XI LEGISLATURA

CONSIGLIO REGIONALE DEL LAZIO

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE CONSILIARE

N. 12 del 4 giugno 2018

ADOTTATA DALLA GIUNTA REGIONALE

CON DECISIONE N. 12 DEL 22 MAGGIO 2018

———

"APPROVAZIONE DEL PIANO SOCIALE REGIONALE DENOMINATO «PRENDERSI CURA, UN BENE COMUNE»"

ASSEGNATA ALLA COMMISSIONI: VII, IV, I, II, V, IX e X

ALTRI PARERI RICHIESTI: CAL, Garante dell'Infanzia e dell'Adolescenza e Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà' personale

Oggetto: Proposta di Delibera Consiliare concernente Approvazione del Piano sociale regionale denominato “Prendersi cura, un bene comune”.

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA dell’Assessore alle Politiche Sociali e Welfare;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza e al personale regionale”;

VISTO il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1“Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale” e successive modificazioni;

VISTO il Decreto Legislativo del 31 marzo 1998 n.112 “Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della L. 15 marzo 1997 n.59”;

VISTA la legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;

VISTA la legge regionale 10 agosto 2016, n. 11 “Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio”, e, in particolare, l’art. 46 comma 1, ai sensi del quale la Regione Lazio si dota di un Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, denominato “Piano sociale regionale” integrato con la programmazione in ambito sanitario ed in materia educativa e formativa, del lavoro, culturale, sportiva ed abitativa;

VISTI in particolare, gli artt. 4, 5 e 6 della succitata L.R. 11/2016 concernente gli obiettivi e i principi perseguiti dal sistema integrato e l’accesso allo stesso”;

ATTESO che, in coerenza con le indicazioni contenute nella legge 8 novembre 2000, n. 328, gli obiettivi della programmazione regionale in campo socio-assistenziale tendono a promuovere:

a) la realizzazione di forme associative tra i Comuni a livello distrettuale per la programmazione degli interventi;
b) l’integrazione tra gli interventi socioassistenziali e sociosanitari;
c) la creazione di un sistema a rete dei servizi;
d) la qualificazione degli interventi e dei servizi che devono rispondere in modo adeguato alle esigenze dei cittadini;
e) la ricomposizione dei finanziamenti all’interno dei distretti sociosanitari, allo scopo di ottimizzare la spesa;

VISTI in particolare, gli articoli 4, 5 e 6 della succitata L.R. 11/2016 concernente gli obiettivi e i principi perseguiti dal sistema integrato e l’accesso allo stesso;

VISTO il decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42” e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA la legge regionale 20 novembre 2001, n. 25 “Programmazione, bilancio e contabilità della Regione”;

VISTO il regolamento regionale 9 novembre 2017, n.26, recante: “Regolamento regionale di contabilità”;

VISTA la legge regionale 29 dicembre 2017, n.14, recante. “Autorizzazione all’esercizio provvisorio del bilancio per l’esercizio finanziario 2018”;

VISTO lo schema di bilancio di previsione adottato dalla Giunta, di cui alla proposta di legge regionale dell’11 dicembre 2017, n.409;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 29 dicembre 217, n.940, concernente. “Esercizio provvisorio del bilancio per l’esercizio finanziario 2018. Approvazione del “Documento tecnico di accompagnamento”, ripartito in titoli, tipologie e categorie per le entrate ed in missioni, programmi e macroaggregati per le spese”;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 29 dicembre 2017, n. 941, concernente: “Esercizio provvisorio del bilancio per l’esercizio finanziario 2018. Approvazione del "Bilancio finanziario gestionale", ripartito in capitoli di entrata e di spesa”;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale n.55 del 6 febbraio 2018 con la quale sono assegnati i capitoli di spesa alle strutture regionali competenti, ai sensi dell'articolo 13, comma 5, del r.r. n.26/2017;

VISTA la circolare Prot. N. 32665 del 19/01/2018 del Segretario Generale della Giunta regionale e le altre, eventuali e successive integrazioni, con la quale sono state fornite indicazioni in riferimento alla gestione del bilancio dell’esercizio provvisorio del bilancio per l’esercizio finanziario 2018;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 57 del 14/02/2017 avente ad oggetto “Proposta di Delibera Consiliare concernente Approvazione del Piano sociale regionale denominato "Prendersi cura, un bene comune".”;

VISTA la deliberazione di Giunta regionale 26 aprile 2017, n. 214 concernete “Legge regionale 10 agosto 2016 n. 11, art. 47, comma 2. Approvazione della proposta del Piano sociale regionale denominato “Prendersi cura, un bene comune” e il relativo allegato, facenti parte integrante del presente atto;

CONSIDERATO che, ai sensi dell'articolo 47, comma 3, della citata L.R. n. 11/2016, all'approvazione del Piano sociale regionale provvede il Consiglio regionale, a seguito della deliberazione adottata dalla Giunta regionale;

RICHIAMATA la decisione della Giunta regionale n. 17 del 04/05/2017 con la quale si rimetteva lo schema di Piano regionale per l'approvazione ai sensi di legge dello stesso da parte del Consiglio Regionale;

CONSIDERATO che il Consiglio regionale nel corso della X legislatura non ha provveduto alla sua approvazione;

DECIDE

di sottoporre al Consiglio Regionale la proposta di Piano sociale regionale adottata con D.G.R. n. 214 del 26 aprile 2017

IL CONSIGLIO REGIONALE

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 "Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza e al personale regionale";

VISTO il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1"Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale" e successive modificazioni;

VISTA la legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";

VISTA la legge regionale 10 agosto 2016, n. 11 "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio", e, in particolare, l'art. 46 comma 1, ai sensi del quale la Regione Lazio si dota di un Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, denominato "Piano sociale regionale" integrato con la programmazione in ambito sanitario ed in materia educativa e formativa, del lavoro, culturale, sportiva ed abitativa;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 57 del 14/02/2017 avente ad oggetto "Proposta di Delibera Consiliare concernente Approvazione del Piano sociale regionale denominato "Prendersi cura, un bene comune".";

VISTA la deliberazione di Giunta regionale 26 aprile 2017, n. 214 concernete "Legge regionale 10 agosto 2016 n. 11, art. 47, comma 2. Approvazione della proposta del Piano sociale regionale denominato "Prendersi cura, un bene comune" e il relativo allegato, facenti parte integrante del presente atto;

CONSIDERATO che, ai sensi dell'articolo 47, comma 3, della citata l.r. n. 11/2016, all'approvazione del Piano sociale regionale provvede il Consiglio regionale, a seguito della deliberazione adottata dalla Giunta regionale

DELIBERA

di approvare il Piano sociale regionale denominato "Prendersi cura, un bene comune", facente parte integrante della presente deliberazione.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

PRENDERSI CURA, UN BENE COMUNE

Le parole chiave del Piano sociale

Il Piano sociale triennale della Regione Lazio ha come principio guida quello della **centralità della persona nella comunità;** intorno ad essa devono ruotare politiche, progettualità, servizi e strutture specifiche. In particolare, sono individuabili cinque parole chiave che lo contraddistinguono:

- l'impostazione centrata sui **livelli essenziali delle prestazioni** (al momento non esigibili, ma definiti come obiettivi di servizio), in luogo dell'approccio, ormai obsoleto per quanto radicato, centrato sulle categorie;
- la logica dell'**integrazione**, che va perseguita a diversi livelli: integrazione delle politiche e degli attori (istituzionali e non), dei programmi e dei processi, dei servizi e degli interventi, delle risorse umane, strumentali e finanziarie;
- l'approccio di **prossimità alla persona,** che privilegia interventi domiciliari, centrati su: la permanenza nel proprio contesto di vita, il sostegno all'abitare, l'inclusione nella comunità di appartenenza, la predisposizione di soluzione abitative che riproducano le condizioni di vita familiari;
- l'**innovazione** nei processi partecipativi, nello sviluppo di comunità responsabili e mutualistiche, nel coinvolgimento nella co-progettazione delle organizzazioni di terzo settore e nella valutazione di impatto delle attività, dei progetti e delle politiche;
- un approccio basato **conoscenza** approfondita dei cambiamenti sociali, dell'offerta di strutture e servizi, delle vulnerabilità e delle prese in carico per la programmazione di interventi personalizzati.

Sulla base di una consapevole scelta metodologica, l'indice del Piano segue in modo organico la previsione dei contenuti di cui all'articolo 46 della legge 11/2016. Inoltre è orientato alla **costruzione di processi di programmazione** più efficaci e qualitativi nelle politiche sociali regionali nel loro complesso, piuttosto che essere organizzato per voci di "bisogno" o di "target", al fine di evitare il rischio di politiche programmatorie cosiddette a "canne d'organo".

Sommario

Le parole chiave del Piano sociale 2
Schema del Piano sociale 7
Introduzione 7
Contesto normativo 7
Principi e valori di riferimento 8
Caratterizzazione del Piano 8
A. Obiettivi 11
Obiettivi generali 11
Obiettivi specifici 11
Obiettivo 1: superare la soglia della povertà 11
Obiettivo 2: lavorare insieme 11
Obiettivo 3: non lasciare nessuno solo 12
Obiettivo 4: assicurare servizi di qualità in tutti i territori 12
Obiettivo 5: accedere più facilmente ai servizi sociali e sociosanitari 12
Obiettivo 6: generare autonomia 12
Obiettivo 7: offrire servizi adeguati ai bisogni delle persone 12
Obiettivo 8: conoscere di più per fare meglio 12
B. Stati di bisogno, miglioramento dei servizi e azioni prioritarie 13
Stati di bisogno 13
Miglioramento dei servizi e degli interventi 13
Aree prioritarie di intervento 14
Transizioni tra i servizi 14
Cittadini e cittadine in crescita 15
Giovani risorse 17
Accoglienza e integrazione dei nuovi cittadini e delle nuove cittadine 18
Violenza di genere 21
Principi e valori di riferimento 24
Principi e valori di riferimento 24
Principi e valori di riferimento 24
Principi e valori di riferimento 25
C. Livelli essenziali delle prestazioni 26
Uno sguardo generale 26

Segretariato sociale e Punto Unico di Accesso 29
Indicatori e standard del servizio 31
Servizio sociale professionale 31
Indicatori e standard del servizio 33
Emergenza e pronto intervento sociale 33
Indicatori e standard del servizio 34
Domiciliarità 35
Indicatori e standard del servizio 38
Residenzialità 38
Indicatori e standard del servizio 43
Semiresidenzialità 44
Indicatori e standard del servizio 45
D. Parametri per la valutazione delle condizioni di accesso prioritario 46
E. Modalità di verifica dei risultati 47
Il sistema di monitoraggio regionale: indicatori analitici locali 48
Organizzazione territoriale per gli adempimenti valutativi 48
F. Modalità di erogazione delle prestazioni e condizioni di esigibilità 49
G. Modalità di raccordo fra programmazione regionale e locale 51
Il ciclo programmatorio 51
Il Piano di Zona 53
La programmazione di area vasta 54
Strumenti di raccordo programmatico 55
H. Entità e modalità di finanziamento del sistema integrato 55
Fondo Sociale Regionale 68
Risorse 68
Parametri per la determinazione del sistema tariffario e della compartecipazione degli utenti ai costi delle prestazioni 74
I. Innovazione 75
Co-progettazione 75
Co-housing 77
Valutazione di impatto sociale di processi, servizi e attività 81
Mutualità territoriale per la resilienza sociale 83
L. Fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali 85
M. Coordinamento e integrazione dei servizi 86

Definizione del modello di governance delle politiche sociali regionali.....87
Linee guida per l'integrazione sociosanitaria.....88
Programmazione regionale congiunta tra sociale e sanitario 89
Definizione degli ambiti territoriali, quali ambiti ottimali per la programmazione ed erogazione degli interventi sociali e sanitari.....91
Linee guida ai territori per la programmazione integrata e la ricomposizione delle fonti di finanziamento nel budget di distretto.....92
Creazione di luoghi unici di accoglienza e presa in carico (Segretariato sociale, PUA - Punto Unico di Accesso e Casa della Salute).....94
Valutazione multidimensionale integrata.....99
Progettazione personale e budget di salute 100
Il progetto personale.....101
Sistema informativo e Cartella sociosanitaria.....105
Raccordo con le politiche attive del lavoro, dell'immigrazione, abitative, ambientali, della sicurezza dei cittadini e delle cittadine, culturali, educative, ricreative, sportive e del tempo libero.....108
N. Formazione e aggiornamento degli operatori sociali.....109
O. Osservatorio sociale regionale e Sistema informativo.....110
La fruizione delle informazioni e dei processi conoscitivi nelle comunità territoriali.....111
Verso la multiutility.....111
O.1 Disegno e realizzazione del Sistema informativo dei servizi sociali, a partire dai risultati e dalle criticità delle esperienze pregresse (LR 11/2016, art. 49). 113
Sistema informativo integrato. Supporto decisionale, Cartella sociosanitaria e open data. 113
O.2 Azioni e risorse da attivare nel triennio per l'attivazione e il funzionamento dell'Osservatorio regionale e del Sistema informativo 114
P. Programmazione partecipata e coinvolgimento dei fruitori dei servizi 116
Attuazione del Piano 117
Misure e azioni per l'attuazione del nuovo Piano sociale 118
Cronogramma delle azioni per l'attuazione del Piano sociale regionale 119
Allegato – Profilo sociale del Lazio.....121
La popolazione residente 121
La crescita demografica e le dinamiche naturali.....128
Natalità e mortalità 132

I saldi naturali e migratori 133
Struttura per età della popolazione e indicatori demografici 136
Stato civile 141
La popolazione straniera residente 142
La crescita demografica e le dinamiche naturali 144
Natalità e mortalità 148
I saldi naturali e migratori 149
Struttura per età della popolazione straniera e indicatori demografici 151
Permessi di soggiorno 152
Le famiglie 154
Condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze 155
La spesa media mensile familiare 165
Povertà relativa 167
Il giudizio e la percezione delle famiglie 172
Condizioni abitative 173
Persone con limitazioni funzionali (ex-Disabilità) 174
Vulnerabilità sociale e materiale 176
Livello di istruzione e abbandoni scolastici 186
Cause di morte 189
Persone senza dimora 192

Schema del Piano sociale

Una Regione che si prende cura e protegge

Introduzione

Contesto normativo

La programmazione del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari nel Lazio si inserisce nel contesto normativo che regola il settore a livello regionale e nazionale, tenendo conto del quadro programmatico europeo ed internazionale (Sustainable Developement Goals, definiti nel quadro della 2030 Agenda for Sustainable Developement adottata nel settembre 2015 e operativa dal 2016).

A livello regionale esso è diretta espressione delle disposizioni contenute nella legge regionale 10 agosto 2016, n. 11 (Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio). Si completa, inoltre, con il Piano Operativo Regionale FSE 2014-2020 e con i programmi di intervento per lo sviluppo e l'inclusione sociale emanati recentemente dalla Giunta regionale.

Nella redazione del Piano sociale si fa riferimento alla programmazione dei servizi sanitari, in un'ottica di progressiva integrazione sociosanitaria, di cui è evidente segno anche la recente unificazione delle Direzioni regionali relative alla Sanità e al Sociale. Il Piano si collega, inoltre, alle diverse programmazioni in materia educativa e formativa, del lavoro, culturale, sportiva e abitativa.

A livello nazionale, oltre a tener conto delle norme che stanno innovando l'assetto della governance istituzionale (ad esempio in merito alle Province e alle Città Metropolitane), il Piano si inquadra nel contesto della legge 328/2000 e delle successive leggi sul welfare, alcune delle quali approvate recentemente e ancora in fase di regolamentazione e implementazione (es. legge 141/2015 sull'agricoltura sociale; legge delega 106/2016 di riforma del terzo settore e del servizio civile universale, legge 112/2016 sul cosiddetto "Dopo di noi").

Il Piano regionale è stato redatto in coerenza con gli obiettivi del Programma Operativo Nazionale Inclusione e dei Piani nazionali di intervento per specifici gruppi target (es. Piano di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva, Piano disabilità). Nella predisposizione del Piano si è tenuto conto anche di quanto previsto nel disegno di legge 2494, attualmente in discussione in Parlamento, che prevede non solo l'istituzione di una misura nazionale di contrasto della povertà e dell'esclusione sociale, denominata "Reddito di inclusione", ma anche il rafforzamento del coordinamento degli interventi in materia di servizi sociali, al fine di garantire in tutto il territorio nazionale i livelli essenziali delle prestazioni, come previsto dal dettato costituzionale.

Principi e valori di riferimento

Il Piano sociale fa propri i valori indicati nella legge regionale 11/2016 (in particolare negli artt. 1, 2, 5, 7 e 68), con riferimento ai principi contenuti nella Costituzione italiana e nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, oltre agli impegni contenuti nelle diverse Convenzioni sottoscritte dallo Stato italiano (es. Convenzioni ONU sui diritti del fanciullo, Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, Convenzione di Istanbul, ecc.).

Il Piano punta a garantire a tutti un facile accesso a prestazioni sociali e sociosanitarie di qualità, mediante una solida infrastrutturazione sociale, che superi gli elementi di criticità evidenziati dall'attuale sistema regionale. Esso propone un modello di welfare comunitario, fondato sul principio di sussidiarietà, in cui il prendersi cura è un bene comune, condiviso da tutte le componenti sociali, chiamate ad assumere impegni e iniziative per l'interesse generale della collettività. Il sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali disegnato dal Piano è espressione di un "welfare plurale", centrato sulla collaborazione sinergica tra soggetti diversi, in cui – mentre si riconosce, valorizza e sostiene l'apporto sostanziale della famiglia, della società civile dei corpi intermedi e del terzo settore – risalta anche il ruolo fondamentale delle istituzioni nel garantire i diritti di tutti, in modo equo, assicurando prestazioni qualificate, efficaci e appropriate anche nel rispetto di un "lavoro buono".

Il Piano si sviluppa a partire da una visione che assume come centrale il benessere della persona, sia come singolo individuo sia nelle formazioni in cui si aggrega, in particolare la famiglia e le comunità locali. Questa ottica impone un forte impegno da parte di tutti gli attori sociali per superare la separatezza che in molti casi caratterizza ancora il sistema dei servizi, con linee di intervento "a canne d'organo", che generano inefficienze e ostacolano i percorsi di accesso alle prestazioni. Il Piano si caratterizza perciò per una chiara e decisa volontà di integrazione sociosanitaria, su tutti i livelli (istituzionale, programmatico, operativo, professionale ed economico-finanziario), al fine di rispondere in modo organico alle situazioni multiproblematiche.

La programmazione regionale intende rafforzare inoltre la connessione dei servizi socioassistenziali con la formazione, il lavoro e in generale con il mondo produttivo, in un'ottica di welfare generativo e di empowerment personale e comunitario, in grado di prevenire e contrastare i rischi dell'intrappolamento nella povertà e nei circuiti assistenzialistici. In questo contesto si valorizzano le potenzialità espresse dalla cooperazione sociale e dal welfare aziendale.

Caratterizzazione del Piano

Il Piano si articola secondo lo schema proposto dal comma 2 dell'art. 46 della legge 11/2016. Si propone come uno strumento "asciutto", concreto e operativo. Gli obiettivi da raggiungere e le azioni da realizzare sono quelli

realisticamente ipotizzabili con le risorse disponibili, entro un triennio. Non un "libro dei sogni", quindi, né un semplice e generico elenco di buone intenzioni.

In tutti i casi pertinenti, vengono segnalati indicatori di processo e di risultato osservabili e misurabili, in modo da consentire la verifica dello stato di attuazione del Piano e del grado di raggiungimento degli obiettivi.

In relazione alle diverse tematiche, il Piano individua azioni di tipo regolamentare, amministrativo, programmatorio e operativo, che impegnano la Regione, gli enti locali, altre istituzioni e le organizzazioni del terzo settore.

Il Piano rimanda in taluni casi a misure che saranno adottate dalla Giunta regionale. Il seguente elenco illustra le deliberazioni che saranno predisposte e approvate dalla Giunta nel periodo di attuazione del Piano, in coerenza con il dettato della legge 11/2016:

1. definizione di criteri e modalità per l'erogazione di contributi di assistenza economica e di assegni di cura per persone con disagio economico (art. 25);
2. determinazione dei requisiti e delle modalità per il funzionamento del servizio di assistenza domiciliare e dei programmi di aiuto alla persona (art. 26);
3. individuazione di tipologie di strutture residenziali multiutenza e/o polifunzionali, anche a carattere sperimentale (art. 31);
4. definizione di criteri e modalità per l'accreditamento delle strutture e dei servizi socioassistenziali (art. 32);
5. individuazione dei Distretti sociosanitari, in coerenza con l'articolazione dei Distretti sanitari (art. 43);
6. elaborazione di linee guida per l'organizzazione e il funzionamento dell'Ufficio di Piano; individuazione dei requisiti per la nomina del coordinatore dell'Ufficio di Piano; definizione delle modalità di partecipazione della ASL all'Ufficio di Piano (art. 45);
7. regolamentazione del sistema informativo: tipologia dei dati da acquisire, modalità per la raccolta e l'elaborazione dei dati, risorse da impegnare per la realizzazione delle attività, modalità per la fornitura delle informazioni sui servizi agli utenti (art. 49);
8. elaborazione di linee guida in merito all'organizzazione, alla dotazione organica e alle modalità di finanziamento del Punto Unico di Accesso - PUA (art. 52);
9. approvazione di linee guida per la definizione della metodologia di integrazione sociosanitaria basata su progetti personalizzati sostenuti da budget di salute (art. 53);
10. deliberazione in merito alla costituzione e al funzionamento della Conferenza per la programmazione sociosanitaria regionale; determinazione della costituzione e del funzionamento del gruppo di lavoro per il supporto tecnico alla Conferenza (art. 55);

11. individuazione di modalità e criteri per la valutazione della qualità degli interventi e dei servizi sociali e sociosanitari (art. 61);
12. disciplina dell'organizzazione e del funzionamento dell'Ufficio di tutela e garanzia dei diritti degli utenti (art. 62);
13. definizione della composizione e del funzionamento dell'Osservatorio regionale delle politiche sociali (art. 63).

In via transitoria, fino all'approvazione del Piano sociale da parte del Consiglio regionale, la Giunta adotterà con proprio atto le seguenti misure, così come previsto dall'art. 71 della LR 11/2016:

- determinazione dei criteri di riparto delle risorse finanziarie tra i Distretti;
- definizione di linee guida per i Piani di Zona e l'utilizzo delle relative risorse;
- definizione della quota di risorse da riservare per progetti di interesse regionale.

Completa il presente Schema di Piano l'allegato:

- Profilo sociale del Lazio

A. Obiettivi

Obiettivi generali

Il Piano assume gli obiettivi di benessere elencati nell'art. 4 della legge 11/2016, in coerenza con gli obiettivi nazionali ed europei, per fare del Lazio una "regione che si prende cura e protegge", al fine di:

- rimuovere gli ostacoli relazionali, sociali ed economici che limitano la libertà e l'uguaglianza dei cittadini e delle cittadine e il pieno sviluppo della persona;
- contrastare la solitudine, la povertà, l'esclusione sociale e la disuguaglianza di genere;
- ampliare le protezioni fornite dal sistema dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari per renderlo più adeguato rispetto ai bisogni emergenti e più equo e omogeneo nell'accesso alle prestazioni.

