2 (Tarcento) e il SSC 4.3 (Cividale), pur non esplicitando la presenza di un Piano dedicato alla domiciliarità, hanno operato nell'ottica di rafforzare la filiera di risorse e interventi consolidati a favore della stessa, descrivendo nello specifico il ruolo di ciascun intervento.

I SSC che non hanno previsto un Piano dedicato per l'assistenza domiciliare agli anziani hanno comunque messo in campo tutta una variegata serie di iniziative e progettualità, che vanno nell'ottica di rafforzare e implementare i modelli esistenti. In tal senso, ad esempio, l'area

goriziana ha rafforzato il modello gestionale dell'accreditamento nel servizio domiciliare e istituito una commissione unica di vigilanza.

Alcuni SSC, infine, si sono concetrati anche su interventi progettuali di tipo conoscitivo-esplorativo: ad esempio, nella Bassa Friulana, i SSC 5.1 (Cervignano del Friuli) e SSC 5.2 (Latisana) hanno realizzato una mappa delle fragilità, con una valenza più ampia rispetto al target delle persone anziane non autosufficienti.

Si evidenzia, inoltre, come vi siano degli interventi ricorrenti all'interno dei diversi PdZ:

- in 17 PdZ sono stati programmati e attuati interventi per la formazione dei care giver, spesso in collaborazione con lo sportello dedicato Si.Con.Te.;
- in 12PdZ sono presenti espliciti riferimenti alla promozione dell'Istituto dell'amministratore di sostegno, di cui 11 nell'ambito dell'obiettivo 7 e 1 nell'ambito dell'obiettivo 6.

Per avere un quadro d'insieme sintetico dei numerosi interventi e azioni intrapresi dai 19 SSC si rimanda alla sinossi presentata nella tabella 37.

Tabella 37-Interventi a favore della domiciliarità presenti nei 19 PdZ

	INTERVENTI A FAVORE DELLA DOMICILIARITA'
Area Triestina	- Piano integrato domiciliarità - Interventi di formazione per i *care givers*
SSC-1.2	-Condomini solidali, abitazioni assistite e sperimentazione CAD
SSC-1.3	-Centro Polivalente di Aquilinia
SSC-2.1	- Rafforzamento del modello gestionale dell'accreditamento nel servizio domiciliare e istituzione di una commissione unica di vigilanza.
SSC-2.2	- Formazione per assistenti familiari, anche grazie alla costituzione di un tavolo di ricognizione del fabbisogno con la presenza dei beneficiari del CAF, agenzie di lavoro interinali, CPI, cooperative e centri di formazione. - Promozione dell'istituto dell'Amministratore di sostegno
SSC-3.1	-Piano Integrato a Sostegno della Domiciliarità
SSC-3.2	- Percorsi di informazione/formazione e di supervisione del lavoro di cura delle assistenti familiari e/o dei care givers - Progetto Home Care Premium "A casa sicuri" - Percorsi di animazione in collaborazione con le associazioni del territorio. - Sportello itinerante dedicato ai familiari/care givers di persone con demenza. - Promozione dell'istituto dell'Amministratore di sostegno
SSC-4.1	- Formazione assistenti familiari - Presenza giornaliera dell'AS presso il reparto di medicina generale (progetto dimissioni protette) - Rete tra servizi, volontari e MMG per assistere i non autosufficienti - Formazione in situazione per le assistenti familiari - Promozione dell'istituto dell'Amministratore di sostegno (convenzione provinciale Aprile 2015)
SSC-4.2	- Presenza di una filiera di risorse consolidate[21] - Promozione dell'istituto dell'Amministratore di sostegno

[21] Quando si parla di risorse consolidate, si fa riferimento ai seguenti elementi: infermieristica domiciliare sulle 12 ore, 7 giorni su 7; punti di Ascolto-Infermiere di Comunità nei Comuni di Taipana, Tricesimo e Reana del Rojale; offerta fisioterapica-riabilitativa domiciliare; offerta assistenza domiciliare oncologica-ADO; offerta di assistenza domiciliare integrata-ADI; offerta assistenza protesica; offerta servizio residenziale RSA; servizio di assistenza domiciliare-SAD di Ambito; Telesoccorso e Teleassistenza; progetto 'Emergenza Caldo'; assistenza economica FAP, Fondo SLA e Gravi Gravissimi; offerta servizi di accompagnamento/trasporto e distribuzione generi alimentari attraverso le locali associazioni di volontariato; Sportello assistenti familiari-CPI Provincia di Udine; assistenza economica FAP e Fondo Gravi Gravissimi, servizi di e-care, quali telesoccorso e teleassistenza, partecipazione di organismi privati a supporto della mobilità; collaborazione con la Croce Rossa Italiana, volto in particolare alla gestione della distribuzione di generi alimentari.

	INTERVENTI A FAVORE DELLA DOMICILIARITA'
SSC-4.3	- Segreteria Unica Socio Sanitaria - Collaborazione tra Servizio Sociale e Infermiere di Comunità - Applicazione Protocollo Dimissioni Ospedaliere Protette e Documento sulla continuità assistenziale pronto soccorso-territorio - Definizione dei modelli di presa in carico integrata socio-sanitaria di due diverse tipologie di utenti: malati oncologici in fase terminale e avvio dei pacchetti di SAD; persone anziane fragili - Elaborazione del progetto di prevenzione dei traumi collegati ad incidenti domestici - Prosecuzione dei gruppi di auto-mutuo aiuto e sostegno alle persone che assistono familiari non autosufficienti ed affetti da Alzheimer - Promozione dell'istituto dell'Amministratore di sostegno, con la creazione di una "rete" tra gli Ambiti distrettuali, gli Sportelli informativi della Provincia di Udine e il Tribunale di Udine con tutti i giudici tutelari e la cancelleria al fine di coordinare l'attività e definire procedure omogenee
SSC-4.4	- Piano integrato a sostegno della domiciliarità, con *rivisitazione servizi e interventi a sostegno della domiciliarità.* - *Consolidamento SSC- Sportello SI.Con.Te* - R*ilevazione condizioni sanitarie e sociali determinanti la richiesta di inserimento in struttura*
SSC-4.5	-Piano locale per la domiciliarità -Percorsi formativi per la promozione di stili di vita sani (rete Città Sane)
SSC-5.1	- Favorire il mantenimento degli attuali livelli dei servizi sociosanitari erogati a domicilio puntando verso una maggiore omogeneizzazione e qualità delle prestazioni attraverso momenti di formazione per operatori domiciliari volto a favorire la presa in carico integrata (SSC, ASS e Terzo Settore)
SSC-5.2	- Potenziare la collaborazione tra i servizi territoriali/ospedalieri/residenziali al fine di favorire la presa in carico integrata - Formulare un progetto per la predisposizione di una "mappa delle fragilità" - Promozione dell'istituto dell'Amministratore di sostegno
Area pordenonese	- Revisione della procedura erogazione Fondo Autonomia Possibile - Avvio analisi congiunta con il Distretto Sanitario del segmento "SAD-ADI-Protocollo per le dimissioni protette-RSA"
SSC-6.1	- Piano della Domiciliarità d'Ambito - Percorsi di accompagnamento e progetti orientati a favorire il benessere delle assistenti familiari - Tavolo permanente con soggetti istituzionali e non in rappresentanza delle strutture residenziali e semiresidenziali del territorio - Avvio sperimentale delle "funzioni respiro" come supporto al SAD per anziani affetti da patologie dementigene. - Attività di animazione dei CD - Promozione dell'istituto dell'Amministratore di sostegno (Macro Azione sociale).
SSC-6.2	- Implementazione della rete per la segnalazione precoce di anziani a rischio (analisi delle condizioni socio-sanitarie di anziani soli residenti over75 e individuazione del Comune di Casarsa come territorio pilota per interventi volti al coinvolgimento della comunità e di assunzione di responsabilità con il progetto "antenne- vedette di quartiere"; sperimentazione nuove forme di erogazione dei servizi domiciliari con voucher, buoni, ecc.). - Percorsi di accompagnamento e progetti orientati a favorire il benessere delle assistenti familiari. - Tavolo permanente con soggetti istituzionali e non in rappresentanza delle strutture residenziali e semiresidenziali del territorio. - Avvio sperimentale delle "funzioni respiro" come supporto al SAD per anziani affetti da patologie dementigene. - Attività di animazione dei CD.
SSC-6.3	- Riorganizzazione dell'"Equipe anziani", sull'esempio di quanto realizzato nell'area minori con l'equipe minori. - Elaborazione protocollo operativo per la gestione del SAD. - Percorsi di accompagnamento e progetti orientati a favorire il benessere delle assistenti familiari. - Tavolo permanente con soggetti istituzionali e non in rappresentanza delle strutture residenziali e semiresidenziali del territorio. - Avvio sperimentale delle "funzioni respiro" come supporto al SAD per anziani affetti da patologie dementigene. - Attività di animazione dei CD.
SSC-6.4	- Progetto Montagna: domiciliarità comunitaria.
SSC-6.5	- Revisione della procedura erogazione Fondo Autonomia Possibile (azione sviluppata nel tavolo trasversale di area vasta). - Avvio analisi congiunta con il Distretto Sanitario del segmento "SAD-ADI-Protocollo per le dimissioni protette-RSA" (azione sviluppata nel tavolo trasversale di area vasta) - Analisi offerta centri diurni semiresidenziali. - Prosecuzione percorsi formativi per assistenti familiari (moduli con contenuti sanitari-assistenziali).

Infine, tra gli obiettivi regionali si prevedeva la sperimentazione di soluzioni innovative di risposta residenziale (es. utilizzo condiviso di civili abitazioni per favorire forme di convivenza per anziani soli). Sono 8 i SSC che propongono, pur con scarsi risultati, questa tipologia di iniziativa tra gli obiettivi del PdZ e nello specifico:

- SSC 1.2 Trieste: sperimentazioni innovative in ambito residenziale e domiciliare (anche con utilizzo condiviso di civili abitazioni) finalizzate a implementare nuove forme di domiciliarità (condomini solidali, riformulazione Centro Assistenza Domiciliare-CAD);
- SSC 1.3 Muggia: azioni innovative in ambito residenziale presso un appartamento Ater c/o macroarea Zindis;
- SSC 3.1 Gemona: sperimentazione di forme innovative di abitare sociale per gli anziani nel comune di Ovaro (Casa Guidetti) e nel comune di Enemonzo;
- SSC 4.1 San Daniele: progetto di prossimità sperimentale;
- SSC 4.4 Codroipo: soluzioni innovative residenziali (sperimentazione di nuove forme di "abitare" protetto per le persone anziane con parziale perdita di autonomia);
- SSC 6.2 San Vito, SSC 6.3 Azzano, SSC 6.4 Maniago: studio di fattibilità che prevede nei diversi territori la riconversione di strutture per la domiciliarità diffusa (azione abbandonata dal SSC 6.3 e limitata allo studio di fattibilità negli altri casi).

Le misure e azioni intraprese dai diversi SSC per favorire la domiciliarità delle persone anziane mettono in evidenza come il sistema della domiciliarità sia complesso e chiami in causa una pluralità di interventi e servizi, che insieme concorrono a definire una risposta efficace e unitaria ai bisogni della persona assistita a domicilio. Inoltre, sempre più le iniziative messe in campo dai SSC cercano di coinvolgere anche la famiglia dell'utente e, più in generale, i suoi *caregivers*, comprese le assistenti familiari. Tra le misure previste a livello regionale si ricordano nella fattispecie il servizio di assistenza domiciliare (SAD), che si articola in un insieme di interventi di natura socio-assistenziale che vanno dall'assistenza diretta alla persona, alla fornitura di pasti e pulizie a domicilio.

Nel corso del triennio gli utenti del SAD sono leggermente diminuiti (tabella n. 38), passando da 7.198 utenti nel 2011 a 7.074 utenti nel 2014. Come evidenziato anche dal *Rapporto sociale regionale 2013*, esiste una notevole variabilità a livello territoriale per quanto riguarda l'incidenza degli utenti SAD-anziani rispetto alla popolazione anziana (over 65) presente nei diversi territori. Infatti, si passa da SSCin cui tale incidenza è del 58,2‰ come a Gemona ad altri in cui è del 9,4‰ come a Duino Aurisina. La media a livello regionale è del 19,6‰. È interessante notare che tali differenze si riscontrano anche tra territori dove i SSC hanno sviluppato i PdZ in modo congiunto (per quanto riguarda l'integrazione sociosanitaria): è il caso ad esempio dei SSC 5.1 Cervignano e SSC 5.2 Latisana, dove l'incidenza delle persone seguite dal SAD-anziani sulla popolazione over 65 è pari rispettivamente al 25,3‰ e a 13,1‰. A tal proposito, pur evidenziando come il PdZ abbia costituito per i servizi sociosanitari presenti sul territorio dei due ambiti distrettuali un occasione di fattiva collaborazione, esso abbia inciso solo limitatamente sull'andamento dell'erogazione di interventi strutturati come il SAD.

Per quanto riguarda l'andamento del SAD si evidenzia, a livello regionale, una leggera diminuzione tra il 2011 e il 2014, pari al -1,7%. Tuttavia, anche in questo caso si riscontra una certa varietà:

infatti, nella fascia anziana dell'utenza, la maggior parte dei territori vede una diminuzione dell'uso di tale strumento (considerevole è il decremento nell'area triestina, in quella isontina e negli ambiti distrettuali 5.2 Latisana, 4.4 Codropipo, 4.5 Udine e 6.2 San Vito al Tagliamento). Al tempo stesso, però, ve ne sono altri in cui si registra un incremento (SSC 3.2 Gemona, SSC 4.2 Tarcento, SSC 6.1 Sacile, SSC 6.3 Azzano, SSC 6.5 Pordenone e in misura minore SSC 6.4 Maniago). Le differenze riscontrate nell'utilizzo del SAD fanno riferimento a molteplici fattori tra cui sono certamente rilevanti le diverse modalità gestionali che lo caratterizzano. Accanto a ciò anche il ruolo che il servizio ha ricoperto nel territorio deve essere preso in considerazione: infatti, come precedentemente evidenziato esso è solamente uno degli strumenti che facilita la domiciliarità delle persone anziane. È quindi rilevante tenere presente come questo servizio si sia interfacciato anche con altri strumenti a disposizione degli utenti, sia di natura pubblica sia privata.

A tal proposito, un'ulteriore misura prevista a livello regionale per facilitare la domiciliarità è il FAP (Fondo per l'Autonomia Possibile), con particolare riferimento a due linee di intervento: l'APA (Assegno Per l'Autonomia, intervento economico a favore delle persone con grave non autosufficienza e dei familiari che se ne prendono cura) e il CAF (Contributo per l'Aiuto Familiare ovvero nel caso in cui per l'assistenza della persona non autosufficiente ci si avvalga dell'aiuto di asssitenti familiari). I dati relativi al suo utilizzo nel corso dell'ultimo triennio sono riportati nella tabella n. 39: rispetto al SAD, si osserva tra il 2011 e il 2014 un incremento dell'utilizzo del FAP, pari a + 7,9% (+523 utenti). In particolare, aumenta in modo considerevole il CAF (+11,6% pari a +326 utenti), mentre l'APA diminuisce leggermente (-1,5% pari a -40 unità). Anche in questo caso, si riscontrano numerose differenze nei diversi territori: nello specifico, la crescita o la diminuzione dell'utilizzo dello strumento è almeno in parte speculare all'andamento dell'uso del SAD, in quanto spesso i SSC cercano di utilizzarli in modo combinato con lo scopo di garantire una risposta quanto più coerente alle necessità dell'assistito e della sua famiglia.

Tabella 385-Utenti SAD per area di utenza: anni 2011, 2012, 2013, 2014; var % 2011-2014 SAD totale e area anziani; Incidenza ‰ utenti SAD sul totale della popolazione e Utenti Anzini SAD sulla popolazione over 65.

	2011				2012				2013				2014				var % 2011-14		2014 Incidenza ‰ sulla pop.	
	Minori	Adulti	Anziani	Totale	Minori	Adulti	Anziani	Totale	Minori	Adulti	Anziani	Totale	Minori	Adulti	Anziani	Totale	Anziani	Totale	Anziani	Totale
1.1 Duino Aurisina	-	4	45	**49**	-	4	42	**46**	-	5	36	**41**	-	5	31	**36**	-31,1	-26,5	9,4	3,1
1.2 Trieste	-	75	695	**770**	-	70	591	**661**	-	65	582	**647**	0	45	631	**676**	-9,2	-12,2	10,9	3,3
1.3 Muggia-S.Dor.	-	4	108	**112**	1	8	113	**122**	-	8	89	**97**	1	9	76	**86**	-29,6	-23,2	13,5	4,5
AAS1 Totale	**-**	**83**	**848**	**931**	**1**	**82**	**746**	**829**	**-**	**78**	**707**	**785**	**1**	**59**	**738**	**798**	**-13,0**	**-14,3**	**11,0**	**3,4**
2.1 Alto Isontino	6	68	257	**331**	10	54	187	**251**	10	54	207	**271**	10	49	220	**279**	-14,4	-15,7	11,8	4,0
2.2 Basso Isontino	5	43	287	**335**	5	44	278	**327**	3	38	247	**288**	1	37	267	**305**	-7,0	-9,0	14,5	4,3
5.1 Cervignano	-	51	357	**408**	1	54	352	**407**	-	49	336	**385**	-	50	348	**398**	-2,5	-2,5	25,3	7,2
5.2 Latisana	4	41	206	**251**	2	43	186	**231**	1	43	174	**218**	-	45	181	**226**	-12,1	-10,0	13,1	4,0
AAS2 Totale	**15**	**203**	**1.106**	**1.324**	**18**	**195**	**1.003**	**1.216**	**14**	**184**	**963**	**1.161**	**11**	**181**	**1.016**	**1.208**	**-8,1**	**-8,8**	**15,7**	**4,8**
3.1 Gemona	-	56	426	**482**	1	50	472	**523**	3	46	501	**550**	-	34	499	**533**	17,1	10,6	58,2	15,9
3.2 Carnia	5	48	272	**325**	4	49	269	**322**	5	44	279	**328**	8	45	261	**314**	-4,0	-3,4	25,7	8,3
4.1 S. Daniele del F.	-	41	358	**399**	-	46	353	**399**	-	39	352	**391**	-	36	347	**383**	-3,1	-4,0	28,4	8,0
4.4 Codroipo	3	57	195	**255**	3	51	187	**241**	2	48	186	**236**	2	40	171	**213**	-12,3	-16,5	13,7	4,1
AAS3 Totale	**8**	**202**	**1.251**	**1.461**	**8**	**196**	**1.281**	**1.485**	**10**	**177**	**1.318**	**1.505**	**10**	**155**	**1.278**	**1.443**	**2,2**	**-1,2**	**29,4**	**8,4**
3.2 Tarcento	3	56	286	**345**	3	49	286	**338**	2	49	313	**364**	1	44	307	**352**	7,3	2,0	28,4	8,5
4.3 Cividale	3	52	294	**349**	3	55	293	**351**	1	47	293	**341**	-	56	291	**347**	-1,0	-0,6	23,4	6,7
4.5 Udine	10	137	1079	**1226**	5	148	1054	**1207**	2	143	1006	**1151**	1	147	1003	**1151**	-7,0	-6,1	25,5	7,2
AAS4 Totale	**16**	**244**	**1.658**	**1.918**	**10**	**252**	**1.631**	**1.893**	**5**	**239**	**1.609**	**1.853**	**2**	**247**	**1.599**	**1.848**	**-3,6**	**-3,6**	**25,5**	**7,3**
6.1 Sacile	2	44	210	**256**	4	44	194	**242**	4	47	194	**245**	4	46	237	**287**	12,9	12,1	17,2	4,6
6.2 San Vito al T.	-	32	182	**214**	-	33	174	**207**	-	29	132	**161**	-	51	149	**200**	-18,1	-6,5	16,7	4,9
6.3 Azzano Decimo	3	75	360	**438**	3	67	425	**495**	2	65	428	**495**	-	59	404	**463**	12,2	5,7	33,2	7,6
6.4 Maniago	1	74	253	**328**		82	261	**343**	-	101	262	**363**	-	126	259	**385**	2,4	17,4	20,1	7,2
6.5 Pordenone	25	37	268	**330**	41	45	282	**368**	35	49	281	**365**	35	57	353	**445**	31,7	34,8	15,7	4,7
AAS5 Totale	**31**	**261**	**1.273**	**1.565**	**48**	**270**	**1.336**	**1.654**	**41**	**290**	**1.297**	**1.628**	**39**	**338**	**1.400**	**1.777**	**10,0**	**13,5**	**19,9**	**5,7**
FVG	**70**	**993**	**6.135**	**7.198**	**85**	**995**	**5996**	**7.076**	**70**	**968**	**5.894**	**6.932**	**65**	**978**	**6.031**	**7.074**	**-1,7**	**-1,7**	**19,6**	**5,8**

Tabella 39-Utenti FAP: anni 2011, 2012, 2013, 2014 e variazione 2014-2014 (v.a., %)

	2011			2012			2013			2014			Variazione 2011-2014					
	totale	di cui		totale	di cui		totale	di cui		totale	di cui		v.a.			%		
		APA	CAF		APA	CAF		APA	CAF		APA	CAF	totale	APA	CAF	totale	APA	CAF
1.1 Duino Aurisina	**81**	57	10	**86**	60	9	**79**	53	12	**80**	46	17	**-1**	-11	7	**-1,2**	-19,3	70,0
1.2 Trieste	**972**	489	332	**1181**	590	365	**1221**	625	375	**1151**	573	357	**179**	84	25	**18,4**	17,2	7,5
1.3 Muggia - San Dorligo	**128**	65	41	**110**	45	50	**112**	53	48	**112**	49	47	**-16**	-16	6	**-12,5**	-24,6	14,6
ASS 1	**1181**	**611**	**383**	**1377**	**695**	**424**	**1412**	**731**	**435**	**1343**	**668**	**421**	**162**	**57**	**38**	**13,7**	**9,3**	**9,9**
2.1 Alto Isontino	**477**	295	126	**368**	229	94	**427**	264	100	**392**	223	101	**-85**	-72	-25	**-17,8**	-24,4	-19,8
2.2 Basso Isontino	**321**	89	192	**271**	66	158	**314**	99	140	**350**	129	154	**29**	40	-38	**9,0**	44,9	-19,8
5.1 Cervignano	**233**	70	110	**222**	73	107	**298**	129	130	**341**	163	144	**108**	93	34	**46,4**	132,9	30,9
5.2 Latisana	**273**	99	75	**238**	91	82	**296**	96	125	**315**	100	139	**42**	1	64	**15,4**	1,0	85,3
ASS 2	**1304**	**553**	**503**	**1099**	**459**	**441**	**1335**	**588**	**495**	**1398**	**615**	**538**	**94**	**62**	**35**	**7,2**	**11,2**	**7,0**
3.1 Gemonese	**204**	43	128	**207**	44	126	**182**	38	94	**200**	56	86	**-4**	13	-42	**-2,0**	30,2	-32,8
3.2 Carnia	**157**	14	103	**159**	21	84	**195**	42	115	**203**	44	111	**46**	30	8	**29,3**	214,3	7,8
4.1 San Daniele del Friuli	**375**	157	172	**360**	141	176	**359**	134	188	**398**	145	210	**23**	-12	38	**6,1**	-7,6	22,1
4.4 Codroipo	**288**	147	112	**363**	182	144	**395**	211	148	**448**	240	157	**160**	93	45	**55,6**	63,3	40,2
ASS 3	**956**	**288**	**505**	**974**	**273**	**524**	**955**	**256**	**539**	**1249**	**485**	**564**	**-1**	**-1**	**-1**	**-1,2**	**-19,3**	**70,0**
4.2 Tarcento	**220**	74	102	**248**	67	138	**219**	42	142	**250**	46	158	**30**	-28	56	**13,6**	-37,8	54,9
4.3 Cividale	**328**	150	152	**302**	143	137	**260**	119	117	**224**	101	102	**-104**	-49	-50	**-31,7**	-32,7	-32,9
4.5 Udine	**746**	175	467	**793**	143	549	**836**	154	575	**945**	177	645	**199**	2	178	**26,7**	1,1	38,1
ASS 5	**1294**	**399**	**721**	**1343**	**353**	**824**	**1315**	**315**	**834**	**1419**	**324**	**905**	**125**	**-75**	**184**	**9,7**	**-18,8**	**25,5**
6.1 Sacile	**398**	147	190	**265**	55	134	**313**	83	178	**337**	81	180	**-61**	-66	-10	**-15,3**	-44,9	-5,3
6.2 San Vito al T.	**219**	70	134	**215**	67	115	**270**	73	122	**265**	61	119	**46**	-9	-15	**21,0**	-12,9	-11,2
6.3 Azzano Decimo	**322**	140	126	**349**	150	146	**281**	103	122	**258**	82	94	**-64**	-58	-32	**-19,9**	-41,4	-25,4
6.4 Maniago	**348**	119	172	**303**	73	169	**310**	52	191	**319**	51	196	**-29**	-68	24	**-8,3**	-57,1	14,0
6.5 Pordenone	**509**	251	64	**502**	240	79	**474**	214	106	**534**	244	117	**25**	-7	53	**4,9**	-2,8	82,8
ASS 6	**1796**	**727**	**686**	**1634**	**585**	**643**	**1648**	**525**	**719**	**1713**	**519**	**706**	**-83**	**-208**	**20**	**-4,6**	**-28,6**	**2,9**
REGIONE FVG	**6.599**	**2.651**	**2.808**	**6.542**	**2.480**	**2.862**	**6.841**	**2.584**	**3.028**	**7.122**	**2.611**	**3.134**	**523**	**-40**	**326**	**7,9**	**-1,5**	**11,6**

5.1 Area anziani: l'implementazione nei diciannove SSC

I paragrafi seguenti riportano una sintesi delle principali attività svolte nei 19 SSC nell'arco del triennio di programmazione. Verranno posti in rilievo, inoltre, gli eventuali elementi ostacolanti il raggiungimento delle azioni, utili a comprendere le principali criticità incontrate dai SSC nell'attuazione della pianificazione di zona. Si osservi come, per quanto concerne i SSC afferenti alle province di Trieste, Goriziae Pordenone, la programmazione svolta localmente è stata qui riportata in forma aggregata a livello di area provinciale, con le opportune (se presenti) specifiche a livello di singolo SSC, mentre per il territorio udinese è stata considerata in modo unitario l'area della Bassa Friulana (SSC 5.1 e 5.2).

5.1.1 AREA TRIESTINA: SSC 1.1, SSC 1.2 e SSC 1.3

Nell'area triestina, il PdZ ha declinato gli obiettivi previsti dalle LG nell'ambito delle attività di promozione della salute (A) e per quanto riguarda lo sviluppo della domiciliarità (B).

A) Nel triennio sono state realizzate numerose iniziative di promozione della salute e attività ad esse correlate alle quali hanno partecipato un numero crescente di anziani (a titolo esemplificativo, si citano i progetti "Promuovere il benessere psicofisico", "La salute non ha età"). Sono anche state svolte attività di diffusione e promozione delle iniziative (presentata la guida "Come rimanere a casa propria da anziani") e interventi di formazione per i *care givers*. È stato realizzato un laboratorio teatrale rivolto agli anziani (Il teatro che fa la differenza, in collaborazione con La Contrada teatro stabile di Trieste). In questo contesto, pur nell'ottica di un disegno comune, ciascun territorio ha portato avanti le progettualità in autonomia, proponendo attività valorizzanti le disponibilità e le specificità del mondo dell'associazionismo locale, che ha partecipato attivamente a queste iniziative. Parte delle attività, inoltre, sono state sviluppate nell'ambito del Progetto ministerialePassi d'argento a cui l'AAS 1 ha aderito.

B) In seguito alla rivisitazione del protocollo anziani, è stato elaborato un *Piano integrato della domiciliarità*: il documento congiunto tra l'AAS 1 e i tre SSC sull'offerta dei servizi a sostegno della domiciliarità è stato approvato dall'Assemblea dei Sindaci ed è pubblicato nei siti istituzionali. È stato analizzato l'insieme dei servizi e degli interventi attivati mediante la presa in carico congiunta, definendone le modalità di accesso dell'utenza e il ruolo dei diversi soggetti: tuttavia non è stato previsto un sistema di monitoraggio dello stesso. Per quanto riguarda il SSC 1.2 Trieste si segnala la presenza di un monitoraggio sulla soddisfazione dei servizi domiciliari in appalto, programmato per il 2016.

   Nell'ambito degli interventi di cui all'obiettivo 7.2 si prevedeva di individuare un criterio omogeneo di accesso alle strutture residenziali in tutti e tre gli ambiti distrettuali (e quindi a livello provinciale): tuttavia, a causa delle diverse modalità gestionali di tali strutture, delle diverse caratteristiche dei soggetti gestori (privati profit, Comuni, ASP) e delle diverse priorità territoriali, tale obiettivo resta incompiuto.

Per quanto riguarda le macroazioni sviluppate a livello locale, si evidenziano i seguenti elementi:

- SSC 1.2 Trieste: sono state avviate alcune sperimentazioni innovative in ambito residenziale e domiciliare (anche con l'utilizzo condiviso di civili abitazioni), finalizzate a implementare nuove forme di domiciliarità (condomini solidali nel quartiere San Giacomo –Via dell'Istria e Via Soncini- abitazioni assistite a Montebello e Valmaura, riformulazione Centro Assistenza Domiciliare-CAD). Le sperimentazioni hanno riguardato una dozzina di anziani sino al 2015.
- SSC 1.3 Muggia: anche in questo caso sono state avviate azioni innovative in ambito residenziale presso un appartamento Ater c/o microarea Zindis che ha ospitato nel 2015 quattro persone, di cui un'anziana.
- SSC 1.3 Muggia: è stato predisposto dal SSC e dal Distretto sanitario n. 3 un protocollo operativo per l'attivazione di Interventi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). A dicembre 2015, tale Protocollo risulta operativamente attivo seppur la sua formalizzazione è stata rimandata al 2016.
- SSC 1.3 Muggia: è stata avviata la procedura di manifestazione di interesse per la gestione del centro polivalente di Aquilina.A fine 2015 la procedura non è stata ancora completata e ciò non ha reso possibile l'avvio dei lavori di ristrutturazione dell'immobile.
- SSC 1.3 Muggia: è stato avviato il centro di aggregazione per anziani Dante, che nel 2015 ha visto l'impegno di un operatore per complessive 270 ore.
- SSC 1.2 Trieste: è stato prodotto un report contenente i dati degli utenti liste ITIS e UNEBA.
- SSC 1.2 Trieste: adesione al progetto Home care premium.

Tabella 60-Utenti che hanno fruito di interventi a domicilio nell'area triestina

	SSC 1.1*	**SSC 1.2**	**SSC 1.3**
n. utenti SAD	29	224	76
n. ore SAD	*4.600*	-	4486
n. utenti pasti a domicilio	-	33	31
n. utenti servizio pulizia	-	83	14
n. utenti pasti e servizio pulizia	-	26	-
n. pasti a domicilio distribuiti	-	45.752	4368
n. ore servizio pulizia	-	16.796	458
N. utenti ADI		150	-
n. ore servizio ADI	60-	37.495	-
Totale utenti di servizi dom. (ADI+SAD+pasti+pulizie)	-	502	-
Persone valutate per progetto Home care premium	-	95 Domande valutate, di cui 85 inserite nel progetto e 9 in lista d'attesa.	-

5.1.2AREA GORIZIANA: SSC 2.1 E SSC 2.2

Nei due SSC dell'Isontino le azioni relative alla promozione di corretti stili di vita per gli anziani sono state realizzate con cadenza annuale dall'AAS 2:

- nel 2013 è stato affrontato il tema del rischio cardiovascolare;
- nel 2014 è stato affrontato il tema degli incidenti domestici;

- nel 2015 è stato affrontato il tema della corretta alimentazione.

Nell'ambito delle azioni finalizzate allo sviluppo della domiciliarità in capo ai SSC sono state realizzate le seguenti azioni:

- i SSC 2.1 e SSC 2.2 hanno rafforzato il modello gestionale dell'accreditamento nel servizio di assistenza domiciliare, con la formalizzazione delle procedure attraverso la costituzione di una Commissione di vigilanza unificata e finalizzata a definire gli standard quali-quantitativi del SAD;
- i SSC 2.1 e SSC 2.2 hanno promosso e valorizzato la figura dell'amministratore di sostegno;
- l'AAS 2 ha realizzato una formazione per assistenti familiari, anche grazie alla costituzione di un tavolo di ricognizione del fabbisogno che prevedeva la presenza dei beneficiari del CAF, agenzie di lavoro interinali, CPI, cooperative e centri di formazione;
- ilSSC 2.1Alto Isontino ha rafforzato la cultura della domiciliarità, cercando una maggiore integrazione nella filiera dei servizi per la popolazione anziana (domiciliarità/residenzialità), mantenendo nel triennio un apposito Tavolo di confronto.

Per quanto riguarda le strutture residenziali, le azioni previste nel PdZ riguardavano la messa in rete delle strutture residenziali: nello specifico, l'intento era quello di costruire nei due territori delle liste uniche di accesso al sistema residenziale e semiresidenziale a livello provinciale, attraverso l'approvazione di una convenzione con gli enti gestori delle strutture, in cui si disciplinasse anche il rimborso/compartecipazione delle spese sanitarie da parte dell'utenza. L'implementazione di quest'azione ha trovato numerose resistenze da parte dei Comuni e non è quindi stata realizzata.

Nel territorio del Basso Isontino, inoltre, il SSC 2.2 ha agitonell'ottica di rafforzare la rete del volontariato che opera nell'ambito delle attività rivolte alla popolazione anziana, favorendo iniziative volte a valorizzare l'invecchiamento attivo e a sostenere la domiciliarità. Nello specifico, il Tavolo sulla domiciliarità e non autosufficienza ha toccato nel triennio vari temi, giungendo a definire, nel 2015, la necessità di realizzare un percorso innovativo e sperimentale in 4 comuni (Monfalcone, Grado, Turriaco, San Pier d'Isonzo). Attraverso bandi pubblici di co-progettazione, sono stati quindi incaricati alcuni soggetti del privato sociale che hanno ricevuto il mandato di implementarepercorsi di domiciliarità sociale innovativa. In questo caso per domiciliarità innovativa si intende la promozione di una cultura che favorisca gli anziani o i soggetti più deboli a rimanere nella propria abitazione e a mantenere vivo un sistema di relazioni, arricchito e potenziato da tutte le risorse presenti connesse e visibili, in un'ottica di interscambio generazionale. Tali percorsi fanno riferimento alle seguenti macroazioni del PdZ: 7.2.4 (Diffusione cultura della domiciliarità), 7.4.1 (Rete tematica-territoriale), 11.1 (Opportunità di crescita del rapporto intergenerazionale).

5.1.3 SSC 3.1 GEMONA DEL FRIULI

Nell'area anziani, agli interventi di promozione della salute e di prevenzione della disabilità dell'anziano e alle azioni di cura ed assistenza, il PdZ del gemonese ha affiancato azioni di carattere socializzante, ricreativo e riabilitativo, nonché educativo e formativo. Nel corso del triennio lo

sviluppo di attività di promozione della salute e di corretti stili di vita hanno subito diversi ritardi a causa dei cambiamenti organizzativi che hanno investito l'AAS 3. Nel complesso, mentre nel 2013 non è stato possibile realizzare alcun tipo di attività, nel 2014 le iniziative hanno coinvolto 180 anziani e nel 2015, 240persone.

Per quanto riguarda invece le azioni a favore della domiciliarità, si evidenzia nell'area gemonese la presenza di un *Piano integrato a favore della domiciliarità delle persone anziane non autosufficienti*. Attraverso questo strumento si è agito su più fronti:

- implementare il progetto «Miôr a cjase/a casa è meglio», che offre gratuitamente informazione, formazione, affiancamento al domicilio da parte di un'équipe di professionisti socio-sanitari, che di volta in volta si attivano a seconda del tipo di bisogno segnalato;
- favorire la qualificazione, l'inclusione e l'integrazione delle assistenti familiari straniere, per promuovere il lavoro di rete tra di loro, con i servizi e con altre risorse del territorio (es. mostra *Onora il padre e la madre. Badanti*, presentata a Tarvisio);
- attuare interventi informativi/formativi (aperti alla popolazione coinvolgendo anche le amministrazioni comunali) a favore dei familiari degli utenti dei centri diurni, del SAD, del SID, del SAD integrato, del SRD;
- rivisitare costantemente l'offerta del SAD, anche tramite il sistema di valutazione della qualità adottato, per erogare servizi strutturati ma al contempo flessibili, per poter dare una migliore risposta ai bisogni degli assistiti;
- sviluppare l'offerta quali/quantitativa dei centri di aggregazione per anziani e adulti fragili attraverso il progetto «Presenti, come le montagne».

Tabella 7-Rapporto tra n. anziani residenti e n. anziani accolti in struttura nell'ambito distrettuale 3.2

	2012	2013	2014	2015
anziani residenti	8.237	8.349	8.439	8.576
anziani accolti in struttura	282	284	73	98
n. anziani residenti/n. anziani accolti in struttura	29,2	29,4	115,6	87,5

5.1.4 SSC 3.2 TOLMEZZO (CARNIA)

Come previsto dall'obiettivo 7.1 delle LG, annualmente è stato realizzato almeno un incontro formativo rivolto alla popolazione su tematiche attinenti la promozione della salute (nello specifico: prevenzione degli incidenti domestici, corretta alimentazione, assistenza familiare). Il materiale informativo, inoltre, è stato diffuso anche tramite il canale Youtube "Salute in Alto Friuli". Sul tema della promozione di stili di vita sani si prevedeva, infine, l'implementazione di un progetto pilota in collaborazione con i MMG, che è stato però abbandonato a causa della scarsa collaborazione di questi ultimi.

Per quanto riguarda la promozione della domiciliarità (Obiettivo 7.2), il PdZ ha previsto le seguenti azioni:

- sperimentazione di forme innovative di abitare sociale per gli anziani nel comune di Ovaro con la ristrutturazione di Casa Guidetti, ecomune di Enemonzo la cui amministrazione ha sottoscritto una convenzione con Vicini di Casa Onlus (2 assegnazioni effettuate nel 2014 e 4 nel 2015);
- attivazione nel 2013 e nel 2014 di percorsi di informazione/formazione e di supervisione del lavoro di cura delle assistenti familiari e/o dei *care givers*;
- sperimentazione, con scarso successo, del progetto Home Care Premium "A casa sicuri" (Progetto INPDAP), che consisteva nell'erogazione di voucher e nell'utilizzo della *smart technology* per l'assistenza domiciliare;
- attivazione delle azioni di sistema in collaborazione con le risorse del territorio per la definizione di percorsi alternativi di assistenza e supporto agli anziani, sviluppando il lavoro di comunità (nei territori di Villa Santina, Lauco, Paularo e Paluzza sono stati realizzati percorsi di animazione in collaborazione con le associazioni del territorio). Inoltre, nel corso del 2015 è stato creato e consolidato uno spazio protesico sul modello della *gentlecare*[22] a favore dei residenti della struttura di Paluzza;
- attivazione di uno sportello itinerante dedicato ai familiari/caregivers di persone con demenza, che però, vista l'incertezza del finanziamento, è stato attivo solo per sei mesi nel 2014. Sono stati inoltre individuati spazi e momenti di socializzazione per persone con demenza medio lieve al fine di creare le condizioni per cui la persona ammalata possa trovare stimoli atti a mantenere capacità e abilità personali (percorso di musicoterapia e laboratorio di stimolazione cognitiva realizzati nei centri diurni di Tolmezzo e Forni di Sotto; il previsto progetto di PetTherapy presso la fattoria sociale La Pecora Nera di Ovaro non ha poi avuto seguito);
- nell'ambito della strategia *Aree interne* è stata valutata l'attivazione di un servizio di trasporto per anziani non autosufficienti o parzialmente autosufficienti per l'accesso ai servizi sociosanitari. Alla fine del 2015 la proposta avanzata risultava ancora in attesa di approvazione secondo quanto previsto dalla tempistica della strategia ministeriale.

Inoltre, nel complesso delle azioni di miglioramento della qualità delle strutture residenziali, si segnalano le seguenti attività:

- miglioramento dell'offerta di animazione per gli anziani, che ha visto una costante partecipazione degli stessi alle attività promosse;
- monitoraggio e informazione/formazione finalizzate al miglioramento della qualità dell'offerta.

[22] *Accanto ai servizi incentrati sul modello biomedico, è sempre più frequente la predisposizione di moduli di offerta diversificati che tengano in conto, nella valutazione dello stato di salute dell'anziano, anche di caratteristiche bio-psico-sociali. Gentlecare fornisce un modello di assistenza protesica in cui le tre componenti – persone, programmi e spazio fisico – lavorano in armonia per produrre un sostegno, o "protesi", per la persona affetta da demenza.Tale modello è orientato a preparare il personale assistenziale e/o i caregiver alla cura della persona affetta da demenza. Il sistema è applicabile nelle strutture di assistenza per acuti, nelle strutture di lungodegenza e nei programmi dei centri diurni.*

Infine, nel triennio è stato promosso l'istituto dell'amministrazione di sostegno in collaborazione con gli enti e le associazioni del territorio. Lo sportello è stato affidato all'ANFFAS Alto Friuli Onlus in partnership con ANTEAe prevede due aperture, una a Tolmezzo e una a Gemona con tre ore di apertura ciascuno. Nel corso del 2015 si sono complessivamente rivolte allo sportello 113 persone, per un totale di 255 contatti registrati.