Obiettivi specifici

Il Piano si propone in particolare di raggiungere nel prossimo triennio otto specifici "obiettivi di servizio" per razionalizzare, consolidare e migliorare il sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari in tutto il territorio regionale, in favore delle persone, delle famiglie e dei gruppi a maggior rischio di esclusione sociale.

In questa sezione introduttiva gli obiettivi del Piano sono enunciati in modo necessariamente sintetico. Essi sono sviluppati e dettagliati nei capitoli seguenti, in cui vengono evidenziate in modo puntuale le azioni che saranno messe in campo per il loro raggiungimento e sono esplicitati gli indicatori di processo e di risultato utilizzati per il monitoraggio dello stato di avanzamento e per la valutazione del Piano.

Obiettivo 1: superare la soglia della povertà

Prevenire i rischi di impoverimento e ridurre le conseguenze e la cronicizzazione della povertà, con particolare riferimento alle povertà estreme, alle famiglie con figli di minore età e alle persone con disabilità che necessitano di sostegni intensivi, mediante misure di sostegno al reddito integrate con interventi personalizzati di accompagnamento ed empowerment. Introdurre il reddito di dignità.

Obiettivo 2: lavorare insieme

Aumentare la coesione delle comunità locali, migliorando il clima di fiducia, la collaborazione e il lavoro in rete tra i soggetti che hanno responsabilità socio-assistenziali, compresi i destinatari degli interventi e le loro famiglie, anche attraverso le reti di solidarietà del privato sociale. Promuovere un welfare comunitario caratterizzato da azioni di prevenzione, affermazione dei diritti, progettazione partecipata e sviluppo locale.

Obiettivo 3: non lasciare nessuno solo

Ridurre l'isolamento e la solitudine delle persone a maggior rischio di esclusione sociale, con particolare riferimento alle persone anziane e con disabilità che necessitano di sostegni intensivi, mediante il potenziamento dei servizi e degli interventi di prossimità e il sostegno alle famiglie, ai caregiver e alle reti di solidarietà locali.

Obiettivo 4: assicurare servizi di qualità in tutti i territori

Diminuire le incertezze in merito al diritto alle prestazioni sociali e sociosanitarie, attraverso lo sviluppo e la regolamentazione di un sistema di welfare locale caratterizzato da una solida infrastrutturazione e da una distribuzione razionale ed equa dei servizi e degli interventi essenziali, in modo omogeneo in tutto il territorio laziale, nel rispetto delle peculiarità locali, con personale adeguato e qualificato.

Obiettivo 5: accedere più facilmente ai servizi sociali e sociosanitari

Agevolare i percorsi di accesso ai servizi sociali e sociosanitari per tutta la popolazione, soprattutto per le persone più esposte al rischio di emarginazione sociale, eliminando o riducendo gli ostacoli e le barriere di tipo informativo, culturale e fisico, anche attraverso l'integrazione dei sistemi di welfare e punti unici di ingresso e passaggio tra i diversi servizi.

Obiettivo 6: generare autonomia

Aumentare l'appropriatezza, la qualità e l'efficacia degli interventi, in una logica di welfare generativo, che tiene conto non solo dei bisogni, ma anche delle risorse (attuali e potenziali) dei beneficiari, mediante l'adozione di misure che favoriscono l'autonomia personale, evitando ogni forma di dipendenza assistenzialistica.

Obiettivo 7: offrire servizi adeguati ai bisogni delle persone

Migliorare l'efficienza del sistema, mediante l'adozione di un rigoroso metodo di programmazione e valutazione, con una gestione dei servizi coerente con i bisogni locali e le caratteristiche istituzionali e socio-demografiche che caratterizzano i diversi territori della Regione, nel rispetto del CCNL.

Obiettivo 8: conoscere di più per fare meglio

Incrementare la disponibilità e l'utilizzo di informazioni tempestive e di dati affidabili che consentano una buona programmazione e gestione del sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari, fondate su una migliore conoscenza degli stati di bisogno della popolazione e delle caratteristiche quantitative e qualitative delle risorse e dell'offerta di servizi nei differenti territori.

B. Stati di bisogno, miglioramento dei servizi e azioni prioritarie

Stati di bisogno

I cambiamenti sociali avvenuti nella Regione Lazio, così come nell'intero territorio nazionale, negli ultimi 15 anni sono stati molti.

Il profilo sociale (Allegato A, parte integrante del Piano regionale) descrive nel dettaglio i principali cambiamenti socio-demografici, con particolare attenzione alle condizioni delle persone e delle famiglie, individuando, attraverso l'indice composito di vulnerabilità sociale, una chiave di lettura dei differenti stati di bisogno avvertiti nei Comuni e nei Distretti sociosanitari del territorio regionale. Tale indice è stato utilizzato, insieme all'offerta complessiva dei servizi territoriali, come base per poter sviluppare gli obiettivi e le azioni da perseguire e implementare nel triennio di vigenza del Piano sociale regionale.

Gli interventi per la vita indipendente

Il rafforzamento dell'autonomia personale e la realizzazione della **vita indipendente** devono essere perseguite attraverso la costruzione di un sistema che metta al centro la persona e ne valorizzi e rafforzi le risorse, contrasti l'esclusione e ne favorisca la permanenza nel proprio contesto di vita, evitando situazioni di isolamento ed emarginazione.

Principio ispiratore del Piano sociale della Regione Lazio è l'idea che l'intervento sociale e sociosanitario sia pensato e progettato, in prima battuta e secondo le preferenze della persona, in forma domiciliare, e che l'assistenza residenziale debba essere limitata allo stretto necessario e scelta in alternativa al mantenimento dell'abituale dimora solo qualora siano stati attivati tutti i supporti e i sostegni possibili, in un'ottica comunque riabilitativa.

In questo senso Il Piano prevede:

- il rafforzamento dell'assistenza domiciliare;
- l'attivazione dei servizi previsti nella legge sul dopo di noi;
- il sostegno ai caregiver;
- la facilitazione dell'accesso, in particolare per le persone disabili, ai servizi residenziali e semiresidenziali riabilitativi;
- l'attivazione di servizi per la fruizione delle prestazioni sanitarie da parte di persone con disabilità complessa e non collaboranti.

Miglioramento dei servizi e degli interventi

Oltre ad assicurare i livelli essenziali delle prestazioni, secondo quanto specificato nel capitolo successivo, in coerenza con le indicazioni della LR 11/2016, la Regione emanerà specifici provvedimenti finalizzati a:

- ✓ rivedere le modalità per l'erogazione delle prestazioni di assistenza economica e degli assegni di cura, assicurando la loro integrazione con le misure e gli interventi di accompagnamento e di inclusione sociale e socio-lavorativa (art. 25);
- ✓ fornire linee di indirizzo per l'organizzazione dei servizi ludico-ricreativi e per la vacanza per persone in età evolutiva, anziane e con disabilità (art. 26) e di interventi comunitari, finalizzati alla crescita del senso di appartenenza territoriale e della coesione sociale, alla mediazione dei conflitti, al consolidamento della cultura della legalità e del dialogo sociale (art. 22, comma 3);
- ✓ attivare percorsi per il miglioramento continuo del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari, a partire dalle proposte emerse durante il percorso di ascolto che ha preceduto la redazione dello Schema di Piano.

Aree prioritarie di intervento

Transizioni tra i servizi

Il passaggio tra i diversi servizi per l'abitare basati sull'età anagrafica degli utenti rappresenta un fattore che accresce il rischio di esclusione e/o di istituzionalizzazione o di discontinuità degli interventi del sistema integrato. Se da un lato è necessario confermare le peculiarità di ciascun servizio riguardo a specifiche ed omogenee necessità (personali, educative, relazionali), l'assenza di flessibilità rappresenta una criticità che è necessario affrontare.

Al fine di qualificare la gestione della transizione dai servizi per l'infanzia ai servizi per gli adulti e dai servizi per gli adulti a quelli per gli anziani sarà avviato, con particolare riferimento ai servizi per l'abitare, un processo sperimentale di accompagnamento che:

- ✓ assuma a riferimento il progetto personale di ciascuna persona interessata, redatto su preliminare valutazione multidimensionale;
- ✓ valorizzi la consapevolezza e l'autodeterminazione delle persone verso il vivere da adulti o da anziani;
- ✓ favorisca l'adozione di sostegni e servizi che consentano la maggiore autonomia e libertà di scelta possibili;
- ✓ consenta, anche in presenza di necessità di supporto intensivo, soluzioni abitative e servizi che ripropongano le dinamiche e le dimensioni familiari, contrastando situazioni sanitarie o segreganti;
- ✓ estenda, nel rispetto del principio della continuità delle relazioni e degli affetti, anche in modalità transitoria, la fattispecie delle comunità familiari ad accoglienza mista ai casi in cui le persone adulte con disabilità siano già state ospiti in età minorile;
- ✓ preveda la possibilità di passaggio graduale e accompagnato fra tipologie di strutture, onde rendere meno traumatica possibile tale transizione, con fasi di monitoraggio di eventuali difficoltà o

comportamenti problematici, e la conseguente ridefinizione del progetto personale;

- ✓ colga l'occasione del passaggio dei minorenni alla maggiore età per rivalutare, assieme all'interessato o a chi lo rappresenta, opzioni di vita autonoma, anche in forma di co-housing (cfr. legge 112/2016).

Il potenziamento dei servizi per gli anziani

L'ottica generale del Piano, come detto, è quella di mantenere il più possibile le persone nel proprio contesto di vita, favorendo il mantenimento, in particolare, dell'ambito sociale e di quello affettivo.

In questo senso, grazie all'utilizzo del Fondo Sociale Europeo, saranno potenziati i servizi dedicati alle persone anziane, con particolare attenzione a quelli di semiresidenzialità, quali centri diurni anziani fragili e centri Alzheimer, all'assistenza domiciliare, che sarà ampliata con l'estensione progressiva degli orari e della loro flessibilità quotidiana, e al sostegno per le famiglie ed i singoli che si avvalgono del supporto di assistenti familiari (badanti). Saranno inoltre disciplinate le modalità di riconoscimento e supporto dei caregiver familiari.

Nell'ottica di garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, particolare importanza rivestirà l'integrazione tra prestazioni ospedaliere, di medicina generale, specialistica ambulatoriale e l'assistenza domiciliare e sociale territoriale, al fine di contrastare il ricorso a ricoveri impropri, attraverso percorsi di dimissioni protette e forme di ospedalizzazione a domicilio, e di prevenire l'istituzionalizzazione, assicurando alla persona la permanenza nella propria abitazione.

I centri diurni, in particolare, sempre di più saranno strutture di tipo aperto in grado di fornire prestazioni di socializzazione, di aggregazione, di preservazione della vita sociale, collegati con gli altri servizi e strutture presenti sul territorio, in grado anche di fornire interventi di supporto all'assistenza domiciliare.

Cittadini e cittadine in crescita

Il Piano prevede un forte investimento sui servizi e gli interventi finalizzati ad assicurare le migliori opportunità e i diritti delle persone di minore età. Recuperando lo spirito e le indicazioni operative della legge 285/97, in coerenza con quanto previsto nel IV Piano Nazionale d'azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva, sarà predisposto un *Piano regionale per l'infanzia e l'adolescenza*, da definire in stretta collaborazione con le istituzioni scolastiche, la magistratura e la giustizia minorile, il Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza, i servizi sociali e sociosanitari territoriali, le associazioni, i soggetti di advocacy e altre realtà attive in questo settore.

Sarà dato un forte impulso al contrasto della povertà educativa (anche favorendo la creazione di sinergie tra i progetti che saranno finanziati nell'ambito dei programmi nazionali già operativi) e sarà consolidato il percorso già avviato nell'area *adozione e affidamento familiare*. In particolare, sarà assicurata la

piena funzionalità dei tavoli regionali già istituiti o da istituirsi, al fine di assicurare spazi di confronto periodico tra le realtà attive nel settore, sviluppando politiche organiche, con il coinvolgimento dei servizi territoriali, delle autorità giudiziarie minorili, delle associazioni del settore e dei genitori adottivi e affidatari.

In questo ambito:

- ✓ saranno realizzati specifici percorsi formativi per gli operatori pubblici e del terzo settore, coinvolgendo famiglie e singole persone interessate e disponibili a questo servizio;
- ✓ saranno incentivati su tutto il territorio regionale gli interventi di sostegno ai genitori adottivi, in particolare a quelli che hanno adottato minorenni disabili o di età superiore ai 12 anni;
- ✓ sarà sostenuta e diffusa la pratica degli "affidamenti ponte" dei bambini piccolissimi;
- ✓ saranno fornite direttive in merito ai sostegni economici da garantire agli affidatari, con importi stabiliti in relazione alle condizioni dell'affidato, nonché alle risorse per le coperture assicurative di cui quest'ultimo è destinatario.

Sostenere la genitorialità

Per crescere bene non basta avere due buoni genitori.

È necessario un ambiente di vita che consenta ai genitori di entrare in una relazione di sostegno e di accudimento. L'impegno della Regione Lazio è, in particolare, quello di garantire l'appropriatezza degli allontanamenti familiari, e a tal fine si intende sostenere la famiglia in una logica multidimensionale in cui il focus rimane il mondo dei bambini, dei loro affetti, e le reti sociali in cui vivono.

I centri famiglia e l'implementazione su tutto il territorio di programmi nazionali come P.I.P.P.I (Programma di Intervento Per Prevenire l'Istituzionalizzazione), promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, con il sostegno dell'affido familiare anche in forme e modalità innovative sono strumenti messi in campo insieme a progetti formativi di sostegno ai servizi territoriali. Le adozioni nazionali e internazionali sono molto cambiate per numero di coppie disponibili all'adozione e tipologia di bambini adottabili. Soprattutto la presenza di bambini con bisogni speciali rende indispensabile riorganizzare il servizio dei Gruppi Integrati Lavoro Adozioni e il ruolo degli enti autorizzati, aumentando la possibilità per le famiglie di trovare professionalità specifiche e sostenere particolarmente il nucleo nel periodo del post adozione.

Si considera strategico un centro regionale per le adozioni che possa svolgere un ruolo di coordinamento e di supporto metodologico e di supervisione agli operatori e di sviluppo e analisi della banca dati regionale - ADOTTAMI. Rimane indispensabile la presenza dell'ente autorizzato pubblico per garantire a tutti i cittadini e le cittadine laziali un servizio di informazione e assistenza all'adozione.

Sarà garantita in ogni distretto sociosanitario l'operatività di gruppi integrati di lavoro, costituiti da specifiche professionalità della Asl e dei comuni, finalizzati al coordinamento dell'attività che i servizi sociosanitari devono svolgere, anche su richiesta dell'autorità giudiziaria, a tutela dei diritti dei minori e delle relazioni familiari.

Sarà inoltre affrontato con tutti gli attori interessati il tema dell'accoglienza dei *minorenni stranieri non accompagnati*, al fine di predisporre un sistema integrato, omogeneo e sostenibile di servizi e interventi appropriati, con nuovi standard strutturali e organizzativi per la prima e la seconda accoglienza, che tengano conto della loro particolare situazione, coerenti con le strategie adottate a livello nazionale e comunitario, nel rispetto delle Convenzioni internazionali.

Saranno infine adottate misure per rendere esplicita la peculiarità della condizione dei *nuclei mamma-bambino* in situazioni di rischio di esclusione sociale. Al riguardo, sarà aperto un tavolo di consultazione con le organizzazioni di riferimento, valorizzando le esperienze più innovative ed efficaci, compreso l'istituto dell'affidamento del nucleo familiare presso l'abitazione di famiglie affidatarie (o appartamenti autonomi in prossimità di queste). In questo ambito si lavorerà sia sulla prevenzione dei rischi, sia sui percorsi per l'autonomia, attraverso interventi di conciliazione tra lavoro ed esigenze di cura, nuove soluzioni abitative, servizi di "sostegno leggero" e reti solidali, che possano agire in funzione preventiva o integrativa dell'accoglienza residenziale. Sarà incentivato lo scambio di metodi e strumenti per la progettazione personale che integrino le dimensioni e le aspettative della donna con la condizione e la crescita del bambino. Saranno inoltre riviste le attuali regole sul sistema di accreditamento delle strutture, prevedendo sostegni finanziari coerenti con i costi dei servizi per l'intero nucleo. Nello stesso tempo saranno promossi e organizzati specifici percorsi di aggiornamento e formazione per la crescita di una comunità di pratiche motivata e competente.

Giovani risorse

Il Piano sociale intende investire sulle giovani generazioni. In questo contesto, il sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali affianca ed integra le azioni realizzate nel quadro delle politiche giovanili. La Regione sosterrà la realizzazione di Piani Locali Giovani[1], che rappresentano il processo di concertazione tra più enti, al fine di individuare obiettivi comuni per l'attuazione di politiche orientate allo sviluppo locale e all'aumento della partecipazione dei giovani ai processi decisionali, integrando servizi e iniziative nell'ambito della creatività, dell'innovazione, della formazione, del lavoro, dell'abitare, del credito, del ricambio generazionale nei luoghi decisionali.

In particolare, il Piano sociale svilupperà una serie di misure, articolate sui seguenti assi:

- ✓ promozione dell'autonomia, mediante programmi e interventi finalizzati sia a favorire soluzioni a basso costo per l'abitare (anche per gli studenti universitari fuori sede), comprese modalità innovative di co-housing (v. più avanti), sia l'orientamento e l'inclusione lavorativa, utilizzando al meglio gli strumenti a disposizione, come l'alternanza scuola-lavoro, i programmi "Garanzia Giovani" o "Torno subito", tirocini, borse-lavoro, ecc.;

[1] Rete ITER, I Piani Locali Giovani. Investimento, capitale umano, democrazia. La forma delle nuove politiche giovanili, ANCI - Dipartimento Gioventù della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma 2009

- ✓ sostegno ai percorsi di partecipazione alla vita civica e all'assunzione di responsabilità solidaristiche civiche, compreso lo sviluppo e la valorizzazione delle esperienze del Servizio civile nazionale;
- ✓ implementazione e valorizzazione, all'interno della rete di servizi residenziali, di attività e percorsi di semi-autonomia volti a preparare e formare l'adolescente all'uscita graduale e protetta dalle strutture;
- ✓ sviluppo di percorsi per l'accompagnamento all'autonomia dei neomaggiorenni in uscita da servizi e strutture di tutela e protezione sociale ;
- ✓ attivazione e messa in rete dei programmi e degli interventi finalizzati alla prevenzione e al contrasto della dispersione scolastica e della devianza (dipendenze patologiche, illegalità, comportamenti dannosi alla salute, bullismo);
- ✓ avvio di percorsi per la definizione di requisiti, criteri e idee di sviluppo dei centri interculturali dedicati a bambini e giovani stranieri ed italiani.

Il Servizio civile

Le attività riguardanti il Servizio civile sono cresciute esponenzialmente sotto diversi punti di vista.

Nell'ambito delle attività di promozione e comunicazione si è rilevato un notevole incremento della qualità e della quantità di informazioni sul Servizio civile a partire dalla valorizzazione delle esperienze e delle storie di vita dei giovani, dalla conoscenza dei progetti e del loro impatto sul territorio e da un'azione di trasparenza che coinvolge tutti gli attori e i protagonisti del settore. È fondamentale il ruolo svolto sul territorio dai giovani in Servizio civile per diffondere una cultura della solidarietà, dei diritti, dei doveri e delle responsabilità e, più in generale, della cittadinanza attiva. La promozione dei valori del Servizio e la valorizzazione dell'esperienza maturata dai giovani contribuisce a creare una leadership giovanile capace di affrontare la sfida della costruzione di un nuovo welfare di comunità.

Nell'ambito delle attività di formazione, al fine di garantire la formazione e l'aggiornamento delle figure chiave degli enti di Servizio civile (operatore locale di progetto, formatore, responsabile del Servizio civile, progettista), si è cercato di realizzare una proposta formativa uniforme e di qualità attraverso la valorizzazione dell'esperienza e del ruolo svolto fino ad oggi dai formatori accreditati al livello regionale. Altro obiettivo è stato quello di creare una community di formatori della Regione Lazio, così da promuovere la collaborazione tra i formatori dei diversi enti e garantire percorsi formativi omogenei e di qualità per i volontari.

Nell'ambito delle attività di monitoraggio il fine è verificare i processi di gestione dei progetti e le modalità attraverso cui questi perseguono obiettivi e risultati e, soprattutto, favoriscono la crescita culturale, sociale, civica e professionale dei giovani in servizio. Per garantire il raggiungimento di questi obiettivi è stata implementata una "survey online" che segue periodicamente l'andamento dei progetti. Si è scelto, inoltre, di analizzare l'impatto sociale dei progetti, verificandone la sostenibilità e l'efficacia per il percorso formativo e professionale dei giovani. Coerentemente alle linee guida nazionali, la Regione Lazio sostiene l'implementazione della certificazione delle competenze dei volontari per garantire il riconoscimento delle attività e delle competenze acquisite.

Attualmente, oltre al bando ordinario 2017 e al bando straordinario a favore delle aree e delle popolazioni colpite dal terremoto, è prevista l'apertura di uno sportello in cui la Regione ha un ruolo di indirizzo e di coordinamento per favorire la progettazione, la co-progettazione e l'aggregazione tra gli enti. Quest'esigenza nasce alla luce della nuova normativa che ha istituito il Servizio Civile Universale e per garantire una maggiore integrazione dei progetti di Servizio civile con i programmi regionali, distrettuali e comunali nell'ambito delle politiche sociali.

Infine, si è rilevato un grande incremento nel numero degli enti accreditati all'albo regionale del Servizio civile: nel 2016 pari quasi al 30% (attualmente 321 enti accreditati).

Accoglienza e integrazione dei nuovi cittadini e delle nuove cittadine

La Regione Lazio, con la legge regionale n. 10 del 14 luglio 2008 (Disposizioni per la promozione e la tutela dell'esercizio dei diritti civili e sociali e la piena

uguaglianza dei cittadini stranieri immigrati), ha definito il sistema di governo territoriale per l'accoglienza e l'integrazione sociale dei migranti e determinato le finalità generali verso le quali orientare le proprie politiche. La stessa legge, nel prendere atto del mutato contesto nel quale la migrazione si realizza, nonché della stratificazione della popolazione straniera sul territorio, ha individuato dispositivi di programmazione, regolazione e attuazione degli interventi in favore degli immigrati, che prevedono la valorizzazione di pratiche interistituzionali e di sussidiarietà, in un approccio globale ed integrato al tema.

A favore di richiedenti asilo e titolari di protezione, in particolare, ha previsto il concorso regionale alla tutela del diritto di asilo e il sostegno agli Enti locali e agli altri soggetti, pubblici e privati, che prestano servizi finalizzati all'accoglienza e all'integrazione.

L'integrazione di Rom, Sinti e Caminanti

La Regione Lazio, in attuazione delle indicazioni contenute all'interno della Strategia Nazionale di inclusione dei Rom, Sinti e Caminanti, con delibera del 17 febbraio 2015 n. 63 ha istituito il tavolo regionale. La legge regionale 10 agosto 2016 n. 11 ha inoltre rafforzato la tutela di queste popolazioni.