5.1.5 SSC 4.1 SAN DANIELE DEL FRIULI

L'esigenza principale avvertita dal SSC 4.1 San Daniele era quella di mettere a sistema e garantire un coordinamento e una migliore diffusione delle molteplici iniziative promosse a favore della socializzazione/aggregazione e la promozione di stili di vita sani. A tal fine sono state progressivamente sistematizzate le attività svolte in collaborazione con il volontariato e il terzo settore per coinvolgere un numero sempre crescente di soggetti. In particolare nel 2015 è stato avviato un progetto di prossimità sperimentale che coinvolge 4 situazioni.
L'altra esigenza emersa era quella di rafforzare la rete di servizi socio-sanitari e del privato sociale al fine di favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti. A questo scopo:

- è stata assicurata nel triennio la presenza giornaliera nel reparto di medicina dell'Ospedale di San Daniele delle assistenti sociali, mentre una giornata alla settimana il supporto avviene in tandem con un infermiere del SID (progetto dimissioni protette, di cui nel 2015 hanno beneficiato complessivamente circa 411 persone);
- è stata realizzata la formazione in situazione per le assistenti familiari;
- è stata creata inoltre una rete fra servizi, MMG e volontariato atta a sostenere emotivamente o con azioni di domiciliarità leggera le famiglie che accudiscono persone non autosufficienti.

5.1.6 SSC 4.2 TARCENTO

Le azioni in quest'area mirano a potenziare la domiciliarità conferendo alle persone non autosufficienti, alle famiglie, ai *caregrivers*, un sostegno e un supporto il più possibile adeguato nella gestione delle difficoltà assistenziali (interventi di promozione della salute quali i "gruppi diabete", interventi formativi rivolti agli operatori sul tema della prevenzione delle cadute, avvio di interventi formativi rivolti al supporto dei *caregiverse* alla qualificazione del lavoro di cura degli assistenti familiari). L'individuazione delle priorità riferite ai bisogni di salute ha permesso nell'arco degli anni di strutturare un'offerta consolidata di iniziative volte a sensibilizzare la popolazione anziana su tematiche inerenti la salute e l'inclusione sociale. Inoltre, il supporto delle associazioni di volontariato locali ha consentito di offrire possibilità ricreative e di svago, utili a superare condizioni legate alla solitudine e all'isolamento. Emerge tuttavia la necessità di ampliare dette iniziative al fine di implementare il numero di Comuni interessati dalle attività di sensibilizzazione, nonché la difficoltà nel coinvolgere le persone in eventuali nuovi progetti, anche a causa della disomogeneità territoriale.

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, nel corso degli anni si è strutturata un'offerta articolata di interventi e servizi che ha consentito di disporre di una filiera di risorse consolidata e in grado di rispondere in modo adeguato alla richiesta di assistenza a domicilio. Tra gli elementi che confermano tale valutazione vi è l'assenza di liste d'attesa per gli ingressi in casa di riposo.
Nello specifico prosegue la convenzione tra AAS 4 e le tre Strutture Residenziali del territorio (Opera Pia Coianiz di Tarcento, Villa Nimis, Nobili de Pilosio di Tricesimo) per l'offerta di moduli semiresidenziali per anziani non autosufficienti.
Inoltre, proseguono:

- offerta infermieristica domiciliare sulle 12 ore,7 giorni su 7;
- presenzaPunti di ascolto-Infermiere di Comunità nei comuni di Taipana, Tricesimo e Reana del Rojale;
- offerta fisioterapica-riabilitativa domiciliare;
- offerta assistenza domiciliare oncologica (ADO);
- offerta di assistenza domiciliare integrata (ADI);
- offerta assistenza protesica;
- offerta servizio residenziale RSA;
- servizio di assistenza domiciliare (SAD) di SSC (cfr. macroazione 2.1.1);
- Telesoccorso e Teleassistenza;
- progetto Emergenza Caldo;
- assistenza economica FAP, Fondo SLA e Gravi Gravissimi;
- offerta servizi di accompagnamento/trasporto e distribuzione generi alimentari attraverso le locali associazioni di volontariato;
- Sportello assistenti familiari (realizzato dalla Provincia di Udine attraverso i Centri per l'Impiego);
- assistenza economica FAP e Fondo Gravi Gravissimi, servizi di *e-care*, quali telesoccorso e teleassistenza,partecipazione di organismi privati a supporto della mobilità;
- percorso di collaborazione con la Croce Rossa Italiana, volto in particolare alla gestione della distribuzione di generi alimentari.

5.1.7 SSC 4.3 CIVIDALE DEL FRIULI

L'impegno lungo il triennio 2013-2015 del SSC 4.3 si è indirizzato verso 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 delProtocollo aziendale (ex ASS 4) per la presa in carico in dimissione protetta del paziente fragile[23](la cui applicazione prosegue in continuità) sia attraverso

[23] Protocollo redatto per la prima volta nel giugno 2006, revisionato, aggiornato ed esteso a tutti i Distretti dell'allora

l'attività della Segreteria Unica Socio Sanitaria, nonché grazie alla 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 Distrettuali. Anche il Fondo per l'Autonomia possibile ha rappresentato un'occasione per formalizzare e attivare valide forme di integrazione: nello specifico per quanto riguarda il FAP, con l'introduzione del nuovo regolamento, la criticità maggiore è consistita nell'applicazione del contributo APA in quanto è previsto l'obbligo di rendicontazione di almeno il 50% del contributo assegnato.

Tutti questi strumenti richiedono, però, un costante monitoraggio al fine di coglierne le criticità e apporre i necessari aggiustamenti. Impongono, di conseguenza, un dialogo costruttivo tra le forze in campo, specie in riferimento all'incremento di patologie che portano alla non autosufficienza.

In particolare sono state realizzate le seguente azioni:

- é stato definito il modello di presa in carico integrata socio-sanitario dei malati oncologici in fase avanzata/terminale e sono stati avviati i pacchetti di assistenza domiciliare senza partecipazione di spesa (valutazione effettuata con la scala Karnofskj che definisce l'aspettativa di vita e la scala Norton che indica la perdita di ADL- *Activities of Daily Living*);
- definizione della persona anziana fragile[24] e proposta di un nuovo modello per la presa in carico integrata del paziente anziano fragile tra Distretto, SSC e ospedale con valutazione in carico all'UVM. Il documento è stato presentato al Distretto e a tutti i MMG nel settembre 2015. A tal proposito, inoltre, è stata effettuata una ricognizione per l'individuazione di persone fragili e sprovviste di rete familiare, residenti nei comuni di Drenchia, Grimacco, Stregna, focalizzandosi sugli ottantenni non in carico ai servizi;
- è stato predisposto un documento relativo alla continuità assistenziale pronto soccorso-territorio per persone fragili per le quali non si ravvisa un ricovero ospedaliero;
- elaborazione del progetto di prevenzione dei traumi collegati ad incidenti domestici. Tale progetto prevedeva la valutazione del rischio cadute del paziente ricoverato e del paziente in assistenza domiciliare. Nel 2014 sono stati formati gli assistenti domiciliari e nel 2015 sono stati inseriti nel progetto circa 30 anziani destinatari di SAD coinvolti nello *screening* anziani fragili;
- prosecuzione dei gruppi di auto-mutuo aiuto e sostegno alle persone che assistono familiari non autosufficienti ed affetti da Alzheimer.

Per quanto riguarda l'opportunità di sperimentare soluzioni innovative intermedie e flessibili di risposta residenziale, assistenziale e di socializzazione delle persone anziane si evidenzia come l'attività abbia portato alla costituzione di un tavolo di lavoro finalizzato all'analisi dei bisogni che tuttavia non ha ancora prodotto proposte operative.

Il SSC ha realizzato inoltre una serie di iniziative finalizzate alla promozione della figura dell'amministratore di sostegno (Obiettivo locale 11.1). Nell'anno 2014 è stata creata una "rete" tra i SSC, gli Sportelli informativi della Provincia di Udine e il Tribunale di Udine con tutti i giudici

---

ASS 4 Medio Friuli nel settembre 2013. Il Protocollo a tutt'oggi è in vigore nei SSC 4.1 San Daniele, 4.2 Tarcento, 4.3 Cividale del Friuli, 4.4 Codroipo, 4.5 Udine.

[24]Il paziente fragile viene definito tale da un insieme di fattori molto variabili quali lacondizione fisica legata all'età,la una ridotta resistenza agli stress, la presenza di disabilità e la presenza di un declino dei sistemi fisiologici.

tutelari e la cancelleria al fine di coordinare l'attività e definire procedure omogenee (la convenzione è stata sottoscritta nel mese di aprile 2015).

5.1.8 SSC 4.4 CODROIPO

Per quanto riguarda le iniziative per la promozione della salute si segnalano sia la realizzazione di attività fisicche in gruppo (es. "Attività Fisica Adattata" e "Gruppi in Cammino") sia la promozione della prevenzione degli incidenti domestici nell'ambito delle consolidate attività afferenti alla Scuola territoriale della Salute (STS).
Con riferimento allo sviluppo di interventi e servizi socio-sanitari a sostegno della domiciliarità, numerose sono state le attività realizzate: dalla promozione di percorsi di formazione in situazione per assistenti familiari e *caregivers,* all'offerta sanitaria del Distretto (Servizio Riabilitativo Domiciliare e Servizio Infermieristico Domiciliare) e alla presenza delle RSA, che garantiscono la continuità assistenziale. In linea generale, nel territorio del codroipese, la struttura residenzialeviene sceltaquando la tenuta della rete familiare e informale risulta insufficiente e/o non sostenibile, nonostante gli strumenti messi a disposizione dai servizi.
Più in dettaglio, sul tema della domiciliarità si evidenziano i seguenti aspetti:

- *Piano Integrato a sostegno della domiciliarità,* che ha esitato in un documento redatto nel 2015 in cui vengono definiti i ruoli dei diversi soggetti;
- *rivisitazione servizi e interventi a sostegno della domiciliarità*:riorganizzazione dei servizi per la domiciliarità, corsi per potenziare le competenze e le conoscenze degli operatori domiciliari sociali e sanitari, promozione della prossimità agli anziani fragili e alle loro famiglie attraverso la messa in rete delle associazioni territoriali che è esitato nel "Patto territoriale per lo sviluppo degli interventi di prossimità" e nel "Piano dei trasporti di ambito" con la collaborazione delle associazioni;
- *consolidamento delle prassi operative tra SSC e CPI (Sportello Si.Con.Te):* è stato redatto un Protocollo operativo che, a dicembre 2015, risulta attivo seppur non formalmente approvato a causa di cambiamenti nei referenti in seno al CPI;
- *soluzioni innovative residenziali* (sperimentazione di nuove forme di "abitare" protetto per le persone anziane con parziale perdita di autonomia): a dicembre 2015 questa azione risulta sospesa per carenza di risorse professionali da dedicare;
- *rilevazione condizioni sanitarie e sociali determinanti la richiesta di inserimento in struttura* con l'intento di adeguare e migliorare il sistema di interventi offerti alla persona non autosufficiente, affinché questa rimanga il più a lungo possibile nel proprio domicilio.

5.1.9 SSC 4.5 UDINE

I percorsi formativi multidisciplinari finalizzati alla promozione di sani stili di vita (svolti in collaborazione con la rete Città Sane) per il mantenimento dell'anziano in salute sono proseguiti in continuità con gli anni precedenti.

È stata avviata la predisposizione del Piano Locale per la domiciliarità dell'ambito distrettuale dell'Udinese finalizzato a:

- promuovere la cultura della domiciliarità;
- dare visibilità e dignità ai diversi servizi, interventi, esperienze e progettualità attivate;
- mettere in rete i vari servizi e interventi, implementando il sistema stesso, in relazione all'evoluzione dei problemi dei singoli e del territorio;
- ottimizzare il sistema dei servizi e la loro fruibilità da parte di tutti i cittadini appartenenti ai Comuni dell'ambito distrettuale 4.5.

L'istruttoria pubblica di co-progettazione è stata avviata, tuttavia, a dicembre 2015, il piano non è ancora stato emanato.

5.1.10 AREA BASSA FRIULANA:SSC 5.1 E SSC 5.2

All'interno della stessa Azienda Sanitaria (ex ASS n. 5), i due SSC di Cervignanodel Friuli e Latisana hanno cercato di operare al fine di valorizzare gli aspetti positivi di alcune esperienze per rendere, per quanto possibile, omogenei i servizi nel territorio.
Nello specifico, gli interventi di promozione della salute e di corretti stili di vita si sono concentrati prevalentemente sul tema del rischio cadutee degli incidenti domestici. È stato realizzato un progetto pilota per l'individuazione degli anziani a rischio caduta con la verifica ambientale presso il loro domicilio, a seguito di segnalazione al Distretto o al Servizio sociale da parte del MMG dopo un episodio di caduta. Inoltre, si evidenziano le seguenti collaborazioni: progetto sperimentale ERICA per un corretto mantenimento della mobilità e progetto europeo *Smart Care*.
Per quanto riguarda la domiciliarità, si è cercato di sostenere le famiglie, qualificare il lavoro di cura degli assistenti familiari, sperimentare soluzioni innovative di risposta residenziale (es. utilizzo condiviso di civili abitazioni per favorire forme di convivenza per anziani soli) con lo scopo di ampliare le possibilità di vivere in contesti di vita non istituzionalizzati anche per coloro che necessitano di assistenza e cure. Nello specifico, si segnala l'impegno dei due SSC nello sviluppare i seguenti aspetti:

- favorire il mantenimento degli attuali livelli dei servizi sociosanitari erogati a domicilio puntando verso una maggiore omogeneizzazione e qualità delle prestazioni attraverso momenti di formazione per operatori domiciliari volti a favorire la presa in carico integrata (SSC, ASS e Terzo Settore). Inoltre, è stato incrementato il raccordo con gli enti/agenzie che organizzano percorsi formativi per assistenti familiari rispetto alla conoscenza del territorio e ai contenuti dei percorsi stessi;
- potenziare la collaborazione tra i servizi territoriali/ospedalieri/residenziali al fine di favorire la presa in carico integrata delle persone in un progetto di continuità assistenziale rivedendo l'applicazione del protocollo aziendale sulla continuità assistenziale stessa e avviando accordi con le A.S.P. e le altre strutture residenziali per collaborazioni più organiche (revisione del protocollo aziendale per la continuità delle cure; condivisione tra strutture residenziali di criteri omogenei per la gestione delle liste di attesa;

consolidamento del servizio di assistenza domiciliare urgente e intensivo per dimissioni difficili; avvio di funzioni di sportello informativo sull'amministrazione di sostegno);

- formulare un progetto per la predisposizione di una "mappa delle fragilità" che permetta di cogliere alcuni aspetti specifici e problematici della popolazione anziana anche al fine di programmare interventi futuri di prevenzione e promozione della salute;
- favorire la conoscenza dell'istituto dell'amministratore di sostegno al fine di implementarne il suo utilizzo a supporto delle persone e famiglie, attraverso lo svolgimento di incontri sul territorio e l'attivazione di uno sportello informativo per i cittadini.

5.1.11 AREA PORDENONESE: SSC 6.1, SSC 6.2, SSC 6.3, SSC 6.4 E SSC 6.5

Coerentemente con quanto previsto dalle LG, nel pordenonese nel corso del triennio sono stati sviluppati dei progetti per la promozione di stili di vita sani sia a livello di area vasta sia a livello locale. In particolare, a livello di area vasta è stata effettuata una prima ricognizione in ciascun territorio dello stato dell'arte dei progetti e delle iniziative pubbliche/private in tema di prevenzione, con una conseguente messa in rete e programmazione congiunta sul tema degli stili di vita sani. Inoltre è stato realizzato uno studio di fattibilità multi professionale relativo all'esperienza "case sane" con ausilio di supporti domotici e informatici con riferimento alle esperienze sviluppate a livello provinciale e regionale.
Rispetto al tema della domiciliarità, sono state predisposte una serie di azioni finalizzate alla promozione di un sistema della domiciliarità a livello provinciale. Nello specifico si è operato al fine di revisionare in modo omogeneo la procedura di erogazione delFAP, in modo congiunto con il Distretto sanitario, gli interventi "SAD-ADI-Protocollo per le dimissioni protette-RSA".
Per quanto riguarda le liste d'attesa, si evidenzia la messa a regime della lista unica di accesso alle strutture residenziali (realizzata nel 2013 e perfezionata nel 2014/15). Nel 2015 è stata mantenuta un'interlocuzione costante con le strutture dei territori al fine di stabilizzare gli elementi di miglioramento dell'offerta e correggerne eventuali criticità.
Nel 2013 è stato, infine, affinato il sistema di gestione dello sportello dell'amministratore di sostegno e delle relazioni dell'istituto con le assistenti sociali per la gestione della casistica. Si sono inoltre consolidate nel 2014/2015 le relazioni con il Tribunale ordinario per le situazioni più complesse.

A livello locale, invece, i diversi SSC si sono mossi come segue.

- SSC 6.2 San Vito, SSC 6.3 Azzano (che abbandona l'azione nel 2014) e SSC 6.4 Maniago: studio di fattibilità per una possibile riconversione di strutture protette rivolte a persone autosufficienti per l'avvio di sperimentazioni di domiciliarità diffusa, anche prevedendo l'utilizzo di sistemi tecnologici e domotici per realizzare un mix tra relazione e tecnologia (es.: progetto esecutivo del centro diurno di San Giorgio della Rinchinvelda per Alzheimer e demenze per il SSC 6.4 Maniago e progetto "Domus Morsano" per il SSC 6.2 San Vito per la

realizzazione del quale, a dicembre 2015, il SSC rimaneva ancora in attesa di adeguate indicazioni regionali)

- SSC 6.3 Azzano e SSC 6.4 Maniago hanno consolidato le nuove sinergie create tra servizi (SAD, ADI, Servizio per la riabilitazione domiciliare e le strutture per autosufficienti) per lo sviluppo di nuovi modelli gestionali interistituzionali.
- SSC 6.1 Sacile, SSC 6.2 San Vito, SSC 6.3 Azzanohanno realizzato:
    - dei percorsi di accompagnamento e progetti orientati a favorire il benessere delle assistenti familiari, specie rispetto alla gestione degli anziani anche affetti da demenza;
    - un tavolo permanente con soggetti istituzionali e non in rappresentanza delle strutture residenziali e semiresidenziali del territorio;
    - l'utilizzo sperimentale di alcuni spazi del centri diurni per iniziative dirette ad anziani con demenza/disturbi comportamentali e alle loro famiglie;
    - l'avvio sperimentale delle "funzioni respiro" come supporto al SAD per anziani affetti da patologiedementigene.
- SSC 6.2 San Vito: attivazione del tavolo trasversale "Domiciliarità" (tavolo locale); implementazione della rete per la segnalazione precoce di anziani a rischio (analisi delle condizioni socio-sanitarie di anziani soli residenti over75 e individuazione del comune di Casarsa come territorio pilota per interventi volti al coinvolgimento della comunità come il progetto "antenne-vedette di quartiere"; sperimentazione di nuove forme di erogazione dei servizi domiciliari con voucher, buoni, ecc.).
- SSC 6.3 Azzano X: riorganizzazione dell'"Equipe anziani", sull'esempio di quanto realizzato nell'area minori. Tale azione, a dicembre 2015, risultava tuttavia non completamente in linea. Elaborazione del protocollo operativo per la gestione del SAD.
- Il SSC 6.4 Maniago nell'ambito del progetto Montagna ha avviato l'azione con il supporto di Area Welfare FVG, puntando ad analizzare: 1) il livello di integrazione sociosanitaria nei servizi domiciliari, il livello di integrazione territoriale, il sistema economico locale; 2) le possibili interconnessioni già strutturabili in termini di servizi domiciliari integrati nel territorio di interesse(SAD/ADI, interventi FAP, servizi alla persona, CDR)nell'ottica di una domiciliarità comunitaria.
- SSC 6.5 Pordenone: analisi, riprogettazione e implementazione mirata del sistema Help Key TV e di eventuali altri sistemi basati sulle tecnologie dell'informazione e/o sulla domotica per la domiciliarità degli anziani. Tale azione risulta tuttavia non perseguita a causa dell'indisponibilità di fondi dedicati per il suo proseguo.

6. AREA DISABILITÀ, DIPENDENZE E SALUTE MENTALE IN TEMA DI INSERIMENTO LAVORATIVO (Obiettivo 8)

Spesso gli obiettivi 8.1 e 9.1 dei PdZ vengono trattati dai SSC nel contesto di un unico tavolo di lavoro a fronte della stretta connessione esistente tra il fenomeno della vulnerabilità economica e le misure di contrasto alla povertà.
Per quanto riguarda l'obiettivo regionale 8.1, esso si focalizza sulla promozione di opportunità lavorative e di inclusione sociale per le persone svantaggiate, specie nell'ambito di nuovi accordi tra soggetti pubblici e privati o nel complesso di reti locali di economia solidale e di filiere produttive di economia sociale. Su questo frangente i PdZ si trovano ad agire in un contesto sociale molto complesso caratterizzato da target di soggetti che sperimentano condizioni esistenziali assai diversificate, impegnando i servizi a fronteggiare notevoli ambiti di incertezza. Accanto infatti ai bisogni "più tradizionali" di persone con disabilità, con problemi di dipendenza o con disagio psichico, vi è l'emergente e pressante domanda proveniente da un'altra tipologia di utenza. Si tratta di situazioni personali caratterizzate da povertà estrema che possono coinvolgere un target molto diversificato di persone: soggetti senza fissa dimora, immigrati senza lavoro, anziani poveri e soli e, più in generale, persone che si ritrovano in uno stato di particolare vulnerabilità sociale perché prive di relazioni familiari/amicali che possano fungere da sostegno nei momenti di difficoltà.
A ciò si aggiungono le problematiche riferibili alle cosiddette "nuove povertà", ovvero persone che attualmente versano in uno stato di bisogno, pur non estremo, ma comunque impegnate a fronteggiare il rischio concreto di impoverimento che può incidere su diversi ambiti della loro esistenza (lavoro, salute, formazione, istruzione, socializzazione ecc.). Tutto questo mette in evidenza come la vulnerabilità sociale venga sempre più di frequente affiancata da una vulnerabilità economica a cui spesso i servizi si trovano a dover far fronte. Per questi ultimi risulta quindi particolarmente importante e strategico presidiare questa "nuova area di utenza" affinché i soggetti che ne fanno parte non sviluppino criticità che assumano poi il carattere della cronicità, convertendosi in vere e proprie "carriere di povertà" che rischiano di gravare non solo sulle singole esistenze ma, collateralmente e per lungotempo, anche sui servizi.

Sulla base dei monitoraggi dei PAA nella tabella n. 41 è stato riportato il numero di indicatori il cui valore è stato raggiunto positivamente (R. in verde), in modo parziale (P.R. in arancio) e negativamente (N.R. in rosso) per ciascun anno di programmazione (31/12). Si tratta di indicatori stabiliti a livello locale dai 19 SSC sulla base degli indicatori di risultato e dei valori attesi definiti all'interno delle LG.
Volgendo quindi l'attenzione agli indicatori dell'area disabilità, dipendenze e salute mentale in tema di inserimento lavorativo si può osservare, nel triennio, un generale decremento del numero totale degli indicatori inseriti e monitorati dai 19 servizi, specie tra il 2013 (145) e il 2014 (102). Nel 2015 sono stati considerati 103 indicatori. Osservando l'andamento complessivo degli stessi, il numero degli indicatori il cui valore previsto non è stato raggiunto aumenta nel triennio fino a giungere, a livello regionale, ad un discreto 20% nel 2015. Analizzando, nel dettaglio, si osserva

come i SSC con il numero più elevato di indicatori con valori non raggiunti nel 2015 siano i servizi dell'area triestina, il SSC 4.3 Cividale, il SSC 4.4 Codroipo e il SSC 5.1 Cervignano.
Nel complesso, tuttavia, si registra un discreto livello di raggiungimento del valore previsto degli indicatori selezionati da parte dei 19 SSC (nel 2015 pari al 66,0%). In alcuni SSC (2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 4.1, 4.2 e 5.2) si registra un totale raggiungimento del valore atteso degli indicatori per il 2015.

Tabella 41 - Indicatori con valori Raggiunti (R), Parzialmente Raggiunti (P.R.) e Non Raggiunti (N.R.) nel triennio di programmazione nei 19 SSC per gli obiettivi regionali afferenti all'area disabilità, dipendenze e salute mentale in tema di inserimento lavorativo.

	2013						2014						2015					
	R.	*P.R.*	*N.R.*	*R.*	*P.R.*	*N.R.*	*R.*	*P.R.*	*N.R.*	R.	P.R.	N.R.	*R.*	*P.R.*	*N.R.*	R.	P.R.	N.R.
	v.a.			%			v.a.			%			v.a.			%		
SSC 1.1	*11*	*5*	*6*	*50,0*	*22,7*	*27,3*	*4*	*1*	*2*	*57,1*	14,3	28,6	*2*	-	*7*	*22,2*	-	77,8
SSC 1.2	*19*	*1*	*2*	*86,4*	*4,5*	*9,1*	*6*	*1*		*85,7*	14,3	0,0	*1*	-	*4*	*20,0*	-	80,0
SSC 1.3	*19*	*1*	*2*	*86,4*	*4,5*	*9,1*	*7*	*3*	*5*	*46,7*	20,0	33,3	*3*	*1*	*6*	*30,0*	10,0	60,0
SSC 2.1	*2*	-	-	*100,0*	*0,0*	*0,0*	*1*	-	-	*100,0*	0,0	0,0	*1*	-	-	*100,0*	-	-
SSC 2.2	*2*	-	-	*100,0*	*0,0*	*0,0*	*1*	-	-	*100,0*	0,0	0,0	*1*	-	-	*100,0*	-	-
SSC 3.1	*2*	-	-	*100,0*	*0,0*	*0,0*	*2*	-	-	*100,0*	0,0	0,0	*1*	-	-	*100,0*	-	-
SSC 3.2	*6*	*2*	-	*75,0*	*25,0*	*0,0*	*6*	*1*	*1*	*75,0*	12,5	12,5	*6*	-	-	*100,0*	-	-
SSC 4.1	*2*	-	*1*	*66,7*	*0,0*	*33,3*	*3*	-	-	*100,0*	0,0	0,0	*3*	-	-	*100,0*	-	-
SSC 4.2	*1*	-	-	*100,0*	*0,0*	*0,0*	*1*	-	-	*100,0*	0,0	0,0	*1*	-	-	*100,0*	-	-
SSC 4.3	*4*	-	*4*	*50,0*	*0,0*	*50,0*	*1*	-	*5*	*16,7*	0,0	83,3	*3*	-	*3*	*50,0*	-	50,0
SSC 4.4	*1*	*1*	-	*50,0*	*50,0*	*0,0*	*1*	-	*3*	*25,0*	0,0	75,0	*1*	-	*1*	*50,0*	-	50,0
SSC 4.5	-	-	*6*	*0,0*	*0,0*	*100,0*		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SSC 5.1	*6*	-	*1*	*85,7*	*0,0*	*14,3*	*4*	-	-	*100,0*	0,0	0,0	*2*	-	*3*	*40,0*	-	60,0
SSC 5.2	*6*	-	*1*	*85,7*	*0,0*	*14,3*	*3*	*1*	*1*	*60,0*	20,0	20,0	*5*	-	-	*100,0*	-	-
SSC 6.1	*6*	-	-	*100,0*	*0,0*	*0,0*	*6*	-	*1*	*85,7*	0,0	14,3	*7*	*1*	*1*	*77,8*	11,1	11,1
SSC 6.2	*7*	-	-	*100,0*	*0,0*	*0,0*	*9*	-	*1*	*90,0*	0,0	10,0	*10*	*1*	*1*	*83,3*	8,3	8,3
SSC 6.3	*6*	-	-	*100,0*	*0,0*	*0,0*	*6*	-	*1*	*85,7*	0,0	14,3	*7*	*1*	*1*	*77,8*	11,1	11,1
SSC 6.4	*6*	-	-	*100,0*	*0,0*	*0,0*	*6*	-	*1*	*85,7*	0,0	14,3	*7*	*1*	*1*	*77,8*	11,1	11,1
SSC 6.5	*6*	-	-	*100,0*	*0,0*	*0,0*	*6*	-	*1*	*85,7*	0,0	14,3	*7*	*1*	*1*	*77,8*	11,1	11,1
TOTALE	***112***	***10***	***23***	***77,2***	***6,9***	***15,9***	***73***	***7***	***22***	***71,6***	***4,8***	***15,2***	***68***	***6***	***29***	***66,0***	***4,1***	***20,0***

Analizzando lo stato di implementazione degli indicatori regionali indicati dalle LG per l'obiettivo n. 8 (tabella n. 42) si osserva come, trasversalmente ai 19 SSC, essi siano stati complessivamente monitorati e raggiunti nei loro valori ipotizzati con eccezione dei territori di Udine, Codroipo e Cividale dove tali indicatori non sono stati previsti nelle tre annualità.

Tabella 42-Obiettivo 8 (INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA – AREA DISABILITA'. DIPENDENZE E SALUTE MENTALE IN TEMA DI INSERIMENTO LAVORATIVO). Esito raggiungimento indicatori regionali

	N. di persone svantaggiate inserite in contesti lavorativi.	Con riferimento ai dati di flusso 2012, nel triennio 2013 - 2015 le persone svantaggiate che sperimentano opportunità lavorative e di inclusione sociale aumentano.
SSC 1.1	R.	R.
SSC 1.2	R.	R.
SSC 1.3	R.	P.R.
SSC 2.1	R.	R.
SSC 2.2	R.	R.
SSC 3.1	R.	R.
SSC 3.2	R.	R.
SSC 4.1	R.	R.
SSC 4.2	R.	R.
SSC 4.3	-	-
SSC 4.4	-	-
SSC 4.5	-	-
SSC 5.1	R.	R.
SSC 5.2	R.	R.
SSC 6.1	R.	R.
SSC 6.2	R.	R.
SSC 6.3	R.	R.
SSC 6.4	R.	R.
SSC 6.5	R.	R.

Gli strumenti messi in campo trasversalmente dai 19 SSC sono diversi: principalmente vi sono le borse lavoro che, sul territorio regionale, possono avere diversi soggetti attuatori tra cui il SSC. In quest'ultimo caso, sono borse lavoro rivolte a soggetti svantaggiati, gestite direttamente dal Servizio sociale dei Comuni, sulla base di regolamenti interni o di linee guida/direttive approvate in sede di Assemblea dei Sindaci di ambito distrettuale. Si pongono l'obiettivo di prevenire, superare o ridurre le condizioni di bisogno ed emarginazione sociale. Hanno finalità assistenziali, socio educative e di integrazione sociale-lavorativa dei destinatari. Sono rivolte a persone in condizione di precarietà economica, lavorativa, di disagio personale e/o familiare e di emarginazione sociale.
La tabella. n. 43riassume il numero di utenti beneficiari di interventi per l'inserimento lavorativo attivati dai SSC per gli anni 2011-2014. Si evidenzia come il numero delle borselavoro per svantaggiati attivate dai SSC sia stato -nel triennio- crescente, raggiungendo nel 2013, 726 unità, per poi decrescere nel 2014 (574 borse lavoro). Le borse lavoro del circuito disagio e devianza (sempre attivate dai SSC) invece, fanno registrare un decremento (98 unità): tuttavia su questo conteggio pesa certamente la mancata rilevazione del dato per i 3 SSC della provincia di Trieste per l'anno 2014. Eccezion fatta per alcuni territori (come per esempio i SSC 2.1, 6.1 e 6.4) questi strumenti vengono prevalentemente utilizzati dai SSC quale modalità di inserimento socio-lavorativo di persone svantaggiate. Si segnala, tuttavia, che essi risultano di difficile applicazione per i SSC tant'è che il SSC 4.3 Cividale ne ha attivate un numero esiguo nel quadriennio di riferimento (2 nel 2011 e 3 nel 2014). Inoltre, molti servizi si sono orientati sempre più ad effettuare inserimenti lavorativi delle persone svantaggiate nei contesti delle fattorie sociali, identificate come luoghi particolarmente adatti ad accogliere persone in situazioni di vulnerabilità sociale e personale. Inoltre, è emersa trasversalmente l'esigenza da parte dei SSC di una regolamentazione a livello regionale di questa modalità di inclusione sociale in modo da mettere a sistema l'esistente e creare una base comune di azione entro cui i 19 SSC possano operare.

Tabella 43-Utenti beneficiari di interventi per l'inserimento lavorativo attivati dai SSC per contesto territoriale – Anni 2011,2012, 2013, 2014 (dati di flusso, valori assoluti). Variazione 2011-2014

	2011		2012		2013		2014		variazione 2011-2014	
	BL SSC svantaggiati	BL disagio e devianza	BL SSC svantaggiati	BL disagio e devianza	BL SSC svantaggiati	BL disagio e devianza	BL SSC svantaggiati	BL disagio e devianza	BL SSC svantaggiati	BL disagio e devianza
1.1 Duino Aurisina		5	10		11		8	n.d.	8	n.d.
1.2 Trieste	47	57	46	70	193		7	n.d.	-40	n.d.
1.3 Muggia - San Dorligo	38	8	35	7	36		-	n.d.	-38	n.d.
AAS 1	**85**	**70**	**91**	**77**	**240**	**-**	**15**	**-**	**-70**	**-70**
2.1 Alto Isontino	24		20				-	-	-24	-
2.2 Basso Isontino	7	1	11		9	6	11	6	4	5
5.1 Cervignano	2	6	4	5	4	1	2	4	-	-2
5.2 Latisana	74	17	72	11	79	4	96	3	22	-14
AAS 2	**107**	**24**	**107**	**16**	**92**	**11**	**109**	**13**	**2**	**-11**
3.1 Gemona	44		42		55		61	0	17	-
3.2 Carnia	8	9	15	6	19	24	25	13	17	4
4.1 San Daniele del F.		7		21		21	18	2	18	-5
4.4 Codroipo	29	7	31	0	36		36		7	-7
AAS 3	**81**	**23**	**88**	**27**	**110**	**45**	**140**	**15**	**59**	**-8**
3.2 Tarcento		4			2	3	23		23	-4
4.3 Cividale		2						3	-	1
4.5 Udine		40		33		59		14	-	-26
AAS 4	**-**	**46**	**-**	**33**	**2**	**62**	**23**	**17**	**23**	**-29**
6.1 Sacile	26	4	76	5	98	11	9	7	-17	3
6.2 San Vito al T.	22	3	8	5	17	5	77	14	55	11
6.3 Azzano Decimo		1					46	-	46	-1
6.4 Maniago	57	10	46	8	47	11	23	8	-34	-2
6.5 Pordenone	69	10	84	17	120	18	132	19	63	9
AAS 5	**174**	**28**	**214**	**35**	**282**	**45**	**287**	**48**	**113**	**20**
REGIONE FVG	**447**	**191**	**500**	**188**	**726**	**163**	**574**	**93**	**127**	**-98**

Per quanto concerne l'obiettivo regionale 9.1 esso si concentra specificatamente sulle misure di contrasto alla povertà e risulta strettamente connesso con le politiche del lavoro. Come già precedentemente segnalato, questo obiettivo è indicato dalle LG come sociale: tuttavia, in alcuni casi (area triestina e provincia di Pordenone) i SSC lo hanno in parte indicato come socio-sanitario, prevedendo quindi anche il coinvolgimento della componente sanitaria (in genere il SIL e altri servizi in base alle esigenze) nell'ambito della realizzazione di percorsi di accompagnamento verso i servizi che si occupano di inclusione lavorativa.

Stante la crescente complessità del mercato del lavoro odierno e la sempre maggiore difficoltà di collocazione lavorativa dei soggetti svantaggiati, è emersa da parte dei servizi l'importanza di tutelare e, laddove possibile, supportare e incrementare le realtà che consentono l'inserimento positivo di queste persone, cercando contemporaneamente di creare nuove connessioni con le realtà del territorio. Risulta pertanto fondamentale l'impegno da parte dei Servizi sociali dedicato alla sensibilizzazione delle comunità territoriali riguardo alle tematiche dell'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate, creando così nuove occasioni per la loro accoglienza. Spesso nell'ambito di questa attività, dall'analisi dei documenti, i SSC risultano particolarmente attivi su questi tre fronti:

- una valutazione a monte delle capacità e delle potenzialità del soggetto in modo da creare un progetto di inserimento lavorativo funzionale e sostenibile nel tempo, aumentando così le *chances* di un buon esito del progetto stesso;
- la sensibilizzazione nei confronti di aziende, cooperative e altre realtà pubbliche e/o private dei territori rispetto all'adozione dei criteri sotto soglia nelle gare d'appalto;
- lo sviluppo delle fattorie sociali (e dell'esperienza dell'agricoltura sociale in generale) e delle aziende agricole del territorio, realtà particolarmente valide per l'accoglienza di persone svantaggiate e a rischio di emarginazione.

Viene inoltre rilevata la necessità di intervenire su tematiche che connettono la fragilità economica con quella lavorativa e abitativa (per esempio l'emergenza sfratti che molti SSC, complice la crisi economica, stanno affrontando negli ultimi anni), adottando strategie che non si riducano a meri interventi di assistenzialismo (erogazione contributi economici) ma che puntino al recupero e alla valorizzazione delle competenze e delle risorse dei singoli (es. attività di *money tutoring*). Su questo tema, è emersa l'importanza della creazione di nuovi spazi di collaborazione e confronto tra servizi e Terzo settore, ma anche l'efficace raccordo con le diverse politiche che a livello territoriale riguardano i vari aspetti inerenti l'inclusione sociale delle persone. L'obiettivo è quello di utilizzare (rivendendoli, se necessario) gli strumenti già in uso (es. BL, LPU, ecc.) e creare, laddove possibile nuove strategie che favoriscano l'inclusione socio-lavorativa (es. sistemi di micro-impresa).

Va sottolineato, inoltre, che nel triennio di attuazione del PdZ importanti interventi definiti a livello nazionale e regionale hanno influito sull'operatività dei servizi relativamente a questa specifica area di utenza. Si fa in questa sede principalmente riferimento all'entrata in vigore del D.P.C.M. n. 159/2013 *Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)* e all'implementazione della MIA: sono interventi che hanno apportato significativi cambiamenti e

nuove linee di lavoro nell'operatività dei Servizi sociali e hanno aperto nuovi canali di richiesta per l'utenza.

Altre attività rilevanti nell'implementazione dell'obiettivo 8 sono quelle relative ai progetti di agricoltura sociale, contesti identificati come particolarmente inclusivi per l'accoglimento di persone in condizioni di svantaggio socio-occupazionale. Rilevanti anche le attività di coordinamento e collaborazione con gli altri servizi del territorio che si occupano di questa tematica e i corsi di formazione svolti in collaborazione con gli enti formativi.

La tabella n. 44 riassume le principali azioni/progettualità messe in campo nel triennio dai 19 SSC a favore dell'inclusione socio-occupazionale delle persone fragili in carico ai SSC.

Tabella 44- Quadro sinottico delle principali azioni/progettualità nel triennio sviluppate a favore dell'inclusione socio-occupazionale di persone svantaggiate dai 19 SSC (obbiettivo regionale socio-sanitario n. 8)

SSC	Interventi a favore dell'inclusione socio-occupazionale di persone fragili
Area triestina	– Revisione Protocollo (2012) Comune di Ts e Cooperazione sociale – Approvazione Atto di indirizzo per la collaborazione tra Cooperazione sociale e servizi – Revisione/aggiornamento Linee guida procedure contrattuali per l'inserimento di soggetti svantaggiati (in stand-by) – Avvio, sviluppo, consolidamento di progetti di agricoltura sociale – Attività di sensibilizzazione tema inclusione sociale (progetto Qualcosa è cambiato, SSC 1.2 e convegno Impazzire si può- AAS n.1 Triestina) – Costituzione Agenzia inter-ambito dipendenze da sostanze e comportamenti patologici (es. ludopatia): protocollo non ancora approvato
Area isontina	– Documento/accordo per l'omogeneizzazione metodologica strumenti inserimento lavorativo – Banca dati provinciale per l'incrocio domanda/offerta lavoro – Tavolo provinciale per l'approfondimento giuridico strumenti inserimento lavorativo e approfondimento sicurezza sul lavoro – Monitoraggio collocamenti mirati – Scheda utente per il monitoraggio inserimento lavorativo di persone svantaggiate
3.1 Gemona	– Progetto sportello lavoro – Progetto Punto solidarietà – Percorsi per l'inserimento lavorativo e l'imprenditoria innovativa – Percorsi di accompagnamento integrati per la ricerca di un impiego (gruppo ASSIST) – Rivisitazione del regolamento aziendale (ex ASS 3) BL socio-assistenziali ed educative: erogazione BL di SSC in stand-by – Attività di inclusione sociale (inserimenti lavorativi) a valere sul fondo colonia Sofia Pecol – Progetto Ro.Ge – Casa di Villa Santina – Bosco di Museis (fattoria sociale) – Coltivazione Orto formativo/didattico (progetto SIRIO e utenza DSM) e vendita dei prodotti nei circuiti slow e dei "mercati della terra" – Collaborazione con coop. Venchiarutti e agriturismo Londero per percorsi formativi
3.2 Tolmezzo	– Attività di inclusione sociale (inserimenti lavorativi) a valere sul fondo colonia Sofia Pecol – Partecipazione ai GDL regionale per la stesura della LR sull'agricoltura sociale – Attivazione collaborazione con Agriturismo Borgo Poscolle – Promozione figura amministratore di sostegno – Progetto ALL4YOU-Interreg IV (Percorsi di sensibilizzazione sul tema dell'abuso di alcool)
4.1 S. Daniele	– Tavolo lavoro – Costituzione e sperimentazione regolamento Borse lavoro sociali – Predisposizione e adozione (parziale) scheda valutazione soggetti – Progetto SOCIAL HILLS (sensibilizzazione imprese locali sul tema inserimento lavorativo) – 5 corsi per acquisizione abilità lavorative (con il CEFAP) – Progetto Orto Sinergico (CSM di S. Daniele)

SSC	Interventi a favore dell'inclusione socio-occupazionale di persone fragili
4.2 Tarcento	– Sperimentazione servizio di supporto/accompagnamento nella ricerca di un lavoro – Mappatura delle cooperative sociali del territorio – Approvazione regolamento di SSC per le BL sociali – Convenzione con Caritas e CSG per la gestione di inserimenti socio-occupazionali di persone fragili – Corso di formazione per persone fragili per supporto ricerca di un impiego – Corso di italiano per stranieri – Prosecuzione progetto Arduino (persone con disagio psichico)
4.3 Cividale	– Convenzione SSC e SIL per inserimento disabili in BL – Progetti di agricoltura sociale (SSC, DSM e fattorie sociali Il giardino del Chiostro e Ronco Albina) – Attivazione tirocini formativi SSC – Corsi di formazione con CIVIFORM per persone svantaggiate – Sportello di accompagnamento e orientamento al lavoro – Progetto Devianza (co-progettazione con CSG)
4.4 Codroipo	– Aggiornamento convenzione SSC/SIL/CAMMP (in stand-by causa riorganizzazione AAS) – Progetto sperimentale per adulti e giovani studenti con disabilità (non svolto) – Azioni di sensibilizzazione vs categorie datoriali per l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate
4.5 Udine	– Sottoscrizione Intesa Territoriale (bozza) per supporto socio-occupazionale di persone in difficoltà – Piano Locale Inclusione sociale (bozza) – Mappatura delle risorse abitative del SSC – Linee guida per gli interventi in situazione di emergenza abitativa – Progetto Work in process
Area Bassa Friulana	– Definizione e applicazione protocollo SIC (Sistema Integrato di consulenza) tra SSC, CPI, COR e DSM
5.2Latisana	– Progetto Coltiviamoci – Progetti di agricoltura sociale con fattorie MolinNovacco e Volpares
Area pordenonese	– Istituzione Coordinamento aziendale per la predisposizione di prassi omogenee – Azioni di presa in carico con metodo IPS – Protocollo per la formalizzazione della presa in carico integrata per gli inserimenti lavorativi (non ancora formalizzato) – Mappatura e incremento esperienze di agricoltura sociale (es. La volpe sotto i gelsi SSC 6.2) – Integrazione funzionale attività Piano Territoriale disabilità e sperimentazioni fattorie sociali (LR 18/2011) – Profilatura aziende per inserimenti socio-occupazionali – Fondazione di partecipazione per attività di micro credito

6.1 Area Disabilità, dipendenze e salute mentale in tema di inserimento lavorativo: l'implementazione nei diciannove SSC

I paragrafi seguenti riportano una sintesi delle principali attività svolte nei 19 SSC nell'arco del triennio di programmazione nell'area di riferimento. Verranno posti in rilievo, inoltre, gli eventuali elementi ostacolanti il raggiungimento delle azioni utili a comprendere le principali criticità incontrate dai territori nell'attuazione della pianificazione di zona. Si osservi come, per quanto concerne i SSC afferenti alla provincia di Trieste, Goriziae Pordenone, la programmazione svolta localmente è stata qui riportata in forma aggregata a livello di area provinciale, con le opportune (se presenti) specifiche a livello di singolo SSC, mentre per il territorio udinese è stata considerata in modo unitario l'area della Bassa Friulana (SSC 5.1 e 5.2).

6.1.1 AREA TRIESTINA[25]: SSC 1.1, SSC 1.2 E SSC 1.3

Nell'area triestina è stato implementato un Atto di indirizzoper la collaborazione con la cooperazione sociale realizzato e approvato nel 2013, sulla base di un protocollo tra Comune di Trieste e cooperazione sociale, già realizzato nel 2012 (revisionato nel triennio). Tale Atto, al 31/12/2015 non risulta ancora adottato dal SSC 1.1 Duino che segue gli sviluppi di tale attività valutandone la riproducibilità sul proprio territorio, anche in vista del nuovo assetto a fronte della costituenda UTI giuliana.A seguito di una serie di incontri del gruppo di lavoro integrato è al vaglio dei SSC anche l'ipotesi di una rivisitazione ed eventuale aggiornamento delle Linee Guida relative alle procedure contrattuali per l'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati (in attuazione del protocollo d'intesa già citato) alla luce della nuova direttiva europea sugli appalti pubblici. Tuttavia, tale attività al termine del 2015 appare in *stand-by* non essendo stati svolti ulteriori incontri sul tema.

Nella seconda fase del 2015 si è avviato un consolidamento di nuove forme di presa in carico congiunta di persone con disagi specifici.A partire dal tema dell'inserimento lavorativo hanno preso avvio dei progetti di agricoltura sociale che si sono ampliati e hanno assunto la configurazione di azioni per lo sviluppo locale di una nuova filiera economica. È stato implementato, per esempio, un progetto di agricoltura sociale denominato "Gli orti di Massimiliano". Sul tema, inoltre, i SSC sono anche impegnati nella ricerca di nuovi terreni agricoli adatti a far proseguire esperienze di questo genere nel contesto locale. Parallelamente, considerata la valenza strategica attribuita dai servizi a queste attività, prosegue la collaborazione dei SSC con gli enti di formazione della provincia per implementare nuove progettualità sul tema dell'agricoltura sociale. I SSC sono anche impegnati nello sviluppo di attività di sensibilizzazione e informazione sul tema dell'inclusione sociale, del superamento dello stigma e del pregiudizio nei confronti della diversità (es. progetto Q*ualcosa è cambiato* del SSC 1.2 e convegno aziendale *Impazzire si può*, dell'AAS 1 Triestina).

[25] L'area triestina ha inteso parte della pianificazione ricompresa nell'obiettivo 9 come sociosanitaria.

Sul tema delle dipendenze e delle ludopatie è stata proposta nel triennio la formazione di un'Agenzia inter-ambito per le dipendenze da sostanze e da comportamenti patologici (es. ludopatia), con lo scopo di coordinare le iniziative tra i servizi promuovendo la diffusione di stili di vita sani.Tuttavia, a dicembre 2015,il previsto protocollo finalizzato a definire la gestione dell'Agenzia (per la quale esiste un documento sulle sue funzioni e sui suoi compiti) non è stato ancora formalizzato, nonostante sia stata predisposta una bozza non ancora approvata dall' Assemblea dei Sindaci. Ne consegue che, la presa in carico di questi soggetti, avviene secondo quanto previsto dal protocollo di area tematica Adulti (revisionato nel dicembre 2015). Al vaglio del gruppo di lavoro nuove forme di presa in carico a dicembre 2015 non ancora formalizzate.

6.1.2 AREA GORIZIANA: SSC 2.1 e 2.2

Sul tema dell'integrazione lavorativa e sociale delle persone svantaggiate i due SSC della provincia di Gorizia, a partire da una ricognizione e analisi di accordi/protocolli esistenti nelle relazioni tra i diversi soggetti coinvolti (ASS con Distretti, DSM, Ser.T e responsabile Commissione certificazione invalidità e inabilità, Provincia con CPI, SIL, SSC, Comuni, altri soggetti del territorio), hanno prodotto nel triennio un documento/accordo unico per l'omogeneizzazione metodologica degli strumenti di inserimento lavorativo sul territorio provinciale, individuando buone prassi da estendere e promuovere trasversalmente. Nell'ottica di favorire l'integrazione lavorativa di persone in condizioni di svantaggio, oltre che a rafforzare il raccordo con il COR per la delineazione di percorsi/opportunità per soggetti fragili, è stata implementata una banca dati provinciale relativamente ai soggetti produttivi del territorio al fine di migliorare l'incrocio domanda/offerta. Inoltre è stato istituito un tavolo di lavoro finalizzato all'approfondimento giuridico degli strumenti di inserimento lavorativo e delle tematiche inerenti la sicurezza sul lavoro e in materia di affidamento dei servizi e delle opere[26]. L'attività dei due SSC si è anche svolta sul versante del monitoraggio dell'andamento dei collocamenti mirati, svolto attraverso l'analisi delle ditte che assumono o vengono sanzionate per mancato rispetto dell'obbligo all'assunzione di iscritti al collocamento mirato ai sensi della L. n° 68/1999. Le attività di monitoraggio vengono, inoltre, supportate da percorsi formativi congiunti tra i territori finalizzati allo sviluppo di maggiori competenze sulle valutazioni di esito dei percorsi di inserimento lavorativo. A tal proposito, i 2 SSC hanno elaborato una scheda utente (in fase di sperimentazione) per la condivisione tra servizi del supporto all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate.

6.1.3 SSC 3.1 GEMONA DEL FRIULI

Nell'ambito dell'obiettivo 8 il SSC 3.1 Gemona ha inteso con il PdZ intraprendere un generale riordino e sviluppo del sistema aziendale degli inserimenti lavorativi per persone svantaggiate. A tal scopo è stato attivato dal SSC un tavolo tematico e di co-progettazione (a cui ha partecipato

[26] Nell'ottica di fornire risposte plurime ed intersecate con tutte le risorse del territorio i due SSC hanno deciso di mantenere attivi i tavoli di consultazione e co-progettazione permanenti sui temi dell'abitare sociale e della povertà.

attivamente anche l'AAS) sul tema della fragilità economica, lavorativa ed abitativa. I partecipanti ai lavori sono stati mediamente una trentina, suddivisi in 3 sottogruppi.
Nel 2013 essi hanno elaborato quattro progetti: sito/sportello lavoro, punto di solidarietà, percorsi per l'inserimento lavorativo e imprenditoria innovativa.
Nel 2014, il gruppo di lavoro del progetto sperimentale «ASSIST» (COR, CPI, Dip.Dip., DSM, SSC e UEPE) ha costruito dei percorsi integrati di accompagnamento per gli utenti dei servizi sociosanitari nella ricerca di un lavoro. Il progetto ha avuto natura sperimentale ed ha interessato 5 persone afferenti ai servizi, di cui 3 hanno trovato un'occupazione. Tale attività ha contribuito a sviluppare maggiore sinergia tra i servizi socio-sanitari e i servizi di orientamento e collocamento, permettendo così nel triennio lo sviluppo di una maggiore integrazione, anche relativamente alla casistica non inserita nel progetto. Viene avviato inoltre un percorso, a livello aziendale (Ex ASS 3), di rivisitazione del regolamento sulle borse lavoro socio-assistenziali ed educative (gruppo di lavoro composto da SSC 3.1, 3.2, Ser.T, DSM e strutture disabilità). Nel triennio, inoltre, è stato realizzato un incontro anche con il SSC 4.2 Tarcento per condividere le criticità relative allo strumento borse lavoro, analizzando le soluzioni adottate dai diversi servizi ed evidenziando, laddove presenti, potenziali buone pratiche. Tuttavia, nonostante le attività di confronto siano state avviate, attualmente l'erogazione delle borse lavoro è sospesa in attesa del recepimento da parte della Regione dell'accordo Stato-Regioni del 18/12/2014. Nel frattempo il fondo per fronteggiamenti dellenuove povertà è stato usato per erogare contributi economici straordinari per persone in grave stato di bisogno che non possono accedere ad altri contributi pubblici/privati.
Per quanto concerne lo sviluppo di esperienze innovative sul tema dell'inclusione sociale, vengono implementate attività nell'ambito del fondo Sofia Pecol che è stato inserito nella progettualità regionale sull'agricoltura sociale per il triennio 2013-15. Nel 2014 sono state realizzate, sul terreno del fondo, attività formative ed educative volte allo sviluppo di competenze spendibili nel mercato del lavoro in sinergia con il progetto «SIRIO» (orto didattico, coltivazione di ortaggi e alberi da frutto, promozione delle linee di lavoro attraverso la partecipazione a mercati, esposizionidei prodotti coltivatiecc). Il progetto sul fondo Pecol è stato, inoltre, messo in rete con gli altri progetti sul tema con l'obiettivo di rafforzare gli interventi e azioni a favore dello sviluppo di competenze occupazionali e/o lavorative (progetti «Ro.Ge.», «CASA di Villa» e fattoria sociale «Bosco di Museis»). È stato realizzato anche un orto formativo/didattico che viene coltivato sia da persone con disabilità coinvolte nel servizio SIRIO sia dall'utenza del DSM. I prodotti raccolti vengono usati per l'economia del "contesto casa" e distribuiti nei circuiti *slow* e dei "mercati della terra" . È stata inoltre attivata una collaborazione con la coop. Venchiarutti e con l'agriturismo Londero per realizzare percorsi formativi sulla trasformazione dei prodotti. Sono state, infine, rafforzate le reti con aziende agricole del territorio in un'ottica di *fundraising* per garantire la sostenibilità dei progetti.

6.1.4 SSC 3.2 TOLMEZZO (CARNIA)

Nell'ambito della promozione dell'integrazione occupazionale e sociale delle persone in difficoltà anche il SSC 3.2, come Gemona, ha avviato degli inserimenti lavorativi di persone svantaggiate sul

fondo agricolo Sofia Pecol. Inoltre il SSC 3.2 partecipa al gruppo di lavoro di area vasta e regionale sul tema dell'agricoltura sociale finalizzato anche alla stesura di una legge regionale sul tema. Viene attivata inoltre una collaborazione con l'agriturismo Borgo Poscolle e valutata la possibilità della costituzione di una cooperativa sociale di comunità nel territorio dell'Alta Val Brut: su questo versante si segnala come, a fine 2015, le attività erano orientate alla ricerca di fondi per avviare la cooperativa sociale. In quest'area, infine, il SSC propone anche attività di promozione dell'istituto dell'amministratore di sostegno e percorsi di promozione e sensibilizzazione sul tema dell'abuso alcolico, della ludopatia e, più in generale, sulla tutela della salute e del benessere della popolazione (es. Progetto Interreg IV ALL4YOU).

6.1.5 SSC 4.1 SAN DANIELE DEL FRIULI

Per il SSC 4.1 l'impegno in quest'area è stato dedicato principalmente alla costruzione di reti solidali e buone prassi finalizzate alla creazione di un substrato culturale diffuso utile allo sviluppo di nuove opportunità lavorative anche per i soggetti fragili. A tal scopo si è costituito nel 2013 un tavolo permanente sulle problematiche del lavoro. L'incedere della crisi economica ha poi determinato la scelta di costruire e sperimentare un regolamento per le borse lavoro sociali, dedicate a sostenere persone in condizioni di fragilità sociale ed economica. E' stato predisposto uno strumento per la lettura delle potenzialità e dei limiti del futuro lavoratore (scheda) che viene sperimentato sul territorio e adottato, però, solo parzialmente. Si segnala, inoltre, come su questo versante vi siano state delle notevoli evoluzioni nel corso del 2016 relatative all'implementazione della Misura Attiva di Sostegno al Reddito (MIA) e della relativa modulistica di valutazione (scheda ITO). Per questa ragione, il SSC ha calendarizzato per il 2016 degli incontri del Tavolo di area per valutare lo stato di avanzamento di tali progettualità. Inoltre il SSC collabora con il Comune di S. Daniele e le associazioni e servizi territoriali nella costruzione del progetto SOCIAL HILLS, grazie al quale è stata attivata anche un'azione di sensibilizzazione delle imprese locali sul tema del re-inserimento lavorativo e delle borse lavoro. Tramite il CEFAP sono stati poi attivati 5 corsi per l'acquisizione di abilità lavorative (asse svantaggio) a cui hanno partecipato utenti del SSC, del CSM, e del servizio disabilità. Prosegue, infine, il progetto Orto Sinergico del CSM di S. Daniele. Complessivamente, nel 2015, sono state attivate 10 borse lavoro di cui una conclusa con l'assunzione a tempo determinato del "borsista" direttamente dall'ente ospitante e una seconda assunzione, sempre a tempo determinato, da parte di un'agenzia interinale.

6.1.6 SSC 4.2 TARCENTO

Il tema del lavoro o, in un'accezione più ampia, dell'inserimento socio-occupazione di persone in condizione di fragilità e svantaggio è l'asse d'intervento principale attorno al quale ruotano i servizi, le prestazioni e le progettualità che maggiormente caratterizzano la pianificazione zonale del SSC 4.2 in quest'area. Data l'ampiezza ed l'importanza dei bisogni coinvolti, che investono significativamente le responsabilità e le risorse delle amministrazioni comunali e dei servizi

preposti, il SSC 4.2 ha scelto di investire fortemente nei progetti volti a rafforzare ed implementare la filiera degli interventi e servizi rivolti all'inserimento socio-occupazionale, valorizzando le potenzialità di un lavoro di rete con tutti i soggetti pubblici e del privato sociale. A tal fine viene sottoscritto nel 2013 un protocollo per la sperimentazione di un servizio di supporto e accompagnamento alla ricerca lavorativa rivolto a persone in condizione di fragilità e svantaggio, basato su un modello di presa in carico integrata tra SSC/Politiche sociali e Provincia/Politiche del Lavoro.Sono state inoltre mappate le cooperative sociali presenti sul territorio (SSC e extra SSC), con particolare riferimento alle cooperative sociali di tipo B, perla creazione di una rete di rapporti virtuosa. É stato inoltre approvato e sperimentato un documento di regolamentazione di borse lavoro rivolte a persone in carico al SSC. Attivata anche una convenzione con il CSG (Centro Solidarietà Giovanile) e Caritas per la gestione di strumenti di inserimento socio-occupazionale di persone in condizione di fragilità. Il Fondo Solidarietà viene utilizzato per il finanziamento di borse lavoro rivolte a persone a rischio di esclusione sociale e in condizione di svantaggio, anche con riferimento all'utenza in carico all'UEPE. Realizzato inoltre un corso di formazione per persone fragili orientato alla lettura dell'offerta del mercato locale e dalle caratteristiche prevalenti dell'utenza in carico ai servi sociali e sanitari; realizzato anche un corso di italiano per stranieri. Prosegue, in continuità, il progetto *Arduino,* intervento di formazione realizzato con gli enti di formazione del territorio finalizzato a potenziare l'area creativa e relazionale, anche in un'ottica di inserimento lavorativo, dei soggetti affetti da disagio mentale.

6.1.7 SSC 4.3 CIVIDALE DEL FRIULI

Il tema del lavoro è stato affrontato in modo trasversale alle diverse fasce d'utenza. Le attività quindi si sono focalizzate sulla necessità di individuare modalità concrete e fattibili per favorire l'inserimento lavorativo, sia di persone disabili o afferenti all'area delle dipendenze e della salute mentale sia di persone svantaggiate dal punto di vista economico. Si evidenzia la messa in rete di diversi strumenti e soggetti a disposizione del SSC per attivare percorsi di inserimento lavorativo per persone svantaggiate.

- Per quanto riguarda l'area specifica della disabilità, delle dipendenze e della salute mentale, il SSC 4.3 collabora con i servizi del SIL attraverso una convenzione per l'inserimento con borsa lavoro delle persone con disabilità mentre i Dipartimenti aziendali utilizzano lo strumento delle borse lavoro in modo autonomo.
- Agricoltura sociale: intensificazione della collaborazione con il CSM per la realizzazione di progetti FAP. All'interno di queste progettualità è stata coinvolta una nuova fattoria sociale "Il giardino del Chiostro" di Cividale del Friuli, oltre alla già citata Ronco Albina.
- Tirocini formativi: attivati per la prima volta dal SSC nel 2015 (budget 20.000€,erogato dall'Assemblea dei Sindaci su fondi COOP). Il tavolo di coprogettazione (cinque assistenti sociali dell'area minori;rappresentanti del Centro per l'Impiego di Cividale, del Centro Solidarietà Giovani e dell'Ente formativo Civiform) si è riunito sei volte nel corso del 2015, in quanto era necessario approfondire alcuni elementi. Nel corso del 2015 sono stati attivati 5 inserimenti.

- Corsi di formazione: il SSC ha collaborato nel triennio con gli enti preposti (Civiform) per la realizzazione di corsi di formazione rivolti a persone svantaggiate . Nel 2015 vi hanno partecipato 21 utenti del SSC, con un contributo di 700€. Tuttavia l'inserimento lavorativo post corso ha dato esiti negativi.
- Sportello di accompagnamento e orientamento al lavoro, con invio allo sportello del Centro Orientamento Regionale (una psicologa presente periodicamente presso il SSC).
- Progetto devianza: coprogettazione con Centro Solidarietà giovani (CSG) con il quale in stretta collaborazione con UEPE, USSM e Servizio sociale dei Comuni sono state realizzate tre borse lavoro nel 2014 e una nel 2015.

Si segnala, infine, come l'obiettivo di definire un regolamento unico regionale per l'attivazione dello strumento borse lavoro socio-assistenziali rimanga, al termine del triennio pianificatorio, ancora non sviluppato.

6.1.8 SSC 4.4 CODROIPO

Il SSC 4.4 Codroipo, a partire dal 2010, ha in essere una convenzionesottoscritta da tutti i Comuni dell'ambito distrettuale, con il CAMPP - SIL per la realizzazione dei progetti personalizzati propedeutici all'integrazione lavorativa e per i progetti funzionali all'inserimento socio-lavorativo delle persone con disabilità. Con il CPI (cluster di Codroipo) invece si sono sviluppate delle forme di collaborazione che, tuttavia, non sono mai esitate in un unico documento regolativo ma che hanno portato comunque a risultati positivi. I servizi specialistici CSM, Ser.T e Alcologia, invece, usano gli strumenti delle borse lavoro in autonomia. Stante tale assetto,con il PdZ il SSC 4.4 ha previsto di rafforzare gli strumenti di presa in carico attraverso un potenziamento della rete di collaborazione tra i servizi sopra citati. A tal fine è stato predisposto un documento contenente le prassi operative, gli strumenti di segnalazione e le modalità di collaborazione tra i succitati servizi della rete. Tuttavia, tale documento nel corso del 2015, in virtù della riorganizzazione dell'AAS e di quella del CPI cluster di Codroipo, ha subito un ulteriore processo di revisione e riassestamento degli impegni in carico ai diversi servizi e ciò non ha consentito di proseguire con l'integrazione prevista della convenzione già in atto dal 2010 alla luce dei nuovi impegni presi. Anche il previsto approfondimento finalizzato all'implementazione di un progetto sperimentale per giovani studenti e adulti con disabilità non è stato svolto.
Parallelamente, inoltre, il SSC ha implementato con costanza nel triennio azioni di sensibilizzazione rivolte a categorie datoriali e privati finalizzate ad acquisire nuove disponibilità per l'inserimento lavorativo di soggetti in condizioni di svantaggio socio-occupazionale. Tali azioni, in alcuni casi, sono esitate in nuove collaborazioni che hanno permesso l'inserimento lavorativo di soggetti in carico al SSC. Complessivamente, al termine del 2015, risultavano inserite 80 persone svantaggiate, mentre 41 sono state complessivamente le ditte che hanno accolto questo target di utenza.

6.1.9 SSC 4.5 UDINE

Il SSC 4.5 Udine ha effettuato degli incontri con i soggetti istituzionali e del privato sociale finalizzati alla sottoscrizione di un Intesa Territoriale per il sostegno di processi di inclusione sociale in favore di persone a rischio di svantaggio, esclusione sociale e marginalità funzionale al sostegno dei processi integrati di aiuto, supporto e accompagnamento di persone e/o nuclei familiari in situazione di grave rischio ed esclusione sociale/marginalità (presente una bozza alla fine del 2015 ancora in fase di approvazione). È in bozza anche la redazione del Piano Locale per l'inclusione sociale da sviluppare sulla base delle relazioni e dei protocolli già in essere sul territorio. Un'altra linea di intervento del SSC 4.5 è relativa alla realizzazione di un sistema coordinato di risorse per l'abitare sociale: in tal senso è stata realizzata da Vicini di Casa Onlus una mappatura delle strutture esistenti in modo da avere una base informativa per indire un avviso pubblico per l'individuazione di strutture disposte a collaborare con il SSC. Sempre sul tema, il SSC ha predisposto anche delle Linee guida per gli interventi in situazione di emergenza abitativa da applicare su tutto il territorio dell'ambito (approvate dall'Assemblea dei Sindaci nell'estate del 2015). Parallelamente sono stati effettuati dei momenti di confronto con il privato sociale al fine di effettuare una ricognizione dei bisogni in quest'area. Nel maggio del 2015 l'Assemblea dei Sindaci ha deliberato di approvare l'avvio di una fase sperimentale (Comune di Udine) di una gestione degli interventi di assistenza economica che comprendano non solo la più tradizionale erogazione di contributi economici ma anche un accompagnamento (es. money tutoring) rispetto alla gestione del bilancio familiare e alla conoscenza di altre forme alternative di sostegno (es. microcredito). È stata inoltre affidato, a seguito di una procedura negoziata, ad un'associazione temporanea d'impresa, l'incarico di realizzare attività di re-inserimento sociale e occupazionale di presone detenute, ex detenute o in esecuzione penale esterna (progetto Work in process).

6.1.10 AREA BASSA FRIULANA: SSC 5.1 E SSC 5.2

Nell'ambito dell'obiettivo 8 i 2 SSC della Bassa Friulana hanno portato avanti nel triennio progetti di agricoltura sociale (es. progetto *Coltiviamoci* del SSC 5.2, fattorie sociali MolinNovacco e Volpares situate in due comuni del SSC 5.2) già implementati in un ottica di sviluppo e potenziamento degli stessi. Nel triennio, inoltre, è stato definito e applicato il Protocollo SIC (Sistema Integrato di Consulenza), siglato tra i due SSC, il CPI e il COR (dal 2014 esteso anche al Dipartimento Dipendenze e al DSM). Esso è finalizzato alla definizione di percorsi di accesso, consulenza e presa in carico delle persone in tema di orientamento, e re-inserimento lavorativo. I due SSC, inoltre, perseguono il supporto all'inserimento socio-lavorativo di persone fragili attraverso il sostegno dell'applicazione di clausole sociali negli affidamenti di servizi e interventi. Si segnala infatti che nessun Comune del SSC 5.1 ha bandito gare con clausole riservate nell'ambito delle procedure previste dalle LG, in quanto, attualmente, vengono maggiormente utilizzati lavoratori LPU o provenienti dai Cantieri di Lavoro.

6.1.11 AREA PORDENONESE[27]: SSC 6.1, SSC 6.2, SSC 6.3, SSC 6.4 e SSC 6.5

Nella provincia di Pordenone i 5 SSC hanno agito in modo coordinato nel perseguire l'incremento di opportunità lavorative di persone svantaggiate attraverso tre linee di intervento, capitalizzando l'esperienza maturata negli anni dai diversi servizi:

1. integrazione funzionale dei servizi che si occupano dell'inserimento socio-lavorativo di persone svantaggiate (persone con disabilità, con patologie psichiatriche o con problemi di dipendenze). A tal fine è stato costituito con il PdZ un coordinamento di livello aziendale con responsabilità di budget, progettuali e tecnico-professionali il cui compito è stato quello di predisporre modalità, per quanto possibile uniformi, di progettazione e gestione di interventi socio-lavorativi dedicati al target di utenza. Nel triennio, trasversalmente ai 5 SSC, sono state sviluppate azioni innovative di presa in carico attraverso il metodo IPS[28] . Inoltre è stato predisposto un Protocollo per la formalizzazione della presa in carico integrata per gli inserimenti lavorativi dell'utenza segnalata, con particolare attenzione alla condivisione tra i 5 SSC della metodologia di presa in carico, specie a fronte dell'evoluzione dei bisogni del soggetto. Tuttavia tale Protocollo non risultava al 31/12/2015 ancora formalizzato (manca l'approvazione formale delle Assemblee dei Sindaci, attesa per il 2016).
2. Sviluppo ed incremento (es. ampiamento progetto *La volpe sotto ai gelsi* del SSC 6.2) di attività di agricoltura sociale, con particolare attenzione ai contesti territoriali differenti della provincia (urbani, periurbani e rurali). Dopo una prima mappatura delle esperienze di agricoltura sociale svolte a livello provinciale, i 5 SSC hanno incrementato azioni funzionali al consolidamento dell'integrazione tra il Piano Triennale disabilità e la sperimentazione regionale sulle fattorie sociali (LR 18/2011). Inoltre è stata svolta una profilatura delle aziende che svolgono inserimenti di soggetti svantaggiati da cui è emersa la necessità di supportare le reti produttive e inclusive legate a queste realtà anche attraverso azioni di marketing.
3. Attività di microcredito (adattamento modello GrameenBank): sono stati elaborati e avviati corsi di formazione per operatori sociali e sanitari e, contestualmente, è stata costituita una Fondazione di Partecipazione funzionale all'avvio dei progetti di microcredito nel territorio provinciale.

Si segnala, inoltre, l'impegno assunto dal SSC 6.2 San Vito al T. rispetto all'incremento di opportunità lavorative e di inclusione sociale per favorire la gestione/erogazione di interventi e servizi da realizzare con il terzo settore e altri soggetti attraverso strumenti giuridici innovativi previsti dalla normativa. Nonostante sia stato programmato, il Protocollo con le cooperative sociali del territorio, a dicembre 2015 non era ancora stato sottoscritto. Tuttavia continua la concessione di appalti (affidamento di beni e servizi sottosoglia, ai sensi della L. 381/2006) in diversi comuni del SSC affidati a cooperative di solidarietà sociali del territorio. Inoltre, in un comune del SSC è stato

[27] L'area pordenonese ha inteso la programmazione relativa all'obiettivo regionale 9.1 come sociosanitaria.
[28] Individual Placement Support (IPS), metodo di inserimento lavorativo di persone con disabilità di tipo psichiatrico.

approvato e recepito un atto di indirizzo che contempla l'inserimento di clausole sociali nei bandi di gara (gare di appalto "sopra soglia").

Per ciò che concerne **la programmazione relativa all'obiettivo 9** l'area pordenonese ha inteso sviluppare un progetto provinciale di sistema finalizzato a migliorare la capacità dei territori di realizzare attività di inclusione socio-lavorativa di persone in carico ai servizi, definendo e consolidando una rete di accompagnamento. A partire dal 2013, anno di riflessione e riprogettazione per l'intera provincia degli interventi in materia di inclusione socio-lavorativa, è stato avviato un percorso condiviso volto a ridisegnare strumenti e interventi a favore di persone in stato di svantaggio socio-occupazionale. Tale riprogettazione, a cui si è dato inizio con la costituzione di un tavolo provinciale sul tema dello svantaggio socio-lavorativo, ha portato i 5 SSC a svolgere le seguenti attività:

- definizione di un modello di sistema territoriale per l'inclusione lavorativa, sintetizzato nel documento **Sistema provinciale per l'integrazione e l'inserimento lavorativo delle persone in condizioni di svantaggio sociale e lavorativo;**
- nuovo assetto delle borse lavoro di inclusione socio-lavorativa in capo ai SSC, sintetizzato nel documento **Linee guida per la regolamentazione di interventi e misure volte all'inserimento/reinserimento sociale e occupazionale delle persone a rischio di esclusione sociale in carico al SSC;**
- ripensamento e approfondimento condiviso dei percorsi di valutazione delle persone in situazione di svantaggio sociale e lavorativo, attraverso la definizione delle **schede ITO** (Indicatori Teorici di Occupabilità) **e ASFeO** (Autonomie Socio Formative e Occupabilità);
- definizione di linee guida per l'implementazione di appalti pubblici con clausola sociale, sintetizzata nel documento **Atto di indirizzo per la valorizzazione dell'inserimento lavorativo di persone svantaggiate nelle procedure di affidamento di forniture di beni e servizi** (approvato dalle Assembleee dei Sindaci dei 5 SSC).

Alle azioni sopra citate si aggiungono momenti costanti di monitoraggio e valutazione in itinere di quanto implementato e attività di coordinamento con gli enti di formazione. Si segnala che, a livello provinciale, a dicembre 2015 nonostante le azioni messe in campo, l'obiettivo di avere una percentuale tra il 15 e il 20% di persone valutate idonee all'inserimento lavorativo delle ETO[29] che poi trovano effettivamente collocamento in percorsi di avvicinamento al lavoro anche grazie all'intermediazione del CPI, non è stato raggiunto.

[29] "Equipe Territoriali Integrate Per L'occupabilità" – E.T.O

Rapporto di valutazione dei Piano di Zona 2013-2015

OBIETTIVI SOCIALIPDZ 2013-2015

Implementazione e stato di avanzamento delle progettualità nei diciannove SSC della regione FVG

Documento a cura di IRSSES

17/06/2016

Indice

1. Introduzione 3
2. Obiettivi sociali PdZ 2013-2015 4
3. Implementazione degli obiettivi sociali: tavole 8
3.1 Area materno infantile (Obiettivo 5) 8
3.2 Area famiglia e genitorialità (Obiettivo 10) 8
3.3 Area disabilità (Obiettivo 6) 9
3.4 Area anziani (Obiettivo 7) 9
3.5 Area disabilità, dipendenze e salute mentale in tema di inserimento lavorativo (Obiettivo 8) 9
3.6 Misure di contrasto alla povertà - Integrazione con le politiche del lavoro (Obiettivo 9) - 1 10
3.7 Altri obiettivi 12
4. Implementazione degli obiettivi sociali: descrizione 13
4.1 Area triestina: SSC 1.1, SSC 1.2 e SSC 1.3 13
4.2 Area goriziana: SSC 2.1 e SSC 2.2 17
4.3 SSC 3.1 Gemona del Friuli 20
4.4 SSC 3.2 Tolmezzo (Carnia) 2
4.5 SSC 4.1 San Daniele del Friuli 6
4.6 SSC 4.2 Tarcento 8
4.7 SSC 4.3 Cividale del Friuli 9
4.8 SSC 4.4 Codroipo 12
4.9 SSC 4.5 Udine 14
4.10 Area Bassa Friulana: SSC 5.1 e SSC 5.2 16
4.11 Area pordenonese: SSC 6.1, 6.2, 6.3, 6.4 e 6.5 17
SSC 6.1 Sacile 17
SSC 6.2 San Vito al Tagliamento 20
SSC 6.3 Azzano Decimo 21
SSC 6.4 Maniago 23
SSC 6.5 Pordenone 24

1. Introduzione

Il presente documento rappresenta un'analisi dello stato dell'arte degli obiettivi e delle macroazioni (regionali e locali) di carattere sociale che sono stati implementati dai 19 SSC della regione FVG nel corso del triennio pianificatorio 2013-15/16. Nelle pagine seguenti, analogamente a quanto realizzato per gli obiettivi di integrazione socio-sanitaria, si cercherà quindi di dare evidenza del grado di implementazione delle progettualità dei 19 PdZ per quanto riguarda gli obiettivi sociali.

Sulla base del modello di analisi e della terminologia proposta nel documento *Rapporto di Valutazione dei PdZ 2013-2015: Analisi preliminare*, nel presente documento verrà ampliata la Dimensione valutativa 2, che approfondiva il tema dell' "*implementazione dei PdZ, intesa come attuazione di una programmazione unitaria e integrata nelle aree sociosanitarie"* e di cui è stato reso conto, oltre che nel documento sopra citato, anche nel rapporto *Obiettivi di integrazione socio-sanitaria PdZ 2013-15: Implementazione e stato di avanzamento degli indicatori e delle progettualità nei diciannove SSC della regione FVG.* Di conseguenza, in questa sede, la Dimensione valutativa 2 viene allargata anche all'analisi dell'*implementazione dei PdZ, intesa come attuazione di una programmazione unitaria e integrata nelle aree sociali.*

In questo caso, quindi la domanda valutativa a cui si cercherà di rispondere è la seguente: *Qual è stato il grado di implementazione degli obiettivi del PdZ?* A tal proposito, è necessario precisare che non ci si soffermerà su tutti gli obiettivi sociali previsti dalle Linee Guida regionali (d'ora in avanti LG). Infatti, i primi due obiettivi sociali previsti dalle LG (Ob. 1 e Ob. 2) fanno riferimento all'implementazione della *governance* sociale e al consolidamento del sistema integrato di interventi e servizi sociali: tali elementi sono stati già oggetto di trattazione nell'ambito del documento *Rapporto di Valutazione dei PdZ 2013-2015. Analisi preliminare.* Nello specifico, infatti, l'analisi degli Obiettivi 1 e 2 delle LG si trova trasversalmente all'interno della trattazione relativa alle Dimensioni valutative 1, 2 e 3[30], che pertanto non verranno riprese in questa sede. Ciò che rimane ancora da analizzare fa quindi riferimento allo stato di implementazione degli obiettivi e delle macroazioni sociali nelle diverse aree di utenza previste dalle LG regionali (minori e famiglie, adulti, anziani, persone con disabilità) o definite a livello locale.

Anche in questo frangente le fonti utilizzate sono il PdZ e i monitoraggi dei PAA annuali e, qualora ritenuti utili per eventuali chiarimenti, anche i PAA 2016. Tuttavia a tal proposito, va tenuto in considerazione che, poiché gli obiettivi e le relative macroazioni sociali non sono stati oggetto del Parere di Congruità emanato annualmente dalla Direzione Centrale regionale in funzione del quale venivano annualmente analizzati i monitoraggi inviati dai 19 SSC alla Direzione centrale regionale, il materiale a disposizione per quanto riguarda gli obiettivi sociali è più frammentario. Nel triennio di programmazione, infatti, il monitoraggio degli obiettivi sociali non è stato costantemente richiesto dalla Direzione Centrale regionale ai diversi SSC: ne consegue che tali materiali non sempre sono disponibili in modo omogeneo per tutti e 19 i territori. Ciò rende difficoltoso produrre, per esempio, un'analisi sistematica sugli indicatori regionali e locali delle macroazioni sociali, come al contrario è stato possibile realizzare per gli indicatori relativi agli obiettivi di integrazione socio-sanitaria.

[30] Cfr. documento *Rapporto di Valutazione dei PdZ 2013-2015: Analisi preliminare*.

2. Obiettivi sociali PdZ 2013-2015

Prima di presentare un'analisi trasversale delle attività e del loro stato di implementazione, si rendono necessarie alcune premesse di carattere metodologico che aiutanoa inquadrare la **programmazionesociale** dei 19 SSC nel complesso delle attività dei PdZ 2013-2015. Infatti, già nelle *Linee guida per la predisposizione dei PdZ* (di seguito, LG), gli obiettivi regionali stabiliti dalla Direzione Centrale regionale per il triennio 2013-2015 hanno visto una "formale" suddivisione tra obiettivi di integrazione socio-sanitaria e obiettivi di natura sociale, caratterizzati questi ultimi da una presenza esclusiva di attori "sociali" (organismi del Terzo settore) assieme a servizi e organizzazioni pubblico/istituzionali (SSC, istituzioni scolastiche, UEPE, Provincia, ecc. Una descrizione complessiva di tipo formale degli obiettivi di carattere sociale e sociosanitario è presente nel documento *Rapporto di Valutazione dei PdZ 2013-2015. Analisi preliminare*, con specifico riferimento alla DV (Domanda Valutativa) n. 2 (*Qual è la struttura dei documenti di pianificazione PdZ e PAA*). In particolare, come sintetizzato nella tabella n. 1, facendo riferimento alle LG, gli obiettivi di carattere sociale sono 5 su 10 totali e si concentrano sulle seguenti linee di intervento:

- implementazione/rafforzamento della governance sociale (ob. 1.1 e 1.2);
- azioni finalizzate al consolidamento del sistema integrato (ob. 2.1);
- stabilizzazione/consolidamento dei livelli di prestazione essenziali, con riferimento a quanto definito dal comma 2, articolo 6 della L.R. 6/2006 (cfr. Allegato 3 del PdZ)[31];
- misure di contrasto alla povertà, integrazione con le politiche del lavoro (Ob. 9.1).

Tabella 1-Obiettivi sociali del PdZ 2013-2015

OBIETTIVI SOCIALI PdZ 2013-2015	
Governance Sociale	**OB. 1.1:** Rafforzare il coinvolgimento della comunità nella realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali di tipo solidale e universalistico/selettivo
	OB. 1.2: 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 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 finanziare pubbliche erogate.
Azioni di sistema per il consolidamento del sistema integrato	**OB. 2.1:** Consolidare il sistema associato di governo del sistema locale degli interventi e dei servizi sociali.

[31] Per quanto concerne l'obiettivo 3.1 i cui dati fanno riferimento all'Allegato 3 del PdZ, si precisa che, dal momento che molti dei dati richiesti da questo obiettivo sono confluiti nel Rapporto Sociale 2013 e nei relativi aggiornamenti, in questa sede l'analisi di questo obiettivo non viene prodotta. Tuttavia, se contestualizzati rispetto alle diverse aree di utenza trattate, essi sono stati riportati nel documento: "Obiettivi di integrazione socio-sanitaria PdZ 2013-2015. Implementazione e stato di avanzamento degli indicatori e delle progettualità nei diciannove SSC della Regione FVG".