È stato costruito un percorso di collaborazione tra privato sociale ed istituzioni regionali realizzato con la costituzione di tavoli tematici in merito alle strategie di intervento da attuare per l'inclusione delle popolazioni Rom, Sinti e Caminanti, atte a superare gli ostacoli attraverso azioni di sistema e di indirizzo. Gli incontri sono stati organizzati per esaminare la situazione esistente, le criticità e le buone pratiche, per elaborare proposte di indirizzo relative alle quattro aree di intervento: casa, istruzione, salute e lavoro.

Nell'ottica di un'implementazione delle azioni volte all'integrazione degli attori istituzionali e del privato sociale, dei processi e dei servizi, il percorso partecipativo è stato fondamentale per comprendere la complessità delle situazioni in cui attualmente vivono queste popolazioni e fondamentale per porre in essere l'elaborazione di linee guida territoriali per migliorare la capacità degli enti di realizzare una piena inclusione sociale.

Gli incontri hanno permesso un confronto tra le diverse competenze ed esperienze e tra gli attori istituzionali e sociali, ed un'analisi tra le specifiche peculiarità dei vari territori tenendo presenti i quattro assi della Strategia.

Il lavoro dei tavoli tematici ha dato luogo all'elaborazione di contributi utili per rafforzare una strategia regionale e che periodicamente potranno fornire indicazioni utili per la programmazione regionale finalizzata alla realizzazione di politiche adeguate per lo sviluppo e l'integrazione sociale delle popolazioni Rom Sinti e Caminanti nonché al superamento delle discriminazioni.

In questo ambito, il Piano sociale prevede:

- ✓ un monitoraggio continuo e specifico dei flussi migratori per una migliore e tempestiva conoscenza del fenomeno, anche finalizzata ad una programmazione omogenea degli interventi;

- ✓ il potenziamento dell'accoglienza diffusa e misure di sostegno ai Comuni che garantiscono accoglienza ai richiedenti e ai titolari di protezione internazionale;
- ✓ una migliore integrazione tra il sistema di accoglienza governativo e quello SPRAR;
- ✓ una maggiore fluidità tra le varie fasi del percorso di accoglienza residenziale dei richiedenti e dei titolari di protezione internazionale;
- ✓ la promozione di responsabilità condivise, incentivando la collaborazione intra-istituzionale (sociale, sanitario, educativo, della formazione e del lavoro), inter-istituzionale e delle partnership territoriali;
- ✓ lo sviluppo di "patti" locali necessari per rispondere in modo globale ai bisogni e alla domanda di empowerment e d'integrazione dei beneficiari di protezione, e più in generale delle persone straniere immigrate;
- ✓ una specifica formazione degli operatori pubblici e del privato sociale;
- ✓ un forte impulso all'apprendimento linguistico, all'inserimento socio-lavorativo e alla partecipazione attiva alla vita economica, sociale e culturale, in particolare delle seconde generazioni;
- ✓ la promozione di una cultura aperta alla solidarietà e all'accoglienza, anche mediante azioni di contrasto allo stigma, alle discriminazioni e allo sfruttamento;
- ✓ un confronto permanente attraverso il consolidamento e la piena funzionalità del tavolo tematico avviato.

Tra gli interventi rivolti a fasce fragili o vulnerabili della popolazione beneficiaria di protezione, di particolare rilevanza è quello rivolto alle vittime di tratta, anche minorenni, a scopo di sfruttamento sessuale, di grave sfruttamento lavorativo o di coinvolgimento in attività illegali e nell'accattonaggio.

Le politiche per i rifugiati

La legge regionale del 14 luglio 2008 n. 10 "Disposizioni per la promozione e la tutela dell'esercizio dei diritti civili e sociali e la piena uguaglianza dei cittadini stranieri immigrati" ha definito il sistema di governo territoriale per l'accoglienza e l'integrazione sociale dei migranti e determinato le finalità generali verso le quali orientare le politiche della Regione Lazio.

Il Piano sociale prevede un monitoraggio continuo sui flussi migratori finalizzato ad una programmazione omogenea degli interventi, il sostegno ad incrementare l'accoglienza diffusa e misure di potenziamento dei servizi ai Comuni che la garantiscono.

Il Piano promuove l'attivazione di responsabilità condivise, incentivando la collaborazione intra-istituzionale e lo sviluppo di "patti" locali mirati a rispondere in modo globale ai bisogni, il sostegno alla formazione degli operatori pubblici e del privato sociale, l'apprendimento linguistico ed un confronto permanente attraverso la piena funzionalità del tavolo tematico avviato, nonché la promozione di una cultura aperta alla solidarietà e all'accoglienza, anche mediante azioni di contrasto allo stigma, alle discriminazioni e allo sfruttamento.

Di particolare rilevanza sono le misure rivolte alle vittime di tratta, anche minorenni, a scopo di sfruttamento sessuale e lavorativo o di coinvolgimento in attività illegali.

Violenza di genere

Le Nazioni Unite definiscono la "violenza di genere" come "ogni atto legato alla differenza di sesso che provochi o possa provocare un danno fisico, sessuale, psicologico o una sofferenza della donna, compresa la minaccia di tali atti, la coercizione o l'arbitraria privazione della libertà sia nella vita pubblica che nella vita privata"[2]. Circa il 20-25% delle donne in Europa ha subito atti di violenza fisica almeno una volta nel corso vita adulta e oltre il 10% ha subito violenza sessuale. Il 45% delle donne ha subito qualche forma di violenza; il 12-15% delle donne in Europa è vittima della violenza domestica che, nell'UE, causa ogni giorno la morte di sette donne[3].

La Regione Lazio, nel rispetto della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, adottata ad Istanbul l'11 maggio 2011 e ratificata in Italia il 27 giugno 2013, nel quadro del Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere adottato con DPCM del 7 luglio 2015, riconosce che ogni forma e grado di violenza contro le donne rappresenta una violazione dei diritti umani fondamentali e ostacola il raggiungimento della parità tra i sessi.

Il principale riferimento normativo del Lazio è costituito dalla legge regionale del 19 marzo 2014, n. 4 "Riordino delle disposizioni per contrastare la violenza contro le donne in quanto basata sul genere e per la promozione di una cultura del rispetto dei diritti umani fondamentali e delle differenze tra uomo e donna".

Il tema è ripreso dalla legge regionale 11/2016, che all'art. 15 afferma che "il sistema integrato sostiene la tutela delle persone vittime di violenze sessuali, abusi psicologici, maltrattamenti, sfruttamento e di atti persecutori di cui all'articolo 612 bis del codice penale, anche in ambito familiare o lavorativo, nonché delle donne gestanti o madri in situazione di disagio sociale, attraverso la realizzazione di interventi e servizi di rete in grado di offrire una risposta adeguata e appropriata". La Regione, in attuazione di quanto previsto dalla legge 4 del 2014, ha istituito una "Cabina di regia" (con compiti di coordinamento degli interventi e formulazione di proposte) e l'Osservatorio regionale sulle pari opportunità e la violenza alle donne. La legge 4 prevede inoltre l'elaborazione del Piano triennale contro la violenza. Il Piano sociale ed il Piano contro la violenza dovranno reciprocamente integrarsi, nella considerazione che le politiche di contrasto e prevenzione della violenza di genere non ricadono esclusivamente nell'ambito sociale.

Nel corso del 2016 la Giunta regionale ha adottato diverse misure, tra cui la Deliberazione n. 614 del 18 ottobre 2016, con cui ha approvato specifiche linee guida per l'offerta di servizi uniformi su tutto il territorio regionale, nonché i requisiti minimi strutturali e organizzativi dei centri antiviolenza, delle case rifugio e delle case di semi-autonomia. Il Piano sociale intende sostenere e consolidare il processo avviato con la legge regionale 4/2014, organizzando gli interventi su tre linee programmatiche.

[2] Dichiarazione in occasione della Conferenza Mondiale sui diritti umani, tenutasi a Vienna nel 1993.

[3] Fonte: Commissione europea, 31 gennaio 2014.

Il contrasto e la prevenzione della violenza di genere

La Regione Lazio, in attuazione di quanto previsto dalla legge regionale n. 4 del 19 marzo 2014 "Riordino delle disposizioni per contrastare la violenza contro le donne in quanto basata sul genere e per la promozione di una cultura del rispetto dei diritti umani fondamentali e delle differenze tra uomo e donna", ha istituito una "Cabina di regia" con compiti di coordinamento degli interventi e formulazione di proposte e l'Osservatorio regionale sulle pari opportunità e la violenza alle donne. La legge prevede inoltre l'elaborazione del Piano triennale contro la violenza, che, integrandosi vicendevolmente con il Piano sociale, strutturerà a 360 gradi le politiche di contrasto e prevenzione.

Il tema della violenza di genere è ripreso dall'art. 15 della legge regionale 11/2016.

Nel corso del 2016 la Giunta regionale ha inoltre adottato diverse misure, tra cui la Deliberazione n. 614 del 18 ottobre 2016, con la quale ha approvato specifiche linee guida per l'offerta di servizi, uniformi su tutto il territorio regionale, da parte delle strutture preposte al contrasto della violenza di genere, nonché i requisiti minimi strutturali e organizzativi dei Centri antiviolenza, delle Case rifugio e delle Case di semi-autonomia.

Il Piano sociale intende sostenere e consolidare il processo avviato, organizzando gli interventi su alcune linee programmatiche volte al rafforzamento della governance, incentivando il lavoro di rete con tutti gli attori, favorendo l'inserimento dei servizi di contrasto alla violenza di genere nella programmazione sociosanitaria locale. Il Piano sociale si propone di promuovere azioni volte all'aumento della qualità degli interventi monitorando l'applicazione delle linee di indirizzo sui requisiti riguardanti i servizi e rafforzando la formazione e l'aggiornamento del personale che opera nei servizi e negli enti pubblici e privati dedicati a questo settore. Infine, intende offrire un sostegno alla prevenzione incentivando i programmi di intervento finalizzati alla promozione di una cultura del rispetto dei diritti e delle differenze di genere, aumentando il sostegno alle reti e promuovendo iniziative di informazione, sensibilizzazione ed educazione.

Infrastrutturazione e governance del sistema

- aumento e diffusione omogenea di centri, servizi e strutture specializzate su tutto il territorio regionale, tenendo conto dei differenti fabbisogni;
- incentivazione del lavoro in rete con tutti gli attori che intervengono in questo campo, favorendo il pieno inserimento dei servizi di contrasto della violenza di genere nella programmazione sociosanitaria locale in coerenza con la programmazione regionale, così come previsto dalla legge n. 4 del 2014;
- promozione della collaborazione intra e inter istituzionale nei processi di programmazione, realizzazione e valutazione dei servizi, anche attraverso l'azione della "Cabina di regia";
- raccolta e analisi sistematica di dati sui fenomeni collegati con la violenza di genere, con il supporto dell'Osservatorio regionale.

Qualità e appropriatezza degli interventi

- monitoraggio dei processi di attuazione delle linee di indirizzo emanate con DGR n. 614 del 18 ottobre 2016, con cui sono state definite modalità omogenee di funzionamento delle strutture che erogano servizi per donne che hanno subito violenza e i/le loro figli/e, al fine di garantire standard qualificati nella presa in carico delle vittime di violenza in tutto il territorio regionale;
- avvio e realizzazione di un percorso di formazione e aggiornamento del personale che opera nei servizi e nelle strutture pubbliche e private attive in questo settore, in collaborazione con gli Ordini e le associazioni professionali, le Università e i Centri specializzati per la formazione;

- promozione e sostegno ad innovazioni di processo finalizzate all'identificazione e alla presa in carico tempestiva di situazioni a rischio, evitando l'aggravamento di condizioni che potrebbero evolvere negativamente;
- sostegno ad interventi, anche sperimentali, finalizzati alla realizzazione di programmi rivolti al recupero dei responsabili di maltrattamento.

Prevenzione

- incentivazione di programmi di intervento finalizzati alla promozione di una cultura del rispetto dei diritti e delle differenze di genere, contrastando ogni ideologia basata su relazioni di prevaricazione, che legittima la violenza maschile nelle relazioni intime, nell'ambito familiare, lavorativo e sociale;
- sostegno alle organizzazioni e alle reti territoriali che operano nel campo della prevenzione e del contrasto della violenza nei confronti delle donne, anche attraverso forme di auto e mutuo aiuto;
- promozione di iniziative di informazione, sensibilizzazione ed educazione, da attuarsi a livello regionale e locale, anche con il concorso delle istituzioni scolastiche e dei mezzi di comunicazione.

Il reinserimento dei detenuti

L'art.27 della Costituzione Italiana sancisce il principio secondo il quale "*le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato*". La Regione Lazio, nell'ambito delle proprie competenze, promuove il miglioramento della condizione carceraria con l'obiettivo di:

1. sostenere un sistema attivo di opportunità trattamentali che consentano di garantire alla persona privata della libertà migliori prospettive per il futuro;
2. favorire il ricorso a misure alternative alla detenzione, potenziando il sistema integrato di rete sociale regionale;
3. migliorare la qualità del trattamento intramurario, cofinanziando attività in coordinamento con l'amministrazione penitenziaria.

L'art. 15 dell'Ordinamento Penitenziario, adottato con la legge 354/1975 (norme che regolano l'esecuzione della pena detentiva e quindi della riforma penitenziaria), attribuisce al lavoro un ruolo centrale nel processo rieducativo e di risocializzazione del condannato, rappresentando uno strumento indispensabile ai fini rieducativi e del reinserimento socio-lavorativo. Infatti, a partire dalla L.193/2000 "*Norme per favorire l'attività lavorativa dei detenuti*", sono introdotti nell'Ordinamento strumenti e azioni per favorire la creazione e la gestione del lavoro di persone in esecuzione penale, dentro e fuori dal carcere. Si evidenzia la comune volontà di collaborazione della Regione Lazio (Direzioni Salute e Politiche Sociali, Lavoro, Formazione) e del Ministero della Giustizia (Prap, UEPE, Giustizia Minorile), sancita da ultimo, nel maggio 2014, da un protocollo d'intesa tra le due amministrazioni, finalizzato ad attuare azioni a sostegno di programmi di reinserimento di persone in esecuzione di pena. In sintesi, sono previste le seguenti azioni:

- informazione, orientamento, counseling e bilancio di competenze ed abilità, accompagnamento in forma individuale e/o di gruppo per favorire l'accesso alle varie opportunità e costruire percorsi adeguati alle specifiche esigenze;
- formazione per l'acquisizione di competenze di base, trasversali e/o tecnico-professionali, anche per il conseguimento di qualifiche professionali;
- tirocini formativi ai sensi della DGR 511/2013 con indennità di partecipazione mensile;
- attività laboratoriali all'interno degli istituti penitenziari con indennità di frequenza;
- attività di sensibilizzazione del contesto economico sociale per il potenziamento delle opportunità occupazionali e dell'incontro domanda-offerta di lavoro
- attività di sostegno della rete familiare ed amicale.

Terzo settore e impresa sociale

Negli ultimi anni si è sempre più affermato quello che viene definito terzo settore, termine che racchiude il variegato mondo associativo e della cooperazione; in particolare, con il riconoscimento di uno status sociale ed economico, avvenuto negli anni '80, di ambito diverso dallo Stato e dell'Industria, si è sempre più consolidato il ruolo di snodo fra cittadinanza organizzata, anche in forma di impresa sociale, ed Istituzioni, soprattutto a livello locale.

Non a caso la nuova legge 6 giugno 2016, n. 106 "Delega al Governo per la riforma del terzo settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del servizio civile universale" ribadisce il ruolo centrale e specifico del terzo settore anche in relazione al sistema integrato di interventi e servizi socio assistenziali. L'art. 4 comma 1 lettera o) recita testualmente:
"o) valorizzare il ruolo degli enti nella fase di programmazione, a livello territoriale, relativa anche al sistema integrato di interventi e servizi socio-assistenziali nonché di tutela e valorizzazione del patrimonio culturale, paesaggistico e ambientale e individuare criteri e modalità per l'affidamento agli enti dei servizi d'interesse generale, improntati al rispetto di standard di qualità e impatto sociale del servizio, obiettività, trasparenza e semplificazione e nel rispetto della disciplina europea e nazionale in materia di affidamento dei servizi di interesse generale, nonché criteri e modalità per la verifica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni;"

Si tratta dell'esplicitazione del compito di valorizzazione del ruolo del terzo settore che spetta agli enti pubblici, anche alla luce della ventennale esperienza maturata a seguito dell'approvazione della legge 328/2000, che dedica al rapporto tra sistema di servizi e enti del terzo settore la massima attenzione. L'art. 1 comma 4 recita testualmente:
"*4. Gli enti locali, le regioni e lo Stato, nell'ambito delle rispettive competenze, riconoscono e agevolano il ruolo degli organismi non lucrativi di utilità sociale, degli organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, degli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese operanti nel settore nella programmazione, nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.*"

La stessa legge presenta uno specifico articolo sul terzo settore, l'art. Art. 5. *(Ruolo del terzo settore) che prevede, tra l'altro, l'*atto di indirizzo e coordinamento del Governo. Il suddetto Decreto, D.P.C.M. 30 marzo 2001, introduce, tra le altre cose, sia le modalità di affidamento della gestione dei servizi che quelle per le Istruttorie pubbliche per la co-progettazione con i soggetti del terzo settore.

La nuova legge regionale 10 agosto 2016 n° 11 recepisce, aggiorna e sistematizza le modalità di valorizzazione e di relazione tra gli enti pubblici ed il terzo settore. In particolare al Capo IV "Soggetti del sistema integrato", l'articolo 39 è specificamente dedicato al terzo settore; al comma 1 recita:
"*1. Nel rispetto del principio di sussidiarietà, la Regione e gli enti locali riconoscono e agevolano il ruolo degli enti del terzo settore e promuovono la partecipazione attiva degli stessi nelle fasi di programmazione, progettazione e realizzazione concertata del sistema integrato*". Il Comma 2 è la lista dettagliata di tutti gli enti del terzo settore, a legislazione vigente.

Da segnalare l'art. 5 comma 2 che alla lettera f) impegna la Regione ad attivare procedure partecipative dei cittadini e delle organizzazioni sociali ai processi di programmazione e co-progettazione degli interventi e dei servizi, concertazione con le organizzazioni sindacali. Sul percorso di co-progettazione La Regione Lazio ha stilato delle linee guida "Dal partenariato pubblico/privato alla co-progettazione per un nuovo welfare generativo e di comunità" che rappresentano un percorso nuovo di relazione tra i sistemi pubblici e le organizzazioni del terzo settore sulla base di responsabilità e ruoli definiti.

Salute mentale

Progetti per l'autonomia, gruppi appartamento, progetti di supporto all'abitare, progetti finalizzati all'inclusione e all'inserimento socio-lavorativo

Il lavoro e la vita indipendente sono universalmente considerati obiettivi fondamentali della riabilitazione psichiatrica, nonché aspetti determinanti dell'inclusione sociale. Negli ultimi dieci anni nei Dipartimenti di Salute Mentale del Lazio sono state implementate pratiche innovative nell'area della residenzialità psichiatrica. Tali pratiche sono coerenti con i più recenti indirizzi internazionali (ONU, OMS, Unione Europea) e nazionali (Progetti Obiettivo e, più recentemente, il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale 2013-2020), che raccomandano la valorizzazione della partecipazione attiva di utenti e familiari nei progetti terapeutici e riabilitativi riguardanti le persone con disturbi mentali gravi.

In alternativa alla residenzialità istituzionale, basata su un continuum di soluzioni residenziali che, come risulta dall'esperienza e dalla letteratura, tendono a rigenerare forme di neo-istituzionalizzazione, allontanamento dalle comunità di appartenenza e dipendenza istituzionale a lungo termine, sono state realizzate soluzioni di vita indipendente con adeguato supporto domiciliare e reperibilità sulle 24 ore dei servizi di salute mentale.

I progetti vengono formulati andando incontro fin dall'inizio alle preferenze degli utenti per ciò che riguarda la collocazione, gli arredi, i conviventi, le modalità di assistenza, in sinergia con i diversi stakeholder coinvolti (familiari, amministratori di sostegno, servizi sociali).

Si è constatato ben presto come in tal modo vengano attivate le "parti sane" del paziente (esercizio dell'autodeterminazione, responsabilizzazione), poiché le risposte ai bisogni degli utenti per come essi li esprimono vengono fornite attraverso una rete di collaborazione in cui ciascun attore può attivare le proprie competenze verso una finalità comune, il benessere e la soddisfazione delle persone a cui gli interventi sono diretti. La risposta appropriata ai bisogni reali ha favorito l'interruzione dei circuiti di revolving door, abbattendo i ricoveri. La stabilità residenziale, nel lungo periodo, risulta essere infatti di circa il 95%.

L'"architettura istituzionale" che sorregge la continuità dei progetti è necessariamente flessibile e variabile, poiché si tende ad utilizzare il potenziale che ciascuna situazione può offrire (se riconosciuta e valorizzata), anziché applicare un modello standardizzato e impersonale. In alcuni casi, ad esempio, l'utente stesso è titolare del canone di locazione; in altri, temporaneamente, interviene una onlus di cui familiari e utenti sono membri.

La rete assistenziale è garantita dai servizi di salute mentale, in costante coordinamento con i servizi sociali, i familiari e associazioni di volontariato, e quotidianamente gli utenti sono in contatto con essa.

La Regione Lazio, consapevole dell'importanza di questo rinnovamento, ha posto tra gli obiettivi dei piani operativi 2016-2018 la regolamentazione degli standard per i progetti per l'autonomia degli utenti (gruppi appartamento, progetti di supporto all'abitare, progetti finalizzati all'inclusione e all'inserimento socio-lavorativo e ha, altresì, costituito con determina n. G13954[1] del 25 novembre 2016 un apposito gruppo. L'obiettivo è di includere la disabilità derivante da disturbi psichiatrici nel piano sociale regionale alla stregue di quanto stabilito dal piano di azioni nazionale per la salute mentale che richiama tra l'altro la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità delle nazioni unite[2].

[1] Istituzione del gruppo di lavoro per la definizione e regolamentazione degli standard per i progetti per l'autonomia degli utenti (sostegno abitativo, gruppi appartamento, progetti di supporto all'abitare, progetti finalizzati all'inclusione e all'inserimento socio-lavorativo).
[2] Convention on the Rights of Persons with Disabilities (in sigla CRPD).

C. Livelli essenziali delle prestazioni

Uno sguardo generale

La questione dei livelli essenziali delle prestazioni [1] sociali (LEPS) è da anni al centro dell'attenzione dei decisori e degli operatori sociali. In un contesto di progressivo (ancorché incerto) decentramento regionale delle responsabilità nel settore dell'assistenza, la determinazione dei LEPS rimane praticamente l'unica garanzia normativa per un sistema di servizi sociali in grado di assicurare in tutto il territorio nazionale pari opportunità e non discriminazione nell'accesso alle prestazioni sociali.