OBIETTIVI SOCIALI PdZ 2013-2015

Stabilizzazione/consolidamento dei livelli di prestazione (Allegato 3 PdZ)	**OB. 3.1:** Stabilizzare/consolidare le prestazioni e gli interventi di cui all'art. 6 L.R. 6/2006 definendo un sistema di offerta per tipologie si servizi e prestazioni, trasversale alle aree di bisogno articolato in: *-Welfare d'accesso* *-Servizi Domiciliari* *-Servizi a carattere comunitario semiresidenziale* *-Servizi a carattere comunitario a ciclo residenziale* *-Misure di sostegno e assistenza economica*
Misure di contrasto alla povertà. Integrazione con le politiche del lavoro	**OB. 9.1:** Utilizzo di strumenti di re-inserimento lavorativo-sociale secondo una logica di attivazione che mira all'autonomia della persona.

Accanto a questi obiettivi sociali, sono presenti ulteriori obiettivi e/o macroazioni locali sociali che i 19 SSC hanno inserito nei PdZ in modo discrezionale, in base alle specifiche priorità date dal territorio. Questi obiettivi e/o macroazioni si possono trovare anche all'interno degli obiettivi di integrazione socio-sanitaria (Ob.5, Ob.6, Ob.7, Ob.8) a seconda delle aree di utenza e delle tematiche trattate. Come indicato anche nel documento *Rapporto di Valutazione dei PdZ 2013-2015: Analisi preliminare*, gli obiettivi sociali sviluppati dai 19 SSC sono stati complessivamente 144 (31,8% del totale degli obiettivi sociali e sociosanitari), e le connesse macroazioni sociali sono invece risultate 221 (il 29,3% del totale delle macroazioni sociali e sociosanitarie).

Tabella 2- Prospetto riassuntivo degli obiettivi e delle macroazioni SOCIALI, di cui LOCALI nei 19 SSC (% e valori assoluti)

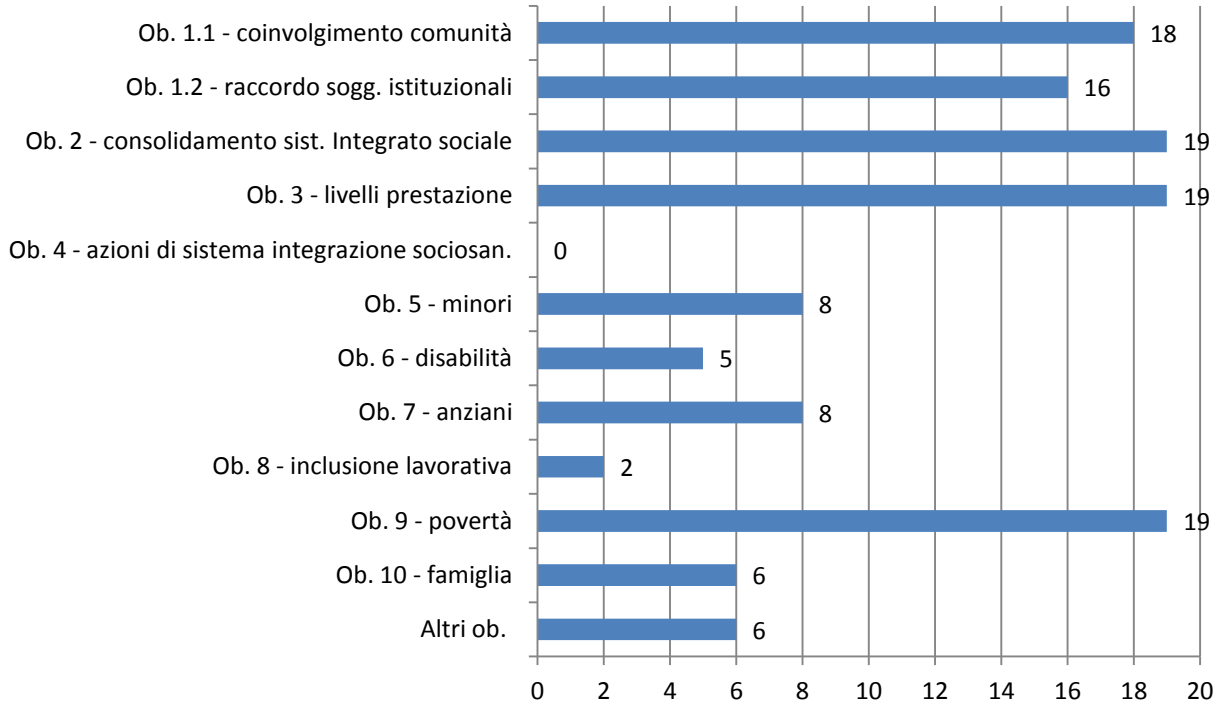
SSC	Obiettivi reg.li e locali			Macroazioni reg.li e locali			Obiettivi LOCALI			Macroazioni LOCALI		
	Sociali	% ob. Sociali	Tot. Obiettivi	Sociali	% MA Sociali	Tot. MA	Sociali	% ob. Sociali	Tot. Obiettivi LOCALI	Sociali	% MA Sociali	Tot. MA LOCALI
SSC 1.1	4	13,3	**30**	9	22,5	**40**	0	0,0	**12**	0	0,0	**14**
SSC 1.2	7	22,6	**31**	10	25,6	**39**	3	23,1	**13**	3	20,0	**15**
SSC 1.3	9	27,3	**33**	9	22,0	**41**	5	31,3	**16**	5	27,8	**18**
SSC 2.1	11	45,8	**24**	21	27,6	**76**	6	120,0	**5**	7	100,0	**7**
SSC 2.2	14	51,9	**27**	20	26,0	**77**	9	100,0	**9**	14	100,0	**14**
SSC 3.1	11	42,3	**26**	17	44,7	**38**	6	75,0	**8**	7	77,8	**9**
SSC 3.2	16	34,0	**47**	21	36,2	**58**	11	37,9	**29**	11	36,7	**30**
SSC 4.1	6	31,6	**19**	8	29,6	**27**	1	100,0	**1**	1	100,0	**1**
SSC 4.2	5	27,8	**18**	7	33,3	**21**	0	0,0	**0**	0	0,0	**0**
SSC 4.3	10	41,7	**24**	11	33,3	**33**	5	83,3	**6**	6	85,7	**7**
SSC 4.4	6	30,0	**20**	10	25,0	**40**	1	50,0	**2**	3	50,0	**6**
SSC 4.5	6	37,5	**16**	11	45,8	**24**	0	0,0	**0**	0	0,0	**0**
SSC 5.1	5	27,8	**18**	12	36,4	**33**	0	0,0	**0**	0	0,0	**0**
SSC 5.2	6	31,6	**19**	12	38,7	**31**	1	100,0	**1**	1	100,0	**1**
SSC 6.1	8	33,3	**24**	9	25,7	**35**	4	66,7	**6**	4	66,7	**6**
SSC 6.2	3	16,7	**18**	5	14,3	**35**	0	0,0	**0**	0	0,0	**0**
SSC 6.3	7	33,3	**21**	10	27,0	**37**	3	100,0	**3**	5	100,0	**5**
SSC 6.4	4	22,2	**18**	7	21,2	**33**	0	0,0	**0**	3	100,0	**3**
SSC 6.5	6	30,0	**20**	12	33,3	**36**	1	100,0	**1**	5	100,0	**5**
Tot. FVG	**144**	**31,8**	**453**	**221**	**29,3**	**754**	**56**	50,0	**112**	**75**	**53,2**	**141**

NB: il conteggio degli obiettivi e delle macroazioni è stato fatto sulla base dei documenti PdZ, contenenti la programmazione triennale.

Dalla tabella 2 risulta inoltre che gli obiettivi sociali sviluppati localmente dai 19 SSC sono stati 56 a cui sono corrisposte 75 macroazioni .

Nel complesso, si evidenzia come la distinzione tra obiettivi sociali e obiettivi socio-sanitari prevista dalle LG sia stata intesa dai 19 SSC discrezionalmente secondo le proprie esigenze pianificatorie. Nella figura 1 è stato riportato il numero di SSC per ciascun obiettivo/macroazione sociale previsto nel PdZ: si può osservare come solo gli obiettivi 2 e 3 e 9 siano stati classificati esclusivamente come sociali da tutti i 19 SSC, come previsto dalle LG. Anche gli obiettivi 1.1, 1.2 sono stati indicati come obiettivi sociali da un numero elevato di SSC, con alcune eccezioni. Infatti, i tre SSC dell'area triestina hanno inteso l'obiettivo 1.2 come socio-sanitario, diversamente da quanto previsto dalle LG. Inoltre, nell'area pordenonese, l'obiettivo 9.1, che le LG hanno proposto come sociale, è stato classificato come socio-sanitario, inserendo in quest'ultimo la riprogettazione provinciale degli interventi in materia di inclusione socio-lavorativa. Al tempo stesso, però, i SSC dell'area pordenonese hanno sviluppato nel contesto del più complessivo obiettivo 9 diversi sub-obiettivi sociali a livello locale. Negli altri obiettivi relativi alle aree di utenza, il numero di SSC che ha previsto nel PdZ sub-obiettivi locali di natura sociale è più limitato, in quanto la loro presenza, legata alle specifiche esigenze pianificatorie espresse dal territorio, è risultata discrezionale.

Fig. 1 – N. di SSC che hanno previsto obiettivi/macroazioni sociali nel PdZ per tipo di obiettivo previsto dalle LG per la predisposizione del PdZ



Con un maggior dettaglio, nella tabella 3,è stato riportatol'insieme degli obiettivi e delle connesse macroazioni classificate come sociali dai 19 SSC: per ciascun obiettivo previsto dalle LG è quindi possibile osservare quanti obiettivi e quante macroazioni sono state messe in campo dai diversi SSC nei rispettivi PdZ.

Tabella 3 - N. di Obiettivi e n. macroazioni sociali previsti dai 19 SSC nel PdZ

	Ob. 1		Ob. 2		Ob.3		Ob. 5		Ob. 6		Ob. 7		Ob. 8		Ob. 9		Ob. 10		Altri Ob.	
SSC	**n. Ob.**	**n. MA**	**n. Ob.**	**n. MA**	**n. Ob.**	**n. MA**	**n. Ob.**	**n. MA**	**n. Ob.**	**n. MA**	**n. Ob.**	**n. MA**	**n. Ob.**	**n. MA**	**n. Ob.**	**n. MA**	**n. Ob.**	**n. MA**	**n. Ob.**	**n. MA**
SSC 1.1	1	1	1	1	1	6	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-
SSC 1.2	1	1	1	1	1	4	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3	-	-	1	1
SSC 1.3	1	1	1	1	1	1	2	2	-	-	-	-	1	1	3	3	-	-	-	-
SSC 2.1	2	4	1	1	1	7	1	1	1	2	2	2	-	-	3	4	-	-	-	-
SSC 2.2	2	3	1	1	1	1	2	3	2	4	2	2	1	1	2	3	-	-	1	2
SSC 3.1	2	2	2	3	1	4	3	4	-	-	1	1	-	-	1	2	-	-	1	1
SSC 3.2	2	3	1	1	1	5	2	2	-	-	1	1	-	-	4	4	-	-	5	5
SSC 4.1	2	2	1	2	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1	1
SSC 4.2	2	2	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1*	2	-	-
SSC 4.3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	-	-	1	1	2	2	-	-
SSC 4.4	2	3	1	3	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4	-	-	1**	3**
SSC 4.5	2	4	1	3	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	1	1	-	-
SSC 5.1	2	4	1	1	1	6	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-
SSC 5.2	2	4	1	1	1	6	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-	-	-	-
SSC 6.1	2	2	1	1	1	1	1	1	-	-	1	1	-	-	1	1	1*	1	1	1
SSC 6.2	1	1	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	1*	2	-	-
SSC 6.3	2	3	1	1	1	1	1	2	1	1	-	-	-	-	1	2	-	-	-	-
SSC 6.4	2	2	1	1	1	1	-	-	-	-	1*	2	-	-	1*	1	-	-	-	-
SSC 6.5	2	3	1	2	1	1	-	-	1	1	1	2	-	-	1*	2	1*	1	-	-
Tot. FVG	34	47	20	27	19	51	13	16	6	10	9	12	2	2	29	40	3	9	10	11

**Obiettivo sociosanitario con presenza di macroazione/i sociale/i (non rientra nel computo "totale FVG" degli obiettivi sociali)*

*** Obiettivi e macroazioni sociosanitari locali, che verranno illustrati in questa sede in quanto hanno una forte valenza sociale (non rientra nel computo "totale FVG" degli obiettivi e delle macroazioni sociali)*

NB: il conteggio degli obiettivi e delle macroazioni è stato fatto sulla base dei documenti PdZ, contenenti la programmazione triennale.

Le considerazioni fin qui svolte consentono di affermare, a titolo generale, che la distinzione tra obiettivi sociali e socio-sanitari è stata interpretata dai 19 SSC in modo disomogeneo e non sempre corrispondente a quanto presentenelle LG regionali. Questa considerazione mette in evidenza come le concrete scelte operative messe in campo dai 19 SSC per implementare la pianificazione di zona hanno solo in parte tenuto conto della distinzione tra le due tipologie di obiettivi indicata dal livello regionale.

Si consideri, a titolo di esempio, come negli obiettivi sociali relativi alla governance di fatto viene quasi sempre inclusa l'AAS, con le proprie strutture o servizi, in quanto facente parte delle cabine di regia (SSC – distretto, SSC - AAS a livello di area vasta). Da ciò emerge come alcuni obiettivi pur definiti esclusivamente sociali vedano la presenza dell'AAS come "attore" coinvolto per la loro realizzazione.

Un ulteriore elemento che spesso contraddistingue gli obiettivi sociali è l'intervento degli organismi del terzo settore, che pur essendo presente in modo trasversale nella implementazione

di molti obiettivi dei PdZ (sia sociali sia sociosanitari), trova negli obiettivi e nelle macroazioni sociali un luogo privilegiato di azione. Rispetto all'apporto del terzo settore alla realizzazione dei PdZ, va sottolineato che le collaborazioni di cui i 19 SSC si sono avvalse spesso si sono innestate su legami già consolidati, che con l'implementazione dei PdZ hanno avuto l'opportunità di consolidarsi e/o aprirsi a ulteriori realtà, andando quindi ad arricchire la rete di soggetti su cui i SSC possono contare per la realizzazione del sistema locale integrato dei servizi e degli interventi sociali. Di conseguenza, come già analizzato nella parte di documento dedicata alla *governance* (Cfr. "*Rapporto di valutazione dei Piani di Zona 2013-2015*"), le strategie messe in campo dai 19 SSC per coinvolgere i soggetti del terzo settore nel proprio territorio,pur diverse, hanno comunque valorizzato le collaborazioni già in essere, ampliandole in alcune realtà.

3. Implementazione degli obiettivi sociali: tavole

Di seguito, si riportano in sintesi i percorsi e le progettualità sociali realizzate dai diversi SSC nell'ambito della programmazione sociale: a tal proposito, nelle tabelle sottostanti sono state riportate le attività maggiormente significative, suddivise per area di utenza, così come previsto dalle LG per la predisposizione dei PdZ.

3.1 Area materno infantile (Obiettivo 5)

SSC 1.3	Azioni finalizzate a mettere a sistema dell'offerta dei servizi educativi comunali e del SSC
	Monitoraggio situazioni di disagio e/o devianza sul target grandi minori e giovani adulti
SSC 2.1	Tavolo di confronto con il Sert per avvio di attività di natura promozionale
SSC 2.2	Promozione delle reti familiari
	Progetto "Comunità educante in rete"
SSC 3.1	Interventi e progetti socio-educativi (laboratori, borse lavoro, peer education)
	Azioni finalizzate a rafforzare le rete di soggetti che operano sul territorio nell'area minori e giovani
SSC 3.2	Azioni finalizzate e rendere più omogenea l'offerta dei servizi per i minori disabili afferenti al SSC
SSC 4.3	Progettualità finalizzate a sostenere e promuovere un lavoro comunitario di intervento complessivo su minori e famiglie (progetti sulla legalità, progetti in collaborazione con le scuole)
SSC 6.1	Interventi di aggregazione e sostegno dell'infanzia ed adolescenza
	Coprogettazione per la gestione del sistema socio educativo territoriale per l'infanzia e l'adolescenza
SSC 6.3	Interventi e progetti rivolti a minori finalizzati a rafforzare gli interventi socio-educativi a domicilio, le collaborazioni con le scuole e gli interventi finalizzati al contrasto alla devianza
	Azioni di sensibilizzazione dei portatori di interesse e di attivazione di comunità a sostegno e a promozione dei minori e della famiglia

3.2 Area famiglia e genitorialità (Obiettivo 10)

SSC 4.2	Attivazione di interventi educativi nell'area della prevenzione e aggregazione sociale con il coinvolgimento della comunità locale a sostegno ed integrazione delle competenze educative della famiglia (centri estivi 0-14 anni, borse lavoro giovani, Centro di aggregazione giovanili)
SSC 4.3	Progetti a valere sul bando regionale Associazioni famigliari
SSC 4.5	Coordinamento tra le istituzioni e le reti familiari e associative presenti sul territorio a sostegno delle funzioni genitoriali (non attuato)
SSC 6.1	Predisposizione del *Piano locale per la Famiglia* (azione sospesa)

3.3 Area disabilità (Obiettivo 6)

SSC 2.1 SSC 2.2	Tavolo di confronto tra le associazioni dei familiari di persone con disabilità con gli istituti scolastici
SSC 2.2	Sport integrato per persone con disabilità e consolidamento percorsi di autonomia per giovani adolescenti con disabilità
SSC 4.3	Supporto alla sperimentazione di attività occupazionali durante il percorso scolastico
	Potenziamento del progetto *Stand by me*
SSC 6.3	Percorsi di sostegno della persona con disabilità e della sua famiglia nei diversi contesti di vita con particolare attenzione alla scuola
SSC 6.5	Consolidato il *Forum disabilità*
	i "Patti educativi" (Voucher LR 41/96) territoriali per la messa a sistema dei servizi e degli interventi integrati

3.4 Area anziani (Obiettivo 7)

SSC 2.1 SSC 2.2	Commissione di Vigilanza congiunta tra i due ambiti con il compito di monitorare gli standard quali-quantitativi del servizio di assistenza domiciliare
SSC 2.1	Apertura sportello informativo per la promozione dell'istituto dell'Amministratore di sostegno
SSC 2.2	"Rete tematica territoriale" per coordinare le attività del volontariato rivolte alla popolazione anziana.
SSC 3.1	Attuazione progetto *Presenti come le montagne* e altre progettualità finalizzate a favorire i rapporti intergenerazionali
	Percorsi tematici di animazione, formazione e artistici rivolti a persone anziane e associazioni
SSC 3.2	Mappatura dei soggetti disponibili ad attivare un servizio di trasporto pubblico per anziani
SSC 4.3	Mappatura e messa in rete delle risorse del volontariato
SSC 6.4	Avvio sperimentale un Centro di aggregazione diurno per anziani autosuf. o parzial. non autosuf.
	Attuazione di azioni informative e di sensibilizzazione relative all'Amministratore di sostegno
SSC 6.5	Messa in rete e coordinamento dell'offerta di trasporti sociali per anziani: è stato attivato un confronto sulle forme di esperienze comunitarie connesse alla mobilità e all'accompagnamento dell'anziano. Nel corso del 2014 tale azione è stata abbandonata.

3.5 Area disabilità, dipendenze e salute mentale in tema di inserimento lavorativo (Obiettivo 8)

SSC 1.3	Costituzione di un gruppo di lavoro integrato con lo scopo di valutare la fattibilità e la sostenibilità finalizzato ad individuare nuovi percorsi di inclusione sociale e lavorativa per persone in condizione di svantaggio.
	Avvio di esperienze di agricoltura sociale
SSC 2.2	Azioni di raccordo per l'attivazione di borse lavoro

3.6 Misure di contrasto alla povertà - Integrazione con le politiche del lavoro (Obiettivo 9) - 1

SSC 1.1 SSC 1.2 SSC 1.3	Ricognizione delle risorse presenti nei tre SSC della provincia finalizzate alla promozione di percorsi di inclusione sociale, formativi e propedeutici all'inserimento lavorativo. Avvio protocollo operativo unico tra i tre SSC della provincia di Trieste e il relativo CPI
	Avvio di misure finalizzate ad implementare politiche abitative a favore di persone e famiglie impossibilitate ad accedere al mercato privato
SSC 1.1- SSC 1.2	Attività di contrasto allo spreco alimentare
SSC 1.3	Stesura e applicazione nuoveLinee guida per l'attivazione di interventi e strumenti per l'integrazione socioassistenziale a valenza socioeducativa in contesti lavorativi per persone a rischio di esclusione sociale in carico al SSC
	Attività di contrasto all'esclusione sociale
	Costruzione di una rete tra tutti i soggetti istituzionali e del privato sociale che intervengono in diversi ambiti (contrasto spreco alimentare, supporto abitativo, ecc)
SSC 2.1	Attività finalizzare a rafforzare l'utilizzo di borse di inserimento lavorativo/progetti di inclusione sociale
	Messa in rete dei soggetti che operano a sostegno dei singoli e dei nuclei familiari in condizione di fragilità economica e sociale attraverso la convocazione periodica del tavolo povertà e il monitoraggio degli interventi attivati dal pubblico e dai soggetti del privato sociale (es. Emporio Solidarietà)
	Attivazione di misure in risposta ai bisogni abitativi della popolazione e convocazione periodica del tavolo abitare
	Interventi a favore di persone a rischio di esclusione sociale e nello specifico detenuti ed ex detenuti
SSC 2.2	Tavolo permanete contro l'esclusione sociale, il cui esito principale è stata l'apertura dell'Emporio della Solidarietà.
SSC 3.1	Tavolo tematico e di co-progettazione sul tema della fragilità economica, lavorativa ed abitativa
	Avvio tavolo integrato permanente tra servizi per l'inserimento lavorativo di utenti dei servizi socio-sanitari (poi ricompreso nell'Obiettivo 8.1)
	Avvio dell'emporio amico "Di man in man", previsto nell'ambito del punto di solidarietà
	Apertura sportello casa
SSC 3.2	Rafforzamento borse lavoro socio-assistenziali e socio-educative
	Rafforzamento dei servizi di accoglienza residenziale
	Progetti di abitare sociale: sportello casa e appartamento ponte
	Progetti di inclusione sociale a favore di minori e persone detenute ed ex-detenute e in esecuzione penale esterna
SSC 4.1	*Osservatorio Inter-Istituzionale fra servizi e volontariato sul fenomeno della povertà*
	Progetti finalizzati a sostenere le famiglie in difficoltà attraverso il rifornimento di beni di prima necessità (progetto *Guardiamo avanti, aiutiamo il futuro*, progetto last minute market)
	Attivazione di un *fondo di emergenza del SSC* per il pagamento delle utenze delle famiglie a grave rischio di marginalità
	Convenzione tra SSC, Caritas Diocesana e foraniale per la gestione di un appartamento di proprietà della Curia dove sperimentare nuove forme di abitare sociale
	Piano immigrazione
SSC 4.2	Tavolo di confronto sul disagio adulto

	Politiche per l'abitare: sportelli di supporto per la ricerca della casa e disponibilità di alloggi di emergenza abitativa
	Promozione dell'Amministratore di sostegno
SSC 4.3	Tavolo trasversale sul tema lavoro, che ha promosso corsi di formazione rivolti a persone svantaggiate e uno sportello di accompagnamento e orientamento al lavoro
	Attivazione sportello "Housing Sociale - Agenzia Sociale per la Casa"
	Avvio progetto Sprar
	Avvio Laboratorio di solidarietà (progetto Chiaro-Scuro)
SSC 4.4	Formalizzazione della collaborazione con il CPI del territorio e sperimentazione di modelli di reinserimento lavorativo in collaborazione con il terzo settore
	Supporto delle persone in carico dal punto di vista relazionale, economico e abitativo, mettendo in rete le risorse formali e informali del settore pubblico e del privato sociale.
SSC 4.5	Intesa inerente le modalità di riqualificazione dei percorsi finalizzati all'inserimento lavorativo di persone in situazione di povertà e marginalità
SSC 5.1-SSC 5.2	Approccio integrato al reinserimento lavorativo
SSC 5.2	Progetto "coltiviamoci", che prevede l'attivazione di borse socio-educative assistenziali in campo agricolo.
Area Pordenonese	Attuazione del *Sistema provinciale per l'integrazione e l'inserimento lavorativo delle persone in condizione di svantaggio sociale e lavorativo.* Monitoraggio misure quali Borse lavoro, LPU, LSU e voucher
SSC 6.1	Predisposizione del *Piano di inclusione sociale* (azione sospesa)
SSC 6.2	Attuazione Tavolo operativo (TOL) finalizzato a ridefinire le competenze e le funzioni del servizio relative all'inclusione socio-lavorativa
	Progetto *Microcredito*, realizzato dal Comune di San Vito al Tagliamento
	Misure di facilitazione all'accesso abitativo per persone e nuclei familiari svantaggiati
SSC 6.3	Sostegno abitativo alle persone svantaggiate: progetto "Sistema Cerco Casa"
	Promozione di interventi di politica integrata, che valorizzino le risorse comunitarie: tavolo adulti, progetti finalizzato all'inclusione sociale di soggetti svantaggiati (es. progetto *Devianza* rivolto a persone adulte a rischio di marginalità sociale, progetti *Integra, In-terazione* e *Nuovi cittadini. Nuove relazioni* a favore dell'inclusione sociale degli immigrati), progetti volti a contrastare la crisi economica dei nuclei familiari (es. progetto *Centrale della solidarietà alimentare,* orti sociali, distribuzione delle borse alimentari), progetti finalizzati all'incremento della collaborazione tra istituzioni scolastiche, terzo settore e servizi ai comuni (progetto *Con classe* e *Pra-tico).*
SSC 6.4	Avvio del tavolo di confronto "Osservatorio povertà"
	Percorso formativo comune tra operatori di soggetti istituzionali e non istituzionali per predisporre delle Linee Guida condivise ("*Regolamentazione di interventi e misure volte all'inserimento/reinserimento sociale e occupazionale delle persone a rischio di esclusione sociale in carico al servizio sociale dei comuni*" e *"Atto di indirizzo per la valorizzazione dell'inserimento lavorativo di persone svantaggiate nelle procedure di affidamento di forniture di beni e servizi")*.
SSC 6.5	Ottimizzazione e la razionalizzazione delle prestazioni e degli interventi a sostegno della fragilità economica
	Progetto pilota *Sistema emersione e contrasto povertà alimentare*
	Progetti di abitare sociale e *Forum per l'abitare sociale*

3.7 Altri obiettivi

SSC 1.2	OBIETTIVO 11: Area adulti - Raccordo di tutte le risposte, in particolare di tipo economico, che vengono attivate attualmente sul territorio a sostegno di chi si trova in situazione di necessità correlata ad un grave momento di difficoltà del proprio ciclo di vita, con approvazione e attuazione del *Regolamento su interventi di sostegno economico e solidarietà civica a favore delle persone e delle famiglie*
SSC 2.2	OBIETTIVO 11: Area giovani, volontariato e solidarietà - Promozione del volontariato, coinvolgendo i giovani specie attraverso le scuole.
SSC 3.1	OBIETTIVO 11: Area adulti: progetti, interventi e/o laboratori formativi finalizzati al sostegno delle funzioni educative e dei compiti di cura degli adulti, rivolti ad adulti e bambini/ragazzi congiuntamente, sul territorio e/o in ambito scolastico
SSC 3.2	OBIETTIVO 13: Area benessere – Sviluppo dell'Unità Funzionale Socio Educativa (UFSE), che ha come obiettivi la prevenzione del disagio e la promozione del benessere della Comunità. Nello specifico sono state realizzate numerose azioni nell'ottica di: **1)** sviluppare la rete attraverso la convocazione costante dei tavoli di Comunità per la programmazione delle attività a favore dei bambini/giovani; **2)** supportare le competenze genitoriali; **3)** supportare i gruppi informali di giovani; **4)** facilitare le relazioni intergenerazionali; **5)** promuovere la cultura dell'integrazione attraverso percorsi di autonomia possibile per i disabili.
SSC 4.1	OBIETTIVO 11: Area tutela – Promozione dell'istituto dell'Amministratore di sostegno
SSC 4.4	OBIETTIVO 11: Area immigrazione - Azioni informative e orientative in materia di immigrazione. Accoglienza strutturata attraverso il progetto Sprar. Supporto socio-sanitario integrato alle donne straniere.
SSC 6.1	OBIETTIVO 11: Area politiche giovanili – Gestione Progetti giovani e avvio del *Tavolo di lavoro sulle politiche giovanili* (azione abbandonata nel triennio perché confluita nell'Ob.5)

4. Implementazione degli obiettivi sociali: descrizione

4.1 Area triestina: SSC 1.1, SSC 1.2 e SSC 1.3

Come già evidenziato in premessa, i SSC dell'area triestina hanno impostato la pianificazione dell'obiettivo 1.2, previsto come sociale dalla Direzione Centrale regionale, quale obiettivo socio-sanitario, prevedendo peraltro una programmazione unitaria a livello provinciale secondo quanto stabilito in seno alla cabina di regia inter-ambito attivata per la *governance* del PdZ. Per quanto riguarda, invece, gli obiettivi relativi alle aree di utenza, i tre SSC hanno posto in essere interventi sia in modo autonomo, differenziando la programmazione nei tre territori sulla base delle proprie esigenze, sia in modo congiunto (nello specifico per quanto concerne l'obiettivo 9).

Tabella 4 - Obiettivi sociali (regionali e locali) nei SSC 1.1, 1.2 e 1.3

SSC 1.1

OBIETTIVO	N. MA
Ob. 9.1	1
Tot.	**1**

OBIETTIVO	N. MA
Ob. 9.1	1
Ob. L. 9.2	1
Ob. L. 9.3	1
Ob. L. 11.3	1
	4

SSC 1.3

OBIETTIVO	N. MA
Ob. L. 5.3	1
Ob. L. 5.4	1
Ob. L. 8.3	1
Ob. 9.1	1
Ob. L. 9.3	1
Ob. L. 9.4	1
Tot.	**7**

NB: il conteggio degli obiettivi e delle macroazioni è stato fatto sulla base dei documenti PdZ, contenenti la programmazione triennale.

Diversamente dagli altri due SSC, il SSC **1.3 Muggia** ha previsto due obiettivi locali sociali (5.3 e 5.4 riferiti all'area materno-infantile) e un obiettivo locale sociale relativo all'Area disabilità, dipendenze e salute mentale in tema di inserimento lavorativo(obiettivo 8).
Nello specifico si approfondiscono di seguito le progettualità realizzate dal SSC di Muggia.
Area materno infantile(SSC 1.3 Muggia). Per quanto concerne la programmazione sociale nell'area materno-infantile l'ambito muggesano si è concentrato sulle due seguenti linee di intervento.

- Mettere a sistema l'offerta delle attività dei servizi educativi comunali e le attività dei servizi socio-educativi del SSC (sia per minori in stato di tutela, sia per minori in condizioni di normalità) volti a garantire un'offerta educativa di qualità per bambini e adolescenti. Si prevedeva inoltre di realizzare una **Carta dei servizi dell'età evolutiva unica a livello di territorio di SSC.** Tuttavia tali attività non sono state realizzate**,** almeno nel corso del 2015.
  .
- Realizzare un approfondimento quali/quantitativo su un target di "grandi minori" e "giovani adulti", finalizzato a rilevare la presenza di condizioni di disagio e/o devianza con riferimento, in particolare, agli effetti della crisi economica e ai fenomeni di

marginalizzazione correlati alla limitata accessibilità al mercato del lavoro[32]. Inoltre, con l'ausilio dell'*Associazione La Corte*, che utilizza le metodologie della *Outdoor Education*[33]*,* sono state monitorate particolari situazioni di disagio riferite ai minori, agli adolescenti e ai giovani adulti presenti sul territorio.

Area disabilità, dipendenze e salute mentale in tema di inserimento lavorativo-Obiettivo 8(SSC 1.3 Muggia). Per quanto riguarda la progettualità sociale relativa all'obiettivo 8, il SSC si proponeva di individuare nuovi percorsi di inclusione sociale e lavorativa per persone in condizioni di svantaggio sociale ed occupazionale, con particolare riferimento all'utilizzo di fattorie sociali e didattiche. A tal fine nel corso del 2013 è stato costituito un gruppo di lavoro integrato con lo scopo di valutare la fattibilità e la sostenibilità di questa tipologia di iniziative. In queste attività sono coinvolte la Cooperativa la Quercia, l'Associazione La Corte, Trieste Integrazione, Alleanza Contadina/Kmecka Zveza e il consorzio Interland. Proseguono, nel triennio, le attività formative che prevedono la condivisione dei contenuti delle*Linee guida di ambito distrettuale per l'inserimento dei soggetti fragili in percorsi di inclusione socio-lavorativa in ambito agricolo*con le realtà associative interessate. Sono state previste esperienze di collaborazione con le fattorie sociali didattiche, profilate nel corso del 2013-14, che hanno manifestato interesse a perseguire un percorso di qualificazione e riconoscimento delle proprie attività in tal senso. Al fine di poter incentivare attività di questo genere, è stato inoltre previsto di facilitare i soggetti interessati all'adempimento delle pratiche burocratiche necessarie per l'accesso all'area comunale dedicata alla sperimentazione dell'agricoltura sociale.

Misure di contrasto alla povertà(Obiettivo 9).Per quanto riguarda **l'obiettivo 9**, le azioni programmate trasversalmente dai tre SSC si sono concretizzate in una ricognizione delle risorse presenti nel territorio provinciale, finalizzate alla promozione di percorsi di inclusione sociale, formativi e propedeutici all'inserimento lavorativo. Nel corso del 2013 infatti è stato costituto un gruppo di lavoro inter-ambito che ha predisposto, con la collaborazione di UEPE, IRES, ENAIP e Caritas, uno strumento di rilevazione e di analisi di tali risorse. Nel dicembre 2013 è stato predisposto e condiviso un report contenente i risultati della ricognizione. Inoltre, con il CPI provinciale è stato elaborato un modello di **progetto personalizzato**, con la relativa **scheda di segnalazione**. Nel 2014 è stato adottato un protocollo operativo unico tra i tre SSC il CPI che prevedeva, tra le varie attività, anche l'avvio della sperimentazione di progetti personalizzati condivisi;tali progetti, finalizzati all'inclusione sociale e lavorativa, si sono svolti con la collaborazione di IRES ed ENAIP.

Si segnala come il SSC 1.3 Muggia ha approvato nel novembre 2014 le nuove "*Linee guida per l'attivazione di interventi e strumenti per l'integrazione socioassistenziale a valenza socioeducativa in contesti lavorativi delle persone a rischio di esclusione sociale in carico al SSC 1.3*". Tali linee

[32] Tale progettualità prosegue nel 2016 con un focus preciso sul monitoraggio delle richieste di accesso alla misura di sostegno al reddito da parte di famiglie con minori adolescenti e giovani adulti.

[33]*L'outdoor education* include metodologie educative che collocano nell'ambiente naturale il *setting* privilegiato per educare i ragazzi e i giovani al "bello", al "difficile" e all' "avventura". Sono principalmente due le linee d'azione: l'insieme di esperienze inerenti il mondo agricolo le attività connesse all'"avventura" in ambiente naturale (*Adventure Based Education*).Tutte le attività sono connotate dal primario obiettivo di inclusione sociale, in particolare verso ragazzi in situazione di marginalità.

guida meritano un particolare approfondimento in quanto organizzano lo strumento borse lavoro a disposizione del SSC attorno a cinque tipologie (prevedendo anche una durata e un compenso economico diversificati) correlate al profilo dell'utenza. Nello specifico sono previsi i seguenti interventi:

- *borsa di continuità formativa*: trattasi di un intervento educativo e formativo finalizzato a sostenere il completamento del ciclo di studio o l'acquisizione di una qualificazione/riqualificazione professionale;
- *borsa di primo ingresso*: si tratta di un percorso di inclusione socio-relazionale e comportamentale che mira ad una prima valutazione delle potenzialità della persona. La finalità è di offrire al destinatario un'esperienza lavorativa allo scopo di far acquisire, in particolare, capacità di introiezione del ruolo lavorativo, capacità relazionali e professionali;
- *borsa di continuità formativa per il periodo estivo*: ha finalità osservative e conoscitive della persona che viene inserita in un contesto ed ambiente lavorativo. Alla conclusione dell'esperienza viene valutata l'opportunità di un prosieguo della borsa nell'anno successivo, anche in relazione all'andamento del percorso scolastico e dell'eventuale completamento del ciclo di studi;
- *borsa Sociale*: ha obiettivi di mantenimento delle competenze socio-relazionali del beneficiario, di socializzazione in ambiente adulto, di integrazione sociale, di autonomia e di riconoscimento sociale;
- *borsa di inclusione socio-lavorativa*: viene attivata prioritariamente nei confronti di persone in età lavorativa che hanno già condotto esperienze di borse sociali o esperienze formative analoghe promosse da altri soggetti, con esito e valutazione integrata positiva, ovvero nei confronti di persone già inserite nel mercato del lavoro che necessitano di riqualificazione professionale, specie in presenza di bassi profili occupazionali.

Nel complesso, si tratta di un'articolazione dello strumento che, all'occorrenza, può essere declinato a seconda delle esigenze dell'utenza.

Una ulteriore linea di intervento portata avanti dai SSC 1.1 e 1.2 è riferibile allo svolgimento di attività di contrasto allo spreco alimentare. Si tratta sia di interventi a carattere informativo sia di un'azione di sistematizzazione/allargamento della rete dei soggetti istituzionali e non che si occupano di questa tematica. Inoltre nel 2013 è stato avviato presso la sede della Caritas di Trieste l'emporio della solidarietà, tutt'oggi attivo presso l'ex teatro della parrocchia Beata Vergine delle Grazie. Il SSC 1.3, invece, ha progettato attività dicontrasto all'esclusione sociale, nel tentativo di favorire l'inclusione e il superamento del pregiudizio nei confronti della diversità.

Infine, una terza linea di intervento affrontata in maniera congiunta dai tre SSC dell'area triestina è quella relativa alle politiche abitative, specie a favore di persone e famiglie impossibilitate ad accedere al mercato privato delle locazioni. L'intento era quello di pianificare azioni innovative per rispondere al bisogno abitativo della popolazione residente, con la finalità di prevenire situazioni di disagio abitativo estremo. Perseguendo tale scopo, nel 2013 è stata avviata la costituzione di un

osservatorio stabile che si occupa di monitorare l'evolvere dei bisogni abitativi. A tale azione hanno partecipato una serie di soggetti non profit come la Comunità di S. Martino al Campo, l'Ass. di volontariato la strada dell'Amore, la Caritas e organizzazioni quali La Quercia, Lybra, IDA Onlus e Cluf Basaglia. Hanno dato la loro collaborazione anche il Dipartimento per le Dipendenze, il DSM dell'ASS 1 e la CGIL locale. A fine 2013 il SSC 1.2 ha definito un Protocollo con Lybra e con i Dipartimenti di Ingegneria-Architettura e di Studi umanistici dell'Università di Trieste in qualità di partner coinvolti nel progetto. Sono stati inoltre predisposti degli strumenti informativi (es. *brochure plurilingue*) inerenti adeguate modalità di ricerca abitativa e predisposto un vademecum con le risorse alloggiative disponibili sul territorio comunale. Inoltre, è stato condotto un monitoraggio degli ospiti delle strutture di accoglienza e di emergenza abitativa, al fine di favorire un *turn-over*degli utilizzatori. Nel 2013 si è lavorato pure alla predisposizione di *linee guida*realizzate con lo scopo di consolidare il modello di gestione delle riunioni condominiali secondo quanto già sperimentato nel progetto "Villa Carsia", adattandolo alle nuove case ATER di via Negri. I nuovi condomini solidali sono stati messi a disposizione a partire dal 2014. È stata, infine, costituita l'Agenzia sociale per l'affitto.

A livello locale il SSC 1.3 Muggia ha altresì implementato un ulteriore obiettivo locale sociale, dedicato al contrasto alla povertà, orientato alla costruzione di una rete tra tutti i soggetti istituzionali e del privato sociale che intervengono in diversi ambiti quali il contrasto allo spreco alimentare e il supporto abitativo. Inizialmente è stata svolta una mappatura dei soggetti (e delle risorse) che, a vario titolo e con diverse modalità, intervengono a sostegno delle famiglie. Scopo primario dell'intervento è consistito nella formulazione di un piano condiviso di distribuzione di beni e servizi quali risposte alle necessità dei beneficiari. Tuttavia, nel corso dello svolgimento di tali attività il SSC ha constatato la difficoltà di una piena realizzazione delle azioni programmate a a motivo del limitato numero dei soggetti donatori.

Area Adulti (Obiettivo 11). I tre SSC dell'area triestina hanno condiviso l'implementazione di un percorso locale denominato Area Adulti, corrispondente all'obiettivo locale 11 sviluppato sia attraverso obiettivi sociosanitari sia, per quanto riguarda il SSC 1.2, attraverso un obiettivo sociale (11.3). Per quanto riguarda quest'ultimo, esso risponde alla necessità di raccordare tutte le risposte, in particolare di tipo economico, che vengono attivate attualmente sul territorio a sostegno di chi si trova in situazione di particolare necessità. A tal proposito, il SSC 1.2 ha creato una rete tra tutti i soggetti pubblici e privati che mira a razionalizzare gli interventi e l'allocazione delle risorse al fine di raggiungere un maggior numero di persone, superando la logica prestazionale e puntando a una progettualità personalizzata volta a sostenere e incrementare l'autonomia dei singoli e delle famiglie. Nel 2012 è stato approvato (ed entrato a regime nel 2013) il *Regolamento su interventi di sostegno economico e solidarietà civica a favore delle persone e delle famiglie*, con l'intento di definire i criteri e le priorità d'accesso all'utilizzo dei benefici. Al contempo, si è stabilito che lo "stato di bisogno" (insufficienza del reddito e della vita di relazione per il soddisfacimento delle esigenze primarie, incapacità di provvedere a se stessi, provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendano necessari interventi/prestazioni socio – assistenziali) va valutato in rapporto alle concrete circostanze di vita e alle risorse reali e potenziali nonché relazionali delle persone interessate. In base al *Regolamento*,il SSC concorda con l'utente la realizzazione di un effettivo progetto d'intervento per la riduzione/superamento dello stato di

bisogno, prevedendo dei progetti personalizzati e condivisi di accompagnamento sociale. Inoltre, il percorso ha puntato sul coinvolgimento di ulteriori soggetti privati e pubblici con pari finalità.

4.2 Area goriziana: SSC 2.1 e SSC 2.2[34]

Gli obiettivi sociali dei SSC 2.1 e SSC 2.2 si sono concentrati essenzialmente nell'ambito degli obiettivi di *governance*. Tuttavia sono presenti degli obiettivi sociali anche nelle aree materno-infantile (ob. 5.3), anziani (ob. 6.2), disabili (ob. 7.3 e 7.4). Inoltre, come da LG, i SSC dell'area isontina hanno inteso come sociale anche l'obiettivo 9 relativo al contrasto alla povertà.
Il SSC 2.2 Basso Isontino ha ulteriormente previsto come sociali:

- un obiettivo locale nell'area inserimento lavorativo (Obiettivo 8);
- un obiettivo locale n. 11 nell'Area trasversale: giovani, volontariato e solidarietà.

Tabella 6 - **O**biettivi sociali (regionali e locali) nei SSC 2.1 e 2.2

SSC 2.1	
OBIETTIVO	**N. MA**
Ob. L. 5.3	1
Ob. L. 6.2	2
Ob. L. 7.3	1
Ob. L. 7.4	1
Ob. 9.1	1
Ob. L. 9.2	2
Ob. L. 9.3	1
Tot.	**9**

SSC 2.2	
OBIETTIVO	**N. MA**
Ob. L. 5.3	1
Ob. L. 5.4	2
Ob. L. 6.2	2
Ob. L. 6.3	2
Ob. L. 7.3	1
Ob. L. 7.4	1
Ob. L. 8.2	1
Ob. 9.1	1
Ob. L. 9.2	2
Ob. L. 11.1	2
Tot.	**15**

NB: il conteggio degli obiettivi e delle macroazioni è stato fatto sulla base dei documenti PdZ, contenenti la programmazione triennale.

Area materno-infantile. In quest'area, il **SSC 2.1** ha previsto un obiettivo locale sociale incentrato sulla costituzione di un tavolo di confronto tra soggetti istituzionali e non, funzionale alla rilevazione del disagio nella fascia adolescenziale e giovanile, con particolare attenzione a situazioni di bullismo e devianza. Dopo un periodo di *stand-by* nel 2013, le attività di questo obiettivo sono riprese nel 2014 innestandosi sulla formulazione dei progetti personalizzati innovativi che da tempo erano in essere. È stato attivato un confronto con il SerT per la condivisione di dati e la contestuale individuazione di modalità precoci di coinvolgimento di tale servizio nell'elaborazione di progetti individualizzati e di carattere promozionale che sono stati implementati e monitorati nel corso del triennio.
Per quanto riguarda il **SSC 2.2,**analogamente a quanto programmato nell'area sociosanitaria anche l'area sociale è stata connotata dalla promozione delle reti familiari, con specifica attenzione alla

[34] I documenti non consentono di porre in evidenza quali soggetti appartenenti al terzo settore prendono parte alle azioni.

tematica dell'affido che risulta un problematica particolarmente strategica e rilevante per il territorio. La sensibilizzazione e la promozione della cultura dell'affido hanno interessato tutto il triennio e caratterizzano anche la programmazione 2016/17 dal momento che è stata rilevata la necessità di reperire costantemente nuove disponibilità a favore di minori e famiglie in difficoltà. Inoltre, il SSC 2.2 ha proseguito il progetto "Comunità educante in rete", nato nel PdZ 2006-08, ovvero una serie di incontri formativi con le famiglie e i minori. Il progetto è proseguito in qualità di servizio di promozione degli oratori del territorio come contesti educativi da sostenere e rivitalizzare. Infine, è stato realizzato nel settembre 2015 il convegno "Ci vuole tutta una comunità per far crescere un bambino", in collaborazione con l'Ass. il Noce. Inoltre, vanno ricordate le progettualità di Pixel Summer (2014/2015/2016) svolte in co-progettazione con varie associazioni coordinate dall'Associazione Banda Larga.

Area disabilità. Per quanto concerne l'area della disabilità, l'obiettivo locale sociale 6.2 è stato condiviso tra i due SSC della provincia di Gorizia. Esso si concentra sullo sviluppo di un percorso di confronto tra le associazioni dei familiari di persone con disabilità con gli istituti scolastici. È stato istituito un tavolo di confronto tra i soggetti coinvolti nella progettualità (Associazione dei familiari e consulta provinciale disabili, scuole, terzo settore, Provincia e Servizio Handicap dell'AAS) nel contesto del quale i due SSC hanno esercitato una funzione di regia e di coordinamento. **Il SSC 2.2** ha inoltre previsto la prosecuzione di progettualità di sport integrato per persone con disabilità e il consolidamento delle proposte provenienti dal gruppo adolescenti con disabilità (ADO- progetto ImmaginAZIONE del futuro). A tal proposito, sono stati realizzati centri estivi, eventi e soggiorni weekend per adolescenti con disabilità.

Area anziani. I due SSC hanno unitariamente programmato la costituzione di una Commissione di Vigilanza congiunta avente il compito di monitorare gli standard quali-quantitativi del servizio di assistenza domiciliare. Il SSC 2.1 ha anche previsto la concertazione con alcuni organismi del privato sociale di un piano per la realizzazione e l'apertura dello sportello informativo per la promozione e il supporto dell'istituto dell'Amministratore di sostegno. A livello locale il SSC 2.2 ha realizzato la "Rete tematica territoriale". Yale rete, che si intende consolidare, risulta composta da MOVI, AVC, Associazione Alzheimer Isontino, Sindacato Pensionati e punta a coordinare le attività del volontariato rivolte alla popolazione anziana.

Area dipendenze e salute mentale in tema di inserimento lavorativo. Per quanto riguarda l'area dipendenze e salute mentale in tema di inserimento lavorativo (ob. 8) a livello locale, in raccordo con il tavolo provinciale sul lavoro, il SSC 2.2 ha realizzato azioni di raccordo per l'attivazione di borse lavoro.

Area misure di contrasto alla povertà-integrazione con le politiche del lavoro. Per quanto concerne l'area misure di contrasto alla povertà-integrazione con le politiche del lavoro (ob. 9), l'obiettivo del **SSC 2.1** è stato quello di ampliare la realizzazione di borse di inserimento lavorativo/progetti di inclusione sociale secondo quanto previsto dalla normativa vigente. Un lavoro capillare è stato fatto, specie nella definizione di modalità di partnership tra Provincia-CPI e SSC, per l'attivazione di tirocini formativi in raccordo in raccordo tra Ufficio Politiche Attive del Lavoro e il SSC (tutoraggio delle persone inserite in tirocinio e trasmissione dei dati). Inoltre, è stata realizzata un'azione capillare di sensibilizzazione delle aziende del territorio rispetto all'adesione alla progettualità. Nel 2013, hanno aderito al bando 5 ditte e sono stati avviati 5

tirocini (in media della durata di circa 6 mesi ognuno). Al 2014 le ditte aderenti al bando erano 11, mentre i tirocini avviati erano 13 (sempre della durata media di circa 6 mesi).
Un ulteriore ambito di intervento del **SSC 2.1**, inpartnership con i soggetti del privato sociale, è quello relativo alla messa in rete delle iniziative in favore di singoli e nuclei familiari in condizione di fragilità economica e sociale. Viene convocato periodicamente il tavolo povertà (3 volte all'anno in media, coinvolgendo circa 9 soggetti) e sono monitorati gli interventi attivati dal pubblico e dai soggetti del privato sociale (es. Emporio Solidarietà, aperto nel 2011 e gestito da Caritas Diocesana con le associazioni locali di volontariato[35]). Viene, inoltre, mantenuto costante il raccordo informativo sulle opportunità esistenti a livello territoriale.
Sul tema dell'abitare, il **SSC 2.1** punta a mantenere costante il raccordo con le risorse della rete territoriale di accoglienza in risposta ai bisogni abitativi della popolazione. Viene periodicamente convocato il tavolo abitare (in media 5 convocazioni per anno) e viene monitorata l'attività del privato sociale. Nel corso del 2013, sono stati stipulati 4 accordi pubblico/privato per l'attivazione di interventi sul tema, con il coinvolgimento di 3 soggetti.
Complessivamente i nuclei familiari e persone singole fruitori di benefici per cui è stato elaborato un progetto integratosono stati 24, a cui vanno ad aggiungersi 11 utenti del FAPS. Nel corso del 2014, invece, i nuclei familiari e persone singole fruitori di benefici per cui è stata soddisfatta la richiesta di alloggio aumentano a 99.
Infine, per quanto riguarda il tema della devianza e dell'emarginazione, proseguono gli interventi a favore di persone a rischio di esclusione sociale come detenuti ed ex-detenuti: è stato predisposto un tavolo di confronto per la definizione e la stipula di collaborazioni tra SSC, UEPE, Istituto Penitenziario e terzo settore (quest'ultimo con esperienza almeno biennale nella formazione e nell'inserimento lavorativo di persone in situazione di svantaggio nel settore penitenziario, della devianza e del disadattamento), attraverso la realizzazione di progetti individualizzati di tipo socio-culturale. Tali collaborazioni sono state monitorate annualmente negli esiti e nei processi. Inoltre, viene prodotto e aggiornato annualmente un censimento delprivato sociale disponibile a gestire gli interventi finalizzati al target. Al 2014 sono stati attivati 6 progetti, di cui due con il carcere e 4 progetti individuali.
Le azioni locali svolte dal **SSC 2.2** nell'ambito delle **misure di contrasto alla povertà** hanno portato all'istituzione di un tavolo permanente contro l'esclusione sociale con funzione di osservatorio, le cui attività si sono svolte in stretto raccordo con quanto previsto per l'obiettivo 8. L'esito principale di queste progettualità è stata l'apertura, nella primavera del 2015, dell'Emporio della Solidarietà sul modello di quanto già in essere nelle vicine Gorizia e Trieste. I promotori del progetto sono la Caritas Diocesana, la Fondazione Cassa di Risparmio di Gorizia, la Provincia di Gorizia, il Comune di Monfalcone e il SSC 2.2 Basso Isontino, che annualmente sottoscrivono un protocollo d'Intesa. Un aiuto concretoè stato anche fornito dall'ATER, Casse di Risparmio locali, Lions Club, Rotary Club, Propeller Club. Attualmente, risultano coinvolti nel progetto le Caritas diocesana e parrocchiali, Fondazione Cassa di Risparmio di Gorizia, ATER, Comune di Monfalcone,

[35] Soggetti attuatori insieme a Caritas sono la Fondazione Cassa di Risparmio di Gorizia, il Comune e la Provincia di Gorizia. Partners: Banco Alimentare, Comunità Arcobaleno, Gruppo di Volontariato Vincenziano, Conferenza S. Vincenzo, Assoc. La ginestra, COOPNORDEST, DESPAR, SIMPLYSMA, AfiCurci, A.&S. Ambiente e sviluppo FVG, Agesci Gorizia, Misericordia di Cormons, Protezione Civile.

Provincia, la Croce Rossa Italiana, il Centro Aiuto alla Vita e tante altre associazioni quali AGESCI, Associazione Figli di Tutti, Gas, cittadini volontari, Rotary Club.

Area locale: giovani, volontariato e solidarietà - Obiettivo 11. In quest'area, il SSC 2.2 si è concentrato nella promozione del volontariato, coinvolgendo i giovani specie attraverso le scuole. Le associazioni di volontariato locali (Benkadì, VCA, ACAT, AGESCI, Lions Clubs, Oratorio S. Michele, Ass. Calicanto) hanno coinvolto progressivamente i ragazzi delle scuole secondarie di II grado in *stages* con lo scopo di sensibilizzarli su questo tema.

4.3 SSC 3.1 Gemona del Friuli

Gli obiettivi sociali del SSC 3.1 si concentrano essenzialmente nell'area materno-infantile, nell'area anziani e nell'area delle misure di contrasto alla povertà e di integrazione con le politiche del lavoro. Inoltre il SSC ha previsto un'area locale e sociale identificata con l'obiettivo n. 11 (area trasversale).

Tabella 7 - Obiettivi sociali (regionali e locali) nel SSC 3.1

OBIETTIVO	N. MA
Ob. L. 5.4	2
Ob. L. 5.5	1
Ob. L. 5.6	1
Ob. L. 7.3	1
Ob. 9.1	2
Ob. L. 11.1	1
Tot.	**8**

NB: il conteggio degli obiettivi e delle macroazioni è stato fatto sulla base dei documenti PdZ, contenenti la programmazione triennale.

Area materno-infantile. In quest'area, il SSC 3.1 si è concentrato sulla realizzazione di interventi e progetti socio-educativi, coinvolgendo oltre che le amministrazioni comunali e le scuole del territorio anche l'associazionismo, il volontariato e la cooperazione sociale. Già a partire dal 2013, la programmazione ha evidenziato un'apprezzabile partecipazione da parte dei ragazzi e giovani alle attività socio-educative promosse, riassumibile come segue:

- laboratori socio-educativi: 140 giovani (11-26 anni);
- borse lavoro giovani: 120 giovani (16-29 anni);
- percorsi formativi di *Peer Education*: 32 giovani (17-18 anni).

Nel 2014, i dati raccolti portano all'attenzione i seguenti elementi.

- Si evidenzia un incremento di circa 100 unità della partecipazione di bambini, ragazzi e giovani alle attività socio-educative e formative promosse sul territorio: da 300 nel 2013 a 400 partecipanti nel 2014 (di cui 30 in carico ai servizi socio-sanitari del territorio).
- È stata registrata un'elevata partecipazione di alunni e insegnanti alle attività realizzate nell'ambito del progetto **Tessitori di Reti e altri Racconti** (promozione del benessere e contrasto alla pedofilia). Nel corso dell'a.s. 2013/14 hanno partecipato 205 alunni e 12

insegnanti; nell'a.s. 2014/2015, invece, il progetto ha coinvolto circa 490 alunni e 36 insegnanti.

- La partecipazione degli adulti agli incontri formativi organizzati o direttamente dal SSC o in collaborazione con altre realtà del territorio (di contrasto alla pedofilia, sull'accoglienza e sull'affido familiare) è stata particolarmente rilevante (oltre 690 tra genitori, insegnanti, altri adulti con funzioni educative).
- Il ventaglio della proposta di interventi socio-educativi realizzati in ambito scolastico è stato ampliato: a fronte dei 12 interventi realizzati nel 2013, nel 2014 sono stati implementati 15 laboratori socio-educativi e formativi, con un coinvolgimento di oltre 450 alunni, di cui almeno 10 in carico ai servizi socio-sanitari.

Anche nel 2015, il trend relativo a queste attività è stato molto positivo, in particolare con riferimento a:

- significativo ampliamento degli interventi educativi e formativi in ambito scolastico (51 laboratori socio-educativi e formativi a fronte dei 15 dell'anno precedente) con un diretto coinvolgimento di otre 1.180 alunni (a fronte dei 450 del 2014);
- anche la partecipazione di alunni e insegnanti alle attività previste nel progetto **Tessitori di reti e altri racconti-V edizione (Tessitori-V edizione)**[36], progettualità promossa in continuità con leesperienze realizzate negli ultimi anni a partire dall'a.s. 2004/05, è stata molto positiva (490 alunni e 36 insegnanti). **Tessitori-V edizione** tiene conto oltre che dell'interesse a consolidare l'apporto di realtà già coinvolte nel progetto (scuole, amministrazioni comunali, associazioni del territorio e Università di Udine) anche dei risultati dei questionari di monitoraggio somministrati nelle fasi conclusive delle attività precedentemente.;
- come negli anni precedenti, la partecipazione degli adulti -genitori, insegnanti e altri adulti con funzioni educative- agli incontri realizzati o direttamente dal SSC o in collaborazione con altri soggetti (Parrocchia della Forania di Gemona e la rete B*sogno d'esserci) è stata molto buona e ha fatto registrare, nel complesso, oltre 680 presenze.

In linea generale, tali progettualità hanno registrato una buona collaborazione con i volontari, le associazioni e le parrocchie del territorio ed elevati indici di gradimento sia da parte dei giovani sia da parte degli insegnanti/adulti coinvolti. Questi ultimi hanno rilevato come, a seguito degli incontri, i ragazzi abbiano rafforzato le competenze comunicative e relazionali, abbiano cominciato a porre maggiore attenzione al riconoscimento delle emozioni proprie e altrui e siano riusciti ad instaurare un clima relazionale positivo e all'insegna della cooperazione.
Per quanto riguarda la partecipazione di bambini e ragazzi alle attività educative promosse sul territorio, in controtendenza rispetto agli incrementi sopra citati, tra il 2014 e il 2015 si evidenzia un calo: dagli oltre 400 del 2014 si è passati ai circa 150 del 2015 (di cui oltre 20 in carico al SSC). Tale decremento sembra essere collegato a due fattori: il calo complessivo del numero di progetti

[36] Il progetto prevede tre linee di intervento che sono state sviluppate nel triennio: interventi con la comunità locale; interventi con le scuole; interventi di comunicazione sociale.

(dai 14 progetti realizzati nel 2014 ai 10 realizzati nel 2015, due dei quali aventi come soggetto capofila un'associazione, anziché il SSC) e la realizzazione degli interventi in comuni poco popolosi. Inoltre, le crescenti richieste pervenute dalle scuole, unite alla difficoltà di aggregare bambini, ragazzi e giovani in orario pomeridiano (a causa delle già numerose proposte extrascolastiche, delle difficoltà di spostamento e della carenza di contesti di aggregazione spontanea), hanno indotto gli operatori a destinare all'ambito scolastico la parte preponderante delle risorse umane ed economiche a disposizione dell'Area Educativa. In questo modo, operando a scuola, aumenta considerevolmente la probabilità di entrare in contatto e dunque di lavorare con bambini, ragazzi e giovani in difficoltà e/o in carico ai Servizi.
Si segnala altresì che, accanto agli interventi di natura promozionale e preventiva, l'Area Educativa ha realizzato un numero maggiore di interventi di natura "riparativa" nel corso del 2015 rispetto alle annualità 2013 e 2014: sono state, infatti, più numerose le richieste di aiuto/intervento di insegnanti e genitori per fronteggiare, e possibilmente risolvere, situazioni caratterizzate da problemi relazionali, di conflitto e di emarginazione. A tal proposito, si evidenzia che un crescente numero di famiglie si sono rivolte direttamente, in modo autonomo, agli operatori dell'Area Educativa. Tale dato pare trovare un riscontro nell'aumentato numero di adulti che si sono rivolti al Servizio sociale nel corso del 2015. Inoltre, nel corso dell'ultima annualità è aumentato anche il numero di bambini, ragazzi e giovani seguiti da professionisti privati (prevalentementepsicologi). Sulla scorta di questa analisi, il SSC prevede per il 2016 di consolidare gli interventi educativi, integrare i progetti promossi e coordinati dai diversi soggetti del territorio e coinvolgere sempre più le famiglie sin dalla fase di progettazione.
Un'ulteriore area di intervento su cui il SSC 3.1 ha inteso concentrarsi è la prevenzione della dispersione scolastica, aderendo al progetto **VAI** (Valorizzazione Accoglienza Integrata), divenuto a seguito della programmazione prassi consolidata del SSC. Il progetto **VAI** ha visto la collaborazione tra gli altri anche del SSC 3.2, del SSC 4.2, del COR (con funzioni di coordinamento), dei Distretti sanitari 1 e 2, del Dipartimento per le Dipendenze-CIC, dell'Informagiovani di Tolmezzo e dell'ITCG Marchetti. La partecipazione al progetto **VAI** ha consentito di rafforzare i rapporti di collaborazione tra le realtà coinvolte, di incrementare le occasioni di confronto con gli istituti scolastici dell'Alto Friuli (per mezzo del percorso formativo "Competenze relazionali per costruire e gestire il gruppo classe") e di avviare una riflessione congiunta sul tema della dispersione scolastica. Nel triennio si è lavorato per:

- rafforzare la collaborazione tra le organizzazioni partecipanti per pervenire ad una migliore presa in carico del giovane in situazione di disagio;
- approfondire il tema della dispersione scolastica, sperimentando interventi innovativi;
- valorizzare la collaborazione tra SSC e COR , specie attraverso le Borse Lavoro Giovani.

Infine, il SSC 3.1 assieme alle amministrazioni dei Comuni del SSC, al COR, ai Dipartimenti di Prevenzione e delle Dipendenze, al Distretto, allo IAL e alle scuole del territorio, partecipa alla **Rete B*sogno d'esserci**, concorrendo all'analisi della condizione dei bambini, ragazzi e giovani per prevenire in modo efficace eventuali forme di degrado, devianza e dipendenze ed educare i

giovani ai valori del rispetto e della solidarietà. Già a partire dal 2013, le attività promosse dalla **Rete** hanno registrato buona partecipazione e positivi indici di gradimento.
Nella tabella di seguito riportata viene fornito un quadro sinottico dei progetti più significativi svolti nel triennio dal SSC 3.1.

Tabella 88- Quadro riassuntivo delle principali attività svolte nel triennio 2013-2015 dalla Rete B*sogno d'esserci nel SSC 3.1

2013	*2014*	*2015*
Cadere nella rete? Rischi, segnali premonitori ed interventi educativi di fronte alla realtà virtuale: incontro informativo per genitori e insegnanti sui rischi di internet.		
circa 70 partecipanti	Circa 60 partecipanti	Circa 17 partecipanti
Campi di Lavoro promossi dall'Ass. Libera a Marina di Cinisi (PA):		
36 studenti e 4 docenti	50 studenti	20 studenti e 4 docenti
Videoblog Fuori dal Comune: gestione di un videoblog (www.blogfuoridalcomune.it) a cura dei giovani studenti delle scuole secondarie di II grado. Pubblicazione di una rivista cartacea annuale e realizzazione di una video inchiesta sul tema dell'immigrazione (vincitrice del Premio Terzani Scuole 2015). Concorso fotografico Young Photo Contest.		
57 studenti attivi nella redazione	57 studenti attivi nella redazione e 1065 iscritti alla pagina FB; oltre 30.000 visualizzazioni del blog	24 studenti attivi nella redazione e circa 1.300 iscritti alla pagina FB; oltre 40.000 visualizzazioni del blog; 250 questionari raccolti sul tema dell'immigrazione
Giovani per la Costituzione: interventi sul tema dell'uguaglianza/diversità e conflitti a cura degli studenti		
Oltre 300 persone tra giovani e adulti	Oltre 300 persone tra giovani e adulti	Oltre 300 persone tra giovani e adulti
	Progetto Diritti al Futuro	
	Partecipazione al Bando Progetti speciali con ottenimento di finanziamento (15 mila euro)	30 laboratori: -14 sulle competenze relazionali (coop. Aracon) -8 sull'Intercultura (Ce.Vi) -8 sulle nuove tecnologie (dall'ass. Media Educazione Comunità) 680 studenti coinvolti; 80 adulti coinvolti
	Indagine territoriale: creazione di un sottogruppo di lavoro composto da docenti al fine di reperire dati da integrare con i dati forniti da SSC e AAS per l'aggiornamento del Profilo Area Minori.	**Cena della legalità:** cena con i prodotti di Libera Terra per sostenere il progetto **E!STATE LIBERI** e favorire la partecipazione dei giovani ai campi di volontariato e formazione promossi da libera su terreni confiscati alle mafie: 80 partecipanti
	Diverso da chi? Testimonianze sulla libertà, uguaglianza e partecipazione: circa 60 partecipanti	**U Parrinu**: Spettacolo teatrale su don Pino Puglisi, vittima di mafia. Oltre 700 alunni e docenti. Oltre 100 adulti partecipanti nelle due repliche.
	Gruppo Promozione della Salute: promuovere comportamenti positivi e protettivi nei ragazzi/giovani mediante la realizzazione di attività continuative e uniformi sul territorio. Mappatura delle iniziative e dei progetti territoriali inerenti la promozione della salute rivolti a bambini, ragazzi e giovani	**Progetto «Officine di cittadinanza. Giovani di oggi,protagonisti del domani»** (Bando regionale Cittadinanza attiva). Da attuare nel 2016.
	Aggiornamento del Protocollo d'Intesa della Rete	
Attività di comunicazione interna ed esterna alla rete: facilitazione dei rapporti di collaborazione all'interno della Rete, diffusione di informazioni su attività, interventi e progetti realizzati dalla Rete e da soggetti esterni alla Rete su aree tematiche affini a quelle trattate.		

Area anziani. Per quanto riguarda l'area anziani il SSC 3.1 ha programmato una serie di attività socio-educative per la popolazione anziana e, nel 2015, l'attuazione del progetto **Presenti come le montagne** (azioni di sistema per la promozione dell'accessibilità e domiciliarità, finanziato dalla regione FVG). Allo svolgimento di tale attività hanno collaborato anche l'Area Welfare di Comunità, le amministrazioni comunali e l'associazionismo locale. Nel 2013 è stato svolto il progetto **Tag Generation,** in collaborazione con l'associazione culturale Bravi Ragazzi. Sono stati inoltre svolti una serie di incontri finalizzati a co-progettare -con le amministrazioni comunali, l'associazionismo e il volontariato- interventi formativi per gli anziani. Inoltre è stato costituito un blog funzionale allo scambio di informazioni tra SSC nell'ambito della progettazione a valere su fondi regionali. Infine, tra il 2014 e il 2015 sono state realizzate le seguenti attività per gli ospiti dei CD gestiti dal SSC (Tab.9).

Tab. 9 – Attività presso i Centri diurni

2014	2015
Laboratori manuali espressivi e creativi volti a mantenere e migliorare le competenze e le capacità degli anziani	
11 laboratori	20 laboratori; Progetto Presepe
Percorsi tematici:	
-Di man in man	- attività sulla biografia di alcuni anziani del CD
-uno sulla prima guerra mondiale	- attività sulla biografia di personaggi famosi;
-un terzo sulla presentazione dei siti UNESCO italiani	- attività culturali varie (Tesori vaticani, viaggio in Nepal, Siti UNESCO, eventi storici, tradizioni popolari…)
3 eventi di scambio inter-generazionale con gli alunni delle scuole infanzia	
11 **uscite ricreative**	10 **uscite ricreative**
	Progetto Ad Museum, in collaborazione con CarniaMusei. Sono state realizzate4 visite guidate presso i musei di Tolmezzo e Treppo Carnico. All'attività hanno partecipato anche anziani residente nelle strutture residenziali del territorio.

Sempre tra 2014 e 2015 sono state svolte anche attività rivolte ad anziani dei CD o quelli inseriti nel SAD (Tab. 10).

Tab. 10 – Attività rivolte ad anziani non inseriti in centri diurni o seguiti da SAD

2014	*2015*
L'arte non ha età. Incontri ravvicinati con artisti over85 (1 nel 2014 e 2 nel 2105): gli anziani sono stati chiamati a presentare le proprie opere pittoriche e scultoree.	
circa 170 persone partecipanti	circa 90 persone partecipanti
Centro di aggregazione Montenars (avviato nel 2014) con apertura settimanale (14-16), frequentato in media da 10 persone. Il Centro è gestito dal Comune di Montenars il quale ha messo a disposizione una sala e una volontaria del Servizio Civile mentre il SSC svolge funzione di supporto alla programmazione e alla realizzazione delle attività	
Incontri di formazione con e per gli anziani sul tema della terza età:	
1) Quando si diventa nonni. Nuovi ruoli nella terza età. 2) Per stare Meglio.Incontri con e per gli anziani sui temi della terza età	4 Incontri con e per gli anziani sui temi della terza età
circa 80 partecipanti complessivi	circa 145 partecipanti complessivi
	Mostra conclusiva progetto **Colori senza Tempo** (inaugurata a Gemona nel 2016)

Area povertà, disagio ed esclusione sociale. In quest'area, l'obiettivo del SSC è quello di ampliare e consolidare la rete di interventi e di progetti di contrasto alla povertà. Nell'ambito della pianificazione di zona 2013-2015 è stato attivato dal SSC un tavolo tematico e di co-progettazione

sul tema della fragilità economica, lavorativa e abitativa. La costituzione di un tavolo sull'argomento è stata richiesta dai partecipanti ai tavoli di consultazione sul PDC realizzati nell'estate del 2012 e da quasi tutti coloro che hanno inviato documenti, note e memorie al SSC. Ai lavori del tavolo, gestito dal SSC con la collaborazione tecnico-metodologica dell'associazione *In Itinere*, sono stati invitati tutti coloro che si erano iscritti sia nel corso del 2012 sia durante la Conferenza dei Servizi dell'8 febbraio, nonché gli attori ritenuti irrinunciabili: agenzie formative, Provincia e CPI , l'ATER, associazioni di categoria, ecc. I partecipanti stabili ai lavori sono stati circa una trentina. Tra di essi erano presenti amministratori comunali, operatori del SSC, del Dipartimento per le Dipendenze, del Dipartimento di Salute mentale e dell'UEPE, rappresentanti del COR-Alto Friuli, dei CPI di Pontebba e Gemona del Friuli, dello IAL, della Casa per l'Europa, della Coop Consumatori Nordest, delle cooperative sociali presenti sul territorio, del sindacato, della Caritas diocesana e dell'associazionismo e del volontariato locali. Agli inizi del 2013 il tavolo si è riunito tre volte in plenaria al fine di condividere le problematiche rilevate dalle organizzazioni partecipanti ai lavori, individuare alcune aree di intervento condivisibili e definire le linee progettuali.
È stato dato particolare rilievo alla necessità di rivedere e potenziare i percorsi per l'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate, di sostenere reti locali di economia solidale, di mettere in rete, di implementare e qualificare maggiormente alcune azioni di contrasto alla povertà. Nel corso dell'estate 2013 tre diversi sottogruppi hanno elaborato quattro progetti (sito/sportello lavoro, punto di solidarietà, percorsi per l'inserimento lavorativo e imprenditoria innovativa), alcuni dei quali comprensivi delle azioni inizialmente previste per il conseguimento dell'obiettivo regionale socio-sanitario 8.1. I quattro progetti sono stati presentati e condivisi nel tavolo sulla fragilità economica, lavorativa, abitativa nel mese di novembre. Tre di essi sono divenuti macroazioni del PAA 2014.
Successivamente, nel corso del 2014 sono state realizzate le seguenti azioni previste dai progetti elaborati dai sotto-gruppi del tavolo sulla fragilità economica, lavorativa, abitativa:

- inaugurazione emporio amico «Di man in man», previsto nel progetto "punto di solidarietà" e accordo sulle modalità di invio degli utenti dei servizi socio-sanitari all'emporio e di segnalazione di situazioni critiche;
- consolidamento, anche attraverso il progetto ASSIST, di un tavolo integrato permanente tra servizi (COR dell'Alto Friuli, CPI, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento per le Dipendenze, SSC e UEPE) per l'inserimento lavorativo di utenti dei servizi socio-sanitari (tale tavolo è stato inserito all'interno dell'obiettivo socio-sanitario 8.1-macroazione 8.1.1);
- apertura dello **sportellocasa**, gestito dall'associazione Vicini di Casa onlus.

Nel corso del 2015 i progetti nati all'interno del tavolo si sono evoluti e hanno proseguendo la propria attività in autonomia. Il SSC ha mantenuto i contatti con l'associazione «Vicini di Casa» onlus e con l'Emporio amico «Di man in man» per l'invio dell'utenza in carico e per l'aiuto nella campagna di raccolta dei beni più richiesti. Sono stati, inoltre, mantenuti i rapporti con i referenti dei singoli progetti per monitorare e valutare il loro andamento.

4.4 SSC 3.2 Tolmezzo (Carnia)

Nell'ambito della programmazione esclusivamente sociale, il SSC 3.2 ha implementato obiettivi nelle seguenti aree:

- area minori (Ob. 5.3 e Ob. 5.4);
- area anziani (Ob. 7.8);
- area povertà, disagio ed esclusione sociale (Ob. 9.1, Ob. 9.2, Ob. 9.3, Ob. 9.4, nonché gli Ob. 9.5 e Ob. 9.6 previsti nel PAA2016);
- area benessere (Ob. Locale 13: Ob. 13.2, Ob. 13.3, Ob 13.4, 3Ob. 13.5, Ob. 13.6 e Ob. 13.7).

Tabella 11 - Obiettivi sociali (regionali e locali) nel SSC 3.1

OBIETTIVO	N. MA
Ob. L. 5.3	1
Ob. L. 5.4	1
Ob. 7.8	1
Ob. 9.1	1
Ob. L. 9.2	1
Ob. L. 9.3	1
Ob. L. 9.4	1
Ob. L. 13.2	1
Ob. L. 13.3	1
Ob. L. 13.4	1
Ob. L. 13.5	1
Ob. L. 13.6	1
Totale SSC 3.2	**12**

NB: il conteggio degli obiettivi e delle macroazioni è stato fatto sulla base dei documenti PdZ, contenenti la programmazione triennale.

Accanto quindi alle aree di utenza previste dalle Line guida del PdZ, il SSC 3.2 nella sua programmazione ha messo in evidenza un'ulteriore area (area benessere), finalizzata alla realizzazione di progetti implementati attraverso metodologie partecipate, che hanno lo scopo di restituire potere decisionale e operativo alla Comunità stessa, anche in un'ottica di corresponsabilizzazione degli attori nella costruzione del proprio benessere.
A livello trasversale si evidenzia, inoltre, lo sforzo compiuto dal SSC 3.2 nel coordinare le proprie proposte con le progettualità legate alla *Strategia ministeriale Aree interne*, finalizzata allo sviluppo socio-economico di aree marginali e che vede nella Carnia uno dei territori beneficiari.

Area minori. Nello specifico, nel PdZ, sono state messe in evidenza le attività che il SSC ha realizzato nell'ambito della regia regionale con la finalità di rafforzare e rendere più omogenea l'*offerta dei servizi per i minori disabili* e la *compartecipazione dell'utenza alle spese per l'inserimento di minori in comunità*. La prima priorità quindi è stata individuata nel riordino dei servizi per minori disabili erogati dal SSC: ridefinire la *mission* del servizio, il profilo professionale degli operatori dedicati, gli strumenti per la valutazione delle risorse e dei bisogni del minore, i criteri e gli strumenti per la determinazione del monte-ore/alunno e, infine, le modalità di compartecipazione alla spesa da parte delle famiglie. Tale percorso, che doveva essere realizzato

con un coordinamento a livello regionale, è stato interrotto a seguito dell'individuazione in sede di Direzione Centrale regionale di altre linee di interesse. Per quanto riguarda, invece, la definizione, in raccordo con gli altri SSC della regione, di modalità omogenee per la compartecipazione dell'utenza alle spese di inserimento dei minori in comunità, il SSC 3.2 ha partecipato attivamente all'individuazione delle *Linee guida per la compartecipazione al costo rette minori*, che sono state poi applicate nel corso del 2015.

Area anziani (Ob. 7.8). Nell'ambito degli obiettivi sociali previsti nell'area anziani, il SSC 3.2 si è fatto promotore di un percorso finalizzato all'attivazione di un servizio per il trasporto di anziani parzialmente o non autosufficienti: nel corso del triennio è stata realizzata una ricognizione delle risorse disponibili presso Enti pubblici e associazioni locali; tuttavia l'avvio della progettualità è stata rimandata al 2016, in quanto inserita all'interno della programmazione locale realizzata nel contesto della *Strategia nazionale Aree interne*.

Area povertà, disagio ed esclusione sociale. Nella programmazione delle attività previste in quest'area, il SSC 3.2 ha cercato di consolidare, implementare e migliorare l'offerta rispetto alle seguenti quattro linee d'azione.

1) **Borse lavoro socio-assistenziali e socio-educative**: nel triennio è stato consolidato il raccordo con il CPI, cercando di creare anche nuove alleanze con soggetti del privato sociale e delle imprese. Si cita a tal proposito il raccordo con il *Work coffe di Tolmezzo* per la realizzazione di un percorso ad hoc per i giovani seguiti dal SSC e finalizzato all'acquisizione di un metodo adeguato di ricerca di lavoro. Alla medesima finalità concorrono anche le seguenti nuove iniziative proposte dal SSC 3.2 per il 2016:
    - *"Donne per il futuro della Carnia"*: percorso di formazione all'imprenditorialità digitale rivolto alla riqualificazione di donne disoccupate da 12/24 mesi e finanziato dal Bando regionale 2016-17 "Progetti di azioni positive degli Enti locali tesi ad espandere l'accesso al lavoro, i percorsi di carriera e ad incrementare le opportunità di formazione, qualificazione e riqualificazione professionale delle donne – anno 2015");
    - sviluppo di opportunità occupazionali e di tirocinio finalizzate all'inclusione sociale attraverso le *Cooperativa di comunità*(progettazione proposta nella Strategia Nazionale Aree interne).

   Rispetto al monitoraggio di tali attività si evidenzia un calo di Borse lavoro attivate nel 2015 (Tab. 12): tale andamento è connesso con la difficoltà di applicare la nuova normativa di riferimento (DPReg 166/2013 e DPReg 148/2014), nonché con l'attesa del recepimento regionale delle "Linee guida per i tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione".
2) **Rafforzamento deiservizi di accoglienza residenziale** (presso la struttura Caritas "Casa Betania" e la canonica di Casanova di Tolmezzo), destinati a persone di sesso maschile in situazione di disagio, con problemi di dipendenza, senza fissa dimora o in situazione di grave emarginazione.

3) **Abitare sociale:** attraverso la partecipazione al bando annuale regionale è stato attivato il progetto Abitare sociale con la conseguente realizzazione di uno "sportello casa" e di un "appartamento ponte" per accompagnare le persone in situazione di disagio verso una maggiore autonomia personale. Il progetto è stato condiviso on l'Associazione Vicini di casa Onlus, con il supporto del terzo settore (in particolare Coop. Itaca). Nell'ambito del progetto si prevedeva anche la sperimentazione del portierato sociale nella casa del Comune di Enemonzo: tuttavia tra i sei fruitori dell'alloggio non è stato possibile individuare una persone che potesse ricoprire tale ruolo.
4) **Inclusione sociale a favore di minori e persone detenute ed ex-detenute e in esecuzione penale esterna:** interventi e azioni a valenza socio-educativa e di reinserimento sociale, quali il progetto "Reinserire responsabilizzando" (percorso di rete realizzato con l'USSM, Enti e Associazioni di volontariato, finalizzato alla realizzazione di progetti personalizzati a favore di ragazzi/e incorsi in provvedimenti penali), progetto "Libera Tutti" (partecipazione campi estivi dell'associazione Libera), evento "IN/OUT: storie a piede libero"", progetto "E-state liberi". Rispetto all'area adulti, sono proseguite le attività già in atto in collaborazione con il Carcere di Tolmezzo, i Servizi e le Associazioni di volontariato, attività che prevedono la realizzazione di laboratori (laboratori musicali, teatrali e di cineforum e scrittura creativa per detenuti di massima sicurezza; laboratori di rilegatoria, di coltivazione e lavorazione delle piante officinali, progetto di formazione ambientale, attività di Biblioteca in carcere, progetto "Città viola 2014"), tirocini e borse lavoro rivolte a persone detenute ed ex detenute, nonché l'apertura dello sportello Infocarcere.
   Tali attività sono state realizzate in collaborazione con il terzo settore e nello specifico con: Coop. Quore, Coop. IDA, CSS teatro, Arte Libro ScS Onlus, Coop. SocialeHattiva, Coop. Solo servizi, Coop. Itaca.