Riguardo ai Leps, si sono consolidate due interpretazioni di fondo: per alcuni autori i LEPS devono essere intesi (solo) come standard quantitativi e qualitativi obbligatori, quale condizione strutturale per assicurare una omogenea offerta di servizi in tutto il territorio nazionale; per altri invece essi si qualificano più propriamente come "diritti soggettivi", e quindi esigibili nei confronti della Pubblica Amministrazione, per determinate prestazioni sociali, al verificarsi di specifiche situazioni di bisogno.

In realtà le due accezioni sono intimamente connesse. Il loro rapporto si può cogliere facilmente se si considera la determinazione operativa dei LEPS come un atto complesso di tipo processuale, che comprende diversi passaggi:

1. l'indicazione di quali diritti è necessario tutelare ai sensi del dettato costituzionale, nonché dei soggetti titolari di tali diritti [2];
2. la descrizione delle condizioni che richiedono l'erogazione di specifiche prestazioni, finalizzate alla rimozione o riduzione degli ostacoli che impediscono l'esercizio di fondamentali diritti sociali, nonché la precisazione dei soggetti accreditati a certificare lo stato di bisogno che attiva l'obbligo di erogare le prestazioni previste dalla legge;
3. la specificazione quantitativa e qualitativa (livelli) delle prestazioni essenziali da garantire ai soggetti titolari dei diritti, in quanto sostanzialmente relazionate con tali diritti;
4. la determinazione degli standard dei servizi (in termini di risorse umane e strumentali, di organizzazione, di distribuzione territoriale, ecc.) che devono essere assicurati dalla pubblica amministrazione (direttamente o indirettamente) per la fornitura delle prestazioni;
5. la previsione dei costi di tali servizi e delle risorse finanziarie necessarie per il loro funzionamento (con l'eventuale riparto degli oneri tra diversi soggetti, compresi eventualmente i beneficiari stessi);
6. la determinazione delle procedure che possono essere attivate dagli aventi diritto per rendere esigibili tali prestazioni;
7. l'indicazione delle responsabilità dei diversi livelli di governo per l'attuazione dei servizi e delle prestazioni da erogare, compresa la possibilità di intervento sussidiario e sostitutivo.

Come è noto, il tema dei livelli essenziali delle prestazioni sociali ha trovato una sua prima sistemazione normativa nell'articolo 22 della legge quadro 328/2000. Il comma 2 di questo articolo elenca nove interventi definiti come "livello essenziale delle prestazioni sociali", senza però alcuna specificazione quantitativa o qualitativa. L'unica determinazione operativa è quella contenuta nel comma 4 dello stesso articolo, che elenca cinque tipologie di servizi (chiamati qui "prestazioni") che devono essere comunque erogati in ogni ambito territoriale corrispondente al Distretto sanitario [3].

La riforma del Titolo V della Costituzione, a meno di un anno di distanza dall'approvazione della legge 328, sancisce la competenza legislativa esclusiva delle Regioni nel settore dei servizi sociali, affidando però allo Stato in via esclusiva la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" (art. 117, comma 2, lettera m).

Il concetto dei livelli essenziali ha così acquisito un valore costituzionale, che si configura in relazione all'esercizio dei diritti che, in quanto tali, devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, sulla base del principio di uguaglianza, senza vincoli precostituiti. L'autonomia legislativa delle Regioni nel settore dei servizi sociali trova qui un limite invalicabile, reso evidente anche dal nuovo articolo 120 della Costituzione, che prevede che il Governo nazionale possa sostituirsi agli altri organi istituzionali quando lo richieda "la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali".

Dopo 15 anni dalla riforma del Titolo V della Costituzione, il Parlamento non ha però ancora approvato la legge che determina i LEPS, né ha avviato un processo legislativo in questo senso.

È da osservare però che il disegno di legge 2494, attualmente in discussione al Parlamento, prevede che l'introduzione di una misura nazionale di contrasto della povertà e dell'esclusione sociale, denominata reddito di inclusione, sia "individuata come livello essenziale delle prestazioni da garantire uniformemente in tutto il territorio nazionale" (art. 1, comma a).

Nelle more della completa attuazione del dettato costituzionale, le Regioni sono comunque chiamate ad esercitare una propria specifica responsabilità in questo campo [4].

La legge regionale del Lazio 11/2016 ha raccolto questa opportunità. Il comma 2 dell'art. 22 elenca le seguenti sette tipologie di servizi, indicate come livelli essenziali:

1. Servizio di Segretariato sociale per favorire l'accesso ai servizi, mediante l'informazione e la consulenza ai cittadini;
2. Servizio sociale professionale;
3. Punto Unico di Accesso, garantito in ogni Distretto sociosanitario;
4. Pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza;

5. Servizio di assistenza domiciliare per soggetti e nuclei familiari con fragilità sociali e con le prestazioni di cura sociali e sanitarie integrate;
6. Strutture residenziali e centri di accoglienza;
7. Strutture semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali o diurni a carattere comunitario.

In questo capitolo si riprende ciascuna delle tipologie di servizi indicate sopra, specificando per ognuna di esse le modalità con cui la Regione e gli enti locali garantiranno l'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali nel prossimo triennio.

Gli obiettivi di servizio di seguito indicati saranno progressivamente validati, entro il prossimo triennio, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, mediante un confronto costruttivo con tutti gli attori sociali interessati, sulla base dei dati che saranno resi disponibili dal Sistema informativo sociale e dall'Osservatorio regionale delle politiche sociali, con riferimento agli stati di bisogno della popolazione, all'offerta dei servizi presenti sul territorio e alle risorse disponibili per il raggiungimento delle mete che saranno programmate nel successivo Piano sociale. Al fine di migliorare la misurabilità degli obiettivi programmati, laddove ancora non siano stati individuati verranno progressivamente definiti indicatori numerici per tutti i servizi.

---

[1] In letteratura si interpreta il termine "prestazione" non come singola azione, ma come un intervento organico multidimensionale, atto a prevenire, eliminare o ridurre il bisogno sociale e/o le sue conseguenze. Il termine comprende dunque erogazioni monetarie e/o in natura, servizi alla persona e al nucleo familiare, "mix" di erogazioni monetarie e di interventi, ecc.

[2] È necessario distinguere tra diritto "soggettivo" e "individuale". È infatti acquisita (anche se solo recentemente) l'attribuzione del "diritto soggettivo" anche a soggetti collettivi (come ad esempio uno specifico nucleo familiare).

[3] "… le leggi regionali, secondo i modelli organizzativi adottati, prevedono per ogni ambito territoriale (…), comunque l'erogazione delle seguenti prestazioni: a) servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari; b) servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari; c) assistenza domiciliare; d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali; e) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario".

[4] Cfr. art. 2 comma 2 della legge 328/00: "I soggetti di cui all'articolo 1, comma 3 [Enti locali, Regioni e Stato], sono tenuti a realizzare il sistema di cui alla presente legge che garantisce i livelli essenziali di prestazioni, ai sensi dell'articolo 22".

Segretariato sociale e Punto Unico di Accesso

Obiettivo del Piano sociale regionale è di assicurare, nell'arco del triennio considerato, a tutti i cittadini e le cittadine della Regione:

- il diritto all'accesso alla rete dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari;
- il diritto all'informazione e alla presa in carico;
- il diritto al progetto personale e alla conseguente definizione del budget di salute.

Per il perseguimento di tale obiettivo è essenziale:

1. La definizione di un sistema unificato di accesso ai servizi e agli interventi, che preveda criteri e modalità comuni. Ciò richiede in particolare:
   - la connessione logistico-operativa tra il Segretariato sociale comunale e il Punto Unico di Accesso distrettuale, al fine di assicurare alle persone un'adeguata informazione, orientamento e accompagnamento ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari del territorio, anche attraverso lo svolgimento competente di funzioni di pre-valutazione e l'eventuale attivazione dell'unità di valutazione multidisciplinare;
   - la predisposizione di percorsi integrati e unificati per usufruire dei vari servizi di rete, anche tramite la definizione condivisa di procedure specifiche;
   - la costituzione di unità professionali integrate tra Comuni e ASL, per la definizione dei progetti personali a partire dalla valutazione multidimensionale della situazione personale e ambientale di chi accede al sistema integrato. Tali strutture operano su base distrettuale e assumono i caratteri di una equipe multiprofessionale, la cui composizione può variare in ragione delle competenze professionali richieste dalle specifiche condizioni della persona e/o della famiglia. Le funzioni di valutazione e di progettazione svolte dall'equipe vengono esercitate avvalendosi di strumenti di valutazione multimodale periodicamente rivisti e corretti in rapporto all'evoluzione scientifica delle metodologie valutative e dell'esperienza maturata a seguito della loro applicazione.
2. La strutturazione del processo che, garantendo modalità di scambio di informazioni tra servizi anche attraverso lo strumento della Cartella sociosanitaria, renda più facilmente realizzabile l'integrazione, assicuri la continuità assistenziale e permetta di adeguare nel tempo il progetto personale.
3. La ri-programmazione periodica (annuale e pluriennale) sociale, sanitaria e sociosanitaria. Ciò comporta la predisposizione di un Sistema informativo che offra a tutti gli attori della rete, che concorrono alle decisioni, un quadro conoscitivo organico e sistematico. Il funzionamento e la manutenzione della rete richiede una precisa responsabilità tecnica

di gestione, identificabile in una struttura integrata (l'Ufficio sociosanitario, come descritto nel successivo capitolo M), unitariamente individuata da Comuni e ASL, capace di monitorare e stimolare tutti i processi operativi.

La costituzione di equipe multiprofessionali a livello distrettuale e l'erogazione congiunta di prestazioni sociali, sanitarie e sociosanitarie favoriscono condizioni operative unitarie fra figure professionali diverse (sanitarie e sociali).

Tale integrazione, di natura professionale, garantisce il massimo di efficacia nell'affrontare i bisogni complessi che richiedono la predisposizione di una risposta altrettanto complessa, frutto di un processo che si compone di tre fasi fondamentali:

- la valutazione multidimensionale;
- la progettazione personale;
- il monitoraggio e la valutazione dei risultati.

La realizzazione dell'integrazione professionale richiede tre condizioni di supporto:

1. La partecipazione delle figure professionali alla definizione delle linee programmatiche e organizzative dei servizi, in relazione alle specifiche competenze e in funzione della realizzazione di processi di intervento congiunti, coerenti e qualificati, che consentano la gestione condivisa delle responsabilità.
2. La predisposizione di un Sistema informativo per la raccolta dei dati, indispensabile a livello micro per la predisposizione e il monitoraggio del progetto personale, e a livello macro per la programmazione e valutazione del sistema integrato territoriale.
3. La previsione di percorsi formativi comuni, cui partecipino operatori sociali e sanitari, appartenenti sia ai servizi degli enti locali che a quelli della ASL, ma aperti anche ad altri soggetti, sia pubblici che privati, profit e non profit. L'obiettivo è di garantire il coinvolgimento di tutte le componenti della governance locale, allo scopo di potenziare le funzioni di programmazione, gestione e valutazione del sistema delle prestazioni, e di favorire lo sviluppo dell'integrazione a livello locale. Il confronto fra esperienze, culture, riferimenti teorici e operativi è, infatti, condizione indispensabile per la definizione di linguaggi, metodi e strumenti condivisi.

Indicatori e standard del servizio

Servizio	LR 11/16	Standard quantitativi	Indicatori qualitativi
Sistema unificato di accesso: Segretariato sociale e PUA	Artt. 23, 52 e 53	Garantire in ogni Distretto sociosanitario: ● 1 Ufficio sociosanitario quale strumento di integrazione tra l'Ufficio di Piano e l'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD); ● 1 Casa della Salute che integri le funzioni del Segretariato sociale e del PUA; ● 1 Unità di Valutazione Multidimensionale, composta da personale sanitario della ASL e personale sociale dei Comuni singoli o associati.	● Accessibilità; ● fruibilità; ● continuità e flessibilità oraria; ● professionalità impegnate; ● formazione congiunta; ● procedure e strumenti condivisi; ● integrazione sociosanitaria; ● coordinamento con gli altri servizi territoriali, pubblici o privati; ● tempistica certa tra il riconoscimento del diritto e l'attuazione del progetto personale (erogazione delle prestazioni).

Servizio sociale professionale

Il lavoro sociale è stato organizzato, nel tempo, prevalentemente in base al criterio dei "gruppi target". Ciò ha prodotto, in linea di tendenza, una progressiva specializzazione degli operatori e un miglioramento delle capacità di risposta in relazione alle diverse aree di intervento. Ma tale impostazione ha prodotto anche, come conseguenza, la categorizzazione dei bisogni e il rischio di classificare le persone in base ad una loro caratteristica o condizione.

La semplificazione che ne è derivata ha portato benefici in termini tecnico-amministrativi, ma è risultata fortemente in contrasto con l'esperienza soggettiva della singola persona, che si sviluppa nella sua unitarietà in un determinato contesto di vita e non può essere spacchettata per competenze. Inoltre ha reso sempre più complicato per il sistema di welfare fornire alle persone una risposta integrata e continuativa.

In futuro è quindi auspicabile il superamento di un tale approccio per gruppi e per categorie. Nella pratica, infatti, una stessa persona e una singola famiglia esprimono molteplici domande sociali, cui occorre fornire risposte in un'ottica unitaria e orientata al contesto.

Ciò apre all'opportunità di un cambiamento nella direzione di un modello di Servizio sociale di comunità. Tale assetto organizzativo guarda al territorio come luogo di formazione della domanda sociale, ma anche come risorsa utile ad una sua rielaborazione e possibile soluzione.

Di fronte alla crescente complessità sociale non è più possibile, oggi, fornire risposte standardizzate: gli stili di vita, i modelli familiari, i rapporti di lavoro sono molto più diversificati di quanto non accadeva in passato. La semplificazione per gruppi target ha prodotto un'offerta di servizi preordinati e settoriali, che risulta inadeguata ad affrontare le concrete situazioni di vita. L'unica risposta possibile alla complessità del tessuto sociale è rappresentata dalla creazione di una rete altrettanto complessa e articolata, in grado di rispondere, in modo integrato, ai bisogni nelle loro infinite associazioni, evitando frammentazione, duplicazione di interventi e dispersione delle risorse, e favorendo la condivisione delle responsabilità connesse alla costruzione del benessere collettivo.

Al livello di Servizio sociale ciò presuppone di sviluppare strategie di intervento integrate con tutti gli attori attivi a livello territoriale e di coinvolgere direttamente la persona e la sua famiglia nelle scelte che riguardano la loro vita o aspetti di essa.

In particolare:

- Le condizioni di vita delle persone sono diverse, come diversi sono i bisogni e gli obiettivi personali e familiari, gli operatori sociali devono quindi considerare la persona e la sua famiglia come co-protagonisti a pieno titolo dell'azione sociale, riconoscendo loro il diritto ad una progettazione personale che ne preveda il diretto coinvolgimento.
- Le prestazioni sociali devono ispirarsi al principio della prossimità alla persona. Devono favorire la permanenza nel proprio contesto di vita e promuovere l'inclusione nella comunità di appartenenza.
- Gli operatori sociali devono fornire ai cittadini ed alle cittadine tutte le informazioni e tutti gli elementi utili all'esercizio della libertà di scelta o della scelta fra soluzioni alternative.
- Tutte le risorse, non solo pubbliche, che solitamente vengono mobilitate per far fronte ad una situazione di bisogno devono essere messe a sistema nell'ambito del progetto personale, favorendo la corresponsabilità della sua attuazione.

Indicatori e standard del servizio

Servizio	LR 11/2016	Standard quantitativi	Indicatori qualitativi
Servizio sociale professionale	Art. 24	• Riduzione del 50% dell'esternalizzazione della funzione; • 1 assistente sociale del Distretto sociosanitario, a tempo pieno, ogni 6.000 residenti. Con deliberazione regionale sarà definito un range tra 5.000 e 7.000 abitanti in relazione a: • gli esiti della diagnosi di comunità; • le dimensioni e le caratteristiche orografiche del territorio di riferimento; • la presenza di persone non residenti in condizioni di disagio socio-economico.	• Adeguatezza della dotazione organica; • stabilità contrattuale delle risorse umane; • esperienza, specializzazione e formazione continua del personale; • prevenzione del turnover e del rischio di burn-out; • uso degli strumenti: progetto personale e budget di salute.

Emergenza e pronto intervento sociale

Il servizio di emergenza e pronto intervento sociale, previsto dall'articolo 30 della LR 11/2016, è finalizzato ad intervenire in maniera tempestiva e flessibile in risposta a situazioni impreviste e imprevedibili, a favore di una o più persone che, per situazioni contingenti, sono sprovviste dei mezzi necessari al soddisfacimento dei bisogni primari di vita e si trovano in situazioni di grave disagio che richiedono un aiuto immediato per salvaguardare l'integrità e la dignità personale.

L'obiettivo è quello di garantire protezione e tutela materiale, sociale e giuridica attraverso l'attivazione di interventi di pronta accoglienza, assicurando la soddisfazione immediata dei bisogni primari e vitali della persona.

Il servizio è strettamente collegato con i servizi sociali territoriali ed è svolto in collegamento con il sistema di emergenza sanitaria, ora confluito nel numero unico per le emergenze (112).

Il servizio si svolge generalmente fuori degli orari d'accesso ai consueti servizi di assistenza sociale, tranne casi particolarmente complessi (come ad esempio nel territorio di Roma Capitale).

È rivolto ad adulti, uomini e donne, disabili o anziani con limitata autonomia e in condizioni di improvvisa e imprevista necessità assistenziale. Sono escluse le persone che mettono in atto comportamenti pericolosi (di competenza dei servizi di ordine pubblico) o che risultano in evidente stato di bisogno di cure e assistenza sanitarie, per le quali sono previsti altri canali di intervento.

Lo spirito del servizio di pronto intervento sociale è di offrire una prima risposta di bassa soglia all'emergenza: non rappresenta perciò un percorso sostitutivo, né una via preferenziale della presa in carico ordinaria.

Ogni ambito territoriale individua proprie modalità di organizzazione del servizio, che può prevedere anche il ricorso a convenzioni e accordi con altri sistemi di emergenza (sanitaria e di ordine pubblico). In ogni caso, deve essere assicurata l'efficacia e la tempestività degli interventi di emergenza, mediante la reperibilità telefonica 24 ore su 24, 365 giorni l'anno. Il servizio deve essere gestito da professionalità in grado di intervenire in modo competente su casi particolari e complessi. Inoltre dovrà essere assicurata la disponibilità di idonei luoghi di accoglienza temporanea (diurna e notturna).

Per un'organizzazione ottimale del pronto intervento sociale, nei casi appropriati sarà utile ricercare accordi con altri ambiti, per organizzare il servizio in modo da assicurare la qualità delle prestazioni realizzando le necessarie economie di scala, in rapporto alla frequenza e consistenza delle situazioni che le richiedono.

Indicatori e standard del servizio

Servizio	LR 11/2016	Standard quantitativi	Indicatori qualitativi
Servizio di emergenza e pronto intervento assistenziale	Art. 30	• 1 servizio operante nel territorio di Roma Capitale; • 1 servizio in ogni ASL negli altri territori, negli orari non coperti dal funzionamento ordinario del servizio sociale.	• Accessibilità (anche telefonica); • tempestività; • integrazione con gli altri servizi di emergenza; • integrazione con i servizi sociali ordinari.

Domiciliarità

La partecipazione alla vita della società è un bisogno e un diritto fondamentale di ogni cittadino e di ogni cittadina. Le reti relazionali rappresentano una risorsa fondamentale per la salute delle persone. Il sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali deve, pertanto, porsi come obiettivo quello di contrastare l'esclusione, favorendo la permanenza della persona nel proprio contesto di vita, evitando fenomeni di isolamento e di emarginazione, e quindi prevenendo l'istituzionalizzazione e consolidando processi di deistituzionalizzazione.

A tale scopo, il Piano sociale della Regione si fonda sui seguenti criteri di azione:

- Tutte le persone hanno diritto di scegliere liberamente dove, come e con chi vivere, evitando ogni situazione segregante, di esclusione o di isolamento, e ricevendo i supporti di intensità adeguata alle specifiche condizioni personali e ambientali. Alla persona e alla famiglia devono essere fornite tutte le informazioni e tutti gli elementi utili all'esercizio consapevole della libertà di scelta o della scelta fra soluzioni alternative.
- Tutte le politiche sociali devono ispirarsi al principio della prossimità alla persona e garantire la permanenza e l'inclusione nel proprio contesto di vita. In tale quadro l'offerta residenziale deve rappresentare l'ultima ratio ed essere attivata solo qualora siano venute meno tutte le possibilità di intervento domiciliare o di soluzioni alternative, oppure quando sia necessario un ricovero transitorio di emergenza.
- La capacitazione, il rafforzamento dell'autonomia personale, la realizzazione della vita indipendente devono essere concretamente perseguite attraverso la costruzione di un sistema articolato di servizi e di supporti che ponga al centro la persona e ne valorizzi e rafforzi le risorse.
- Le prestazioni di assistenza domiciliare socio assistenziale e sociosanitaria e per la vita indipendente devono essere pensate all'interno di una progettazione personale che integri misure, sostegni, servizi e trasferimenti monetari (dal supporto alla genitorialità al contrasto dell'impoverimento, dall'assistenza personale autogestita alle attività di socializzazione, ai sostegni per l'abitare ecc.). Inoltre, nell'ambito del progetto personale possono trovare spazio anche le risorse private attivate o da attivare congiuntamente all'intervento pubblico, che entrano in questo modo a far parte della rete dei servizi di sostegno alla domiciliarità e di supporto all'inclusione sociale.

Azioni:

- Rafforzare l'integrazione tra assistenza domiciliare sociale e sanitaria, attraverso la programmazione sociosanitaria congiunta, la predisposizione di un modello organizzativo condiviso, la valutazione multidimensionale della persona e la redazione del progetto personale, con il relativo budget di salute.

- Potenziare l'offerta domiciliare socioassistenziale e sociosanitaria, attraverso l'estensione progressiva degli orari in funzione dell'intensità dei supporti necessari alla persona, e garantire la flessibilità oraria e giornaliera.
- Assicurare ai cittadini e alle cittadine, in tutti i Distretti sociosanitari e garantendone la trasportabilità, la possibilità di scegliere il mix più appropriato di interventi, erogati in forma diretta, indiretta o mista, e in combinazione con altre prestazioni, da definire nell'ambito del progetto personale.
- Garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, attraverso l'integrazione tra prestazioni ospedaliere, di medicina generale, specialistica ambulatoriale e l'assistenza domiciliare e sociale territoriale, al fine di contrastare il ricorso a ricoveri impropri, anche con forme di ospedalizzazione a domicilio, e di prevenire l'istituzionalizzazione, assicurando alla persona la permanenza nella propria abitazione.
- Disciplinare, attraverso deliberazione della Giunta regionale, le modalità di riconoscimento e supporto dei caregiver familiari, riconoscendo il loro ruolo e sostenendo la loro qualità di vita.
- Favorire, nell'ambito della progettazione personale, la messa in rete dell'offerta di prestazioni sociali e sociosanitarie non solo pubbliche, ma anche private e non profit.
- Individuare un sistema di indicatori che consentano di riconoscere le situazioni di isolamento e segregazione (anche in ambito domiciliare) presenti o potenziali, compresi indicatori per rilevare condizioni di disagio e sofferenza dell'operatore domiciliare, e diffondere tali strumenti ai servizi sociali e sociosanitari.
- Adottare politiche e programmare percorsi di formazione e aggiornamento rivolti a tutto il personale coinvolto nei servizi domiciliari; prevedere momenti di supervisione e confronto tra operatori per superare eventuali criticità e/o condizioni di disagio e sofferenza; favorire occasioni di scambio di saperi ed esperienze tra operatori domiciliari e *caregiver* familiari.