Tabella 12 – Andamento indicatori area povertà disagio ed esclusione sociale del SSC 3.2

		2013	2014	2015
N. borse lavoro socio-assistenziali e socio-educative		23	25	7
Servizi di accoglienza residenziale	n. persone accolte (in modalità residenziale e diurna)	10	8	17
Abitare sociale	n. utenti che usufruiscono dello sportello casa	122	98	n.p.
	n. persone accolte nell'appartamento ponte	n.p.	n.p.	6
Inclusione sociale a favore di minori e persone detenute ed ex-detenute e in esecuzione penale esterna	n. minori coinvolti	8	20	22
	n. minori seguiti dall'USSM	2	2	1
	n. persone adulte in detenzione coinvolte	6	8	n.p.
	n. persone adulte seguite dall'UEPE	1	1	1
	n. borse lavoro per detenuti	10	n.p.	n.p.
	n. progettualità realizzate in carcere	6	6	3

Area del benessere. Dal 2004 il SSC 3.2 ha istituto un'Unità Funzionale Socio Educativa (UFSE), che ha come obiettivi la prevenzione del disagio e la promozione del benessere della Comunità attraverso progetti realizzati con metodologie partecipate in un'ottica di corresponsabilizzazione degli attori coinvolti nella costruzione del proprio benessere. A partire dall'analisi dei bisogni, nel triennio, sono state implementate e rafforzate diverse linee di azione sia nell'area sociosanitaria

(prevenzione del disagio minorile attraverso la collaborazione della rete dei servizi) sia nell'area sociale (sviluppo della rete; supporto alle competenze genitoriali; supporto ai gruppi informali di giovani; facilitazione delle relazioni intergenerazionali; promozione della cultura dell'integrazione con particolare attenzione ai disabili).

1) **Sviluppo della rete**. Seguendo la modalità operativa nata con la L. 285/97, nel triennio è proseguita la programmazione partecipata, attraverso la convocazione costante dei tavoli di Comunità per la programmazione delle attività a favore dei bambini/giovani. Sono stati realizzati i seguenti progetti: Pronti, volontari, via!; Murales; Cittadinanza attiva (Val Degano); CjargnAlive; progetto di Comunità a Villa Santina.
2) **Supporto alle competenze genitoriali**. L'UFSE in collaborazione con i servizi sanitari (Area Materno Infantile) e gli operatori della Cooperativa Itaca ha realizzato nel triennio diversi progetti finalizzati a sostenere le competenze genitoriali attraverso laboratori scolastici, incontri per famigli, gruppi per genitori (spazi gioco per genitori e bambini 0-3 anni; progetto "Bambini&Genitori Insieme") e momenti di consulenza individuale.
3) **Supporto ai gruppi informali di giovani:** laboratori extrascolastici, attività estive, formazione.Nel triennio sono stati realizzati laboratori rivolti prettamente a ragazzi preadolescenti e adolescenti atti a sviluppare la conoscenza di sé e dell'altro, l'autostima, le capacità critiche (life skills), le competenze relazionali, le abilità cooperative e la promozione di forme di volontariato e di cittadinanza attiva.
4) **Facilitazione delle relazioni intergenerazionali**attraverso l'integrazione dei progetti realizzati a favore dei minori e quelli rivolti alla popolazione anziana realizzati, presso i centri di aggregazione e le strutture protette.
5) **Promozione della cultura dell'integrazione**: attivazione di opportunità di socializzazione e autonomia possibile per i disabili attraverso la messa in rete delle diverse strutture/associazioni che operano in questo campo. In continuità con gli obiettivi del precedente PdZ, sono state mantenute le attività poste in essere, con particolare riferimento ai *gruppi di promozione dell'autonomia e dell'inclusione*.

Di seguito si riportano gli indicatori rilevati dal SSC 3.2.

Tabella 13 – Andamento indicatori area benessere del SSC 3.2

		2013	2014	2015
1. Sviluppo della rete	Tavoli di comunità (TdC) convocati	3	13	23
	Partecipanti ai TdC	38	98	124
	Progetti condivisi	3	4	13
2. Supporto alle competenze genitoriali	Incontri per genitori	5	19	23
	Progetti attivati	n.p.	6	10
	Spazi gioco bambini/genitori	5	5	3
	Consulenze educative individuali	10	8	n.p.
3. Supporto ai gruppi informali di giovani	Percorsi rivolti a ragazzi preadolescenti e adolescenti in orario extrascolastico	7	18	15
	Giovani coinvolti	177	426	210
	Progetti realizzati in collaborazione con le associazioni familiari	7	3	4
4. Facilitazione delle relazioni	Progetti intergenerazionali realizzati	2	4	2
	Ragazzi coinvolti	n.p.	47	34

intergenerazionali	Anziani coinvolti	n.p.	175	180
5. Promozione della cultura dell'integrazione	Progetti	6	2	2
	Persone con disabilità coinvolte	91	100	13
	Attori coinvolti, di cui associazioni con persone con disabilità	10 (di cui 2 ass.)	10 (di cui 2 ass.)	15 (di cui 2 ass.)

4.5 SSC 4.1 San Daniele del Friuli

Per quanto riguarda gli obiettivi sociali il SSC 4.1 San Daniele del Friuli ha seguito in modo sistematico le LG regionali nella catalogazione dei proprio obiettivi come sociali o socio-sanitari come si evince dal prospetto riassuntivo sottostante, collocando i propri obiettivi sociali nell'area della governance e delle misure di contrasto alla povertà. Non vi sono obiettivi e/o macroazioni sociali nell'ambito degli obiettivi sulle singole aree di utenza. In più, l'ambito del sandanielese ha previso un'area locale sociale identificata nell'obiettivo 11, denominata Area tutela.

Tabella 13 - Obiettivi sociali (regionali e locali) nel SSC 4.1

OBIETTIVO	N. MA
Ob. 9.1	1
Ob. L. 11.1	1
Tot.	**2**

NB: il conteggio degli obiettivi e delle macroazioni è stato fatto sulla base dei documenti PdZ, contenenti la programmazione triennale.

Nell'ambito della promozione di **misure di contrasto alla povertà** (ob. 9), il SSC 4.1 ha istituito nel 2013 un *Osservatorio Inter-Istituzionale fra servizi e volontariato sul fenomeno della povertà*, composto da SSC, Caritas Diocesana e foraniali, amministratori locali, Ass. Vicini di Casa, Coop. La Sorgente, Coop. Consumatori Nordest, Delegati Sindacali. La prima attività dell'Osservatorio è stato l'avvio di una ricerca condotta sui database dei suoi diversi componenti, finalizzata a produrre una fotografia delle caratteristiche personali e familiari dei fruitori degli interventi di contrasto alla povertà erogati da Caritas, Vicini di Casa e dal SSC. Sono stati, inoltre, intervistati i parroci del territorio quali testimoni privilegiati rispetto ai cambiamenti sociali in corso. Ciò che è emerso da questa analisi quali/quantitativa è un quadro dell'andamento della povertà nel territorio locale, presentato poi alla comunità locale nel 2014.

Sempre nel 2013, SSC, Caritas foraniali e Coop. Consumatori Nordest hanno sottoscritto il progetto *Guardiamo avanti, aiutiamo il futuro*, finalizzato a fornire beni di prima necessità alle persone in stato di bisogno.Il progetto è stato riproposto in continuità nel 21014 e nel 2015. Nel 2015 nell'ambito di questo progetto i buoni spesa donati dalla Coop. Nordest sono stati usati per sostenere 8 nuclei familiari.

A partire dal 2014, su mandato dell'Assemblea dei Sindaci, alla luce degli indicatori di fragilità economica e abitativa rilevati, è stato attivato un *fondo di emergenza del SSC* per il pagamento delle utenze per le famiglie a grave rischio di marginalità. Nel 2015 i nuclei beneficiari di tale fondo usato per coprire il pagamento delle utenze sono stati 53.

Nel 2014 è stata inoltre sottoscritta una Convenzione tra SSC, Caritas Diocesana e foraniale per la gestione di un appartamento di proprietà della Curia dove sperimentare nuove forme di abitare

sociale anche attraverso l'accompagnamento educativo alla gestione del bilancio domestico e familiare per i nuclei in carico al SSC.
Nel corso del 2015, inoltre, in questa progettualità è confluito anche lo sviluppo di attività relative al Piano Immigrazione 2014, in particolare le seguenti azioni svolte in collaborazione con l'Ass. Mediatori di Comunità, Cerchi nell'Acqua, Pro Loco, Ass. Vicini di casa, Samaritan, Coop. Cosmos e le scuole del territorio:

- progetti territoriali-Progetto *Terre d'Incontro;*
- servizi per l'inserimento abitativo-Progetto *Punto Casa;*
- servizi territoriali e sociali-Progetto *Con gli altri verso gli altri;*

Infine, nel 2015 il SSC ha promosso assieme alla Caritas locale e diocesana e alla Coop. Nordest uno studio di fattibilità per lo sviluppo di un'attività di *last minute market*: nell'ottobre 2015 dello stesso anno, il SSC con Animainpresa, Caritas e MOVI hanno deciso di promuovere iniziative relative al settore di recupero e valorizzazione dei beni invenduti. L'attività prosegue anche nel 2016.

Area tutela (Ob. 11). Come anticipato, nell'inserimento di obiettivi locali il SSC 4.1 ha scelto di individuare una unica area (Area tutela) identificabile nell'obiettivo locale sociale 11.1, finalizzato a garantire interventi di tutela ai soggetti fragili e privi di riferimenti familiari adeguati. L'esigenza dell'inserimento di tale area di utenza nasce dalla riflessione secondo cui, sempre più frequentemente, nell'attività del servizio sociale s'incontra una fascia di utenza particolarmente fragile, ovvero persone che in conseguenza di disabilità fisiche, psichiche o per emarginazione sociale presentano difficoltà nel rappresentare se stesse e i propri bisogni e interessi. A tutela di questa area di utenza trasversale nel target ed estremamente differenziata nelle cause e nelle problematiche generate, il SSC e gli amministratori locali hanno riconosciuto l'importanza dell'istituto dell'Amministratore di sostegno (ADS), inteso quale strumento che contribuisce alla protezione e cura delle persone in difficoltà. È stato ritenuto strategico, pertanto, programmare nel PdZ 2013-15 un percorso volto a garantire la maggiore diffusione e conoscenza di tale istituto sia tra la popolazione che potrebbe potenzialmente beneficiarne sia tra gli operatori e i soggetti che, invece, desiderano ricoprire tale incarico.
L'Assemblea dei sindaci inoltre ha inserito, all'interno della delega delle funzioni socio assistenziali all'Azienda Sanitaria, l'individuazione di un unico referente legale per la segnalazione al giudice tutelare di tutte le situazioni che necessitano dell'attivazione dell'Istituto in quanto prive di referenti familiari che possano attivare la procedura per ottenerlo. Nel 2013 è stato completato con successo un ciclo di incontri con la popolazione locale sul tema e una serie di attività formative rivolte ai potenziali amministratori di sostegno. AL 2015 è stata garantita l'assistenza per la presentazione della nomina di un ADS in circa 60 situazioni. Dal novembre 2013 è poi attivo uno sportello per ADS aperto alla popolazione per 3 giorni la settimana e gestito dall'Associazione "Insieme per la solidarietà" di S. Vito al Tagliamento.

4.6 SSC 4.2 Tarcento

Similmente a quanto esperito da San Daniele, anche il SSC 4.2 Tarcento ha scelto una linea "essenziale" rispetto all'implementazione degli obiettivi sociali. Una particolarità può essere riscontrata nella strutturazione dell'obiettivo 10 (da LG socio-sanitario) dove Tarcento ha inserito due macroazioni di natura sociale, che si concentrano sui seguenti aspetti:

- collegare interventi sociali e sociosanitari programmati nel PdZ con specifiche azioni inerenti le politiche familiari;
- attivare interventi educativi nell'area della prevenzione e aggregazione sociale con il coinvolgimento della comunità locale a sostegno ed integrazione delle competenze educative della famiglia.

Tabella 13 - Obiettivi sociali (regionali e locali) nel SSC 4.2

OBIETTIVO	N. MA
Ob. 9.1	1
Ob. 10.1*	2
Tot.	**3**

**Obiettivo sociosanitario con macroazione/i sociale/i*

NB: il conteggio degli obiettivi e delle macroazioni è stato fatto sulla base dei documenti PdZ, contenenti la programmazione triennale.

Area famiglia. Sul primo punto è stato osservato come, nella prospettiva della promozione della centralità della famiglia quale soggetto di welfare, diventi fondamentale individuare le modalità attraverso cui restituirle un ruolo attivo e responsabile. Tutto ciò però richiede un cambiamento culturale perseguibile solo in tempi medio-lunghi. L'opportunità di un avvio del coinvolgimento di associazioni e membri della comunità in attività legate alla realizzazione dei centri estivi (pre-post accoglienza) rappresenta un costruttivo punto di inizio di tale percorso e consente di misurare la distanza dagli obiettivi attesi e programmare conseguentemente le azioni strumentali per il loro raggiungimento. In tale ottica,si consolidano i seguenti progetti svolti con il terzo settore:

- centri estivi (0-14 anni): è stata registrata una fattiva collaborazione di associazioni musicali e sportive nella realizzazione di questi interventi;
- attivazione di borse lavoro giovani: si tratta di uno strumento consolidato sul territorio, molto apprezzato dai ragazzi e fortemente sostenuto dagli amministratori locali. Tuttavia, va segnalato che il ritardo talvolta accumulato dalle Amministrazioni Comunali nel decidere contenuti e tempistiche dei progetti di BL ha spesso importanti e negative ripercussioni sulla tempistica di programmazione e realizzazione di questi interventi;
- CAG di Tricesimo, Nimis e Tarcento: i progetti si svolgono in continuità.

E' stato osservato come gli interventi di aggregazione e contrasto alla devianza giovanile rappresentino un importante strumento di lavoro e di prevenzione, caratterizzato anche da una buona collaborazione con le Forze dell'Ordine. Tuttavia le difficoltà economiche e i vincoli dei finanziamenti presenti rischiano di dover ridimensionare l'investimento in quest'area. Nel triennio

si sono consolidati gli interventi a supporto e a beneficio del protagonismo giovanile (BL giovani , attività dei CAG).
Oltre a quanto descritto, proseguono le attività di doposcuola presso gli Istituti Comprensivi di Tricesimo e Tarcento nonché i progetti **UFFA** (integrazione per ragazzi con disabilità e normodotati dai 16 ai 18 anni) e **GULP** (doposcuola per ragazzi con disturbi specifici dell'apprendimento)e gli interventi di mediazione linguistico-culturale in favore dei cittadini stranieri.
L'**area della povertà e disagio sociale** si connota come particolarmente complessa (coinvolge molteplici aspetti di bisogno, crescono le situazioni di grave multiproblematicità dove appare difficile agire idonei interventi) e necessita di un lavoro di forte integrazione tra servizi diversi e diversi settori delle politiche sociali. Il lavoro di co-progettazione avviato nel secondo semestre 2013, in collaborazione con le associazioni, la Caritas diocesana e il Centro Solidarietà Giovani, nell'area dell'inserimento socio-occupazionale di persone in condizioni di fragilità e svantaggio, ha offerto utili contributi all'analisi e alla progettazione, in particolare attraverso l'attivazione del tavolo di confronto sul disagio adulto avviato nel marzo 2014. Emerge, in ultimo, l'insufficienza delle risorse a disposizione nell'area del disagio abitativo, con particolare riferimento agli alloggi sociali a prezzi contenuti, alle strutture di albergaggio e alle strutture di emergenza abitativa (pur presenti, ma in numero limitato nel territorio del SSC).
Proseguono le attività degli sportelli di supporto per la ricerca della casa (in convenzione con Vicini di casa ONLUS) e le disponibilità di alloggi di emergenza abitativa nei comuni di Nimisi e Faedis (rispettivamente Alloggi di emergenza abitativa di Nimis e Case Ronchis). Il SSC ha inoltre avviato, nel febbraio del 2016, lo sportello informativo sulla figura dell'Amministratore di Sostegno in collaborazione con Federconsumatori FVG. Tale attività si inserisce nel più ampio progetto di un collegamento tra il Tribunale di Udine e i SSC della provincia volto a dare maggiore omogeneità nelle procedure e un più generale coordinamento delle attività degli sportelli di Amministratore di sostegno presenti nel territorio provinciale.

4.7 SSC 4.3 Cividale del Friuli

Nell'ambito della programmazione esclusivamente sociale, il SSC 4.3 ha implementato obiettivi nelle seguenti aree:

- area minori e famiglie (Ob. 5.3, b.10.1 e Ob.10.2);
- area disabilità (Ob. 6.2);
- area anziani (Ob. 7.3);
- area povertà, disagio ed esclusione sociale (Ob. 9.2)

Tabella 14 - Obiettivi sociali (regionali e locali) nel SSC 4.3

OBIETTIVO	N. MA
Ob.L. 5.3	1
Ob. 10.1	1
Ob. L. 10.2	1
Ob. L. 6.2	2
Ob. L. 7.3	1
Ob. L. 9.2	1
Tot.	11

NB: il conteggio degli obiettivi e delle macroazioni è stato fatto sulla base dei documenti PdZ, contenenti la programmazione triennale.

Area minori e famiglie. Le azioni sociali hanno riguardato progettualità finalizzate a sostenere e promuovere un lavoro comunitario di intervento complessivo su minori e famiglie. Al fine di potenziare il raccordo interno al SSC e tra i diversi servizi che concorrono a definire il sistema di intervento sociale sui minori e famiglia (in particolare coinvolgendo le scuole e le associazioni giovanili), sono stati realizzati numerosi incontri con i singoli istituti scolastici finalizzati a migliorare lo scambio di informazioni, a incrementare la conoscenza reciproca tra la scuola e i servizi, a facilitare le segnalazioni di situazioni problematiche, a migliorare la presa in carico e il riconoscimento dei bisogni e delle problematiche emergenti.

Un secondo fronte d'azione è stato rivolto all'incremento del supporto alla famiglia, in particolare attraverso il coinvolgimento delle associazioni familiari. Nel corso del triennio si rilevano le seguenti progettualità.

- Progettualità legate al bando **Associazioni familiari della Regione.** La disposizione della Regione di esprimere un parere di congruità tra le azioni del PdZ e i progetti presentati dalle associazioni familiari del territorio ha comportato un ulteriore carico di lavoro per il SSC. Tuttavia, questa è stata anche un'opportunità di reciproca conoscenza, tanto che nel 2016 si è concordato di istituire un Tavolo delle associazioni familiari.
- **Progetto legalità**, rivolto in particolare ad adolescenti e realizzato in collaborazione con soggetti del terzo settore.
- **Attività in collaborazione con le scuole:**
  - **Progetto Fulcolor** (bando Immigrazione 2014). Progettazione partecipata nel territorio dei comuni di Manzano, San Giovanni al Natisone e Cividale del Friuli: attraverso il coinvolgimento di molteplici partner, sono stati realizzati laboratori a favore dei bambini delle scuole primarie e attività di doposcuola; è stato effettuato un laboratorio di socializzazione e aggregazione a favore dei ragazzi delle scuole secondarie; sono stati implementati due corsi di italiano a favore di donne straniere, con servizio di baby sitting. Nel complesso, sono stati coinvolti circa 80 tra bambini e ragazzi.
  - **Progetto *Scuola aperta, scuola integrata*,** finalizzato alla reciproca conoscenza tra scuola e servizi, in modo da facilitare la segnalazione precoce di situazioni problematiche ed emergenti. Il progetto ha coinvolto sia i bambini della scuola elementare sia i ragazzi delle scuole medie, promuovendo anche un migliore rapporto tra la scuola e la famiglia attraverso l'avvio di spazi di confronto (*Sportelli d'ascolto scolastico*). Inoltre, nel progetto sono stati promossi percorsi rivolti al potenziamento delle life skills, all' educazione alle regole e di educazione affettivo-relazionale. Il progetto si è concluso a fine 2014 per mancanza di fondi, con un conseguente incremento di situazioni emergenziali in cui i servizi sono stati chiamati ad intervenire.
  - **Settimana per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza** sul tema del diritto all'educazione digitale, realizzata in collaborazione e con il contributo dell'associazione Krocus. In quest'ambito, il SSC segnala la difficoltà nell'interfacciarsi con le altre realtà che operano su questo tema a livello provinciale e regionale: un supporto in tal senso favorirebbe la promozione di percorsi che si muovano in un'ottica di maggior respiro, soprattutto sul tema dei diritti e della partecipazione giovanile.

- **Progetto *I luoghi dell'aggregazione giovanile*,** realizzato con il supporto della rete dei gruppi giovanili (5 gruppi presenti sul territorio) e le risorse legate all'animazione giovanile. In questo contesto, nonostante il costante sostegno politico all'interno del PdZ, si evidenzia il permanere di diverse criticità nel creare spazi concreti di partecipazione per i giovani. In generale si rileva come è necessario creare momenti di convergenza tra adulti e giovani, sperimentando la possibilità concreta di collaborare insieme.
- **Genitori insieme**. Il progetto ha come obiettivo generale quello di offrire proposte di incontro checoinvolgano i genitori, facendo emergere le diverse competenze relazionali.

Area disabilità. In quest'area, il SSC 4.3 ha operato in collaborazione con numerosi soggetti del terzo settore al fine di promuovere attività finalizzate all'inclusione sociale, alla socializzazione dei giovani con disabilità e delle loro famiglie. In tale prospettiva si è agito su due fronti:

- supporto alla sperimentazione di attività occupazionali durante il percorso scolastico ad integrazione del processo valutativo del disabile e al fine di individuare e condividere tra servizi, scuola e famiglia, soluzioni adatte alle effettive capacità e potenzialità del disabile stesso. A tal proposito è stato predisposto un depliant informativo contenente le opportunità presenti nel territorio;
- potenziamento del progetto *Stand by me,* valorizzando e coinvolgendo attivamente, in tutte le fasi della programmazione e dell'attuazione le famiglie, le associazioni, il privato sociale e i gruppi giovanili del territorio. Il progetto *Stand by me* ha visto la collaborazione del SSC 4.3, della Cooperativa Aracon, dell'Associazione Krocus. Il progetto è stato proposto con cadenza annuale: nel complesso in ciascuna annualità hanno partecipato una cinquantina di ragazzi dai 14 ai 26 anni, di cui circa il 50% con disabilità. Inoltre, con il supporto dell'associazione Partecipa!, sono state realizzate numerose attività per il tempo libero (laboratorio teatrale, corso di nuoto, *pet therapy*).Sono state realizzate, inoltre, attività per il tempo libero attraverso l'erogazione di un contributo all'associazione Partecipa!

Area anziani. In quest'area si prevedeva la realizzazione di una mappatura delle risorse del volontariato presenti sul territorio, finalizzata alla loro messa in rete: tuttavia nel corso del triennio tale coinvolgimento non è avvenuto in modo continuativo. In questo contesto, alcune associazioni del territorio che avevano dato la disponibilità a collaborare sono state coinvolte in percorsi rivolti in particolare ai giovani.

Area povertà, disagio ed esclusione sociale. Le azioni si sono concentrate sul tema della vulnerabilità sociale legata alle "nuove povertà" e alle molteplici conseguenze relative non solo alla dimensione economica e abitativa, ma anche ad aspetti legati alla salute, all'istruzione, agli affetti e alle relazioni.Al fine di fronteggiare le problematiche nuove e in continua evoluzione, è stato avviato e mantenuto nel triennio un tavolo trasversale sul tema lavoro, che ha visto il coinvolgimento di soggetti legati al mondo della formazione, della cooperazione, dell'imprenditoria e del privato sociale presenti sul territorio, nonché di soggetti istituzionali interessati. L'obiettivo del tavolo è stata la creazione di forme innovative di economia solidale e la

formazione degli operatori coinvolti in processi di inclusione lavorativa, partendo dall'analisi delle buone prassi a livello regionale e nazionale. Di seguito, si riportano le attività di maggior rilevanza realizzate:

- corsi di formazione rivolti a persone svantaggiate. I corsi sono stati realizzati dal Civiform e nel 2015 vi hanno partecipato 21 utenti del SSC, che però non hanno visto in alcun caso esitare il loro percorso in un inserimento lavorativo;
- sportello di accompagnamento e orientamento al lavoro, con il supporto del Centro Orientamento Regionale (si evidenzia la presenza di una psicologa presente periodicamente presso il SSC);
- due sportelli di "Housing Sociale - Agenzia Sociale per la Casa", gestito in collaborazione con l'Associazione "Vicini di Casa";
- Sprar: è stato avviato nel febbraio 2014 presso gli appartamenti di Cividale, Buttrio e Remanzacco. Nel 2015 sono state accolte 98 persone. Al fine di agevolare l'inserimento delle persone afferenti alla rete Sprar, grazie a un contributo regionale, è stato realizzato il progetto *Raccontami una storia*, che ha portato alla pubblicazione di un libro;
- laboratorio di solidarietà (avviato nel 2015): si tratta di un progetto, denominato Chiaro-Scuro, che vede il coinvolgimento di molteplici soggetti (Auser regionale, Caritas foraniale, ACAT e Amministrazioni Comunali e con la collaborazione di Federsanità, ANCI FVG, Club Unesco di Udine, Coop Consumatori Nordest e di SPI CGIL) al fine di sviluppare azioni per lo sviluppo di comunità;
- alla fine del 2015, il SSC stava valutando la possibilità di avviare un gruppo di aggregazione di adulti disoccupati nell'ottica dell'auto-mutuo-aiuto, che possa fungere anche da stimolo per l'elaborazione di progettualità rivolte allo sviluppo di economie civili e solidaristiche.

4.8 SSC 4.4 Codroipo

Nell'ambito della programmazione esclusivamente sociale il SSC 4.4 ha implementato obiettivi nelle seguenti aree:

- area povertà, disagio ed esclusione sociale (Ob. 9.1 e Ob. 9.2).

Tabella 15 - Obiettivi sociali (regionali e locali) nel SSC 4.4

OBIETTIVO	N. MA
Ob. 9.1	1
Ob. L. 9.2	3
Tot.	**4**

NB: il conteggio degli obiettivi e delle macroazioni è stato fatto sulla base dei documenti PdZ, contenenti la programmazione triennale.

Inoltre, in questa sede verranno illustrate le attività realizzate nell'ambito dell'area immigrazione (Ob. Locale 11.1), che pur essendo stata classificata dal SSC 4.4 quale sociosanitaria, presenta progettualità fanno riferimento ad obbiettivi sociali.

Area povertà, disagio ed esclusione sociale. L'aumento del numero di persone in carico a rischio di disagio ed esclusione sociale ha portato il SSC 4.4 ha sviluppare in quest'area le seguenti progettualità:

- l'ob. 9.1 (realizzato in raccordo con la programmazione proposta nella macroazione 8.1.2) era finalizzato a definire e formalizzare la collaborazione con il CPI del territorio e a sperimentare modelli di reinserimento lavorativo in collaborazione anche con il CeFAP e l'Associazione Nuovi Cittadini ONLUS, attraverso azioni di informazione, promozione e sensibilizzazione verso le categorie datoriali e le Amministrazioni comunali;
- l'ob. 9.2 è stato declinato in tre linee d'azione, finalizzate a supportare le persone in carico sia dal punto di vista relazionale, sia economico e abitativo, mettendo in rete le risorse formali e informali del settore pubblico e del privato sociale.

Nello specifico rispetto all'Ob. 9.2, dal punto di vista relazionale, si è fornito un supporto ai soggetti che svolgono interventi di informazione e orientamento ai servizi sociali, sociosanitari e della comunità ("punti di contatto"). È stato predisposto materiale informativo e sono stati avviati percorsi di aiuto, integrativi del sostegno professionale del SSC con gli interventi di prossimità svolti dalle associazioni locali. Nei comuni ove i servizi sociali già da tempo lavorano in stretta sinergia con gli interlocutori territoriali (Mortegliano, Castions di Strada, Lestizza, Talmassons e Varmo) si sono maggiormente consolidati i percorsi di integrazione e collaborazione già esistenti, negli altri si sono riavviate le relazioni con gli interlocutori territoriali.

Per quanto riguarda l'aspetto economico, è stato costituito un gruppo di lavoro per l'approfondimento di modelli di supporto alle fragilità economiche (es. buone prassi di "small economy" o "Money Tutoring"). Sono stati, inoltre, realizzati interventi di supporto al reddito a favore delle persone a rischio di marginalità sociale.

Infine, le azioni legate al consolidamento dei servizi di abitare sociale a favore delle fasce deboli e svantaggiate della popolazione, al fine di innovare e differenziare le capacità di risposta locale alle necessità di "edilizia residenziale sociale", sono proseguite costantemente per tutto il triennio. Sono state applicate le prassi operative di accesso ai servizi dell'Agenzia Sociale per la Casa del Coidroipese (CeSTA) e sono proseguiti gli interventi di accoglienza integrata a favore di persone in difficoltà negli alloggi assistenziali del territorio (Progetto CasOmai). Nel corso del 2015 è stato, inoltre, avviato con l'Ater di Udine un censimento di tutte le persone con morosità o con sfratti esecutivi. Nel 2016 si prevede consolidare i percorsi individuali di approfondimento di tali situazioni allo scopo di sostenere la corresponsione del canone dovuto e di prevenire la perdita della dimora assegnata a canone calmierato.

Area immigrazione. Il costante aumento del numero di cittadini stranieri regolarmente soggiornanti sul territorio dell'ambito 4.4 ha spinto i SSC a promuovere già nel 2004 un sistema coordinato di servizi rivolto a questo target di popolazione, in collaborazione con gli altri enti del territorio e le agenzie del privato sociale. Nel corso della programmazione 2013-15, l'azione del SSC si è concentrata sui seguenti tre aspetti.

- Azioni informative e orientative in materia di immigrazione: nell'ambito del progetto Centro servizi territoriali d'ambito (CeSTA) sono attivi l'Info-Point immigrazione (gestito da Ass.ne Nuovi Cittadini Onlus) e lo Sportello ricerca casa (gestito dall' Ass.ne Vicini di casa).

- Accoglienza strutturata attraverso la rete Sprar: sono stati realizzati, monitorati e valutati i servizi di accoglienza, tutela e integrazione di richiedenti protezione internazionale previsti dal Progetto Codro/PO_lis_SPRAR.
- Supporto socio-sanitario integrato alle donne straniere: approfondimento sul tema dell'inclusione sociale e sociosanitaria delle donne straniere in situazione di fragilità e definizioni delle modalità operative di presa in carico integrata sociale e socio-sanitaria rivolte a donne straniere, utenti del Consultorio familiare.

Trasversalmente, inoltre, si evidenzia per l'intero triennio l'impegno dei diversi soggetti coinvolti in queste progettualità nella ricerca di fondi integrativi per assicurare la stabilità e la sostenibilità delle attività previste nell'ambito dell'area locale immigrazione.

4.9 SSC 4.5 Udine

L'attuazione della pianificazione di zona nell'area udinese ha subito nel corso del triennio dei fortissimi rallentamenti. Come si legge nella premessa al PAA 2015 "*l'Ambito 4.5 dell'Udinese, tra la fine del 2013 e per tutto il 2014, ha visto una serie importante di variabili intervenienti, che non potevano non avere riflessi sulla sua operatività, assetto e programmazione sociale e socio-sanitaria".* Tali difficoltà hanno portato il SSC ha ridefinire *in itinere* la programmazione triennale per quanto riguarda gli obiettivi sociosanitari. Al contrario, gli obiettivi sociali non hanno subito modifiche sostanziali e si concentravano sulle seguenti aree:

- area povertà, disagio ed esclusione sociale (Ob. 9.1);
- area famiglia (Ob. 10.1).

Tabella 16 - Obiettivi sociali (regionali e locali) nel SSC 4.5

OBIETTIVO	N. MA
Ob. 9.1	2
Ob. 10.1	1
Tot.	**3**

NB: il conteggio degli obiettivi e delle macroazioni è stato fatto sulla base dei documenti PdZ, contenenti la programmazione triennale.

Area povertà, disagio ed esclusione sociale. Nel corso del triennio, il SSC 4.5 ha operato nell'ottica di riqualificare i percorsi di re-inserimento sociale e lavorativo e di inclusione delle persone in situazioni di povertà e marginalità, in collaborazione con il privato sociale quale espressione di valori e portatore di risorse nella comunità locale. A tal proposito, nella seconda fase della pianificazione territoriale e gli indirizzi dell'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito Distrettuale hanno portato alla definizione di un piano integrato di interventi e servizi per l'inclusione valorizzando l'apporto e le competenze di numerosi soggetti territoriali, che hanno promosso la rinnovata condivisione di una cornice di riferimento e di indirizzo, aperta ed inclusiva, con possibili sviluppi operativi di gestione che, nel rispetto della normativa, privilegino il metodo della co-progettazione. Nel corso del 2015 è stata quindi predisposta un'*Intesa inerente le modalità di riqualificazione dei percorsi finalizzati all'inserimento lavorativo di persone in situazione di povertà*

e marginalità. Tale intesa è stata approvata il 26 febbraio 2016 ed è stata sottoscritta dal Comune di Udine, in qualità di Ente gestore, dall'AAS Friuli centrale, dall'Uepe, dall'Associazione Centro Caritas dell'Arcidiocesi di Udine onlus, dall'Associazione Nuovi cittadini Onlus, dall'Associazione Vicini di Casa Onlus, dal Centro Solidarietà Giovani "Giovannni Micesio" Onlus, dalla Fondazione Casa dell'Immacolata Don Emilio de Roja e dall'Opera Diocesana Betania Onlus. L'intesa sarà attiva fino al 31/12/2018.
Il documento formalizza la costituzione del Tavolo di Comunità ha la finalità di sostenere processi integrati di aiuto, sostegno ed accompagnamento in favore di persone e/o nuclei familiari che sono in situazioni di grave rischio di svantaggio, esclusione sociale e marginalità (lettura congiunta di bisogni e la progettazione coordinata di interventi e servizi). Destinatari degli interventi definiti all'interno dell'Intesa sono le persone e/o i nuclei familiari italiani e stranieri, residenti o temporaneamente soggiornati sul territorio dell'ambito distrettuale 4.5. Le aree di intervento sono le seguenti:

- area della marginalità e della prevenzione dell'esclusione sociale;
- area della promozione all'abitare sociale (prima accoglienza e bassa soglia; accoglienza temporanea in forma di albergaggio sociale; accoglienza temporanea in alloggi comunali assistenziali; accoglienza temporanea in strutture residenziale con finalità educativo/riabilitative; servizi di accompagnamento educativo, educazione all'abitare e tutoraggio economico; servizi di mediazione abitativa; servizi di informazione ed orientamento nella ricerca della casa e nell'inserimento abitativo; servizi di accompagnamento alloggi ATER);
- area della prevenzione della devianza e degli interventi a favore delle persone detenute ed ex detenute (percorsi di formazione e/o iniziative di inserimento socio-lavorativo intra ed extra muraria; accompagnamento educativo finalizzato anche all'orientamento lavorativo; accoglienza alloggiativa anche di tipo emergenziale a sostegno del reddito; sostegno psicologico-psicoterapeutico; attività di giustizia riparativa e di mediazione penale; attività socio-culturali, artistiche, ricreative e sportive; azioni di sensibilizzazione del territorio).

Gli interventi promossi nell'ambito dell'Intesa si costituiscono come strumenti di presa in carico integrata e il loro monitoraggio e valutazione avviene attraverso incontri di rete nel caso di problematiche di natura sociale o Unità di valutazione Distrettuale nel caso di problematiche di natura socio-sanitaria o sanitaria. I notevoli ritardi con cui il SSC 4.5 ha implementato la programmazione triennale ha fatto si che l'Intesa venisse firmata nel febbraio 2016, pertanto nel corso del 2016-2018 verranno attivati anche i primi percorsi di presa in carico integrata.
Area famiglia. Nel corso del triennio, il SSC 4.5 prevedeva la realizzazione di un coordinamento tra le istituzioni e le reti familiari e associative presenti sul territorio a sostegno delle funzioni genitoriali per la promozione di una comunità solidale verso le famiglie, con particolare attenzione a quelle più vulnerabili. A causa del rallentamento subito da tale progettualità nel corso del triennio 2013-15, al momento non sono disponibili gli esiti di tale attività.

4.10 Area BassaFriulana: SSC 5.1 e SSC 5.2

La stretta collaborazione inter-ambito tra i SSC 5.1 e 5.2 che ha caratterizzato l'integrazione socio-sanitaria si è altresì riversata negli obiettivi di *governance* che, in parte, hanno ripercorso tale sinergia programmando la convocazione congiunta dei tavoli tematici di consultazione e co-progettazione che è avvenuta in modo costante nel triennio. L'impegno profuso ha rallentato la convocazione dei tavoli locali di ambito da parte del SSC 5.1.

Inoltre, nel corso del 2016, i due SSC della Bassa Friulana sono stati chiamati a creare un coordinamento anche con i SSC 2.1 e 2.2, al fine di avviare percorsi di confronto a medio e lungo termine sulle buone prassi in uso nei quattro territori.

A livello operativo, invece, per quanto riguarda gli obiettivi d'area i due SSC hanno sviluppato azioni di carattere sociale nell'area povertà, disagio ed esclusione sociale (Ob. 9.1).

Tabella 17 - Obiettivi sociali (regionali e locali) nei SSC 5.1 e 5.2

SSC 5.1	
OBIETTIVO	**N. MA**
Ob. 9.1	1
Tot.	**1**

SSC 5.2	
OBIETTIVO	**N. MA**
Ob. 9.1	1
Ob. L. 9.2	1
Tot.	**2**

NB: il conteggio degli obiettivi e delle macroazioni è stato fatto sulla base dei documenti PdZ, contenenti la programmazione triennale.

Area povertà, disagio ed esclusione sociale. I SSC 5.1 e SSC 5.2 hanno sperimentato un approccio integrato al reinserimento lavorativo, che vede la cooperazione tra diversi soggetti. A tal fine è stato sperimentato fin dal 2013 il protocollo SIC (Servizio Integrato di Consulenza) tra SSC, CPI e COR. Al contrario, il tentativo di coinvolgere i rappresentanti delle associazioni datoriali nell'attivazione di opportunità e progettualità rivolte all'inserimento di soggetti svantaggiati ha presentato alcune criticità, a causa delle difficoltà economiche delle aziende stesse, che visto il perdurare della crisi socioeconomica hanno altre priorità.

Nel corso del triennio entrambi i SSC hanno sviluppato attività finalizzate a facilitare l'inserimento lavorativo di soggetti in carico, sperimentando nuove forme di accompagnamento al re-inserimento lavorativo anche attraverso l'utilizzo del Fondo di Solidarietà regionale e l'attivazione di strumenti quali le work-experience, i tirocini e le borse di reinserimento sociale. Inoltre, il SSC 5.2 ha implementato il Progetto "Coltiviamoci…" che prevede l'attivazione di borse socio-educative assistenziali in campo agricolo. Nel corso del triennio, lo stesso SSC ha realizzato una ricognizione degli strumenti di inserimento e integrazione lavorativa applicati sul territorio: particolare attenzione è stata posta allo sviluppo dell'utilizzo di strumenti quali LPU e LSU. Inoltre, sempre nell'ottica del contrasto alla povertà, il SSC 5.1 ha realizzato anche percorsi formativi di economia domestica e consumo consapevole rivolti a piccoli gruppi.

Infine, per quanto riguarda il 2016, si evidenzia come l'emanazione della L.R. 15/2015 Misure di inclusione attiva e di sostegno al reddito (MIA) abbia favorito l'accesso di numerose persone, italiane straniere, portando alla luce anche un certo numero di casi in situazione di "povertà" non conosciuti ai servizi sociali di questo territorio. Obiettivo dell'2016 sarà quindi l'applicazione a

regime della nuova Misura (D.G.R. n. 132 del 29/01/2016) e il suo coordinamento con la misura nazionale SIA (Sostengo per l'inclusione attiva).

4.11 Area pordenonese: SSC 6.1, 6.2, 6.3, 6.4 e 6.5

Per i territori dell'area pordenonese, gli obiettivi sociali sono stati l'occasione di sviluppare specifiche progettualità a carattere autonomo (e quindi non di area vasta). Diversamente quindi dalla descrizione degli obiettivi di integrazione sociosanitaria, in questo caso si procederà all'analisi delle singole progettualità realizzate nei diversi territori in modo autonomo.
In questo contesto, è opportuno ricordare come per l'obiettivo 9 – Area povertà, disagio ed esclusione sociale, i cinque SSC del pordenonese abbiano partecipato al progetto provinciale finalizzato ad implementare il *Sistema provinciale per l'integrazione e l'inserimento lavorativo delle persone in condizione di svantaggio sociale e lavorativo*. Nell'ambito del progetto i SSC hanno aderito al *Tavolo provinciale per lo svantaggio socio-lavorativo*(costituito nel 2012). In questo contesto, a livello di area vasta, nel triennio sono state adottate, monitorate e consolidate le *Linee guida provinciali finalizzate all'individuazione e formalizzazione di interventi, procedure ed attività da offrire alle persone in condizioni di fragilità in carico al SSC*, agevolandone il transito verso il mondo del lavoro. Inoltre, in ciascun SSC è stata avviata un'unità di progettazione integrata (equipe integrata) composta almeno da personale del SSC e della Provincia, coinvolgendo se necessario altri soggetti. Al fine di consolidare tali procedure operative, è stato sviluppato un percorso formativo congiunto tra operatori dei servizi sociali e dei servizi per l'impiego. Inoltre, dal 2015 la formazione generale in tema di sicurezza nei luoghi di lavoro per le persone svantaggiate in carico ai cinque SSC dell'area pordenonese per le quali vengono attivate delle borse sociali viene realizzata in modo integrato ed è attuata dall'AAS 5. Inoltre, sono proseguite le forme innovative di collaborazione con il terzo settore per le attività di sostegno alle persone destinatarie di programmi di inclusione sociale che permangono in carico al SSC, in quanto non trasferibili al sistema lavoro. A tal proposito si segnala come trovino effettivamente collocamento in percorsi di avvicinamento al lavoro e/o nel mercato del lavoro tra il 15% e il 20% delle persone valutate idonee all'inserimento lavorativo. Nel corso del triennio, inoltre, è stato realizzato da parte dell'Osservatorio provinciale politiche sociali un monitoraggio su strumenti quali Borse lavoro, LPU, LSU e voucher; nel corso del 2015 tali attività sono state in parte rimodulate a seguito dell'introduzione della MIA (LR 15/2015 e DPReg 216/2015). L'obiettivo 9 ha visto quindi la partecipazione attiva dell'AAS e pertanto nei PdZ del pordenonese è stato classificato come sociosanitario, diversamente da quanto definito nelle LG per la predisposizione dei PdZ.
Accanto alle azioni sviluppate su tutto il territorio provinciale, i cinque SSC hanno promosso delle iniziative a livello locale, dando quindi luogo ad un doppio livello di pianificazione.

SSC 6.1 Sacile

Nell'ambito della programmazione esclusivamente sociale il SSC 6.1 ha implementato obiettivi nelle seguenti aree:

- area minori e famiglia (Ob. 5.3 e Ob. 10.1);

- area anziani (Ob. 7.3);
- area povertà, disagio ed esclusione sociale (Ob. 9.2);
- area politiche giovanili (Ob. Locale 11)

Nel complesso si sottolinea come le azioni di regia previste a livello locale (*Piano locale per la Famiglia*, *Piano di inclusione sociale, Tavolo politiche giovanili*) siano state avviate, ma non concluse.

Tabella 18 - Obiettivi sociali (regionali e locali) nei SSC 6.1

OBIETTIVO	N. MA
Ob. L. 5.3	1
Ob. 10.1*	1
Ob. L. 7.3	1
Ob. L. 9.2	1
Ob. L. 11.1	1
Tot.	**5**

**Obiettivo sociosanitario con macroazione/i sociale/i*

NB: il conteggio degli obiettivi e delle macroazioni è stato fatto sulla base dei documenti PdZ, contenenti la programmazione triennale.

Area minori. Al di là degli obiettivi di integrazione sociosanitaria, nell'area minori, il SSC 6.1 Sacile si proponeva di promuovere interventi di aggregazione e sostegno dell'infanzia ed adolescenza (Ob. 5.3). Si tratta di un insieme di attività coordinate dall'*Equipe Infanzia ed Adolescenza del Servizio sociale dei Comuni* e realizzate in collaborazione con le scuole primarie e secondarie del territorio e con numerosi attori del terzo settore. Nello specifico sono stati realizzati i seguenti progetti:

- progetto "**Scuola a Colori**", avviato già nel 2007 quale azione prevista dal Piano regionale per l'Immigrazione e realizzato dall'Associazione "I colori di Shaku", finalizzato a facilitare l'accoglienza dei bambini stranieri e delle loro famiglie nel sistema scolastico territoriale. Il progetto prevedeva la costituzione di un gruppo di "facilitatori dell'accoglienza" per il territorio dell'Ambito con lo scopo di sostenere i neo iscritti o neo arrivati stranieri in Italia favorendo il loro inserimento nel mondo della scuola e, più in generale, nella comunità locale;
- progetto "**Trova tempo**", realizzato in collaborazione con le direzioni didattiche del territorio, che consente l'organizzazione di attività aggregative pomeridiane coordinate con i tempi scolastici per favorire l'interazione tra bambini e ragazzi e, anche, per offrire un sistema di conciliazione dei tempi di cura e di lavoro alle loro famiglie;
- nel corso del triennio, inoltre, sono stati realizzati numerosi incontri di coordinamento con il Gruppo inclusione-famiglie, con le strutture per minori e con la rete scolastica.

Nel triennio, inoltre, il SSC ha deciso di delegare ad un soggetto esterno la gestione del sistema socioeducativo territoriale per l'infanzia e l'adolescenza: a tal proposito è stata avviata nel 2014 una specifica istruttoria pubblica di coprogettazione.

Nel 2015, infine, è stato sviluppato il bando per il pre-accreditamento delle comunità socioeducative per minori con le quali il SSC attiverà, a partire dal 2016, specifiche convenzioni finalizzate all'accoglienza di minori (residenziale/semiresidenziale).
Nell'ambito delle azioni a supporto della famiglia (Ob. 10), il SSC 6.1 si proponeva di predisporre il *Piano locale per la Famiglia*, che prevedeva la realizzazione in collaborazione con il Comune di Sacile di un Punto per le Famiglie di Ambito ovvero uno sportello informativo e di coordinamento unitario per le attività di sostegno ai nuclei familiari residenti. Tale azione non è stata però realizzata nel corso del triennio e la sua attuazione risulta rimandata al 2016.

Area anziani. Nel corso del triennio si prevedeva l'avvio del sistema integrato per la promozione dell'amministrazione di sostegno, definito con la procedura dell'istruttoria pubblica di coprogettazione: sono stati avviati a tal proposito tre sportelli territoriali ed è stato istituto un registro degli amministratori di sostegno locali.

Area povertà, disagio ed esclusione sociale. Dal 2007 è formalmente costituito nel territorio del SSC 6.1, il *Gruppo Inclusione Sociale* con funzioni di valutazione professionale su progetti di presa in carico e strategie inclusive. Nel corso del triennio il Gruppo Inclusione Sociale è stato formalizzato quale sede operativa di definizione delle progettualità del *Piano di inclusione sociale* del SSC 6.1. Per il primo biennio il Gruppo Inclusione Sociale si è incontrato almeno una volta al mese per approfondire alcune tematiche relative alla situazione contingente di difficoltà delle reti sociali del territorio e per individuare possibili soluzioni operative, alternative ai soli contributi economici e quindi sotto forma di servizi, anche innovativi e sperimentali. A tal proposito sono stati definiti accordi con i soggetti del territorio che a vario titolo operano nell'area dell'inclusione sociale (Caritas, volontariato, parrocchie, ecc.); nel 2014 tali accordi sono confluiti in una Convenzione quadro.
Nel corso del 2013 sono stati revisionati e aggiornati gli strumenti operativi per la predisposizione dei progetti di inclusione sociale (ticket service, voucher di lavoro accessorio, sistemi alternativi alla sola erogazione di contributi economici, strumenti di integrazione lavorativa, in raccordo con le azioni gli obiettivi 8 e 9).
Le azioni fin qui descritte e finalizzate alla definizione del *Piano di inclusione sociale* del SSC 6.1 hanno subito un forte rallentamento nel corso del 2015 a causa del cambiamento del Responsabile del SSC.

Area politiche giovanili. Il PdZ del SSC 6.1 prevedeva un obiettivo locale dedicato a rafforzare il raccordo tra i Comuni dell'ambito distrettuale e finalizzato a elaborare interventi e servizi a favore dei giovani. A tal proposito, nel 2013, è ripreso il *Tavolo di lavoro sulle politiche giovanili* promosso dall'Assemblea dei Sindaci e sempre nel 2013 il SSC 6.1 ha gestito il "Progetto Giovani" con un avviso per un'istruttoria pubblica di co-progettazione, a cui hanno aderito due associazioni. Nel corso del 2014 tali azioni hanno subito un rallentamento, per poi confluire nel 2015 all'interno delle azioni dedicate ai minori (Ob. 5) e alle famiglie (Ob. 10).

SSC 6.2 San Vito al Tagliamento

Nell'ambito della programmazione esclusivamente sociale il SSC 6.2 ha implementato obiettivi nelle seguenti aree:

- area povertà, disagio ed esclusione sociale (Ob. 9. 1).

Tabella 19 - Obiettivi sociali (regionali e locali) nel SSC 6.2

OBIETTIVO	N. MA
Ob. 9.1*	2
Tot.	**2**

**Obiettivo sociosanitario con macroazione/i sociale/i*

NB: il conteggio degli obiettivi e delle macroazioni è stato fatto sulla base dei documenti PdZ, contenenti la programmazione triennale.

Il SSC 6.2 San Vito al Tagliamento ha partecipato al progetto provinciale finalizzato ad implementare il *Sistema provinciale per l'integrazione e l'inserimento lavorativo delle persone in condizione di svantaggio sociale e lavorativo*. Nell'ambito del progetto il SSC ha aderito al *Tavolo provinciale per lo svantaggio socio-lavorativo*.

A livello locale, le azioni si sono concentrate prevalentemente nei seguenti tre ambiti.

1) E' stato costituito un Tavolo operativo (TOL) finalizzato a ridefinire le competenze e le funzioni del SSC relative all'inclusione socio-lavorativa.

2) Nel corso del triennio è stato sviluppato dal Comune di San Vito al Tagliamento il progetto *Microcredito*, che ha visto l'individuazione di un fondo dedicato a favore di soggetti in condizioni di disagio temporaneo. Per quanto riguarda le altre progettualità previste e finalizzate alla realizzazione di orti sociali e comunitari, esse sono rientrate all'interno delle iniziative legate all'agricoltura sociale (Ob. 8.1 del PdZ).

3) Sono state promosse misure di facilitazione all'accesso abitativo per persone e nuclei familiari svantaggiati. In questo contesto, si prevedeva di realizzare un raccordo con l'ATER finalizzato ad una più efficace collaborazione rispetto all'utenza in carico, che tuttavia non è stato raggiunto. Nel 2016, Le azioni relative all'abitare sociale verranno ridefinite in relazione alla costituzione dei Tavoli territoriali delle politiche abitative, come da LR 1/2016 "Riforma organica delle politiche abitative e riordino delle Ater".

SSC 6.3 Azzano Decimo

Nell'ambito della programmazione esclusivamente sociale, il SSC 6.3 ha implementato alcuni obiettivi nelle seguenti aree:

- area minori e famiglie (Ob. 5.3);
- area disabilità (Ob. 6.2);
- area povertà, disagio ed esclusione sociale (Ob. 9.2).

Tabella 20 - Obiettivi sociali (regionali e locali) nel SSC 6.3

OBIETTIVO	N. MA
Ob. L. 5.3	2
Ob. L. 6.2	1
Ob. L. 9.2	2
Tot.	**4**

NB: il conteggio degli obiettivi e delle macroazioni è stato fatto sulla base dei documenti PdZ, contenenti la programmazione triennale.

Area minori. Le azioni di carattere sociale si sono concentrate sulle seguenti attività.

- **Attività a sostegno dell'integrazione sociale di minori e dei loro familiari**. Nel corso dell'intero triennio il SSC 6.3 ha realizzato le iniziative di pre e post-scuola, nonché altre progettualità finalizzate al sostegno dei minori e delle loro famiglie, anche attraverso una più efficace programmazione in raccordo con gli uffici comunali coinvolti e con le scuole. Sono stati mantenuti gli interventi di sostegno socio educativo a domicilio dei minori in difficoltà. Sono stati avviati due progetti a favore di cittadini stranieri (Progetto *In-terazione* nel biennio 2013/14 e *Nuovi Cittadini Nuove Relazioni* nelbiennio 2014/15), le cui azioni sono proseguite anche nel 2015 grazie ad un co-finanziamento regionale. Similmente sono state rifinanziate le azioni per il contrasto alla devianza dei minori (Contributi regionali devianza – area minori infra 24enni), quali sostegno socio educativo, consulenza psicosociale e psicoterapeutica, ecc.
  Nel corso del 2014, inoltre, sono stati realizzati alcuni percorsi formativi per il sostegno delle giovani coppie (famiglie) su tematiche quali le relazioni di coppia, la preparazione alla genitorialità, ecc.
- **Azioni di sensibilizzazione dei portatori di interesse e di attivazione di comunità a sostegno e a promozione dei minori e della famiglia.** Nel trienniosono proseguite le iniziative del SSC per favorire il coinvolgimento delle realtà territoriali, pubbliche e private, che operano a favore dei minori e delle loro famiglie, nell'ottica di promuovere una maggiore integrazione delle divere azioni. Nel 2013 è stato realizzato il *progetto Equilibrista* a favore dei giovani e sono state realizzate una serie di iniziative territoriali partecipate a sostegno della famiglia (es. "Incontriamoci senza frontiere" e laboratori sul riciclaggio e sul riuso). Inoltre, con l'approvazione della nuova Convenzione per la Gestione associata (maggio 2014) è stata avviata la programmazione per dei Progetti Giovani a livello di ambito distrettuale.

Area disabilità. In quest'area, a livello locale, sono stati avviati percorsi di sostegno della persona con disabilità e della sua famiglia nei diversi contesti di vita con particolare attenzione alla scuola, favorendo occasioni di socializzazione e di incontro. Nel corso del 2013 è stato realizzato un confronto nell'ambito del locale Tavolo Disabilità su tematiche quali la solitudine dei nuclei familiari e la difficoltà delle famiglie nell'orientarsi all'interno dei servizi. Queste due tematiche hanno costituito la premessa per lo sviluppo, nel 2014, di un percorso formativo per genitori con figli disabili organizzato dalla Cooperativa Laboratorio Scuola e dalla provincia di Pordenone. Nel 2015, inoltre, l'Associazione Il Quadrifoglio e la Cooperativa Sociale l'Arcahanno collaboratoper la predisposizione di un corso sulla comunicazione facilitata.

Area povertà, disagio ed esclusione sociale. Nell'ambito delle misure volte a contrastare la povertà, il disagio e l'esclusione sociale, il Pdz del SSC 6.3 si concentra principalmente su due aree: il sostegno abitativo alle persone svantaggiate e la promozione di interventi di politica integrata, che valorizzino le risorse comunitarie.
Per quanto riguarda le iniziative finalizzate al sostegno abitativo, per tutto il triennio è proseguito il progetto "Sistema Cerco Casa" che ha offerto servizi di mediazione sociale per la locazione, assistenza, consulenza, accompagnamento e compartecipazione alla progettazione sociale individualizzata. Inoltre, l'evidenza di un crescente disagio abitativo (con un aumento degli sfratti) dovuto alla crisi economica e lavorativa, ha spinto il SSC a ricercare di soluzioni condivise con gli attori istituzionali in grado di realizzare delle azioni più incisive e strutturali, anche attraverso un'interlocuzione con l'Ater. Tuttavia, le azioni di promozione di nuove progettualità di soluzioni abitative (es. social housing, co-abitazioni/co-housing, mutuo aiuto tra le persone, ottimizzazione delle risorse comunitarie) non hanno trovato riscontro tra i soggetti interpellati.
Per quanto riguarda, invece, più in generale il tema della povertà, il SSC 6.3 ha mantenuto attivo nel triennio il Tavolo tematico "Adulti", volto alla co-progettazione e alla realizzazione di misure a contrasto della crescente vulnerabilità delle persone, di fronte ai cambiamenti e alle trasformazioni in atto. In quest'ambito si è operato al fine di avviare progettualità volte a favorire l'inclusione sociale di soggetti svantaggiati (es. progetto *Devianza* rivolto a persone adulte a rischio di marginalità sociale, progetti *Integra, In-terazione* e *Nuovi cittadini. Nuove relazioni* a favore dell'inclusione sociale degli immigrati). Inoltre si sono promossi progetti che favoriscono processi partecipati di tipo informativo e di sensibilizzazione sulle tematiche legate alla povertà e allo spreco, con azioni volte a fornire risposte concrete alle crescenti difficoltà economiche che interessano un numero crescente di persone (es. progetto *Centrale della solidarietà alimentare,* realizzato in collaborazione con le Caritas parrocchiali). Quale follow up del progetto *La centrale del dai e prendi, la solidarietà non scade anzi si alimenta*-concluso nel 2012- sono proseguire le attività legate agli orti sociali, al Centro di solidarietà alimentare e alla riqualifica della distribuzione delle borse alimentari (magazzino centrale). Infine si è operato anche nell'ottica di rafforzare la collaborazione tra istituzioni scolastiche, terzo settore e Comuni (progetto *Con classe* e *Pra-tico).*

SSC 6.4 Maniago

Nell'ambito della programmazione esclusivamente sociale il SSC 6.4 ha implementato obiettivi nelle seguenti aree:

- area anziani (Ob. 7.2);
- area povertà, disagio ed esclusione sociale (Ob. 9.1).

Tabella 21 - Obiettivi sociali (regionali e locali) nel SSC 6.4

OBIETTIVO	N. MA
Ob. 7.2*	2
Ob. 9.1*	1
Tot.	**3**

**Obiettivo sociosanitario con macroazione/i sociale/i*

NB: il conteggio degli obiettivi e delle macroazioni è stato fatto sulla base dei documenti PdZ, contenenti la programmazione triennale.

Area anziani. Nell'ambito delle azioni finalizzate a sviluppare la domiciliarità, il SSC 6.4 ha avviato in forma sperimentale un Centro di aggregazione diurno per anziani autosufficienti o parzialmente non autosufficienti. Sul fronte, invece, della promozione di interventi di sostegno e protezione della persona socialmente fragile, il SSC 6.4 si è impegnato nella realizzazione di azioni informative e di sensibilizzazione sull'Amministratore di sostegno. In quest'ambito è stato avviato anche un confronto con il Giudice Tutelare per focalizzare criticità e possibili sviluppi al fine di individuare nuove modalità per l'applicazione della normativa. A seguito di ciò è avvenuta una revisione del protocollo tra Ambito, Tribunale e Associazione degli Amministratori di sostegno. Inoltre, sono stati consolidati i due sportelli presenti sul territorio dell'ambito distrettuale (a Maniago e a Spilimbergo) ed è stato creato un albo degli amministratori di sostegno.

Area povertà, disagio ed esclusione sociale. Mettendo a frutto la pregressa esperienza nel raccordo con le associazioni locali, il SSC 6.4 ha avviato un progettualità a sostegno dei pecorosi di assistenza, protezione e promozione sociale finalizzata a mettere a sistema le azioni di integrazione dei diversi organismi operanti in quest'area. La finalità di questo progetto è riconducibile alla volontà di superare la frammentarietà del sistema attuale, chiamando a collaborare strettamente la Provincia, i Comuni, l'AAS, il terzo settore ed il settore for profit. A partire quindi dal 2013 è stato avviato un tavolo di confronto (Osservatorio povertà) nel territorio finalizzato a condividere il profilo di povertà d'ambito distrettuale e ad individuare buone prassi operative. Inoltre, è stato sviluppato un percorso formativo comune tra operatori di soggetti istituzionali e non istituzionali, al fine di mettere in atto strumenti di fronteggiamento comuni e di predisporre delle Linee Guida condivise ("*Regolamentazione di interventi e misure volte all'inserimento/reinserimento sociale e occupazionale delle persone a rischio di esclusione sociale in carico al servizio sociale dei comuni*" e *"Atto di indirizzo per la valorizzazione dell'inserimento lavorativo di persone svantaggiate nelle procedure di affidamento di forniture di beni e servizi")*.

SSC 6.5 Pordenone

Nell'ambito della programmazione esclusivamente sociale il SSC 6.5 ha implementato obiettivi nelle seguenti aree:

- area minori e famiglie (Ob. 10.1);
- area disabili (Ob. 6.2);
- area anziani (Ob. 7.3);
- area povertà, disagio ed esclusione sociale (Ob. 9.1).

Tabella 22 - Obiettivi sociali (regionali e locali) nel SSC 6.5

OBIETTIVO	N. MA
Ob. L. 6.2	1
Ob. L. 7.2*	1
Ob. L. 7.3	1
Ob. 9.1*	2
Ob. 10.1*	1
Tot.	**2**

**Obiettivo sociosanitario con macroazione/i sociale/i*

NB: il conteggio degli obiettivi e delle macroazioni è stato fatto sulla base dei documenti PdZ, contenenti la programmazione triennale.

Area minori e famiglia. L'azione prende avvio dalle attività che sul territorio già si svolgevano a favore delle famiglie e dei minori da parte sia del sistema istituzionale sia dal terzo settore. Queste erano mirate al rinforzo delle competenze relazionali ed educative delle famiglie e degli adulti significativi, nonché al lavoro in rete con le istituzioni scolastiche, l'associazionismo e le agenzie educative territoriali, per favorire la promozione dell'agio (prevenzione primaria) e l'intercettazione precoce del disagio dei bambini e dei giovani. In questo contesto, nel 2013, è stato avviato un forum tematico finalizzato al confronto e alla messa in rete di progetti e attività esistenti all'interno del SSC 6.5. Inoltre, sono stati realizzati alcuni progetti in coprogettazione con il terzo settore relativi ad azioni da attuare nei contesti didattico-educativi-formativi-aggregativi territoriali. Sono state, inoltre, formulate proposte da realizzare con le reti scolastiche per candidature a bandi regionali sull'offerta formativa rispetto a temi della prevenzione e dell'intercettazione precoce del disagio. Complessivamente quindi nel triennio si è proceduto alla mappatura territoriale delle risorse e alla rimodulazione dei progetti sull'intercettazione precoce del disagio e interventi di supporto nelle scuole. Nel corso del 2015 è stato avviato il progetto *Città educante.*

Area disabilità. Nell'ambito delle azioni rivolte alle persone con disabilità, il SSC 6.5 ha istituito e consolidato il *Forum disabilità*, in modo da mappare l'offerta esistente in ambito socio educativo e così da rafforzare le relazioni tra i soggetti operanti nel settore, in un'ottica di sviluppo di comunità. In questo contesto, inoltre, sono stati applicati i "Patti educativi" territoriali (Voucher LR 41/96) per la messa a sistema dei servizi e degli interventi integrabili. In questo contesto, nel 2015 sono state revisionate le linee guida LR 41/96 in materia di budget integrato e progetto personalizzato all'interno del Forum disabilità d'ambito.

Area anziani. Per quanto riguarda l'area anziani, uno degli obiettivi su cui si è concentrato il SSC 6.5 è l'analisi, la riorganizzazione e la sistematizzazione degli interventi a supporto di quest'area di utenza. In questo contesto, l'obiettivo 7.3 si proponeva la **messa in rete e coordinamento dell'offerta di trasporti sociali per anziani.** Nel corso del 2013 è stato formato il gruppo di lavoro sui trasporti e attivato un confronto sulle forme di esperienze comunitarie connesse alla mobilità e all'accompagnamento dell'anziano (es. promozione dell'intergenerazionalità, car pooling, vicinato organizzato, ecc.). Tuttavia nel corso del 2014 tale azione è stata abbandonata, in quanto risultava impossibile giungere ad un modello integrato con relativo protocollo di intesa.

Area povertà, disagio ed esclusione sociale. In quest'area, il SSC 6.5 sviluppa due filoni di azione, uno afferente al supporto economico e l'altro all'abitare sociale.

Per quanto riguarda il primo punto, la pianificazione prevedeva l'ottimizzazione e la razionalizzazione delle prestazioni e degli interventi a sostegno della fragilità economica. Nel 2013 è stato costituito un forum permanente integrato tra soggetti pubblici e del privato sociale al fine di costruire un modello integrato di risposta alle situazioni di crisi e alle fragilità economiche. In questo contesto, si è operato al fine di definire strumenti integrati e differenziati a contrasto delle situazioni di povertà e vulnerabilità e dei conseguenti processi di intervento, che integrassero forme di assistenza economica di lunga durata con esperienze di cittadinanza attiva. Inoltre, è stato sperimentato il progetto pilota *Sistema emersione e contrasto povertà alimentare*, con la riorganizzazione delle borse spesa e la sperimentazione di forme alternative di supporto (voucher, smart change, ecc.). Nel complesso si è operato al fine di ridefinire un modello integrato di welfare territoriale per il fronteggiamento della povertà (definizione strategie, obiettivi comuni, modalità di interazione strutturale). Si segnala che alcune azioni previste in quest'ambito risultano a fine 2015 non realizzate (costruzione di un database comune sulla casistica e predisposizione di un logo sociale).

Per quanto riguarda il secondo punto, il SSC 6.5 si è concertato sul tema dell'Home Community, che prevede la promozione di soluzioni di *Social housing graduate* differenziate sulla persona, che al tempo stesso siano anche un'opportunità di valorizzazione della comunità territoriale e della sua dimensione solidaristica. Nel 2013 è stato costituito il *Forum per l'abitare sociale*. Inoltre, si è operato al fine di consolidare la rete di accoglienza "diffusa" per le emergenze (apertura luoghi di prima accoglienza diurna e servizi mensa, convenzione con strutture di alberaggio locali) e di rafforzare la messa a disposizione di alloggi a canone agevolato (agenzia sociale per la casa) e la gestione immediata degli sfratti. Nel complesso quindi nel triennio si è cercato di sviluppare un modello e delle procedure integrate per la razionalizzazione e l'ottimizzazione della risposta alle problematiche abitative, con la definizione di protocolli operativi.

RAPPORTO DI VALUTAZIONE DEI PIANI DI ZONA 2013-2015

ALLEGATO 1

Sintesi delle attività svolte nell'ambito degli obiettivi 1 e 2 previsti dalle Linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona

Documento a cura di IRSSES

17/06/2016

Indice

1. Introduzione 2
2. Area triestina: SSC 1.1, 1.2 e 1.3 3

SSC 1.1 Duino 3

SSC 1.2 Trieste 4

SSC 1.3 Muggia 4

3. Area goriziana: SSC 2.1 e 2.2 5

SSC 2.1 Alto Isontino 5

SSC 2.2 Basso Isontino 6

4. SSC 3.1 Gemona del Friuli 7
5. SSC 3.2 Tolmezzo (Carnia) 9
6. SSC 4.1 San Daniele del Friuli 10
7. SSC 4.2 Tarcento 11
8. SSC 4.3 Cividale del Friuli 13
9. SSC 4.4 Codropio 14
10. SSC 4.5 Udine 15
11. Area Bassa Friulana: SSC 5.1 e 5.2 15
12. Area pordenonese: SSC 6.1, 6.2, 6.3, 6.4 e 6.5 16

SSC 6.1 Sacile 16

SSC 6.2 San Vito al Tagliamento 17

SSC 6.3 Azzano Decimo 18

SSC 6.4 Maniago 18

SSC 6.5 Pordenone 19

1. Introduzione

A corollario delle informazioni riportate in modo analitico nel documento *Rapporto di Valutazione dei PdZ 2013-2015. Analisi preliminare*, in questa sede si riportano sinteticamente le modalità con cui i 19 SSC della regione FVG hanno implementato i primi due obiettivi previsti dalle *Linee guida per la predisposizione dei Piani di zona*. Nello specifico quindi si fa riferimento agli obiettivi regionali di *governance sociale* (Obiettivo 1.1 e Obiettivo 1.2) e legati all'implementazione di *azioni di sistema per il consolidamento del sistema integrato* (Obiettivo 2):

- OB. 1.1: rafforzare il coinvolgimento della comunità nella realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali di tipo solidale e universalistico/selettivo;
- OB. 1.2: 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 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 finanziare pubbliche erogate;
- OB. 2.1: consolidare il sistema associato di governo del sistema locale degli interventi e dei servizi sociali.

Tali informazioni vengono qui riproposte in forma discorsiva, sintetizzando quanto emerge dai PAA e dai monitoraggi compilati periodicamente dai SSC.

Tabella 9 - -Obiettivi sociali 1 e 2 del PdZ 2013-2015

Governance Sociale	**OB. 1.1:** Rafforzare il coinvolgimento della comunità nella realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali di tipo solidale e universalistico/selettivo
	OB. 1.2: 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 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 finanziare pubbliche erogate.
Azioni di sistema per il consolidamento del sistema integrato	**OB. 2.1:** Consolidare il sistema associato di governo del sistema locale degli interventi e dei servizi sociali.

A livello generale, inoltre, si evidenziano i seguenti due aspetti:

- tra gli obiettivi previsti dalla Direzione centrale all'interno dell'Obiettivo 2 vi era l'adozione da parte dei SSC di modelli di rendicontazione/documentazione predisposti dalla Regione: si evidenzia come tutti i 19 SSC avessero indicato l'implementazione di tale azione all'interno dei PdZ. Nel triennio tale azione è stata implementata limitatamente agli input provenienti dalla Direzione centrale;

- il percorso di attuazione del nuovo assetto intercomunale previsto dalla LR 26/2014, non sempre pienamente definito per tempistiche e modalità, ha portato diversi SSC a temporeggiare rispetto ad azioni e progettualità che avrebbero portato alla ridefinizione di regolamenti e procedure, in particolar modo per quanto riguarda la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi. Infatti, molti SSC hanno preferito rimandare tali decisioni al momento in cui i nuovi assetti intercomunali saranno pienamente attivi.

2. Area triestina: SSC 1.1, 1.2 e 1.3

Nel triennio i tre SSC dell'area triestina hanno condotto un censimento dei soggetti non istituzionali beneficiari di contributi economici regionali, provinciali, comunali e dei progetti da loro attivati. La mappatura è avvenuta attraverso una metodologia comune anche in raccordo con la Direzione Centrale Regionale. Tale attività fa riferimento a quanto previsto dall'obiettivo 1.2, che i tre SSC della provincia di Trieste hanno inteso come socio-sanitario, diversamente da quanto indicato nelle Linee guida per la predisposizione dei PdZ. Gli esiti di tale ricognizione in termini di soggetti non istituzionali beneficiari di contributi pubblici e di numero di progetti condivisi con il SSC sono riportati nella tabella sottostante.

Tabella 10-Prospetto censimento data base soggetti non istituzionali beneficiari di contributi economici pubblici nei SSC della provincia di Trieste: SSC 1.1 Duino - SSC 1.2 Trieste - SSC 1.3 Muggia

Censimento soggetti non istituzionali beneficiari di contributi economici pubblici	
2013	140, di cui 79 aderenti ai PDZ dei 3 SSC
2014	89, di cui 53 aderenti al PdZ
2015	55, di cui 29 aderenti al PdZ
Numero progetti condivisi con i soggetti non istituzionali censiti nel Data Base	
2013	-
2014	96 progetti
2015	62 progetti
% dei soggetti non istituzionali censiti nel DB che aderisce al PdZ	
2013	**-**
2014	70%
2015	71%

Per quanto concerne lo sviluppo degli altri obiettivi sociali afferenti alla *governance* e al rafforzamento del sistema integrato, i tre SSC dell'area triestina hanno sviluppato percorsi autonomi, in base alle singole esigenze del territorio, che verranno descritte di seguito.

SSC 1.1 Duino

Sul versante della *governance* sociale, l'intento del SSC 1.1 è stato quello di consolidare nel triennio le attività dei gruppi di lavoro che sono stati attivati funzionalmente alle progettualità del PdZ, rilevando e monitorando progressivamente i bisogni emergenti delle diverse fasce di popolazione. Per quanto riguarda il consolidamento del sistema integrato, l'obiettivo nel triennio era quello di riorganizzare, dopo un'apposita analisi, la POA del SSC evidenziandone criticità e

rendendola maggiormente funzionale alle esigenze del servizio. Tuttavia tale documento non è stato redatto. Una ulteriore azione messa in campo era quella relativa al potenziamento del punto monitor, funzionale all'alimentazione del sistema informativo (CSI).

SSC 1.2 Trieste

Sul versante del coinvolgimento della comunità a partire dal 2013 il SSC 1.2 ha inteso condividere le politiche e le strategie di intervento con gli attori pubblici del territorio, in modo funzionale alla realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi. Data la numerosità dei soggetti coinvolti dal SSC 1.2 nel processo di pianificazione del PdZ (24 soggetti istituzionali e 115 soggetti non istituzionali sottoscrittori l'Accordo di Programma), gli incontri dei tavoli di co-progettazione sulle diverse aree di intervento (specie nell'area socio-sanitaria) hanno visto un'organizzazione e un'intensità diversificata. La "manutenzione" della rete di soggetti che partecipano attivamente alla composizione del sistema integrato locale è stata accompagnata da un progressivo l'allargamento/consolidamento della stessa: nel dicembre 2013 l'Ufficio di Direzione e Programmazione del SSC 1.2 ha registrato 20 adesioni di nuovi partner. La diffusione delle informazioni sulle attività svolte nell'ambito del PdZ è stata mantenuta costante anche attraverso l'implementazione del sito web del SSC.
L'Ufficio di Direzione e programmazione è stato consolidato con l'assunzione a tempo determinato nel 2013 di un funzionario direttivo con competenze specialistiche (esperto di comunità). Nel corso 2013 è stata avviata l'implementazione del software gestionale Welfare Go in grado di alimentare anche il sistema regionale CSI, pur con alcune difficoltà. Inoltre nel 2013 è stata avviata l'istruttoria per l'elaborazione del nuovo regolamento per l'accesso e la compartecipazione degli utenti per quanto riguarda le rette per il ricovero di minori in comunità: il regolamento è stato realizzato nell'ambito del gruppo regionale dei Responsabili di Ambito.

SSC 1.3 Muggia

Sul versante del coinvolgimento della comunità, il SSC 1.3 ha aggiornato costantemente il quadro conoscitivo del territorio rispetto ad attività, iniziative, servizi, presenze di soggetti pubblici e privati nel contesto locale. Inoltre, il SSC 1.3 ha realizzato un progressivo coordinamento degli interventi e dei servizi realizzati dai soggetti pubblici e privati.
La conoscenza dell'offerta complessiva dei servizi/interventi del territorio da parte della comunità locale è stata garantita anche attraverso l'uso delle nuove tecnologie (implementazione canali web di comunicazione). Infine, è in carico al SSC la manutenzione e lo svolgimento nel triennio dei tavoli di consultazione e tavolo co-progettazione (funzione di regia), che sono stati costantemente convocati nel triennio (almeno un incontro annuale per ciascun tavolo di co-progettazione e un incontro del tavolo di consultazione generale). Per quanto concerne la prevista implementazione dell'applicativo CSI, esso viene aggiornato secondo regole condivise ed è stata anche elaborata una procedura necessaria per l'inserimento di tutti gli interventi economici attivati in via

amministrativa. Ad inizio 2016, rimangono ancora in sospeso le seguenti attività, che sono subordinate anche all'attuazione del nuovo assetto intercomunale in attuazione della LR 26/2014:

- integrazione della convenzione per la gestione del servizio sociale con la previsione di incremento dei servizi in delega (gestione delle CDR e ufficio sociale comunale) con il trasferimento di risorse economiche e umane adeguate e ridefinizione dei rapporti Comune-Ente gestore del SSC ;
- modifica della Convenzione e dell'Atto di delega per la gestione del SSC e per la ridefinizione dei criteri di contribuzione dei Comuni;
- consolidamento dell'Ufficio di Direzione e Programmazione;
- aggiornamento del regolamento per l'accesso e la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi;
- attivazione, gestione e verifica dei nuovi servizi in delega (azione subordinata a disposizioni regionali).

3. Area goriziana: SSC 2.1 e 2.2

Nell'ambito della *governance* del PdZ i SSC 2.1 e 2.2 hanno operato in modo congiunto per quanto riguarda gli obiettivi socio-sanitari, attraverso la costituzione di una cabina di regia inter-ambito. Sono stati raccordati i soggetti coinvolti nella programmazione socio-sanitaria congiunta dei due SSC, delineando una metodologia condivisa adottata dai gruppi di lavoro nel complesso della pianificazione socio-sanitaria e restituendo un quadro di sintesi delle attività comuni svolte.
Di seguito, invece, si riporta il percorso sviluppato autonomamente dai due SSC dell'area isontina.

SSC 2.1 Alto Isontino

Nell'ambito degli obiettivi di governance, il SSC 2.1 ha inteso valorizzare i già costituiti tavoli di consultazione e co-progettazione; si è trattato di una scelta metodologica strategica al fine di realizzare le progettualità programmate anche in relazione alle attività svolte dagli altri attori istituzionali coinvolti. Ciò ha fatto si che la fase di consultazione e di co-progettazione si innestasse su sinergie già esistenti che sono state così ulteriormente valorizzate e consolidate. In coerenza con quanto definito dalle LG, il SSC ha inoltre assunto la regia degli incontri di consultazione, di co-progettazione e degli incontri periodici informativi rivolti agli interlocutori istituzionali e dedicati allo stato di avanzamento della realizzazione delle linee pianificatorie e programmatiche. Ulteriore impegno del SSC, è stato quello di aggiornare uno spazio sul sito web dell'Ente Gestore dedicato alle attività del PdZ: tuttavia tale attività risulta non completamente assolta. Semestralmente sono state inviate almeno due mail informative ai soggetti che hanno partecipato al percorso pianificatorio per aggiornarli circa lo stato dell'arte delle attività del PdZ.
Risulta costante, fino al 2014, l'aggiornamento del quadro conoscitivo del territorio, attività funzionale alla programmazione locale sia in area sociale sia in area socio-sanitaria. Nel 2013/14 sono stati condotti degli approfondimenti sull'impatto di diverse misure ed interventi (per

esempio sui progetti di inserimento lavorativo, sull'uso del fondo di solidarietà e dei contributi comunali), restituendo un'analisi dei dati anche agli attori responsabili della pianificazione.
La valorizzazione della partecipazione attiva dei soggetti non istituzionali e del loro ruolo nella rete dei servizi è un ulteriore fine che è stato perseguito nel triennio dal SSC, che ha mappato i soggetti potenzialmente coinvolgibili nella realizzazione di attività specifiche in relazione a problematiche emergenti. Contestualmente sono stati valutati alcuni modelli di *fundraising* funzionali al sostegno delle attività in corso e all'attivazione di nuove modalità. Su questo tema, prosegue la collaborazione con la Fondazione Carigo di Gorizia, che contribuisce economicamente supportando attività specifiche.
Sono stati, inoltre, mappati i soggetti non istituzionali destinatari di finanziamenti da parte diRegione, Provincia, Comuni, ASS e Fondazioni per la realizzazione di attività socioeducative e sociosanitarie sul territorio in favore dei cittadini. Al dicembre 2014 risultano 27 i soggetti non istituzionali con i quali sono stati condivisi/sottoscritti protocolli operativi nel complesso delle attività del sistema integrato.
L'Ufficio di Direzione e Programmazione è stato consolidato con due risorse professionali, che nel 2014 sono state designate in via esclusiva alle funzioni del sistema associato. Ugualmente sotto il profilo amministrativo, sono state definite delle risorse umane destinate in via esclusiva alla funzione associata, superando così il modello di promiscuità nell'attribuzione al personale di funzioni associate e comunali del Comune di Gorizia.
Il sistema informatico e gestionale locale, costituito dalla CSI e gestionale Insoft,viene costantemente alimentato. Sono stai adottati i modelli regionali di documentazione/rendicontazione delle risorse (finanziarie e non). Infine, è presente un regolamento per l'accesso e la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi.

SSC 2.2 Basso Isontino

Per quanto concerne la *governance* il SSC 2.1 ha scelto di istituire il Forum del Piano di Zona quale momento di incontro e confronto tra i soggetti coinvolti nel processo di pianificazione. Al 31.12.2015 si sono svolti 5 forum del PdZ, con una media di due incontri per anno. I soggetti partecipanti sono stati circa 35/40 in rappresentanza delle diverse realtà. Significativa e apprezzabile la presenza in queste plenarie di una rappresentanza di amministratori e di soggetti istituzionali che hanno accompagnato con la loro partecipazione costante i lavori e le attività del PdZ. Si segnala come il Forum del PdZ, in qualità di strumento di partecipazione e coinvolgimento degli amministratori e delle realtà locali, abbia ottenuto una partecipazione crescente nel corso del triennio. Ogni Forum è stato svolto seguendo un filo conduttore rispetto ad una serie di tematiche di volta in volta selezionate. Inoltre, la fase finale di ogni Forum è stata dedicata alla presentazione di nuove associazioni o soggetti poco conosciuti del territorio, che hanno avuto così la possibilità di raccontare brevemente le loro attività/proposte. Il Forum del PdZ ha quindi permesso l'allargamento e il consolidamento della rete territoriale dei soggetti che, a vario titolo, collaborano con il SSC, contribuendo a realizzare il sistema locale integrato. Inoltre, il SSC si è impegnato nella mappatura dei soggetti non istituzionali che concorrono alla realizzazione del

sistema integrato locale. In particolare nel 2015 sono stati completati percorsi che hanno visto la realizzazione di fruttuosi esempi di co-progettazione (L. 328/2000 e L.R. 6/2006), nell'ottica sinergica di valorizzazione reciproca di risorse pubbliche e private finalizzate al raggiungimento di comuni obiettivi. Esempi virtuosi in tal senso sono:

- Pixel Summer (attività estive ludico/ricreative per adolescenti, sviluppate da una rete di 7 soggetti, che nel 2014 hanno coinvolto circa 90 ragazzi e nel 2015 quasi un centinaio);
- attività connesse al Bando esclusione/devianza;
- azioni Piano territoriale Immigrazione, con quattro soggetti del terzo settore coinvolti in progetti/attività sul tema

Il SSC 2.2 ha quindi consolidato il coinvolgimento del Terzo Settore attraverso le manifestazioni pubbliche di interesse e la costruzione di linee progettuali,esprimendo percorsi creativi e congruenti alle realtà locali, tenendo conto di risorse e finanziamenti disponibili. È stata inoltre rinnovata la convenzione per la gestione del sistema associato, predisposto il regolamento unico per l'accesso e la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi e sono stati adottati modelli regionali di documentazione/rendicontazione.