Secondo i dati forniti dall'ISTAT, a livello nazionale meno del 20% delle famiglie con almeno una persona con limitazioni funzionali ha usufruito, nel 2013, di servizi pubblici a domicilio. E la carenza assistenziale non è colmata neppure dai servizi domiciliari a pagamento: infatti, oltre il 70% delle famiglie non usufruisce di alcun tipo di assistenza domiciliare, né privata né pubblica.

(Fonti: ISTAT, Regione Piemonte, "Tutela della salute e accesso alle cure. Anno 2013", luglio 2014).

Concentrandosi in particolare sulle persone con disabilità gravi, più della metà della popolazione giovane e adulta (da 0 a 64 anni) con gravi disabilità non riceve assistenza dai servizi pubblici, non ricorre al mercato dei servizi di cura

privati e non può contare sull'aiuto di familiari non conviventi. Il carico assistenziale insiste quindi completamente sui familiari conviventi.

La quota più consistente di persone con disabilità gravi under 65 vive con i propri genitori (49,9%). Di queste, oltre la metà (54%) può contare solo sui caregiver familiari. Da segnalare come particolarmente critica è la condizione di coloro che vivono con genitori anziani (poco più del 30%).

Tra coloro che invece vivono da soli, il 54% ricorre unicamente all'aiuto dei familiari non conviventi e ben il 20% non riceve alcun tipo di aiuto (né familiare, né dei servizi pubblici o privati). Ciò appare tanto più preoccupante se si pensa che ben oltre la metà (58,2%) delle persone con disabilità gravi che vivono da sole dichiara di poter contare su risorse economiche scarse o insufficienti.

(Fonti: ISTAT, "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone affette da disabilità grave prive del sostegno familiare. Audizione dell'Istituto nazionale di statistica", ottobre 2014).

Indicatori e standard del servizio

Servizio	LR 11/2016	Standard quantitativi	Indicatori qualitativi
Servizio di assistenza domiciliare	Art. 26	Garantire in ogni Distretto sociosanitario: ● l'implementazione del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI); ● l'estensione della quota di persone con limitazioni funzionali che fruiscono di servizi pubblici a domicilio; ● l'estensione delle ore erogate in funzione dell'intensità dei supporti necessari alla persona, rilevata in fase di valutazione; ● la possibilità di scelta tra assistenza diretta, indiretta o mista.	● Libertà di scelta; ● capacita-zione ed empowerment; ● integrazione sociosanitaria; ● integrazione con le altre prestazioni di carattere sociale e sociosanitario, pubbliche e private, presenti sul territorio; ● flessibilità oraria e giornaliera; ● continuità assistenziale e prevenzione dell'istituzionalizzazione; ● competenza e formazione continua di chi è coinvolto nei servizi domiciliari; ● prevenzione del rischio di burn-out.

Residenzialità

Adottare il principio della prossimità alle persone e promuovere la loro partecipazione alla vita della comunità determina una gerarchia nelle prestazioni da erogare e richiede un ripensamento delle attuali soluzioni residenziali in senso abitativo, in particolare:

- L'intervento sociale e sociosanitario deve essere pensato e progettato, in prima battuta e secondo le preferenze della persona, in forma domiciliare; l'assistenza residenziale deve essere limitata allo stretto necessario e scelta in alternativa al mantenimento dell'abituale dimora solo qualora siano stati attivati tutti i supporti e i sostegni possibili.
- Devono essere favorite soluzioni che concorrono a realizzare il progetto di vita e a supportare l'ambiente familiare della persona.
- La Regione e le istituzioni territoriali devono compiere ogni sforzo mirato alla deistituzionalizzazione delle persone che vivono in strutture che non assecondano i loro bisogni e preferenze, attraverso l'attivazione di

sostegni e servizi per l'abitare che permettano la fuoriuscita da tali strutture, ma anche attraverso il divieto alla realizzazione di nuove strutture che riproducano situazioni "segreganti" vietandone l'accreditamento e, di conseguenza, qualsiasi finanziamento diretto o indiretto.

- I servizi per l'abitare devono riprodurre le condizioni di vita familiare, essere attivati nella forma più decentrata possibile e garantire il collegamento con la comunità di riferimento. I servizi devono essere integrati nel tessuto sociale e aperti alla relazione con il territorio. Luoghi che assomiglino il più possibile a una casa, che non accolgano le persone come degenti o malate, che non recidano il rapporto con il contesto in cui le persone crescono.
- Nel quadro dei servizi per l'abitare le persone devono poter esercitare, nell'ambito della progettazione personale, il proprio diritto di scelta.

Azioni:

- Procedere nell'arco del triennio, sulla base di indicatori condivisi, a una rilevazione sistematica e completa delle strutture segreganti presenti sul territorio regionale e garantire percorsi di dimissione delle persone segregate attraverso l'elaborazione di progetti personali.
- Definire, sulla base dei dati forniti dal Sistema informativo, il fabbisogno di servizi per l'abitare sul territorio regionale e pianificarne nel triennio la realizzazione, garantendo alla popolazione un ventaglio di soluzioni.
- Elaborare linee guida regionali per la definizione di un procedimento unico di accreditamento sociosanitario che superi le attuali modalità e procedure, prendendo a riferimento i criteri introdotti dalla Norma UNI 11010/2016 "Servizi socio sanitari e sociali - Servizi per l'abitare e servizi per l'inclusione sociale delle persone con disabilità (PcD) - Requisiti del servizio", e negando l'accreditamento e qualsiasi finanziamento diretto o indiretto a strutture potenzialmente segreganti;
- Determinare obiettivi di servizio connessi ai servizi per l'abitare che assumano come riferimento la Norma UNI 11010/2016 "Servizi socio sanitari e sociali - Servizi per l'abitare e servizi per l'inclusione sociale delle persone con disabilità (PcD) - Requisiti del servizio" e monitorarne il raggiungimento.
- Consentire alle persone che fruiscono dei servizi per l'abitare di arricchire le proprie competenze e abilità e ritardare per quanto più possibile la perdita dell'autonomia garantendo l'erogazione continua di sostegni professionali, educativi, assistenziali e informali congruenti con la valutazione multidimensionale e inseriti nell'ambito di un progetto personale redatto con la partecipazione attiva della persona o di chi la rappresenta.

I servizi per l'abitare devono, in particolare, rispettare i seguenti criteri e modalità operative:

Accesso e dimissioni

- ai fini dell'accesso ai servizi per l'abitare, deve essere garantita l'informazione, accessibile e comprensibile, di tutte le opportunità alternative al servizio e dei relativi supporti a tali scelte, anche in situazioni di indigenza, con la finalità di rendere effettiva la libertà di scelta della persona o di chi la rappresenta;
- l'ammissione al servizio deve essere preceduta dalla redazione, concordata e condivisa con l'interessato o con chi lo rappresenta, di un progetto personale, in seguito alla valutazione multidimensionale e di contesto e con l'accurata valutazione delle possibilità di successive soluzioni alternative;
- il progetto personale deve contenere indicazioni precise sui sostegni e gli interventi necessari per il raggiungimento degli obiettivi previsti, incluse le indicazioni relative alle fasi di ammissione e dimissione dal servizio; esso deve prevedere la configurazione di azioni e interventi orientati in modo intenzionale ed efficace alla persona, tesi al mantenimento e raggiungimento progressivo del personale livello di autonomia e autodeterminazione possibile; deve inoltre contenere, fin dall'inizio, elementi riferibili al contesto di vita della persona (famiglia, comunità, luoghi, attività esterne ecc.) e prevenire l'allontanamento dalla comunità originale di riferimento;
- il progetto personale deve essere monitorato e valutato periodicamente, con il coinvolgimento della persona o chi la rappresenta, ai fini di eventuali revisioni, tenendo anche in considerazione le concrete ipotesi di soluzioni abitative in autonomia anche successive;
- l'accesso al servizio può essere relativo a situazioni emergenziali (personali, familiari o contestuali);
- l'accesso al servizio può essere previsto in via transitoria e come percorso per l'acquisizione o il rafforzamento dell'autonomia personale in vista di successive soluzioni abitative in autonomia o in co-housing;
- la dimissione dal servizio e l'eventuale passaggio ad altre soluzioni abitative deve essere concordata con la persona interessata o con chi la rappresenta e deve prevedere azioni di supporto al cambiamento;
- ogni eventuale variazione di servizio erogato (passaggio fra servizi diversi e alternativi) deve essere regolato in base al progetto personale di ciascuno e prescindere da qualsivoglia discriminazione per età o condizione.

Regole di coabitazione

- garantire l'accessibilità delle informazioni, comprese quelle per la sicurezza, ricorrendo anche a figure di mediazione o a strumenti di lettura facilitata;
- assicurare la comprensione e la condivisione delle regole di convivenza, e la loro eventuale revisione; la persona deve essere posta nella condizione di esprimere le proprie opinioni e preferenze sull'organizzazione del servizio, nonché di manifestare l'accettazione o il rifiuto delle attività proposte;
- favorire il mantenimento di abitudini, hobby, interessi ecc. che la persona possedeva e coltivava prima dell'ingresso nel servizio;
- favorire condizioni di relazioni interpersonali e di reciprocità tipiche della vita familiare ivi incluse le responsabilità di ognuno;
- strutturare gli ambienti di vita in funzione dell'accessibilità, dei bisogni, delle preferenze e dello sviluppo della persona;
- favorire la flessibilità dei tempi delle attività della coabitazione in funzione dei progetti personali, dei bisogni, delle preferenze e dello sviluppo della persona;
- garantire e rispettare gli spazi privati, la riservatezza e le inclinazioni e preferenze personali;
- garantire la gestione del proprio denaro, oggetti e beni personali (anche non economicamente rilevanti); nei casi di significative limitazioni in tali attività la gestione del denaro e dei beni della persona devono rispettare il massimo della trasparenza;
- garantire l'opportunità di scegliere e di chiedere ragionevolmente il cambio dell'operatore o assistente di riferimento; partecipare alla valutazione e monitoraggio periodici del personale;
- garantire la promozione della salute e di tutte le forme di prevenzione e responsabilizzazione nella cura di sé anche attraverso la verifica periodica dell'appropriatezza prescrittiva;
- rendere disponibili e accessibili i media, nonché gli strumenti di informazione e partecipazione offerti anche dalle tecnologie informatiche, al fine di ridurre i rischi di isolamento e l'esclusione.

Relazioni con il contesto sociale di riferimento

- consentire alla persona il massimo grado di inclusione con l'ambiente sociale di riferimento anche ricorrendo a interventi e figure di mediazione o a strumenti tecnologici o associazioni di advocacy;
- la fruizione dei servizi per l'abitare non può determinare a priori l'esclusione dalla fruizione di altri servizi territoriali o ausili;
- favorire e garantire lo svolgimento della vita quotidiana all'esterno del servizio (ad esempio per il lavoro, la frequenza a centri diurni, le relazioni e le attività nel territorio, anche di tipo ricreativo);

- favorire e garantire il mantenimento di relazioni con il contesto sociale di riferimento (comunità, reti informali, persone), sia con iniziative esterne che incentivando l'ingresso nel servizio;
- garantire l'informazione, accessibile e comprensibile, di tutte le opportunità offerte dal contesto territoriale, anche di tipo ludico, e favorire la creazione di nuove relazioni sociali;
- prevedere la correlazione dei servizi per l'abitare con gli altri servizi del territorio, compresi quelli di trasporto e di supporto personale extra domiciliare.

Protezione da abusi e maltrattamenti

Il servizio deve adottare la procedura per la prevenzione e la gestione dell'evento avverso inteso come qualsiasi evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno alla persona, non intenzionale e indesiderabile *(vedasi, Ministero della Salute: Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità, giugno 2011 e Decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 per la parte relativa all'analisi e prevenzione dei rischi di reato)*.

Inoltre:

- il servizio deve prevedere specifiche politiche e procedure di supporto per garantire che la persona sia protetta da ogni forma di abuso fisico e psicologico, maltrattamento, trattamento degradante o negligenza che la possa esporre a rischi ingiustificati;
- le politiche e le procedure adottate e programmate devono essere disponibili e comunicate alle persone e a chi le rappresenta, a tutto il personale e a chi entra in relazione con la persona sin dal momento della selezione e nelle fasi di formazione;
- il servizio deve evidenziare le azioni adottate o programmate utili a prevenire, rilevare e correggere qualsiasi deviazione dal corretto comportamento che ogni operatore deve tenere con la persona, compresa l'analisi di indicatori di condizioni di disagio e sofferenza dell'operatore stesso (ad esempio monitoraggio del burn-out);
- il servizio deve registrare ogni genere di eventi, situazioni e comportamenti che possano configurarsi come potenziali condizioni di abuso, maltrattamento e rischio per l'incolumità delle persone e valutarne la consistenza e la necessità di intervento;
- nel caso in cui si verifichino episodi di abuso, maltrattamento, trattamenti degradanti o negligenza, fermi restando gli obblighi di legge, tutti gli eventi, indipendentemente dalla loro gravità o casualità, devono essere registrati; devono essere previste specifiche procedure di supporto e consulenza (anche in forma di consulenza alla pari) alla persona per affrontare in modo appropriato le conseguenze fisiche e psicologiche dell'evento; devono essere garantite adeguate informazioni affinché possa adire eventualmente alle vie legali e devono essere previste delle

procedure di supporto nel caso la persona non si possa rappresentare da sola;

- fra le forme di abuso è incluso l'uso - non emergenziale, eccezionale e limitato - della contenzione e del ricorso alla sedazione.

Indicatori e standard del servizio

Servizio	LR 11/2016	Standard quantitativi	Indicatori qualitativi
Residenzialità	Art. 31	Garantire in ogni Distretto sociosanitario: • il monitoraggio delle condizioni di chi vive attualmente in struttura; • la riduzione dei tempi medi di permanenza nelle strutture residenziali; • la definizione di un procedimento unico di accreditamento sociosanitario; • l'elaborazione di linee guida regionali che prendano a riferimento i criteri introdotti dalla Norma UNI 11010/2016 "Servizi socio sanitari e sociali - Servizi per l'abitare e servizi per l'inclusione sociale delle persone con disabilità (PcD) - Requisiti del servizio"; • la riqualificazione e l'adeguamento delle strutture residenziali esistenti in funzione delle linee guida elaborate dalla Regione; • la manutenzione straordinaria e la messa in sicurezza dei beni pubblici destinati al sociale; • la ristrutturazione di edifici pubblici inutilizzati per la creazione di soluzioni abitative innovative e per il co-housing; • la creazione di servizi per l'abitare che riproducano le condizioni di vita familiari.	• Libertà di scelta; • accessibilità; • rispetto della privacy; • capacitazione ed empowerment; • integrazione sociosanitaria; • integrazione con le altre prestazioni di carattere sociale e sociosanitario, pubbliche e private, presenti sul territorio; • mantenimento di relazioni con il contesto sociale di riferimento (comunità, reti informali, persone) e partecipazione alle attività realizzate all'esterno (anche di tipo ricreativo); • competenza e formazione continua di chi è coinvolto nei servizi residenziali; • prevenzione del rischio di burn-out; • protezione da ogni forma di abuso, maltrattamento, trattamento degradante o negligenza.

Semiresidenzialità

Le strutture a ciclo semiresidenziale sono caratterizzate dall'erogazione di servizi diurni. Possono prevedere diversi gradi di intensità dei supporti forniti, in relazione ai bisogni delle persone. Devono garantire l'espletamento delle normali attività e funzioni della vita quotidiana. E prevedere attività ricreative, educative, culturali e aggregative.

Rientrano nella semiresidenzialità i centri diurni: strutture di tipo aperto che forniscono prestazioni socioeducative, di socializzazione, di aggregazione e di recupero, destinate a bambini e ragazzi di minore età, alle persone con disabilità o disagio psichico, agli anziani con Alzheimer. Il centro diurno deve essere collegato con i servizi e le strutture presenti sul territorio e può fornire anche interventi di supporto all'assistenza domiciliare, decisi nell'ambito di quell'insieme di prestazioni definito nel progetto personale.

Parliamo di semiresidenzialità anche nel caso dei centri diurni anziani fragili, che hanno una funzione di mantenimento della persona all'interno della comunità di appartenenza, di aggregazione e di preservazione della vita sociale.

Possiamo far rientrare in quest'ambito anche la mensa sociale e il centro di accoglienza notturna: servizi gratuiti tesi a soddisfare i bisogni primari di vita delle persone che versano in gravi condizioni di disagio sociale, economico e familiare.

Tali servizi offrono vitto e alloggio notturno a persone che temporaneamente non possono provvedervi e rappresentano la prima modalità di accesso al sistema integrato, ai fini della successiva definizione di un percorso di presa in carico che preveda l'individuazione dei bisogni inespressi e l'attivazione di ulteriori servizi.

Indicatori e standard del servizio

Servizio	LR 11/2016	Standard quantitativi	Indicatori qualitativi
Semiresidenzialità	Artt. 27, 28 e 31	Omogeneizzare la rete territoriale dei servizi semiresidenziali in relazione a tutte le tipologie previste dalla normativa regionale, con particolare riferimento a: ● ludoteche; ● laboratori per l'autonomia delle persone con disabilità; ● centri di aggregazione giovanile; ● centri anziani fragili; ● mense sociali e centri di accoglienza notturna.	● Accessibilità; ● fruibilità; ● capacitazione ed empowerment; ● integrazione sociosanitaria; ● integrazione con le altre prestazioni di carattere sociale e sociosanitario, pubbliche e private, presenti sul territorio; ● creazione di relazioni con il contesto sociale di riferimento (comunità, reti informali) e partecipazione alle attività realizzate sul territorio (anche di tipo ricreativo); ● competenza e formazione continua di chi è coinvolto nei servizi semiresidenziali; ● prevenzione del rischio di burn-out; ● protezione da ogni forma di abuso, maltrattamento, trattamento degradante o negligenza.

D. Parametri per la valutazione delle condizioni di accesso prioritario

La legge 11/2016 (art. 6, comma 4) dispone che l'accesso al sistema integrato sia garantito prioritariamente alle persone che versano nelle seguenti condizioni:

A. povertà o situazione economica disagiata;

B. incapacità fisica, psichica o sensoriale, totale o parziale, a provvedere autonomamente alle proprie esigenze con particolare riguardo a chi è privo di tutela familiare;

C. non autosufficienza dovuta all'età o alla malattia;

D. difficoltà all'inserimento nella vita sociale attiva, nel mercato del lavoro e nella frequenza scolastica obbligatoria;

E. persone sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali.

Secondo l'articolo 6, comma 5, della stessa legge, la definizione dei parametri per la valutazione delle condizioni che danno diritto all'accesso prioritario al sistema dei servizi territoriali spetta ai Distretti sociosanitari, sulla base di indicatori univoci e omogenei stabiliti nel Piano sociale regionale, allo scopo di rendere uniformi i criteri di accesso e le modalità di erogazione dei servizi in tutto il territorio laziale.

La valutazione dei bisogni della persona concerne le condizioni personali, familiari e socio-ambientali. Essa pertanto deve tener conto delle limitazioni funzionali, delle restrizioni nelle attività e nella partecipazione, dell'intensità dei supporti necessari, degli ostacoli e degli elementi di facilitazione che caratterizzano il contesto di vita, delle condizioni economiche, della situazione familiare, della condizione abitativa, dell'esistenza di una rete parentale e/o amicale, delle limitazioni nell'inclusione sociale, scolastica, lavorativa e/o nell'accesso alla formazione continua, del disagio psichico, della dipendenza da sostanze, della presenza di eventuali condizioni di irregolarità/illegalità.

Il reddito non costituisce motivo di esclusione dal sistema integrato degli interventi e servizi territoriali, ma rappresenta un elemento rilevante ai fini della definizione della priorità di accesso e della prefigurazione di possibili soluzioni alternative all'intervento pubblico. A parità di bisogno viene, infatti, riconosciuta priorità al titolare del reddito più basso.

Azioni:

- Costituire un gruppo di lavoro partecipato e rappresentativo dei diversi stakeholder che rediga le Linee guida ai Distretti sociosanitari per la definizione dei parametri di valutazione delle condizioni di accesso prioritario al sistema integrato e dei relativi tempi di attuazione (da emanare entro novanta giorni dalla data di pubblicazione del Piano regionale - LR 11/2016, art. 6, comma 5).

E. Modalità di verifica dei risultati

Le risorse che il soggetto pubblico impegna per le politiche sociali devono creare valore e raggiungere gli obiettivi, ossia devono essere usate, con efficienza e appropriatezza, per creare un sistema di welfare di elevata qualità, garantendo accesso ed equità per tutti i cittadini e le cittadine. Con queste premesse, il monitoraggio e la valutazione si pongono come gli strumenti da cui derivano le informazioni per impostare un processo di comunicazione trasparente con le persone e tramite i quali il soggetto pubblico assume le proprie responsabilità sui risultati conseguiti. La valutazione è una fase necessaria per consentire la verifica dei risultati raggiunti dal sistema rispetto agli obiettivi individuati nell'ambito della pianificazione strategica.

L'obiettivo della Regione Lazio per i prossimi anni è quello di realizzare un miglioramento continuo degli indicatori monitorati attraverso la piattaforma informatica, con il contributo scientifico e sussidiario dell'Osservatorio regionale delle politiche sociali, partecipato anche dai soggetti del terzo settore, per ridurre le situazioni di esclusione sociale e rispondere ai bisogni della popolazione in difficoltà, con la finalità trasversale di perseguire l'equilibrio di equità sostanziale.

In attuazione dell'art. 48, comma 2, lettere h) e i), della LR 11/2016, la Regione, attraverso la Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali, implementa un sistema di monitoraggio amministrativo e finanziario, anche attraverso una piattaforma informatica, atto a verificare i bisogni del territorio e l'attuazione dei Piani di Zona per ciascun indicatore, misurando anche i parametri di accesso ai servizi secondo i criteri previsti per le condizioni di accesso prioritario di cui al capitolo D. Per il tramite dell'Ufficio di Piano i Distretti sociosanitari sono tenuti ad alimentare costantemente il sistema di monitoraggio regionale, pena l'interruzione del trasferimento delle risorse finanziarie. Il protrarsi di tali inadempienze comporterà l'attivazione di penali amministrative e la riduzione dei trasferimenti sino al ripristino del livello medio di spesa stabilito dall'Ufficio di Piano per l'anno di riferimento. Gli Uffici di Piano sono tenuti a redigere e trasmettere alla Regione una relazione consuntiva annuale, ai sensi dell'art. 50, comma 2, della LR 11/2016, contenente tutti gli elementi necessari per la verifica programmatica, amministrativa e contabile dei servizi e degli interventi attuati dal singolo Piano di Zona. La presentazione della relazione consuntiva e l'adempimento degli obblighi di monitoraggio rappresentano la *conditio sine qua non* per la liquidazione del saldo delle risorse stanziate dal presente Piano per l'anno finanziario di riferimento, oltre che per l'attribuzione e il trasferimento delle premialità raggiunte come disciplinato dal capitolo sulle risorse finanziarie del presente Piano.