4. SSC 3.1 Gemona del Friuli

Il SSC 3.1 ha inteso realizzare interventi e progetti di *empowerment* e di promozione della comunità monitorando l'andamento e la partecipazione dei soggetti ai tavoli di co-progettazione, che hanno lavorato in modo costante e incrementale nel triennio. Il SSC ha continuato nel triennio, a lavorare in rete con i soggetti istituzionali e non istituzionali attivi sul territorio, anche fornendo loro informazioni e dati raccolti ad integrazione del profilo di comunità (ad esempio sul tema della fragilità abitativa). In particolare, nel corso del 2015, l'aggiornamento del profilo di comunità è stato presentato agli amministratori comunali, alle associazioni di volontariato e ai volontari del servizio civile nazionale presso il SSC. Vista la numerosità degli interventi e delle progettualità in atto, l'Ufficio di Direzione e Programmazione ha stabilito di monitorare, verificare e valutare con particolare attenzione nel triennio solo l'andamento dei seguenti tavoli:

- tavolo tematico e di co-progettazione sulla fragilità economica, lavorativa ed abitativa;
- tavolo tematico e di co-progettazione integrato sull'accoglienza e l'affido familiare;
- tavolo tematico e di co-progettazione integrato sulle cure palliative.

Sono attivi da anni, anche se non monitorati in questa sede, i seguenti tavoli di Ambito:

- vantaggi per la comunità;
- promuovere in benessere di bambini, ragazzi e giovani;
- progetto VAI (Valorizzazione Accoglienza Integrata);
- rete territoriale B*sogno d'esserci;
- GLIS (Gruppo di Lavoro per l'Integrazione Scolastica), c/o ISIS D'Aronco;
- assistenti familiari straniere e comunità locale.

Infine, sono attivi dei tavoli comunali con le Amministrazioni di diversi Comuni del SSC, con le comunità locali, l'associazionismo e il volontariato per la progettazione di interventi e laboratori socio-educativi a favore di bambini, ragazzi, giovani e famiglie, nonché tavoli con le scuole di ogni ordine e grado. La partecipazione attiva della popolazione alla realizzazione delle iniziative e dei progetti elaborati nei tavoli si è concretizzata, tra l'altro, nelle iniziative attuate dalle assistenti familiari straniere a favore della comunità locale (accompagnamento di funzioni religiose da parte del coro «La luce dell'est», partecipazione alla manifestazione «I colori del vento», ecc.) e nell'ingaggio di semplici cittadini nel supporto delle attività del locale sportello per l'amministrazione di sostegno.

Nel 2013 è stata effettuata la rilevazione dei contributi economici erogati da parte di Comuni, Provincia e Regionea sostegno delle attività di soggetti non istituzionali operanti a favore di persone in stato di bisogno. Nel dettaglio si evidenziano i seguenti contributi.

- Il Comune di Trasaghis eroga contributi ad un'associazione per sostenere progetti di assistenza domiciliare "leggera" condivisi, se del caso, con il SSC.
- La Provincia di Udine ha segnalato di avere in passato erogato contributi al Comune di Tarvisio a sostegno del progetto «Ro.Ge.», che già prevede la collaborazione convenzionata del Comune con la soc. coop. soc. Impresa Sociale onlus «La Margherita», l'ASS ed il SSC.
- La Regione ha segnalato come destinatari di finanziamenti assimilabili le associazioni «Bravi ragazzi» di Gemona del Friuli, «Casa per l'Europa» di Gemona del Friuli, «Nostro Futuro» di Osoppo, «Fareassieme FVG» di Gemona del Friuli, «La farie da li maraveis» di Moggio Udinese, «Sorrisi e speranze» onlus di Tarvisio, AUSER Alto Friuli di Gemona del Friuli, AUSER di Bordano e la parrocchia di Santo Spirito di Gemona del Friuli.

La quasi totalità dei soggetti sopraccitati (9 su 11) condivide con il SSC progettualità variamente formalizzate; al 2014 quattro di essi hanno sottoscritto la dichiarazione di condivisione degli obiettivi perseguiti e di sostegno alle azioni in atto allegata all'Accordo di programma del PdZ 2013-2015. Nel 2014 è stato registrato un ulteriore apporto di risorse da parte di soggetti non istituzionali operanti nel territorio. Tra di essi il Coordinamento delle Associazioni Culturali e di Volontariato Sociale di Gemona del Friuli, che ha messo a disposizione un tutor per il gruppo delle assistenti familiari straniere; il gruppo di volontari che ha aperto e gestisce l'emporio amico «Di man in man» con il supporto della Caritas diocesana; l'Associazione Oncologica Alto Friuli che ha messo a disposizione una psico-oncologa per il sostegno a domicilio dei malati oncologici o con malattie cronico-degenerative e delle loro famiglie. È recentemente avvenuto anche il raccordo tra SSC e associazioni familiari che hanno richiesto finanziamenti alla Regione. È stata verificata la coerenza delle loro attività con gli obiettivi del PdZ e si sono concordate le modalità della collaborazione. Nel 2015 si è cooperato, fra gli altri, con l'associazione «Io deposito» alla costruzione ed alla realizzazione del progetto «Beside War»; con l'Auser alla realizzazione del progetto «Più salute più benstare» rivolto alle assistenti familiari. Si è altresì provveduto a riepilogare l'apporto di risorse da parte di soggetti non istituzionali operanti nel territorio.

Rispetto al consolidamento dell'Ufficio di Direzione e Programmazione, il SSC ha lavorato con continuità sulla pianificazione 2013, coinvolgendo in incontri dedicati l'intero SSC, alimentando annualmente il monitoraggio del PAA, fornendo informazioni sullo stato di avanzamento dei lavori al Gruppo ristretto e all'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito distrettuale, avvalendosi della

collaborazione del progettista reclutato grazie allo specifico finanziamento regionale. L'attività dell'Ufficio, inoltre, è stata potenziata tra il 2014-15 grazie al reclutamento di un assistente sociale. La referente del sistema informativo sociale ha costantemente aggiornato la banca dati locale e regionale (CSI) attraverso la compilazione e l'invio dei report richiesti e dell'Allegato 3 del PdZ.
Nel 2013 è stato redatto il Regolamento per l'accesso e la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi afferenti all'area Adulti e Anziani. Il Regolamento, però, non è stato né approvato né adottato nel 2014 a causa della modifica della tempistica della gara d'appalto per la gestione di interventi, servizi e progetti per le persone e la comunità e del posticipo dell'entrata in vigore del nuovo ISEE. Nel 2014 si è proceduto alla predisposizione di altre parti del Regolamento (area minori e famiglie) per l'accesso e la compartecipazione degli utenti al costo di tutti i servizi erogati dal SSC (cfr. *Linee guida per la partecipazione dei genitori o degli esercenti la potestà genitoriale al costo delle rette per l'accoglimento dì minori in strutture residenziali e semiresidenziali o per il mantenimento presso una famiglia affidataria*). Nel 2015 è stato presentato all'Assemblea dei Sindaci di Ambito distrettuale il Regolamento per l'accesso e la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi per adulti e anziani fragili (disciplinante l'attività del servizio di assistenza domiciliare-SAD, dei centri diurni-CD, del servizio di confezionamento e consegna di pasti a domicilio e presso i CD, del servizio di lavanderia e del servizio di trasporto da e per i CD afferenti al SSC 3.1), contenente gli aggiornamenti necessari. Si auspica che, nel 2016, tale regolamento venga approvato all'Assemblea dei Sindaci di Ambito distrettuale e reso vigente. Il testo è stato messo a disposizione del SSC 3.2 Carnia e della relativa Assemblea dei Sindaci, essendo un ulteriore obiettivo perseguito in zona quello di addivenire ad una regolamentazione unica di interventi, servizi e progetti per le persone e la comunità nel territorio dell'AAS3. L'applicazione delle *Linee guida per la partecipazione dei genitori o degli esercenti la potestà genitoriale al costo delle rette per l'accoglimento dì minori in strutture residenziali e semiresidenziali o per il mantenimento presso una famiglia affidataria* ha incontrato alcune difficoltà che verranno affrontate nel 2016.
Infine, nell'ambito dell'elaborazione di un Piano di Intervento alcuni operatori del SSC hanno partecipato al corso "Servizio Sociale e calamità naturali", organizzato dall'Irsses e dall'Ordine degli Assistenti Sociali del FVG: tuttavia le azioni previste all'interno di questo obiettivo locale risultano, al momento, sospese.

5. SSC 3.2 Tolmezzo (Carnia)

Nel triennio, la *governance* del sistema associato è stata rafforzata attraverso una serie di incontri periodici con i soggetti dei tavoli con i quali si sono condivise le progettualità presenti all'interno del PdZ. Inoltre, è stata prevista l'organizzazione di una conferenza annuale con il terzo settore per fare il punto sul processo del PDZ e per promuovere eventuali nuove collaborazioni, nonché per condividere l'aggiornamento costante della banca dati sull'associazionismo sociale. Sonoproseguite le collaborazioni con le numerose associazioni del territorio per la partecipazione a progetti su eventuali nuovi bandi regionali (cfr LR 22/2010 art.9 comma 30 e LR 17/2008 art. 15comma 14 bis): le associazioni beneficiarie di contributi hanno attivato forme di collaborazione

con il SSC. Da questo punto di vista, si riscontra una proficua collaborazione tra il SSC e il mondo associazionistico.
Per quanto riguarda, il consolidamento del sistema associato, il SSC 3.2 ha previsto la realizzazione e l'aggiornamento di un sito web satellite nell'ambito del più ampio sito della locale AAS. Tuttavia, i cambiamenti organizzativi intercorsi a seguito della riforma sanitaria regionale hanno rallentato tale processo.
Sempre nell'ottica di rafforzare il sistema associato dei servizi e degli interventi sociali, in continuità con quanto posto in essere dalla Regione, è stato effettuato costantemente: l'aggiornamento della CSI da parte degli operatori; l'adozione incrementale dei modelli regionali di documentazione; lo studio e l'approfondimento sul tema del "regolamento d'accesso" ai servizi del SSC e stesura di una prima bozza del regolamento medesimo. Nel 2016, si procederà con l'applicazione degli strumenti regionali per la nuova misura di sostegno al reddito e verranno implementate le nuove linee guida sull'affido.
Si sottolinea, infine, come la dimensione della nuova Azienda Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli, che ha visto la fusione dei Distretti di San Daniele (con la gestione associata delegata all'azienda sanitaria) e Codroipo (con Ente gestore l'ASP "Daniele Moro"), ha rimesso in discussione le organizzazioni, le procedure e i protocolli adottati all'interno dei SSC. Nel corso del 2016 quindi i SSC sono impegnati da una parte a completare i percorsi previsti tra SSC e distretti sanitari del Gemonese e della Carnia, dall'altra ad integrare le pianificazioni sociosanitarie tra i SSC che attualmente compongono l' Azienda Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli (SSC 3.1 Gemona, SSC 3.2 Carnia, SSC 4.1 San Daniele e SSC 4.4 Codroipo).

6. SSC 4.1 San Daniele del Friuli

La costruzione del PdZ 2013-15 ha comportato per il SSC 4.1 un approfondito lavoro di ricerca rispetto al quadro conoscitivo del territorio che viene annualmente aggiornato e condiviso. Nel 2012 il SSC ha attivato cinque tavoli tematici integrati tra servizi socio-sanitari e privato sociale, la cui attività programmatoria e di raccordo è costantemente proseguita nel triennio. Si segnala come nel 2013 la Cooperativa Consumatori NordEst abbia sottoscritto un programma (ad oggi attivo) con la Caritas locale e con il SSC finalizzato al monitoraggio e all'attivazione di interventi di contrasto alla povertà (nel 2015 sono stati usati per sostenere 8 nuclei familiari). Nel 2014 si è consolidata la collaborazione con l'associazione Amici di Toto per quanto riguarda la progettualità di centri vacanze per minori con disabilità. Sempre nel 2014 è stata stipulata una convezione con il centro Caritas dell'arcidiocesi di Udine e l'Opera diocesana Betania Onlus per l'organizzazione/gestione di un servizio di emergenza abitativa (assegnazione temporanea di alloggi sociali a soggetti in difficoltà).
Sul versante della promozione di collaborazioni con i soggetti non istituzionali del territorio beneficiari di contributi economici pubblici erogati per sostenere attività in favore di persone in stato di bisogno, il SSC 4.1 ha incontrato nel 2014 tutte le associazioni familiari anche con l'obiettivodi valutare la coerenza dei progetti proposti con la programmazione del PdZ 2013-15, in accordo con quanto richiesto dal relativo bando regionale. Con alcune associazioni il SSC ha

provveduto anche ad una co-progettazione di più ampio respiro. Sempre nel 2014 sono stati stipulati nuovi protocolli operativi con le associazioni "I cerchi nell'acqua" e "Mediatori di Comunità onlus" per lo sviluppo di quanto previsto all'interno del Piano Immigrazione. Nel corso del 2015, il SSC ha condiviso inoltre diversi progetti con l'associazionismo locale (ad esempio, con il MOVI, AVULSSe più in generale con il mondo dell'associazionismo familiare).
Rispetto al consolidamento del sistema associato di governo del sistema locale, il SSC 4.1 ha adottato oramai da diverso tempo il sistema informativo regionale CSI, che viene opportunamente aggiornato e implementato in modo sistematico. Anche l'Ufficio di Direzione e Programmazione è stato consolidato attraverso un organico stabile e figure professionali dedicate.
Per ciò che concerne l'adozione di modelli regionali di documentazione/rendicontazione delle risorse disponibili e impiegate annualmente per l'attività tipica del SSC e per quella prevista dal PdZ, nel corso del 2014 il SSC 4.1 segnala che sono state predisposte e aggiornate le procedure operative del SSC e il *Regolamento per l'assistenza economica e l'accesso ai servizi in favore di nuclei familiari con minori*. Per quanto riguarda l'ipotesi di revisione del *Regolamento* in vigore *per l'accesso e la compartecipazione agli interventi relativi alle persone con disabilità*(L.R. 41/1996), da realizzarsi in collaborazione con gli altri SSC dell'udinese, i SSC hanno ritenuto opportuno non proseguire su tale linea d'azione, in quanto la Direzione Centrale ha più volte manifestato l'intenzione di riscrivere tale normativa con lo scopo di definire un quadro più unitario di servizi e interventi anche alla luce del costituendo Piano Sociale. Il SSC, infine, intende collaborare nel corso del 2016 con gli altri SSC in delega all'AAS 3 al fine di adottare un sistema di calcolo condiviso per la definizione della quota di compartecipazione del SAD.

7. SSC 4.2 Tarcento

Il processo di governance nell'ambito tarcentino ha visto in primis la realizzazione nel 2013 di una prima mappaturadei soggetti del terzo settore operanti a livello locale, con particolare riferimento alle associazioni di volontariato e alle cooperative sociali. Sin dal 2013 il SSC ha rilevato un buon coinvolgimento dei soggetti del terzo settore che si sono dimostrati interessati a collaborare, condividendo obiettivi e finalità del PdZ. Ciò si è tradotto in una buona partecipazione ai tavoli convocati e ha consentito di rilevare la presenza di una rete articolata di soggetti del privato sociale con una importanza strategica (specie in alcuni settori quali lavoro e disagio adulto), in virtù del fatto che spesso tali realtà sono depositarie di un *know-how* scaturito da una costante attività ed esperienza maturata negli anni. Nonostante tale proattività, il SSC ha da subito rilevato la necessità di coinvolgere nelle proprie attività anche altre tipologie di associazioni (es. sportive, culturali, ecc.). Tale proposito è stato realizzato nel 2014 quando la mappatura delle associazioni è stata avviata in previsione di attività di co-progettazione nell'area minori e famiglie (es. centri estivi). Nel 2014 è stato anche avviato un percorso di confronto con la Croce Rossa locale specie per quanto riguarda la fornitura/distribuzione di generi alimentari.
Sempre nel 2013 è stato costituito un albo dei soggetti accreditati, firmatari dell'Accordo di partenariato del PdZ, integrato nel triennio: nel 2014 i soggetti firmatari del PdZ sono aumentati di

5 unità, rispetto al 2013 quando erano 54 firmatari tra soggetti pubblici e privati. Sono stati, inoltre, avviati due percorsi di promozione di GAMA per adulti e disoccupati.
Nel 2014 è stato definito un documento (manifestazione di interesse) sottoscritto da aziende, imprese, cooperative che intendevano partecipare al progetto AISSO[37] (Azioni integrate per uno sviluppo socio-occupazionale) per l'inserimento socio-occupazionale di persone svantaggiate, promosso da SSC, Provincia di Udine, ASS 4. Il percorso di *governance* del SSC 4.2 pone in rilievo, pur a fronte di una buona proattività delle associazioni e del terzo settore in generale, una certa difficoltà nel mettere in rete con gli altri servizi del territorio tutte le informazioni e le sinergie attivate dal SSC con il mondo del terzo settore. Viene posto in rilievo come il lavoro con la comunità richieda una revisione della cultura organizzativa interna ai servizi, specie per esempio, per quanto concerne vincoli e procedure burocratiche dell'ente pubblico. Infatti, la cultura organizzativa di quest'ultimoessendo tendenzialmente più rigida, potrebbe alla lunga ostacolare l'apertura verso nuove forme di collaborazione con soggetti che, se sollecitati a fare attivamente parte del sistema integrato degli interventi e dei servizi locale, rispondono in modo pronto e proficuo, come è stato dimostrato.
Inoltre, a partire dal 2013 il SSC 4.2 ha iniziato un percorso volto alla costruzione di un modello innovativo di Servizio Sociale, comprendendo pertanto una ridefinizione funzionale della struttura del SSC. A seguito di una serie di incontri preliminari di confronto tra assistenti sociali e personale amministrativo, è stato realizzato uno studio preliminare sulle attività di segretariato sociale e di servizio sociale professionale in tutti i comuni del territorio. La condivisione tra personale SSC e Assemblea dei Sindaci ha portatoalla calendarizzazione del percorso che ha condotto alla progressiva centralizzazione del personale domiciliare (SAD) e delle attività amministrative (progressivo trasferimento al Comune di Tarcento dei capitoli di spesa in capo agli 11 comuni del SSC). Il percorso prevedeva anche una centralizzazione del Servizio sociale professionale, che tuttavia è risultato più difficoltoso a causa del ruolo tradizionalmente svolto dai professionisti negli undici comuni.Inoltre, a titolo generale si segnala che tale riorganizzazione funzionale e strutturale, seppur compiuta in modo partecipato e condiviso dai soggetti coinvolti, è stata rallentata dai vincoli di legge che frenano l'acquisizione/sostituzione del personale, la sua formazione e la formulazione di regolamenti conformi alle norme vigenti. L'intero percorso verrà consolidato nel corso del 2016. Si segnala, infine, la difficoltà del reperimento "strutturale" di sedi idonee e sufficientemente dotate per ospitare il nuovo assetto funzionale e organizzativo.
Parallelamente il gestionale INSOFT, già dal 2014, è stato implementato per i seguenti servizi/interventi: pasti, socio-educativo, FAP, contributi ex AMNIL, abbattimento rette nido e affitti. È in fase di valutazione/inserimento la sua implementazione anche per rette minori in comunità, integrazioni rette strutture protette, SAD, borse lavoro adulti, trasporto collettivo disabili, servizi in delega per l'handicap. L'applicativo regionale CSI viene, inoltre, costantemente implementato e aggiornato. È in corso anche la formulazione e revisione di un nuovo *Regolamento*

[37] Progetto A.I.S.S.O. "Azioni integrate per uno sviluppo socio-occupazionale"-Medio Friuli- è volto all'implementazione di un sistema integrato che si concretizza in tre funzioni chiave: 1. consolidamento del lavoro integrato tra i diversi nodi della rete dei servizi territoriali sottoscrittori del presente accordo; 2. approccio multidisciplinare, attraverso la standardizzazione di un sistema che fornisca informazioni e conoscenze su come condurre una corretta ricerca di lavoro ed offra nel contempo anche strumenti per un lavoro di *empowerment* e crescita personale, anche attraverso la valorizzazione del coinvolgimento delle aziende; 3. presa in carico personalizzata di ciascun cittadino.

per l'accesso ai servizi e prestazioni socio-assistenziali, il cui iter ha subito una serie di ritardi in virtù dell'evoluzione normativa (es. regolamento ISEE) e della difficoltà talvolta riscontrata nel fornire interpretazioni univoche (es. compartecipazione rette ricovero).
Nel triennio sono proseguiti con costanza e con un relativo livello di implementazione i tavoli di consultazione e co-progettazione, anche se il SSC 4.2 non ha operato una distinzione così netta tra queste due fasi a differenza di quanto previsto dalle LG regionali. L'apporto del terzo settore, infine, è stato costante e incrementale nel triennio tanto nell'area minori quanto nell'area del disagio adulto/inserimento lavorativo e nelle progettualità a favore dei soggetti con disabilità.

8. SSC 4.3 Cividale del Friuli

Nel corso del triennio, il SSC 4.3 Cividale ha proseguito il suo impegno nella promozione del lavoro di rete e di comunità con vari interventi a livello trasversale; ha incontrato i gruppi di coprogettazione istituiti per realizzare i progetti previsti nel PdZ e nei PAA. I Tavoli tematici di consultazione sono stati convocati con cadenza annuale in occasione del monitoraggio del PdZ di fine anno e dell'approvazione del PAA annuale.
Nel corso del 2013, l'Ufficio di direzione e programmazione ha effettuato la mappatura dei soggetti beneficiari di contributi erogati da pubbliche amministrazioni e ha proseguito l'implementazione dei protocolli operativi con soggetti beneficiari già coinvolti nel PdZ, riscontrando una collaborazione fattiva e positiva. Inoltre, l'Ufficio di direzione e programmazione ha proseguito per tutto il triennio la collaborazione con i soggetti del privato sociale e ha predisposto protocolli operativi e convenzioni con nuovi soggetti (ad esempio, per l'accoglienza dei Minori stranieri non accompagnati).
Per quanto riguarda il consolidamento del sistema associato, il PdZ delinea un percorso che si è sviluppato come segue:

- nel 2013, analisi approfonditarealizzata in collaborazione con l'IRES di Udine realtiva all'assetto organizzativo del SSC - tramite interviste alle responsabili, alle assistenti sociali, al personale amministrativo;
- nel 2014, avvio della sperimentazione del nuovo modello organizzativo del SSC;
- nel 2015, adozione del nuovo modello, con il duplice obiettivo di 1) migliorare la qualità del servizio offerto ai cittadini e agli utenti; 2) di ottimizzare i tempi di lavoro e le relazioni tra le colleghe e con i servizi esterni; far fronte in modo più efficace alle sostituzioni; incrementare il lavoro di gruppo e di rete; facilitare la connessione tra i progetti del Piano di zona e la presa in carico/accompagnamento dei casi.

Per quanto riguarda, invece, l'adozione di un *Regolamento per l'accesso dei cittadini ai servizi e alle prestazioni socio assistenziali*, si evidenzia come tale azione sia stata rinviata al 2016, a causa del futuro avvio della UTI Natisone. Nel 2016 gran parte delle attività di consolidamento consisteranno nella messa in atto delle procedure necessarie per il passaggio al nuovo Ente, implementando le funzioni da attribuire al SSC.
Un ulteriore aspetto funzionale al consolidamento del sistema di governo locale degli interventi e dei servizi sociali è il rafforzamento del sistema informativo e informatico. Su questo fronte,

l'Ufficio di direzione e programmazione ha proseguito la collaborazione con la ditta Insoft per la gestione degli applicativi riguardanti alcuni servizi socio assistenziali, nonché la prosecuzione della sperimentazione di specifiche applicazioni su Tablet/Smartphone nell'ambito del servizio di assistenza domiciliare. Inoltre, è proseguita la gestione del servizio di segretariato sociale, pasti a domicilio, servizio socio educativo, rette asili nido.
Infine, l'Ufficio di direzione e programmazione è stato impegnato, con il supporto di un professionista esterno, nel definire le procedure per l'affidamento dei servizi e la co-progettazione a professionisti e/o associazioni e per l'affidamento di servizi in economia.

9. SSC 4.4 Codropio

Il percorso di pianificazione del SSC è stato caratterizzato da una serie di scelte strategiche orientate ad implementare un processo partecipativo che coinvolgesse i servizi e la comunità locale nel declinare le fasi di concertazione, consultazione e progettazione. Particolare attenzione è stata riservata alla valorizzazione e al riconoscimento delle reti sociali nonché del lavoro già intrapreso negli anni precedenti con i diversi *stakeholders* del territorio. Per quanto concerne quindi il consolidamento del governo del sistema integrato, il SSC 4.4 Codroipo ha rafforzato, con funzioni di consultazione e coprogettazione, i Gruppi di Lavoro già costituiti con la precedente pianificazione, che si sono mantenuti nel triennio[38], e l'Ufficio di Direzione e programmazione ha garantito la regia degli interventi. In questo contesto, inoltre, il SSC 4.4 ha incentivato progettualità condivise con soggetti non istituzionali beneficiari di contributi economici pubblici al fine di garantire la messa a sistema dei soggetti operanti nel territorio.
Tra gli aspetti finalizzati al consolidamento del sistema integrato di interventi e servizi sociali, il SSC 4.4 ha previsto la realizzazione di un piano di comunicazione con strumenti quali un cui sito web aziendale (aggiornato al 2013) e una newsletter del SSC.
Nel corso del triennio, inoltre, è stato costantemente aggiornato il quadro conoscitivo del territorio, chenel 2016 verrà ulteriormente aggiornato attraverso *focus group* rivolti a professionisti sociali, amministratori e s*takeholder* significativi, prestando particolare attenzione ai bisogni che emergeranno dalle associazioni di volontariato.
Viene mantenuto e progressivamente consolidato il ruolo di regia nella programmazione del SSCcon costanti incontri di verifica e di pianificazione. È stato consolidato l'uso dell'applicativo

[38] I Gruppi di lavoro operativi nel SSC sono i seguenti:
- Area minori: opera infatti dal 2008 un gruppo composto da tutte le scuole paritarie e pubbliche del territorio, dal servizio sociale e dal distretto sanitario che ha predisposto percorsi e strumenti relativi alla segnalazione del disagio evolutivo, dell'abuso e del maltrattamento.
- Area disabilità: gruppo di lavoro formato dai soggetti che intervengono in tale campo, quali l'Associazione La Pannocchia, il Gruppo volontari Codroipesi, l'Associazione Fabiola e l'Associazione Il Mosaico, ancora dal 2008 si riunisce con il Servizio Sociale a cadenza periodica per condividere le progettualità realizzate da ognuno e coordinarne gli interventi.
- Area Anziani: GDL composto da Caritas, Anteas, Auser, Aifa, Croce rossa italiana, Associazione Misericordia, Associazione Noi con Voi di Mortegliano e Gruppo volontari di Sedegliano che ha affrontato dall'anno 2010 la tematica della mobilità sul territorio ed il sostegno a piccoli interventi domiciliari a favore di anziani individuati dai servizi sociali.

gestionale del SSC realizzato da Insoft e della CSI, che ci si propone di aggiornare in modo costante e dettagliato. Inoltre, il SSC si propone la definizione di un unico regolamento per l'accesso e/o compartecipazione degli utenti al costo dei servizi. Nel 2013 sono state attivate le procedure per la rivisitazione in particolare di:

- accesso ai servizi domiciliari;
- strutture residenziali per adulti e anziani.

10. SSC 4.5 Udine

Il percorso di *governance* e consolidamento del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali del SSC 4.5 ha subito un notevole rallentamento a causa dei numerosi cambiamenti organizzativi, intervenuti nel corso del triennio. Si segnala che, nell'ambito della *governance* del processo di pianificazione, accanto alle modalità previste dalle Line Guida per la predisposizione del PdZ, il SSC 4.5 ha predisposto l'attuazione del *Tavolo di governo*. Ad esso hanno partecipato i rappresentanti dell'Assemblea dei Sindaci, il Responsabile del Servizio Sociale dei Comuni, il Direttore del Distretto Sanitario, le Organizzazioni Sindacali, le rappresentanze di Confcooperative e Lega-Coop, i referenti del Comitato Regionale per il Volontariato, del Comitato Provinciale di coordinamento delle associazioni di persone disabili, della Consulta regionale per la famiglia, della Caritas dell'Arcidiocesi di Udine, della Consulta provinciale degli studenti. Il Tavolo di governo aveva la funzione di garantire il collegamento con le associazioni del territorio, supplendo ai tavoli di consultazione. Esso ha lavorato per tutto il 2012 condividendo gli obiettivi di sistema e di area socio-sanitaria (questi ultimi sono stati poi elaborati dai tavoli tecnici socio-sanitari). I rappresentanti del Tavolo di Governo inoltre hanno avuto la possibilità di incontrare componenti dei tavoli di co-progettazione con finalità consultive in merito alle scelte da effettuare nelle singole aree di intervento. Tale strumento, dopo la battuta d'arresto della pianificazione avvenuta tra il 2013 e il 2014, è stato convocato nuovamente con cadenza regolare nel 2015.

11. Area BassaFriulana: SSC 5.1 e5.2

Nel corso del 2013 e del 2014, i SSC 5.1 e 5.2 hanno avviato una serie di tavoli congiunti al fine di coordinare e omogenizzare i servizi e gli interventi offerti dal sistema integrato non solo a livello di obiettivi sociosanitari, ma anche per quanto riguarda il lavoro sociale. Pertanto, tra i due SSC, sono stati istituiti i seguenti tavoli tematici istituzionali congiunti, che sono stati convocati in base alle esigenze operative: tavolo minori (affidamento famigliare, semiresidenzialità, adolescenza), famiglia, inclusione sociale (cooperazione sociale, inserimenti lavorativi, SIC, Housing sociale); tavolo semi-residenzialità; tavolo anziani; tavolo progetti innovativi per la disabilità, inserimenti protetti casi complessi (progetto Trivignano Udinese); tavolo inserimento lavorativo (progetto SIC). Nel corso del 2013, inoltre, a seguito di una selezione pubblica, è stato istituito un tavolo di co-progettazione con il privato socialeper la realizzazione del modello di affidamento familiare nel territorio dei due SSC. Si è riscontrato una certa difficoltà nel mappare tutti i soggetti del privato

sociale che usufruiscono di contributi pubblici e nell'avviare nuovi protocolli operativi tra questi e i due SSC.
Al fine del consolidamento della gestione associata, le Linee guida per la predisposizione del Piani di zona prevedevano il rafforzamento dell'Ufficio di direzione e programmazione: quest'azione, dopo un avvio difficoltoso nel corso del 2013 (anno in cui non è stato possibile definire il soggetto incaricato per la realizzazione delle attività previste), ha visto un rafforzamento nel corso del 2014/15 con un costate aggiornamento del profilo di comunità e del nomenclatore, nonché la realizzazione di specifici approfondimenti finalizzati all'analisi dei bisogni della popolazione. Inoltre, sempre al fine di consolidare la *governance* del sistema associato, è stato implementato l'utilizzo del gestionale amministrativo Insoft. A livello generale, inoltre, si evidenzia come il SSC 5.1 avesse già redatto prima dell'avvio dell'attuale tornata pianificatoria un regolamento di accesso agli interventi e servizi.
Nel corso del 2016 le azioni di sistema dell'area sociale vedono la prosecuzione della collaborazione tra i due SSC: inoltre, viene evidenziata la necessità di effettuare un raccordo anche con i SSC e i Distretti sanitari dell'area goriziana, a seguito della costituzione della nuova Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.2 "Bassa Friulana - Isontina".

12. Area pordenonese: SSC 6.1, 6.2, 6.3, 6.4 e 6.5

Per l'area pordenonese, gli obiettivi sociali sono stati l'occasione per i diversi SSC di sviluppare specifiche progettualità a carattere autonomo (e quindi non di area vasta): tuttavia, molti degli obiettivi di sistema sono stati elaborati e condivisi congiuntamente tra i cinque SSC pordenonesi, in particolare per quanto riguarda l'attuazione della *governance* attraverso la Cabina di regia di area vasta (composta dagli Uffici di direzione e programmazione dei SSC, i Direttori dei Distretti, il Coordinatore socio-sanitario dell'AAS 6, i Direttori dei Dipartimenti Salute mentale, Dipendenze e Prevenzione dell'AAS 6, il Direttore sanitario AAS 6) e dal Tavolo provinciale per l'area socio-lavorativa (composto da Provincia di Pordenone, Uffici di direzione e programmazione dei SSC e i Direttori dei Distretti Socio-sanitari, il Coordinatore socio-sanitario dell'AAS 6, i Direttori dei Dipartimenti Salute mentale, Dipendenze e Prevenzione dell'AAS6, il Direttore sanitario ASS 6). In questo scenario comune, inoltre, i diversi SSC hanno valorizzato le proprie peculiarità attraverso tavoli e azioni locali. Di conseguenza il PdZ 2013-2015ha previsto iniziative di rafforzamento degli strumenti gestionali, organizzativi, cognitivi, metodologici, strumentali sia a livello di "area vasta" (ovvero in modo condiviso tra i diversi Ambiti distrettuali della provincia di Pordenone, i distretti dell'AAS 6 e la Provincia) sia a livello locale, promuovendo e valorizzando le risorse del territorio.

SSC 6.1 Sacile

Il SSC 6.1 ha operato nel corso del triennio al fine di sostenere il coinvolgimento della comunità locale nella realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, organizzando incontri sistematici con i tavoli di consultazione e coprogettazione del PdZ:

- nel 2013, sono stati organizzati 2 incontri di concertazione, 5 tavoli anziani (coprogettazione), 5 tavoli disabilità (coprogettazione) e tre incontri nell'area inclusione e partecipazione;
- nel 2014, sono stati convocati tavoli sulle politiche giovanili, sulle politiche familiari ed è stato avviato un tavolo inclusione;
- nel 2015, sono stati realizzati tavoli sull'inclusione sociale, l'educativa per minori, la rete SPRAR, i servizi di trasporti anziani e l'Assistenza domiciliare sociale (anche psichiatrica), che hanno visto la partecipazione del distretto sanitario ovest (AAS 6) e di numerose associazioni.

Nel corso del triennio, come da Atto di indirizzo regionale, il SSC 6.1 ha sottoscritto con soggetti beneficiari che collaborano nel processo del PdZ dei protocolli operativi per l'affidamento dei servizi alla persona: in particolare si fa riferimento all'istruttoria di coprogettazione realizzata con la Caritas e agli accordi operativi con l'Associazione Nuovi vicini Onlus, la coop. Sociale Abitamondo e l'azienda agricola Orto Goloso. I servizi e le progettualità coinvolti in questi percorsi sono stati i seguenti: i servizi di Educativa territoriale (2013), i servizi di trasporti (2013), l'area disabilità e domiciliarità (2014), progetto Small economy (2014) e piano immigrazione (2014).
Per quanto riguarda il consolidamento del sistema associato si evidenziano le seguenti attività:

- è stata approvata la nuova Convenzione del SSC;
- è stata predisposta una bozza relativa al Regolamento per l'accesso dei cittadini ai servizi e alle prestazioni socio assistenziali e per la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi, che verrà ripresa nel corso del 2016;
- è stato incrementato l'utilizzo del sistema informativo Insoft per la gestione amministrativo-contabile.

SSC 6.2 San Vito al Tagliamento

Per quanto riguarda l'obiettivo legato al rafforzamento del coinvolgimento della comunità nella realizzazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali, il SSC 6.2 ha consolidato le numerose collaborazioni con soggetti non istituzionali, che sul territorio risultano particolarmente sensibili nella promozione e nelle attività sociali. Nel corso del 2013 sono proseguiti i tavoli di consultazione (5 tavoli convocati) e per l'intero triennio sono stati mantenuti quelli di coprogettazione. E' stata realizzata annualmente una conferenza di concertazione per la predisposizione dei PAA.
Il consolidamento del sistema associato del SSC 6.2 è avvenuto attraverso il mantenimento del modello organizzativo adottato. Sono state, inoltre, mantenute le consulenze esterne per il supporto alla realizzazione del PdZ e per l'implementazione del sistema informativo con la ditta Insoft. Nel corso del 2014 è stata predisposta la nuova Convezione di delega per la gestione associata. Infine, si evidenzia come il Regolamento di accesso ai servizi e compartecipazione dell'utenza unico per l'Ambito che doveva essere realizzato nel triennio non è stato approvato in attesa dell'avvio delle future UTI.

SSC 6.3 Azzano Decimo

Nel corso del triennio il SSC 6.3 ha mantenuto costantemente viva l'attenzione sull'analisi del contesto locale sia attraverso l'aggiornamento del Profilo di comunità sia attraverso la convocazione dei quattro Tavoli tematici con funzioni di confronto, co-progettazione, verifica e valutazione (Tavoli Anziani -Gruppo Istituzionale, Gruppo contrasto alla solitudine, Gruppo formazione-, Adulti -Gruppo prevenzione, Gruppo contrasto-, Minori e Famiglia, Disabili) anche attraverso la stipula di un protocollo. Inoltre, in tutti e sette i comuni dell'Ambito distrettuale sono stati rafforzati e/o avviati i Tavoli territoriali (Tavoli educativi) con l'intento di favorire in ciascuna realtà territoriale la partecipazione anche di quei soggetti che non intervengono nei Tavoli d'area, ma che sono disponibili a impegnarsi nel contesto dove operano. Inoltre, i soggetti che hanno un rapporto formale con il SSC (affidatari di servizi, accreditati o convenzionati, ecc.) sono stati costantemente monitorati rispetto agli interventi svolti. Nel triennio è stata realizzata una mappatura dei soggetti non istituzionali beneficiari di contributi economici regionali, provinciali e comunali, con l'analisi delle tipologie di contributo e delle attività realizzate.
È stato avviato un percorso finalizzato a migliorare la comunicazione del SSC (newsletter Ambito Vivo, pagina facebook, sito internet e nuove partnership per la diffusione delle informazioni), anche attraverso la redazione periodica di un "Rapporto annuale delle attività del SSC".
Per quanto riguarda l'organizzazione del SSC 6.3, nel corso del 2014 è stata rinnovata la Convenzione ed è stato delineato il nuovo modello organizzativo e funzionale del SSC, che tiene conto dei contenuti assunti dalla delega nei termini di nuovi interventi e servizi erogati. Inoltre, è stata predisposta una scheda di rilevazione delle attività del segretariato sociale (es. dati relativi alla tipologia delle persone che si rivolgono ai Servizi sociali del territorio utile anche al monitoraggio della domanda sociale). Infine, si segnala come la predisposizione del Regolamento unico di ambito distrettuale per l'accesso e la compartecipazione degli utenti sia stata rimandata in attesa dell'avvio delle UTI.

SSC 6.4 Maniago

Il SSC 6.4 ha stimolato la partecipazione dei soggetti che concorrono al sistema integrato degli interventi e dei s-ervizi sociali attraverso i Tavoli di consultazione e i Tavoli di coprogettazione, che sono stati convocati costantemente nel triennio. Nello specifico sono stati avviati tavoli tematici nell'area minori, politiche familiari e inclusione sociale, mentre i tavoli di coprogettazione sono stati realizzati nelle aree disabilità e domiciliarità. È stata effettuata una mappatura dei soggetti beneficiari di contributi regionali, provinciali e locali; con alcuni soggetti sono stati sviluppati dei protocolli operativi relativi ai progetti Small Economy, Piano Immigrazione -Nuovi Vicini e Abitamondo- e con Orto goloso.
Per quanto riguarda il consolidamento della gestione associata dei servizi sociali dei Comuni, nel corso del 2014 sono stati approvati la nuova convenzione d'Ambito ed il regolamento di funzionamento del SSC, dell'assetto organizzativo e del personale. È stata, inoltre, realizzata una

stesura preliminare del *Regolamento per l'accesso dei cittadini ai servizi e alle prestazioni socio assistenziali e per la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi*. Infine, per quanto concerne i servizi informativi è continuata l'implementazione della base dati in CSI ed è stato adottato un nuovo software gestionale per la parte amministrativo-contabile.

SSC 6.5 Pordenone

Al fine di rafforzare la *governance* del sistema integrato degli interventi e servizi sociali, il SSC 6.5 ha avviato e consolidato nel triennio i tavoli di consultazione e coprogettazione locali in raccordo con le diverse macroazioni del PdZ, anche attraverso l'elaborazione di uno specifico regolamento finalizzato a definire le modalità di partecipazione alla costruzione e attuazione del PdZ da parte dei diversi soggetti coinvolti. È stato, inoltre, individuato uno schema di accordo di regolazione dei rapporti pubblico-privato, a livello sia progettuale sia di definizione delle risorse ed è stata svolta attività di promozione di bandi e progetti da realizzare a livello locale(nello specifico sono stati avviati progetti PASS, SPRAR e progetti formativi con il COR). Al fine di migliorare il confronto con i soggetti non istituzionali beneficiati di finanziamenti pubblici è stata effettuata una mappatura, che ha previsto anche una condivisione rispetto alle risorse economico-finanziarie messe in campo: tuttavia, quest'ultima azione nel corso del 2014 è stata sospesa a causa della mancanza da parte del SSC di risorse adeguate per supportarla.
Al fine di migliorare la programmazione e garantire la trasparenza delle attività del PDZ, è stato implementato un sistema informativo che prevede l'aggiornamento periodico del Profilo di comunità, dell'offerta dei servizi ed interventi, del sito web dell'SSC 6.5 e il monitoraggio delle azioni del PdZ.
Il consolidamento della gestione associata del SSC 6.5 si è basato principalmente sulla revisione della Convenzione di Ambito (2013), sull'alimentazione dei sistemi informativi utili alla programmazione e sull'individuazione di un Regolamento unico per l'accesso e la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi. Tuttavia, quest'ultima azione non è stata portata a termine in attesa dell'avvio del nuovo assetto intercomunale. È stato inoltre rafforzato e alimentato il sistema informativo di Ambito, anche attraverso i modelli di rendicontazione (elaborati a livello regionale) e il sistema gestionale locale per il monitoraggio del PDZ.