Il sistema di monitoraggio regionale: indicatori analitici locali

La Regione Lazio intende elaborare e condividere con i Distretti sociosanitari e con tutti i soggetti pubblici e privati coinvolti nella programmazione sociale un sistema di monitoraggio analitico comune, che misuri le azioni della rete territoriale dei servizi e degli interventi integrati. La definizione di specifici indicatori servirà a realizzare l'architettura dei campi analitici presenti nella piattaforma per il monitoraggio dello stato di avanzamento dei progetti e dei servizi presenti sul territorio e per offrire un sistema di valutazione che misuri l'efficacia delle scelte programmatorie e degli interventi condotti. Il sistema regionale di monitoraggio e valutazione si pone come obiettivo l'individuazione e la condivisione di strumenti per la raccolta dei dati e di indicatori che consentano comparazioni e raffronti temporali, e richiede l'impegno da parte di tutti gli attori coinvolti nel fornire le informazioni e nel rielaborarle, anche al fine di costruire report sintetici utili sia agli amministratori, per riorientare la loro azione, sia ai cittadini, per conoscere i servizi attivati, le scelte organizzative e gli effetti prodotti. Si tratta di un percorso che intende evidenziare, confermare, correggere o abbandonare le strade scelte e intraprese, fino a diventare parte integrante e qualificante della programmazione delle politiche sociali, e va inteso come un'occasione di crescita e di miglioramento continuo a più livelli, pur configurandosi come un'attività di controllo sull'efficacia delle politiche e sulla correttezza dei processi di realizzazione dei servizi e della spesa equivalente.

È necessaria un'iniziale condivisione, con i soggetti coinvolti, delle finalità e degli obiettivi del monitoraggio nel suo complesso. Vanno considerate le caratteristiche e le responsabilità dei soggetti pubblici e privati presenti nel contesto, le aspettative, le motivazioni e le precondizioni che possono favorire una concertazione relativa ad aspetti e questioni da inserire nel lavoro di monitoraggio. Il sistema proposto consiste in diverse fasi e in una serie di strumenti (set di indicatori inseriti nella piattaforma, compilati in modo progressivo e costante) che alla fine di ogni anno permetteranno una puntuale verifica in merito alla qualità ed efficacia degli interventi sistemici in tutto il territorio regionale, in stretto rapporto con l'Osservatorio regionale. Tale sistema di controllo costituirà il data-set di indicatori di base su cui costruire la successiva fase di valutazione d'impatto sociale prevista nel successivo capitolo I.

Organizzazione territoriale per gli adempimenti valutativi

I Distretti sociosanitari, attraverso l'Ufficio di Piano, devono organizzarsi con risorse, competenze, professionalità e una metodologia proprie per lo svolgimento delle funzioni di programmazione, gestione, amministrazione e valutazione. Organizzativamente ciascuna di queste funzioni deve essere presidiata da un referente, al quale ogni attore del processo può e deve rivolgersi. Esso sarà anche il referente per i responsabili degli uffici regionali.

Per garantire continuità all'Ufficio di Piano, è indispensabile che il Coordinatore che sarà individuato disponga delle competenze adatte alle funzioni che dovrà

esercitare, che il suo incarico sia almeno triennale, e che possa garantire un impegno per un numero adeguato di ore settimanali.

Un passaggio cruciale sarà l'elaborazione di indicatori di monitoraggio della qualità dei processi in atto, che costituiranno per la Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali il presupposto di attribuzione delle premialità su base annuale ai Distretti più virtuosi e che saranno definiti sulle seguenti possibili aree di valutazione:

- Il miglioramento della qualità dei processi di governance sociale.
- L'attivazione e/o l'implementazione della gestione associata.
- La costituzione dei Consorzi tra Comuni per la gestione integrata dei servizi.
- L'innovazione del sistema di progettazione e attivazione dei servizi di ambito.
- Il miglioramento della qualità dei servizi di accesso e presa in carico tramite il PUA integrato.
- L'adeguatezza e tempestività della spesa annuale.
- La qualità e l'efficacia dei servizi attivati.
- La capacità di cofinanziamento da parte dei Comuni e/o il reperimento di ulteriori risorse finanziarie provenienti dal contesto economico locale.
- L'innovatività dei processi attivati in ambito sperimentale.
- Il grado di implementazione e il rispetto della tempistica del Sistema informativo regionale.

F. Modalità di erogazione delle prestazioni e condizioni di esigibilità

Una delle finalità principali del Piano sociale, come già anticipato nel capitolo C, consiste nell'individuare gli obiettivi di servizio da garantire in modo uniforme su tutto il territorio regionale, e ciò in termini di:

- modalità di accesso al sistema integrato;
- diritto alla presa in carico, con la garanzia di tempi certi;
- progettazione personale, con la definizione del mix più appropriato di servizi, interventi e trasferimenti, e relative modalità di gestione (diretta, indiretta o mista) e finanziamento;
- partecipazione attiva della persona, o della sua famiglia, nella definizione del proprio progetto personale;
- esercizio consapevole della libertà di scelta o della scelta fra soluzioni alternative.

La fissazione di obiettivi di servizio consente di effettuare una pianificazione verosimile delle risorse necessarie e fornisce ai Distretti sociosanitari importanti parametri di riferimento per la programmazione territoriale.

Per identificare correttamente gli obiettivi di servizio occorre fare riferimento a tre indicatori:

- ***il fabbisogno:*** si tratta di individuare il parametro più appropriato per soddisfare la domanda potenziale, nella convinzione che su tutto il territorio di riferimento debbano essere garantite determinate prestazioni (o volumi di prestazioni o risorse finanziarie) in rapporto a entità predefinite (come ad esempio il numero di abitanti). Il vantaggio di tali indicatori consiste nel fatto che permettono di effettuare calcoli numerici in modo abbastanza agevole, non essendo strettamente ancorati a bisogni manifesti, possono essere applicati anche a prestazioni di carattere promozionale o preventivo. Lo svantaggio consiste, invece, nel fatto che essi risultano statici e poco flessibili rispetto alle peculiarità locali e alle esigenze specifiche legate a determinate aree di intervento;
- ***la dinamica temporale:*** si tratta di prevedere l'andamento nel tempo della domanda potenziale e quindi di stimare l'entità della crescita delle prestazioni (o dei volumi di prestazioni o delle risorse finanziarie) da garantire. La dinamica nel tempo deve essere necessariamente calcolata in modo più empirico rispetto a quanto avviene per i fabbisogni, e deriva dalle analisi compiute sui dati raccolti dal Sistema informativo e dai risultati di indagini specifiche condotte dall'Osservatorio regionale;
- ***gli standard di qualità:*** si tratta di selezionare alcuni criteri qualitativi per il sistema integrato e/o per le prestazioni sociali e sociosanitarie, e di fissare gli standard da assicurare su tutto il territorio regionale. Anche in questo caso le finalità sono quelle di omogeneizzazione territoriale e di sviluppo dei servizi, sul piano però della qualità.

Ovviamente, nel fissare gli obiettivi di servizio, occorre tener conto della loro finanziabilità e realizzabilità.

Infine, alla luce dei mutamenti delle condizioni socio-demografiche a livello locale, è indispensabile riesaminare costantemente i fabbisogni complessivi calcolati per il triennio, per verificarne la congruità rispetto agli andamenti effettivi e alle trasformazioni avvenute a livello nazionale, regionale e di singolo Distretto sociosanitario.

Per evitare che le scelte effettuate non corrispondano al sentire della collettività, non risultino appropriate rispetto ai bisogni e divengano fonte di conflitto invece che di coesione sociale, è necessario che siano sostenute da analisi rigorose della situazione, ma soprattutto risultino il frutto di un processo di condivisione, che negozi i punti di vista soggetti per renderli oggettivi.

Solo attraverso una prassi di governance allargata è possibile, infatti, radicare un'assunzione di responsabilità da parte della comunità. E questo è vero, non soltanto nella fase di analisi della situazione e di individuazione delle priorità, ma anche in quella di implementazione e valutazione dei risultati.

G. Modalità di raccordo fra programmazione regionale e locale

Il ciclo programmatorio

I servizi sociali e sociosanitari sono spesso "schiacciati" sulle emergenze, in una logica "re-attiva" che genera stress lavorativo, inefficienze, scarsa efficacia e bassa qualità delle prestazioni. Il Piano sociale intende contribuire a superare questi rischi, proponendo, a tutti i livelli, un approccio centrato sul ciclo della programmazione. Si tratta quindi di organizzare il lavoro secondo un percorso coerente, che parte dall'analisi dei bisogni e delle risorse per identificare obiettivi, priorità e mete da raggiungere. In ragione di queste si programmano, implementano e gestiscono le attività, i cui esiti vengono valutati in modo rigoroso, per fornire gli elementi di giudizio, fondati sulla realtà, su cui si baserà la nuova pianificazione.

Il capo VI della legge regionale 11/2016 considera in primo luogo due livelli territoriali per la programmazione del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali:

- quello dell'intera Regione (artt. 33, 46 e 47);
- quello dei Comuni associati nei Distretti sociosanitari (artt. 35 e 48).

I due livelli di programmazione non sono indipendenti, ma sequenziali. La pianificazione locale, elaborata a partire dai bisogni e dalle risorse del territorio, è definita in coerenza con le priorità e gli obiettivi del Piano regionale, in quanto concorre al loro raggiungimento. Nello stesso tempo, l'analisi degli elementi che emergono dalle problematiche locali e dai risultati ottenuti nei vari territori costituiscono la base per l'individuazione delle strategie di intervento e per la programmazione regionale.

Assicurare coerenza tra i due livelli programmatori non è superfluo, né un obbligo burocratico. Non basta perciò che i Piani sociali di Zona contengano riferimenti formali alle misure e agli indicatori previsti nel Piano regionale, né che questo accenni in modo generico alle situazioni e alle problematiche dei diversi territori. Si tratta invece di un impegno sostanziale, necessario per la creazione di un sistema integrato di servizi e interventi in grado di rispondere in modo armonico ed equo ai differenti bisogni della popolazione, in tutto il territorio del Lazio.

Il raccordo tra la programmazione regionale e quella locale esige l'adozione di diverse misure che favoriscano una più razionale e fluida comunicazione tra tutti gli attori sociali, con regole chiare e procedure più semplici. Nello stesso tempo, una maggiore armonizzazione delle diverse programmazioni sarà facilitata dalla previsione di fondi sufficientemente certi, erogati entro tempi che permettano di evitare difficoltà nella pianificazione, allocazione e gestione delle risorse, riducendo il rischio di discontinuità dei servizi.

Funzionale a entrambe le azioni sopra indicate è la necessaria conoscenza delle situazioni sostanziali dei territori sui quali esse andranno a essere realizzate, in modo da poterle calibrare in coerenza con i bisogni emergenti e in seguito verificarne l'efficacia. In questo senso il raccordo tra la programmazione regionale e quella locale dovrà passare attraverso due attività, tra loro interconnesse e coordinate: da un lato, un lavoro di monitoraggio costante, consistente in un'analisi del bisogno da aggiornarsi annualmente a livello regionale su base quali-quantitativa, anche a mezzo dell'implementazione di un sistema informativo uniforme; dall'altro, un'attività di analisi e studio dei dati così ricavati, associata alla lettura condivisa tra Regione e Uffici di Piano di appositi report di medio termine degli interventi attuati a livello territoriale.

In alcuni casi sarà necessario mettere a disposizione servizi di assistenza tecnica per le amministrazioni che manifestano difficoltà nella programmazione dei servizi e nell'utilizzo coerente e tempestivo delle risorse disponibili. Al riguardo la Regione adotterà strumenti utili a sostenere normativamente il processo di stabilizzazione del personale tecnico impegnato nei servizi.

Il Piano prevede inoltre un forte investimento in azioni di governance finalizzate alla creazione di forme stabili per la gestione associata dei servizi e degli interventi sociali (Consorzi o Unioni dei Comuni) e per il buon funzionamento dell'Ufficio di Piano, che costituisce la struttura tecnico-amministrativa nella quale, attraverso opportune forme di coordinamento, si realizza l'integrazione tra i Comuni associati e la ASL competente per territorio.

L'organizzazione e il funzionamento dell'Ufficio di Piano sono stabiliti, ai sensi dell'art. 45, 4° comma della legge regionale 11/2016, da apposite linee guida regionali, che ne armonizzeranno alla legislazione vigente le modalità già stabilite nello schema tipo di regolamento adottato con deliberazione della Giunta regionale del 24 giugno 2014, n. 395.

L'azione strategica dell'Ufficio di Piano si realizza essenzialmente attraverso la circolazione delle informazioni, l'attivazione di tavoli di lavoro tematici e di ordine generale, momenti di verifica e valutazione dei risultati raggiunti; le attività devono coinvolgere i Comuni, il distretto, i cittadini e le cittadine singoli o associati, il terzo settore e le organizzazioni sindacali, in un'ottica che considera i vari soggetti protagonisti dell'intero processo programmatorio.

I Comuni associati nei distretti sociosanitari sono tenuti a garantire il regolare funzionamento dell'Ufficio di Piano attraverso l'individuazione delle necessarie risorse umane e finanziarie proprie, eventualmente integrate da una quota di quelle regionali, nel rispetto delle disposizioni dei contratti collettivi nazionali di lavoro vigenti e del principio dell'onnicomprensività del trattamento economico dei pubblici dipendenti nei limiti previsti per la spesa del personale.

Qualora presso i Comuni associati non siano presenti figure professionali idonee, ovvero i Comuni stessi non siano in grado, per motivi organizzativo-funzionali, di mettere a disposizione le suddette unità di personale, ivi compreso il

Coordinatore, i Comuni associati acquisiscono le risorse umane necessarie ricorrendo agli strumenti contrattuali previsti dalla normativa vigente.

A seguito dell'approvazione dell'Accordo di Programma con la ASL, quest'ultima può distaccare proprie unità di personale presso il Comune o l'Ente Capofila, da assegnare all' Ufficio di Piano per lo svolgimento delle attività connesse alla gestione associata dei servizi sociali e specificatamente ad attività di integrazione sociosanitaria.

Il Piano di Zona

La programmazione locale si concretizza essenzialmente nel Piano sociale di Zona, i cui modelli saranno elaborati tenendo conto dell'esperienza acquisita in questi anni e delle sollecitazioni dei responsabili degli Uffici di Piano. Sarà adottato un approccio meno rigido e, come tale, più rispondente ai mutevoli bisogni del territorio, con margini di flessibilità che lascino spazio alle responsabilità dei decisori locali, assicurando comunque la coerenza tra il quadro programmatorio locale e quello regionale.

Il Piano sociale di Zona ha durata triennale e viene aggiornato annualmente. I nuovi modelli - approvati con deliberazione della Giunta regionale (LR 11/2016, artt. 48, 50 e 71) - saranno elaborati in modo da consentire un'articolazione "a matrice", in grado di incrociare i livelli essenziali dei servizi e degli interventi (di accesso e presa in carico, comunitari, di lotta alla povertà e all'emarginazione sociale, a carattere domiciliare, diurno, a temporalità limitata, residenziale), con i relativi gruppi target (popolazione in generale, famiglie, minori, persone anziane, con disabilità, gruppi particolarmente vulnerabili).

Il Piano sociale di Zona è predisposto dall'Ufficio di Piano e approvato dagli organismi di indirizzo e programmazione di cui all'articolo 44 della legge regionale 11/2016, d'intesa con l'Azienda Sanitaria Locale competente (limitatamente alle attività sociosanitarie), con il coinvolgimento sostanziale delle organizzazioni sindacali e delle reti associative di secondo livello del terzo settore – volontariato, Aps, cooperazione sociale - delle Consulte sulla disabilità, delle associazioni di utenti e familiari e a seguito di percorsi di redazione partecipata inclusiva, in appositi tavoli tematici, delle organizzazioni di primo livello e di associazioni di cittadini e utenti.

I tavoli tematici sono convocati dall'Ufficio di Piano, che ne individuerà la platea dei partecipanti anche attingendo agli appositi albi e registri regionali degli organismi del terzo settore aventi sedi legali o operative nei rispettivi territori. Di ciascun tavolo tematico dovranno essere convocati almeno due incontri annuali, uno dei quali preliminare alla programmazione territoriale – per il censimento dei bisogni, l'emersione di nuovi e la valutazione degli interventi in corso – e uno successivo, per la verifica della programmazione svolta.

Tali meccanismi di partecipazione presuppongono la predisposizione, in capo all'Ufficio di Piano, di un sistema di monitoraggio e valutazione che da un lato

presieda a scelte di programmazione e di affidamento dei servizi quanto più possibile rispondenti ai bisogni rilevati e, dall'altro, consenta una valutazione ex-post del Piano sociale di Zona in termini di impatto, da condividersi con le realtà operanti sul territorio di riferimento.

Un aiuto alla costruzione del Piano di Zona potrebbe arrivare anche dalla redazione di una mappa delle forze e delle competenze pubbliche e private in campo. Quindi, oltre all'analisi sui servizi pubblici del territorio, un approfondimento sulla quantità e qualità degli organismi del terzo settore operanti e sulle competenze espresse nelle politiche di welfare; ciò al fine di fotografare in maniera maggiormente esaustiva le forze e le debolezze presenti sul territorio.

Il Piano sociale di Zona si configura come lo strumento di programmazione di tutti gli interventi e i servizi del sistema integrato locale da realizzare nell'ambito del Distretto sociosanitario. È comprensivo dunque delle diverse programmazioni che in passato sono state elaborate in modo separato (ad es. Piano distrettuale per le non autosufficienze, interventi sociali per la popolazione soggetta a provvedimenti dell'autorità giudiziaria ed ex carcerati, progetti per la prevenzione delle dipendenze patologiche e per il reinserimento socio-lavorativo degli ex tossicodipendenti e altre misure che riguardano il settore socio-assistenziale).

Esso distingue, senza separare, la programmazione delle azioni di welfare rivolte alle persone, alle famiglie, ai gruppi e alla cittadinanza da quelle di sistema, che rispondono a responsabilità istituzionali (pianificazione, monitoraggio, autorizzazioni, impegno e rendicontazione delle risorse, vigilanza e valutazione).

Il Piano di Zona non ha solo la funzione di una corretta programmazione tecnico-amministrativa delle risorse finalizzate alla realizzazione del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali nel territorio. Esso è anche uno strumento che, improntato all'utilizzo di un linguaggio chiaro e comprensibile da tutti, garantisce la comunicazione e la partecipazione dei cittadini e delle cittadine e degli attori sociali in tutte le fasi del ciclo programmatorio. Si tratta di un aspetto costituente l'essenza stessa dell'intero processo programmatorio, che senza un adeguato livello di partecipazione risulterebbe un esercizio burocratico e rischierebbe di essere inefficace. Il Piano deve pertanto essere messo a disposizione di tutti gli interessati, nel rispetto dei criteri di accessibilità, anche in versioni semplificate e facilmente comprensibili dai non addetti ai lavori.

La programmazione di area vasta

Il raccordo tra le diverse programmazioni sociali non si esaurisce però solo tra il livello regionale e quello distrettuale. Se si prende in considerazione l'intera legge regionale 11/2016, nonché la particolare configurazione del Lazio (in cui spicca la presenza di Roma Capitale), si comprende come si rendano necessarie anche altre programmazioni, ad un livello intermedio:

- quella della Città metropolitana di Roma Capitale e delle Province;
- quella che riguarda Roma Capitale, con i suoi Municipi.

Per quanto riguarda la Città metropolitana di Roma Capitale e le Province, l'art. 34 della LR 11/2016 prevede che, nelle more della riforma costituzionale e delle relative norme di attuazione, questi enti territoriali di area vasta esercitino alcune funzioni concernenti l'assistenza alle persone con disabilità sensoriali e concorrano alla programmazione e realizzazione degli interventi per la protezione, l'accoglienza e l'inclusione delle donne vittime di violenza (anche con figli) e dei cittadini e delle cittadine immigrati, richiedenti asilo, rifugiati e titolari di protezione.

In relazione a Roma Capitale, l'art. 36 della LR 11/2016 prevede che essa concorra alla determinazione degli obiettivi della programmazione sociale e sociosanitaria della Regione, nonché alla loro specificazione e attuazione nel proprio territorio, adottando, in conformità ai contenuti del Piano sociale regionale, propri atti per la pianificazione e la realizzazione del sistema integrato, avvalendosi degli organi di decentramento amministrativo previsti dal proprio statuto (i Municipi).

La Giunta regionale, contestualmente all'approvazione degli schemi-tipo per i Piani di Zona, sentite le parti interessate e in accordo con i decisori di Roma Capitale, fornirà linee guida per la programmazione di area vasta. In particolare, saranno fornite indicazioni per la specifica programmazione sociale dei Municipi, di Roma Capitale e della Città Metropolitana. I relativi Piani dovranno in ogni caso assicurare l'interfacciabilità con quelli degli altri territori, in modo da consentire una visione unitaria dell'intera programmazione regionale e il trattamento di dati comparabili.

Strumenti di raccordo programmatico

La complessa articolazione che caratterizza il territorio del Lazio esige una strumentazione in grado di assicurare un forte raccordo e coordinamento tra i diversi livelli territoriali, per garantire la coerenza degli obiettivi e il confronto tra i processi e i risultati raggiunti in ciascun ambito.

A tal fine, la Giunta regionale, contestualmente all'approvazione degli schemi-tipo per i Piani sociali di Zona, adotterà i seguenti provvedimenti:

- revisione e rafforzamento delle Consulte e dei Tavoli di confronto tematici, che dovranno avere operatività stabile, con incontri periodici;
- promozione e attivazione dei "Tavoli interdistrettuali di coordinamento degli Uffici di Piano", a livello di ASL;
- organizzazione della "Cabina di regia" del Piano sociale regionale, con compiti di monitoraggio e assistenza tecnica.

H. Entità e modalità di finanziamento del sistema integrato

Il sistema di welfare integrato della Regione Lazio è forte di un'elevata componente pubblicistica, rappresentata da vari soggetti istituzionali, Comuni singoli e associati, Comunità montane e Consorzi di Comuni, che offrono

prestazioni e servizi socioassistenziali e sociosanitari ai cittadini ed alle cittadine laziali gestiti prevalentemente in maniera etero-diretta, a fronte di una discreta applicazione dei principi della sussidiarietà orizzontale tra pubblico e privato e del principio di libera scelta da parte della persona del fornitore di servizio. Sul piano istituzionale l'organizzazione dei servizi ha una dimensione territoriale e di popolazione servita dagli enti gestori ridotta e parcellizzata rispetto a quella delle ASL di riferimento, che, a seguito del processo di accorpamento territoriale realizzato in quest'ultimo biennio, oggi comprendono nei propri confini più enti gestori dei servizi socioassistenziali e sociosanitari. L'attuale sistema dei servizi e degli interventi presenta elementi di criticità in termini di efficienza, efficacia e non omogeneità dei servizi sul territorio dovuti principalmente ad una mancanza di innovazione nell'erogazione delle prestazioni, e crescita dei costi di gestione. Tali criticità trovano la loro ragion d'essere in fattori strutturali, quali:

- eccessiva frammentazione territoriale degli enti locali gestori delle funzioni sociali;
- conseguente moltiplicazione dei costi soprattutto di natura amministrativa, suddivisi in spese per gli organi direzionali, per i servizi di gestione del personale e dell'area economico-finanziaria, necessari all'erogazione dei servizi e degli interventi sui territori di riferimento, che incidono sul costo finale delle prestazioni erogate alla persona;
- difficoltà di programmazione zonale e di programmazione dell'area dell'integrazione sociosanitaria per la compresenza sul territorio di un'unica ASL e di più enti gestori dei servizi socioassistenziali e sociosanitari.

Nelle seguenti tabelle, elaborate sulla base degli ultimi dati ISTAT[1] disponibili, si può evidenziare quanto è stato speso nella Regione Lazio per il sistema delle politiche sociali.

I Comuni singoli e associati della Regione dichiarano una spesa complessiva di 943.960.660, per un valore pro-capite di 171 euro, a fronte dei 117 euro della media nazionale.

Tab. 1 - Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per Regione e ripartizione geografica - Anno 2012 e PIL pro-capite per Regione e ripartizione geografica - Anno 2014 (valore assoluto e pro-capite in euro)

	Spesa dei Comuni singoli o associati *	Spesa pro-capite**	PIL pro-capite
Piemonte	570.559.389	131	27.763
Valle d'Aosta	35.251.923	277	37.028
Liguria	194.458.735	124	29.026
Lombardia	1.191.204.826	122	35.044

Bolzano	134.061.445	264	39.894
Trento	134.234.247	254	33.943
Veneto	540.019.419	111	30.034
Fr. Venezia Giulia	294.340.028	241	27.856
Emilia Romagna	728.663.415	167	32.487
Toscana	491.761.585	134	28.926
Umbria	78.587.048	89	23.916
Marche	167.172.094	108	25.247
Lazio	943.960.660	171	31.673
Abruzzo	80.014.005	61	23.122
Molise	13.110.393	42	20.326
Campania	268.931.332	47	16.822
Puglia	268.130.230	66	16.919
Basilicata	38.331.446	66	18.740
Calabria	48.270.637	25	16.177
Sicilia	384.521.522	77	17.031
Sardegna	376.807.482	230	19.791
Nord-ovest	1.991.474.873	126	32.468
Nord-est	1.831.318.554	159	31.358
Centro	1.681.481.387	144	29.419
Sud	716.788.043	51	17.509
Isole	761.329.004	115	17.711
ITALIA	6.982.391.861	117	26.548

** Si intende la spesa in conto corrente di competenza impegnata nel 2012 per l'erogazione dei servizi o degli interventi socio-assistenziali da parte di Comuni singoli e associati. Sono incluse le spese per il personale, per l'affitto di immobili o attrezzature e per l'acquisto di beni e servizi (spesa gestita direttamente). Nel caso in cui il servizio venga gestito da altre organizzazioni (ad esempio: cooperative sociali) la spesa è data dai costi dell'affidamento a terzi del servizio (spesa gestita indirettamente). La spesa è indicata al netto della compartecipazione degli utenti e del Servizio Sanitario Nazionale.*

*** Rapporto tra la spesa dei Comuni singoli e associati e la popolazione residente nella Regione o nella ripartizione geografica.*

Nell'ambito della spesa sociale regionale, la quota di spesa afferente alla Provincia di Roma risulta pari all'88%, per una spesa pro-capite di 207 euro, significativamente superiore alla media laziale. Alle restanti Province afferisce il restante 12% della spesa sociale rilevata, per valori pro-capite tutti inferiori, in modo consistente, alla media regionale.

Tab. 2 - Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati nel Lazio per Provincia - Anno 2012 (valore assoluto e spesa pro-capite in euro)

	Spesa dei Comuni singoli o associati	Spesa pro-capite*
Lazio	943.960.660	171
Viterbo	23.101.957	74
Rieti	17.024.184	109
Roma	833.606.047	207
Latina	35.944.794	66
Frosinone	34.283.678	70

** Rapporto tra la spesa dei Comuni singoli e associati e la popolazione residente nella Regione o nella Provincia.*

Per quanto attiene agli enti gestori delle funzioni sociali, il 94,82% della spesa sociale regionale è ascrivibile ai singoli Comuni e il 4,70% ai Distretti sociosanitari; residuale è invece la quota afferente agli enti associativi. Diversa appare la situazione media nazionale, dove la percentuale della spesa relativa ai Comuni è del 75,53%, mentre la quota dei Consorzi è del 6,01%.

Tab. 3 - Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per ente gestore, per Regione Lazio e ripartizione geografica - Anno 2012 (distribuzione percentuale)

	Comune	Distretto sociale	Comunità montana	Consorzio	ASL	Unione di Comuni	Altra associazione di Comuni
Lazio	94,82	4,70	0,04	0,04	-	0,40	-
Nord-	76,98	4,14	2,61	15,09	0,58	0,54	0,06
Nord-est	60,40	8,23	0,18	2,08	12,09	4,31	12,69
Centro	84,90	3,80	0,41	4,75	4,08	0,89	1,17
Sud	70,29	27,97	1,46	0,11	-	0,17	-
Isole	92,36	7,56	-	-	-	0,08	-
ITALIA	75,53	7,95	1,04	6,01	4,32	1,53	3,63

Guardando alle fonti di finanziamento del sistema integrato degli interventi e servizi sociali, emerge che nel Lazio il 72,5% della spesa è coperto dai Comuni con risorse proprie, a fronte del 67,2% registrato a livello Italia. Il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali finanzia il sistema laziale solo per il 4,0%, a fronte dell'8,0% registrato nella media del Paese, mentre è in linea col dato nazionale la quota relativa ai Fondi regionali (16,8% nel Lazio).

Tab. 4 - Spesa sociale dei Comuni singoli e associati per fonte di finanziamento, per Regione Lazio e ripartizione geografica - Anno 2012 (distribuzione percentuale)

	Fondo indistinto per le politiche sociali (a)	Fondi regionali vincolati per le politiche sociali (b)	Fondi vincolati per le politiche sociali dallo Stato o dall'UE (c)	Altri trasferimenti da enti pubblici	Trasferimento fondi da privati	Risorse proprie dei Comuni	Risorse proprie degli enti associativi
Lazio	4,0	16,8	5,7	0,9	0,1	72,5	-
Nord-	6,5	9,5	1,7	2,2	1,9	76,1	2,1
Nord-est	5,0	21,5	1,5	1,4	2,0	65,9	2,7
Centro	4,9	15,7	4,1	1,7	0,5	71,8	1,3
Sud	13,4	9,8	5,1	7,2	0,8	59,4	4,3
Isole	24,2	31,8	3,5	1,0	0,7	38,2	0,6
ITALIA	8,0	16,5	2,7	2,1	1,4	67,2	2,1

(a) Quota nazionale e quota regionale o provinciale nel caso di Province Autonome.

(b) Fondi regionali (o provinciali nel caso di Province Autonome) vincolati per le politiche sociali (esclusa la quota regionale o provinciale del fondo indistinto).

(c) Esclusa la quota nazionale del fondo indistinto.

Così come accade a livello nazionale, oltre l'80% della spesa sociale dei Comuni laziali singoli e associati è destinato a tre aree di utenza, anche se con percentuali differenti rispetto alla media italiana: il 43,5% è rivolto a Famiglie e minori (contro il 40,0% della media nazionale), il 23,0% alla Disabilità (contro il 24,3%) e il 15,2% agli Anziani (contro il 19,1%).

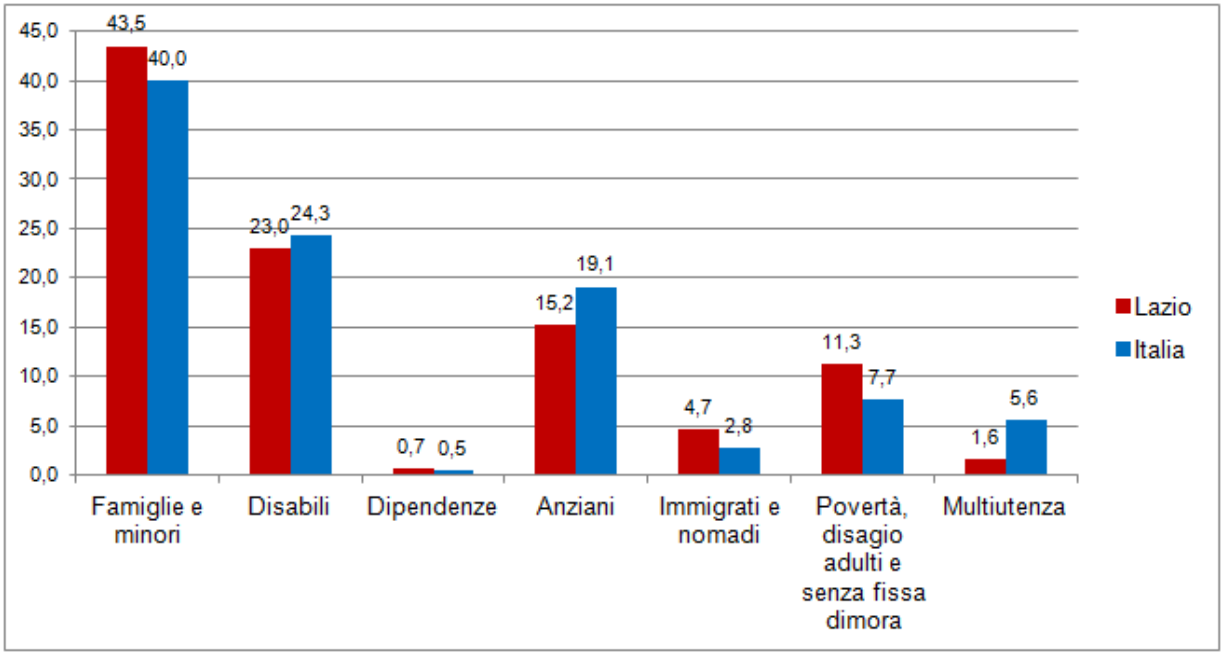
Una distribuzione della spesa diversa da quella registrata a livello Italia si rileva invece per le aree Immigrati e nomadi (4,7% *vs* 2,8% nazionale) e Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora (11,3% *vs* 7,7%).

Tab. 5 - Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per area di utenza, per Regione e ripartizione geografica - Anno 2012 (valore assoluto in euro)

	Famiglie e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora	Multiutenza
Piemonte	205.925.144	149.236.991	425.050	118.019.137	14.329.608	43.009.901	39.613.558
Valle	9.148.526	259.211	0	24.129.760	381.120	1.043.158	290.148
Liguria	96.451.011	23.755.890	1.388.348	39.868.576	3.023.791	15.240.285	14.730.834
Lombardia	492.192.688	323.343.705	3.245.738	212.760.246	25.425.057	66.110.500	68.126.892
Bolzano	33.820.937	51.975.387	3.071.040	23.491.510	11.874.771	9.827.800	0
Trento	52.298.976	31.317.365	179.427	29.958.383	294.058	9.515.067	10.670.971
Veneto	174.228.035	145.180.931	3.549.404	121.772.610	15.992.480	39.175.432	40.120.527
F.V. Giulia	73.960.662	84.861.780	548.454	82.594.649	5.789.358	27.880.203	18.704.922
Em. Rom.	363.362.790	119.768.600	4.011.193	122.372.959	24.523.634	35.893.465	58.730.774
Toscana	195.471.380	86.732.829	1.695.984	116.975.566	16.697.893	40.851.517	33.336.416
Umbria	43.650.645	11.391.681	557.885	10.252.857	2.845.047	4.585.656	5.303.277
Marche	60.264.753	47.969.198	778.615	24.040.495	2.891.636	6.963.311	24.264.086
Lazio	410.853.660	216.857.134	6.934.916	143.717.205	44.393.275	106.497.824	14.706.646
Abruzzo	35.804.396	22.309.172	336.989	14.123.481	732.070	3.248.032	3.459.865
Campania	125.166.410	58.659.998	747.822	50.158.027	4.192.269	15.362.973	14.643.833
Puglia	116.153.212	50.039.809	2.246.020	46.877.428	7.189.607	26.374.604	19.249.550
Basilicata	14.287.158	10.074.217	459.344	7.158.540	979.797	3.615.400	1.756.990

Calabria	18.605.094	10.942.566	512.767	9.630.972	2.469.315	4.497.857	1.612.066
Sicilia	172.340.710	98.617.444	1.776.494	68.502.272	9.320.654	23.943.369	10.020.579
Sardegna	92.398.151	149.460.067	1.520.693	64.968.925	1.413.483	53.490.891	13.555.272
Nord-ovest	803.717.369	496.595.797	5.059.136	394.777.719	43.159.576	125.403.844	122.761.432
Nord-est	697.671.400	433.104.063	11.359.518	380.190.111	58.474.301	122.291.967	128.227.194
Centro	710.240.438	362.950.842	9.967.400	294.986.123	66.827.851	158.898.308	77.610.425
Sud	316.517.625	154.267.293	4.364.119	130.785.993	15.642.772	53.777.808	41.432.433
Isole	264.738.861	248.077.511	3.297.187	133.471.197	10.734.137	77.434.260	23.575.851
ITALIA	2.792.885.693	1.694.995.506	34.047.360	1.334.211.143	194.838.637	537.806.187	393.607.335

Graf. 1 - Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per area di utenza, per Regione Lazio e Italia - Anno 2012 (distribuzione percentuale)



Il Lazio presenta valori di spesa pro-capite superiori alla media nazionale in quasi tutte le aree di utenza, con valori che si discostano dalla media della propria ripartizione e si avvicinano a quelli registrati nelle Regione nel Nord.

Tab. 6 - Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per area di utenza, per Regione e ripartizione geografica - Anno 2012 (valore pro-capite* in euro)

	Famiglie e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora	Multiutenza
Piemonte	131	3.875	0	114	38	16	9
Valle d'Aosta	194	307	0	883	43	13	2
Liguria	187	2.173	1	93	26	17	9
Lombardia	130	4.117	0	104	26	11	7
Bolzano	155	21.628	7	251	290	31	0
Trento	242	12.417	0	285	6	29	20
Veneto	91	3.892	1	121	34	13	8
F. V. Giulia	177	7.604	1	280	58	38	15
Em. Rom.	237	4.232	1	123	52	13	13
Toscana	148	2.679	1	132	50	18	9
Umbria	133	1.363	1	49	31	9	6
Marche	103	4.283	1	68	21	7	16
Lazio	181	4.060	1	127	98	31	3
Abruzzo	63	1.783	0	49	10	4	3
Molise	48	824	0	40	9	3	2
Campania	42	706	0	52	26	4	3
Puglia	58	1.065	1	60	80	10	5
Basilicata	54	1.482	1	60	70	10	3
Calabria	20	469	0	25	35	4	1
Sicilia	70	1.699	0	72	70	8	2

Sardegna	128	8.517	1	194	42	50	8
Nord-ovest	136	3.855	0	112	29	13	8
Nord-est	162	5.302	1	152	52	17	11
Centro	158	3.445	1	114	66	22	7
Sud	46	880	0	50	38	6	3
Isole	83	3.282	1	103	64	18	4
ITALIA	113	2.990	1	107	46	15	7

**I valori pro-capite sono il rapporto tra la spesa e la popolazione di riferimento per ogni area di utenza.*

Soffermandosi in modo specifico sulla situazione della Regione Lazio emerge come la quota più significativa della spesa sociale, pari a 410.853.660 euro, sia indirizzata all'area Famiglie e minori, di cui 270.071.792 sono destinati agli asili nido (definizione che comprende, oltre agli asili nido tradizionali, i micronidi e le sezioni primavera) sia per le strutture comunali che per le rette e i contributi pagati dai Comuni per gli utenti degli asili nido privati.

Sugli andamenti registrati nel Lazio incide in modo preponderante il comportamento del territorio della Provincia di Roma, che, lo ricordiamo, pesa per l'88% sulla spesa sociale complessiva dei Comuni singoli e associati della Regione. In particolare, ciò emerge con estrema evidenza riguardo alla spesa pro-capite, che pone il Lazio in una posizione medio-alta della classifica regionale in ragione principalmente degli elevati livelli di spesa pro-capite rilevati nella Provincia di Roma, a fronte di valori calcolati nelle restanti Province che appaiono in linea con quelli del Mezzogiorno.

Tab. 7 - Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per area di utenza nel Lazio per Provincia - Anno 2012 (valore assoluto in euro)

	Famiglie e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora	Multiutenza
Lazio	410.853.66	216.857.134	6.934.916	143.717.205	44.393.275	106.497.824	14.706.646
Viterbo	7.390.588	4.331.932	216.590	8.378.309	725.003	1.361.391	698.144
Rieti	6.495.460	3.301.964	423.183	4.164.985	266.821	959.817	1.411.954
Roma	369.354.969	192.688.361	5.539.849	117.366.052	39.772.126	99.432.386	9.452.304
Latina	14.754.409	9.738.230	276.427	5.959.487	927.366	2.809.946	1.478.929
Frosinone	12.858.234	6.796.647	478.867	7.848.372	2.701.959	1.934.284	1.665.315

Sebbene, ovviamente, i livelli di spesa in valori assoluti risultino maggiori nella Provincia di Roma per tutte le aree di utenza, possiamo evidenziare, osservando la distribuzione percentuale della spesa in ogni singola Provincia, come Viterbo, Rieti e Frosinone dedichino all'area Anziani quote significativamente superiori alla media regionale (rispettivamente 36,3%, 24,5% e 22,9%, a fronte del 15,2% del Lazio), ponendola come seconda area maggiormente finanziata a differenza di ciò che accade a livello regionale ma anche nazionale.

Tab. 8 - Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per area di utenza nel Lazio per Provincia - Anno 2012 (distribuzione percentuale)

	Famiglie e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora	Multiutenza
Lazio	43,5	23,0	0,7	15,2	4,7	11,3	1,6
Viterbo	32,0	18,8	0,9	36,3	3,1	5,9	3,0
Rieti	38,2	19,4	2,5	24,5	1,6	5,6	8,3
Roma	44,3	23,1	0,7	14,1	4,8	11,9	1,1
Latina	41,0	27,1	0,8	16,6	2,6	7,8	4,1
Frosinone	37,5	19,8	1,4	22,9	7,9	5,6	4,9

Tab. 9 - Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per area di utenza nel Lazio per Provincia - Anno 2012 (valore pro-capite* in euro)

	Famiglie e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora	Multiutenza
Lazio	181	4.060	1	127	98	31	3
Viterbo	60	1.457	1	121	29	7	2
Rieti	110	2.278	3	114	26	10	9
Roma	225	4.966	2	143	109	39	2
Latina	61	1.795	1	58	28	8	3
Frosinone	63	1.426	1	78	137	6	3

** I valori pro-capite sono il rapporto tra la spesa e la popolazione di riferimento per ogni area di utenza.*

La spesa sociale complessiva dei Comuni singoli e associati della Regione viene destinata per oltre il 50% alle strutture: percentuale di molto superiore a quella media nazionale e una tra le più alte registrate nelle Regioni.

Tab. 10 - Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per tipologia di interventi e servizi, per Regione Lazio e Italia - Anno 2012 (valore assoluto in euro e distribuzione percentuale)

		Interventi e servizi	Trasferimenti in denaro	Strutture
Lazio	v.a.	291.851.998	176.540.050	475.568.612
	%	30,9	18,7	50,4
ITALIA	v.a.	2.715.647.200	1.771.010.751	2.495.733.910
	%	38,9	25,4	35,7

Oltre alla spesa sociale dei Comuni singoli e associati, possiamo identificare anche le risorse erogate dall'INPS in riferimento al territorio regionale, le prime di natura previdenziale e le seconde di natura assistenziale.

Tipologia di pensione	Importo lordo totale annuale pensioni (migliaia euro)	Importo lordo medio annuale pensioni (euro)
Vecchiaia e anzianità	18.833.285	19.841,03
Invalidità	1.807.172	12.800,3
Superstiti	4.119.547	10.050,25
Indennitarie	262.272	5.568,29
Invalidità civile	1.620.543	4.908,49
Pensioni sociali	568.772	5.667,03
Guerra	196.480	5.676,32
Pensioni integrate al minimo	1.773.707	6.542,22
Maggiorazioni di cui all'art. 38 della	782.032	7.879,73

La legge regionale 11/2016 prevede un sistema plurimo di finanziamento delle politiche sociali che riconosce la prima titolarità della spesa ai Comuni suddivisi nei vari Distretti sociosanitari e la compartecipazione alla Regione nei suoi diversi livelli istituzionali. Le fonti di finanziamento che confluiscono nel Fondo Sociale Regionale sono descritte nell'art. 64 della predetta legge e si distinguono in vari livelli: risorse statali (Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e altri Fondi nazionali finalizzati); risorse regionali; risorse provenienti da organismi dell'Unione europea. Anche le persone che utilizzano i servizi sono chiamate a farsi carico di una piccola quota dei costi delle prestazioni sociali e sociosanitarie erogate negli ambiti dei Piani di Zona. La quota viene stabilita con lo strumento della situazione economica equivalente (ISEE).

Al finanziamento del welfare regionale e dei suoi servizi contribuiscono, infine, soggetti privati di varia natura quali le fondazioni di origine bancaria, l'associazionismo e il volontariato attraverso il 5 per mille, soggetti imprenditoriali, e, non in misura minore, le donazioni filantropiche.

Il raggiungimento degli obiettivi individuati dal Piano sociale regionale è strettamente collegato alle risorse finanziarie disponibili per la loro realizzazione. Relativamente alle risorse finanziarie la Regione si muove dunque in un'ottica che è insieme di integrazione e miglioramento organizzativo delle risorse disponibili nelle comunità locali, risorse economiche, strutturali e umane già organizzate nei Distretti sociosanitari e destinate dai Comuni alle politiche sociali, alle quali vanno aggiunte le risorse economiche trasferite agli ambiti dal Fondo Sociale Regionale che finanzia il sistema articolato dei Piani di Zona, secondo un criterio di ripartizione costruito sulla base di un indice composto dalla densità demografica, dall'indice di isolamento territoriale, dagli indici di vulnerabilità sociale e dai criteri di salvaguardia per i Comuni di piccola dimensione.

Resta, in ogni caso, l'obbligo di provvedere, comunque, alla copertura finanziaria delle prestazioni connesse ai livelli essenziali di assistenza sociale. La Regione definisce così un "sistema di governance multilivello" di politiche coordinate e integrate dell'Unione Europea, dello Stato, della Regione e dei Comuni.

I Comuni, titolari delle funzioni amministrative relative alla realizzazione delle attività e degli interventi sociali, garantiscono risorse finanziarie, le quali, affiancandosi alle risorse messe a disposizione dello Stato, dalla Regione e dagli utenti, assicurano il raggiungimento di livelli di assistenza adeguati ai bisogni espressi dal proprio territorio.

La Giunta regionale del Lazio, di concerto con i Comuni singoli e/o associati, individua una quota capitaria sociale, necessaria per assicurare i livelli essenziali e omogenei delle prestazioni.

La legge regionale 11/2016 ribadisce che questo intervento finanziario della Regione ha carattere contributivo, rispetto all'intervento primario comunale, ed è finalizzato a sostenere il consolidamento su tutto il territorio regionale della rete

dei servizi sociali definiti nei vari Distretti sociosanitari, in modo che essi siano qualitativamente omogenei e rispondenti alle effettive esigenze delle comunità locali. Le risorse del Fondo Sociale Regionale sono prioritariamente destinate alla contribuzione finanziaria dei Piani di Zona conformi alle indicazioni e agli obiettivi fissati dalla Regione attraverso il Piano sociale. Il Fondo Regionale per la gestione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali è ripartito annualmente tra gli enti gestori delle attività socioassistenziali e sociosanitarie, secondo i criteri individuati dalla Giunta regionale.

Fondo Sociale Regionale

Il Fondo viene pertanto ripartito in quattro parti:

- trasferimenti ordinari ai Distretti sociosanitari (quota non inferiore all'80% del totale) a carattere contributivo e perequativo, rispetto all'impegno finanziario dei Comuni, per il mantenimento e il sostegno del sistema degli interventi e dei servizi sociali e sociosanitari, e in particolare per l'attuazione degli obiettivi di servizio correlati ai livelli essenziali delle prestazioni sociali e all'attivazione dei PUA;
- fondo di solidarietà interistituzionale (quota non inferiore al 5% del totale richiedibile una sola volta nel corso del triennio) per interventi urgenti non programmabili ed eccezionali che creano squilibri nelle finanze degli enti locali tenuti all'erogazione delle prestazioni, e comunque previa presentazione del rendiconto delle spese ordinarie sino ad allora sostenute e di una relazione tecnica corredata di una pianificazione finanziaria, che giustifichi la richiesta dell'intervento economico aggiuntivo.
- interventi di interesse regionale, (art. 46, comma 2, lettera j) e interventi che assumono valenza di strumenti di qualificazione del sistema e di progressiva attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni, di sperimentazione di azioni trasversali e di interventi conseguenti ad obblighi di legge (utilizzando le risorse non destinate agli interventi precedenti e comunque non superiori al 5% del totale);
- interventi di premialità per i Distretti che hanno dimostrato un'elevata performance sugli indicatori di cui al capitolo E, per interventi innovativi di cui al seguente capitolo I (usando le risorse non destinate agli interventi precedenti e comunque per una quota non superiore al 10% del totale).

Risorse

Le risorse finanziarie complessive a disposizione della Regione Lazio per l'attuazione del Piano sociale regionale sono indicate nelle seguenti Tabelle di Previsione Programmazione triennale, i cui dati sono stati ricavati dai documenti tecnici di accompagnamento del bilancio regionale 2017-2019 approvati dalla

Giunta regionale con le deliberazioni del 31/12/2016 n. 857 e 858 e, limitatamente al bilancio per l'esercizio finanziario 2017, successive variazioni-adeguamenti tecnici apportati con deliberazione del 14/3/2017 n. 118:

RISORSE STANZIATE PER L'ANNUALITA' 2017			
MISSIONE 12 PROGRAMMA	RISORSE REGIONALI	RISORSE STATALI	TOTALI
01- Interventi per l'infanzia e i minori e per asili nido	11.000.000,00	5.592.624,00	16.592.624,00
02- Interventi per la disabilità	13.690.000,00	36.925.763,63	50.615.763,63
03- Interventi per gli anziani	100.000,00		100.000,00
04-Interventi per soggetti a rischio di esclusione sociale	7.128.582,96	5.074.967,00	12.203.549,96
05 -Interventi per le famiglie	6.570.000,00	865.650,00	7.435.650,00
07-Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali	38.512.225,00	25.851.385,82	64.363.610,82
08- Cooperazione e associazionismo	400.000,00		400.000,00
TOTALI	77.400.807,96	74.310.390,45	151.711.198,41

RISORSE STANZIATE PER L'ANNUALITA' 2018			
MISSIONE 12 PROGRAMMA	RISORSE REGIONALI	RISORSE STATALI	TOTALI
01- Interventi per l'infanzia e i minori e per asili nido	10.500.000,00		10.500.000,00
02- Interventi per la disabilità	13.040.000,00	35.217.000,00	48.257.000,00
03- Interventi per gli anziani	2.000.000,00		2.000.000,00
04-Interventi per soggetti a rischio di esclusione sociale	5.280.000,00		5.280.000,00
05 -Interventi per le famiglie	6.500.000,00		6.500.000,00
07-Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali	38.500.000,00	24.341.883,00	62.841.883,00
08- Cooperazione e associazionismo	400.000,00		400.000,00
TOTALI	76.220.000,00	59.558.883,00	135.778.883,00

RISORSE STANZIATE PER L'ANNUALITA' 2019			
MISSIONE 12 PROGRAMMA	RISORSE REGIONALI	RISORSE STATALI	TOTALI
01- Interventi per l'infanzia e i minori e per asili nido	10.500.000,00		10.500.000,00
02- Interventi per la disabilità	12.940.000,00	35.217.000,00	48.157.000,00
03- Interventi per gli anziani	2.000.000,00		2.000.000,00
04-Interventi per soggetti a rischio di esclusione sociale	5.280.000,00		5.280.000,00
05 -Interventi per le famiglie	6.500.000,00		6.500.000,00
07-Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali	38.500.000,00	24.341.883,00	62.841.883,00
08- Cooperazione e associazionismo	300.000,00		300.000,00
TOTALI	76.020.000,00	59.558.883,00	135.578.883,00

Le somme riportate nelle tabelle che precedono, limitatamente all'annualità 2017, sono integrate da:

- risorse statali erogate per l'attuazione della legge 112/2016 "Dopo di noi", il cui primo decreto attuativo assegna al Lazio la somma di euro 9.090.000,00 per la prima annualità, che si realizzerà nel 2017;
- risorse statali concesse per il finanziamento di Programmi distrettuali per la vita indipendente delle persone con disabilità, relative ai bandi ministeriali

2014-2015-2016 la cui attuazione andrà a regime nel 2017, per un ammontare complessivo di 5.300.000,00 euro (compreso il cofinanziamento regionale del 20%);

Per la piena realizzazione degli obiettivi individuati, oltre alle risorse indicate nelle tre tabelle sopra riportate, saranno utilizzati i fondi provenienti dal POR FSE 2014-2010 – obiettivo tematico 9 – ammontanti complessivamente a 132.000.000,00 di euro, come da tabella dettagliata di seguito riportata, la cui utilizzazione è stata avviata e andrà a pieno regime nel triennio di vigenza del Piano.

RISORSE FINANZIARIE DEL POR FSE 2014-2010. OBIETTIVO TEMATICO 9 - INCLUSIONE SOCIALE E LOTTA ALLA POVERTA'								
Azioni	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**Totale 2014-2020**
Interventi per contrastare il rischio di povertà	2.710.605,82	2.970.638,26	3.712.166,36	3.786.459,90	3.862.237,92	3.939.530,02	4.018.361,72	**25.000.000,00**
Progetti sportivi per l'inclusione sociale	758.969,63	831.778,71	1.039.406,58	1.060.208,77	1.081.426,62	1.103.068,41	1.125.141,28	**7.000.000,00**
Azioni di formazione a sostegno del lavoro per lo sviluppo dei Servizi all'infanzia	4.336.969,31	4.753.021,21	5.939.466,17	6.058.335,83	6.179.580,68	6.303.248,03	6.429.378,76	**40.000.000,00**
Azioni di formazione sostegno lavoro Servizi cronicità e terza età	6.505.453,97	7.129.531,82	8.909.199,25	9.087.503,75	9.269.371,02	9.454.872,05	9.644.068,14	**60.000.000,00**
TOTALI	14.311.998,73	15.684.970,00	19.600.238,36	19.992.508,25	20.392.616,24	20.800.718,51	21.216.949,90	**132.000.000,00**

All'utilizzazione delle suddette risorse, per ciascun intervento complessivo, si provvede con successiva deliberazione in conformità a quanto stabilito con la delibera di Giunta regionale n. 14 del 17 gennaio 2017.

Nella fase di pianificazione finanziaria dei servizi e dei livelli essenziali previsti dal Piano, una quota di risorse è stata destinata a cofinanziare le attività sociali a rilevanza sanitaria e all'attivazione dei Punti Unici d'Accesso (art. 46, comma 2, lettera h). Tale quota è prevista all'interno della quota generale dell'80% dei trasferimenti finanziari ai Distretti sociosanitari.

L'adozione del Piano sociale richiede inoltre una disciplina della fase di transizione. Gli strumenti di programmazione zonale dovranno transitare dai tempi e dalle annualità di programmazione regionale precedenti, attuati con linee guida ex legge n. 328/2000, ai tempi e alle disposizioni contenute nel presente Piano, nonché nelle disposizioni di attuazione operativa che verranno successivamente emanate.

Nella prima annualità di attuazione del presente Piano, è pertanto necessario avviare, strutturando un sistema di assistenza governato dalla Direzione Regionale, una omogeneizzazione economica e strutturale tra i diversi Piani di Zona, in maniera che la loro attuazione successiva coincida con il periodo di vigenza del Piano sociale regionale. Questa esigenza, oltre ad essere necessaria formalmente, è ancora più necessaria operativamente in quanto consentirà di applicare uniformemente il modello di valutazione e monitoraggio e la messa in atto delle azioni previste dal Piano alle stesse scadenze per tutti. Una tale sincronizzazione dei tempi di attuazione e dell'utilizzo dei fondi garantirà, inoltre, la possibilità di prevedere un coordinamento delle misure di interesse generale e della rendicontazione dei costi, che permetterà una seria valutazione funzionale alla successiva programmazione triennale.

Stanti tali premesse, si indicano i principi guida da seguire nel percorso di sincronizzazione dei Piani di Zona:

- prevedere l'emanazione di una procedura di revoca e/o rideterminazione del riparto dei fondi delle annualità precedenti ai Distretti che, trovandosi in ritardo, non potranno completare l'attuazione delle annualità precedenti prima dell'uniforme avvio di attuazione dei nuovi Piani di Zona triennali;
- prevedere una graduazione, sulla base dei dati in possesso, delle date di presentazione dei Piani di Zona, della certificazione della spesa, del monitoraggio dei servizi, nella determinazione del periodo di ritardo e conseguentemente dell'entità dei fondi da revocare e/o rideterminare;
- garantire la continuità dei servizi e degli interventi fino alla partenza dei nuovi Piani di Zona, anche attraverso una proroga di quelli già in essere da parte degli ambiti sociali;
- garantire agli ambiti virtuosi, che sono in linea con i tempi di presentazione dei Piani di Zona o che sono addirittura in anticipo con l'attuazione degli stessi, una compensazione di risorse che vada a coprire i servizi fino all'avvio di quelli previsti nei nuovi Piani di Zona;
- riprogrammare l'impiego delle risorse recuperate che verranno a determinarsi.

Parametri per la determinazione del sistema tariffario e della compartecipazione degli utenti ai costi delle prestazioni

Nel rispetto dell'autonomia dei Comuni, la Regione Lazio per garantire uniformità nei criteri di accesso al sistema integrato dei servizi ed a maggior tutela dei diritti dei cittadini e delle cittadine laziali, propone modalità di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti. A tale fine si forniscono ai Comuni associati in Ambiti territoriale strumenti condivisi che saranno previsti da un'apposita deliberazione della Giunta regionale che sarà emanata entro 90 gg. dall'approvazione del Piano sociale regionale.

In base al predetto disposto normativo, alla Regione Lazio spetta la funzione di individuare le soglie minime di esenzione e massime di compartecipazione, mentre è lasciata all'autonomia decisionale dei Comuni associati in Ambiti Territoriali la facoltà di definire, con proprio regolamento, sia le soglie minime che quelle massime alternative se più favorevoli alle esigenze dei propri cittadini, sia di definire fasce intermedie di reddito e relativa quota di compartecipazione comprese fra le soglie minima e massima.

La quota di compartecipazione dell'utente al costo del servizio è strettamente correlata alla sua situazione reddituale e patrimoniale. Per il calcolo dell'indicatore di situazione economica equivalente ISEE dovrà essere acquisitala Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) concernente la situazione reddituale e patrimoniale del richiedente la prestazione agevolata, nonché quella di tutti i componenti il nucleo familiare che andrà redatta conformemente al DPCM 159/2014. Il dichiarante potrà presentare una nuova dichiarazione sostitutiva prima della scadenza in caso di variazione della propria situazione familiare e/o patrimoniale. A tali indicatori reddituali saranno affiancati altri indicatori previsti dalla predetta deliberazione.

Si prevede per il prossimo triennio operativo una messa a regime del citato sistema attraverso il consolidamento delle procedure di inserimento dei dati degli utenti nella piattaforma online da parte delle amministrazioni competenti. In questo modo ed in tempi brevi, gli Uffici di Piano e la Direzione Regionale avranno a disposizione una banca dati contenente l'anagrafica di tutti gli utenti dei servizi con la possibilità di monitorare e studiare le situazioni reddituali e familiari di ciascuno ed eventualmente apportare le dovute modifiche al sistema delle tariffe regionali.

Il monitoraggio delle suddette tariffe garantisce inoltre che l'erogazione del servizio avvenga nel rispetto dei livelli minimi individuati da questo Piano sociale regionale. Esse si applicano ai servizi residenziali e semiresidenziali accreditati il cui costo si pone anche solo in parte a carico dell'ente pubblico. Sono esclusi pertanto i servizi privati non accreditati/convenzionati la cui fruizione è totalmente a carico dei cittadini/utenti.

Attraverso l'istituto dell'accreditamento e la definizione pubblica delle tariffe da corrispondere ai soggetti accreditati per le prestazioni erogate, la Regione Lazio intende garantire l'offerta dei servizi dando garanzia e certezza ai cittadini ed alle cittadine di un buon livello qualitativo dei servizi e della loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale.

I. Innovazione

L'area dell'innovazione è trasversale a tutti gli ambiti di interesse affrontati nel Piano sociale triennale.

I criteri per l'individuazione di aree, processi, servizi riferibili all'innovazione saranno stabiliti attraverso una specifica delibera di giunta.

Di seguito si individuano alcune tematiche che potranno essere oggetto di sperimentazione e di innovazione.

Co-progettazione

Le linee guida che verranno condivise e costruite allo scopo di individuare nuovi strumenti di governance del welfare della Regione Lazio, attraverso la co-progettazione e la cogestione tra enti pubblici e terzo settore, costituiscono una grande novità per la Regione. La co-progettazione nasce con la funzione di allargare la governance delle politiche sociali locali per corresponsabilizzare maggiormente i soggetti in campo e per rafforzare il senso di appartenenza verso i progetti e i programmi di politica pubblica promossi.

La co-progettazione ha per oggetto la definizione progettuale di iniziative, interventi e attività complesse, tenendo conto delle priorità strategiche evidenziate e condivise dall'ente pubblico, da realizzare in termini di partnership tra quest'ultimo e i soggetti del terzo settore individuati in conformità a una procedura di selezione pubblica.

Si tratta quindi di una modalità con cui si vuole migliorare l'efficienza e l'efficacia delle azioni in campo del welfare comunitario, promuovere processi partecipativi di co-progettazione territoriale, individuare promuovere e sostenere progetti di innovazione sociale, di welfare territoriale e inclusione attraverso azioni di prevenzione, promozione dei diritti, sviluppo locale.

Da un punto di vista metodologico, infatti, la co-progettazione è un metodo per costruire politiche pubbliche coinvolgendo risorse e punti di vista diversi, provenienti dal soggetto pubblico e dal terzo settore. Di per sé oggi la spinta ad una rinnovata relazione tra il pubblico e il terzo settore avviene spesso anche indipendentemente dallo strumento contrattuale che si utilizza e la ricerca continua da parte delle persone di risposte a problemi in costante aumento e cambiamento non interroga più solo l'amministrazione pubblica, ma l'intera società civile: singoli cittadini e cittadine e realtà organizzate del terzo settore.

L'idea della co-progettazione prende piede in tempi recenti perché sia gli enti locali, sia i soggetti del privato sociale si trovano oggi ad agire in una cornice che supera il tradizionale rapporto committente-fornitore che aveva caratterizzato la loro relazione fino a qualche tempo fa.

Dunque, la co-progettazione rappresenta una forma di collaborazione tra PA e soggetti del terzo settore per la realizzazione di attività e interventi, in base al principio di sussidiarietà, e fonda la sua funzione sui principi di trasparenza, partecipazione, corresponsabilità e sostegno dell'impegno privato nella funzione sociale

Utilizzando gli strumenti tecnici operativi di queste nuove modalità di welfare e aumentando le responsabilità condivise ne consegue un cambiamento nell'approccio culturale, passando dal concetto di "problema" a quello di "bisogno".

Il terzo settore, attraverso questo strumento, viene posto davanti ad un'ulteriore sfida, e cioè partecipare alla relazione di partenariato con l'Ente Pubblico, per lo più, non come singole organizzazioni, ma costituendo un'aggregazione, una sorta di "pre-partenariato" tra diverse organizzazioni del terzo settore.

Il DPCM 2001 all'art.1 prevede che le regioni:

- adottino specifici indirizzi per promuovere il miglioramento della qualità dei servizi e degli interventi, anche attraverso la definizione di specifici requisiti di qualità;

- favoriscano la pluralità di offerta dei servizi e delle prestazioni, nel rispetto dei principi di trasparenza e semplificazione amministrativa;

- favoriscano l'utilizzo di forme di aggiudicazione o negoziali che consentano la piena espressione della capacità progettuale ed organizzativa dei soggetti del terzo settore;

- favoriscano forme di co-progettazione promosse dalle amministrazioni pubbliche interessate, che coinvolgano attivamente i soggetti del terzo settore per l'individuazione di progetti sperimentali ed innovativi, al fine di affrontare specifiche problematiche sociali;

- definiscano adeguati processi di consultazione con i soggetti del terzo settore e con i loro organismi rappresentativi riconosciuti come parte sociale.

Nella co-progettazione devono essere soddisfatte le seguenti condizioni:

a. attraverso la co-progettazione le Amministrazioni pubbliche saranno supportate e coadiuvate dai soggetti del terzo settore nella ricerca di soluzioni tecniche utilizzabili per l'attuazione di progetti innovativi, che abbiano come obiettivo il soddisfacimento della domanda di servizi individuati dall'Amministrazione.

b. I soggetti della co-progettazione devono essere scelti con una procedura aperta a tutti i soggetti del terzo settore. La collocazione all'interno del Piano di Zona assume caratteristiche strategiche rispetto al modello di sussidiarietà.

c. La titolarità delle scelte dovrà rimanere in capo all'Amministrazione, la co-progettazione dovrà riguardare interventi innovativi e sperimentali di attività complesse e dovranno essere messe in comune le risorse per l'attuazione di obiettivi e progetti condivisi.

d. I soggetti che intendono manifestare il proprio interesse a partecipare all'attività di co-progettazione dovranno essere in possesso di tutti i requisiti giuridici di affidabilità giuridico-economico-finanziaria di tutti i soggetti del partenariato.

e. La partecipazione dei soggetti del terzo settore nelle fasi 1, 2 e 3 dovrà essere svolta a titolo gratuito e dovrà essere specificato in fase di selezione che non potranno essere riconosciuti corrispettivi.

f. Dovranno essere definiti in maniera chiara i limiti dell'attività di co-progettazione.

g. gli elaborati progettuali dei soggetti che intendono partecipare dovranno contenere: analisi dei problemi, obiettivi, metodi e modalità d'interventi, proposta organizzativa e gestionale, analisi dei costi, specifiche sulla modalità di co-partecipazione. A tal fine i soggetti che vorranno prendere parte al processo, nel definire il progetto dovranno individuare interessi/modalità d'azione comuni e definire la struttura di governance, le rispettive quote di budget e le modalità d'integrazione.

Co-housing

La questione dell'abitare è uno dei fattori su cui si basa l'inclusione sociale. La situazione abitativa è di primaria importanza nella costruzione di percorsi di benessere delle comunità. In questo settore il co-housing rappresenta una linea innovativa di intervento che il Piano sociale intende attivare nel prossimo triennio.

I co-housing sono composti da abitazioni private corredate da spazi e servizi comuni, progettati e realizzati, fin dalla concezione del progetto, in collaborazione con i loro futuri fruitori. Le strutture di co-housing combinano infatti l'autonomia dell'abitazione privata (che garantisce la libertà e la riservatezza dei singoli e delle famiglie) con i vantaggi di servizi, risorse e ambienti condivisi, sia interni che esterni.

L'esperienza ha messo in evidenza i molti aspetti positivi del co-housing, sia dal punto di vista microsociale che da quello macrosociale. Si tratta di soluzioni abitative che:

- ✓ in un contesto di progressiva riduzione della numerosità dei nuclei familiari e di aumento delle famiglie monopersonali contribuiscono a contrastare e ridurre la solitudine, soprattutto delle persone anziane;
- ✓ promuovono rapporti basati sul rispetto e la comunicazione consapevole, relazioni di buon vicinato, condivisione, mutuo aiuto e responsabilità sociale;
- ✓ favoriscono le relazioni tra pari e intergenerazionali, la conciliazione del lavoro con le responsabilità familiari, l'inclusione sociale e la protezione comunitaria dei soggetti più deboli (bambini, anziani, persone con disabilità);
- ✓ migliorano la sostenibilità ambientale ed economica, mediante la generazione di economie di scala, la riduzione degli sprechi, il risparmio energetico, il recupero e riuso di beni pubblici e privati, l'autoproduzione di beni e servizi;
- ✓ promuovono l'auto-organizzazione, la mutua collaborazione, la cittadinanza attiva e la partecipazione alla vita civica;
- ✓ favoriscono l'adozione di misure al miglioramento dell'abitabilità, della salute, della sicurezza e dell'accessibilità dell'abitare, anche mediante la riduzione delle barriere architettoniche e culturali;
- ✓ promuovono l'etica dei beni comuni e generano un diffuso benessere personale e collettivo;
- ✓ contribuiscono a rivitalizzare il territorio, generando una migliore qualità della vita e lo sviluppo di relazioni positive tra gli abitanti.

In questo contesto, tenendo conto delle migliori esperienze realizzate nel Lazio e in altre regioni, il Piano sociale prevede la sperimentazione di diverse forme di co-housing, non necessariamente alternative tra loro, tra cui il co-housing intergenerazionale, il co-housing di paese e il co-housing agricolo-montano.

Co-housing intergenerazionale

Sono ormai numerose le esperienze di co-housing intergenerazionali realizzate in diversi contesti geografici e sociali. In molti casi sono stati utilizzati a fini abitativi immobili, in genere di proprietà pubblica, in cui persone singole e famiglie di diversa età sono andate a convivere, in un clima di collaborazione e aiuto reciproco, in condizioni che assicurano la riservatezza familiare e personale. In alcuni casi sono stati avviati anche processi di accompagnamento di soggetti vulnerabili, con operatori che curano gli aspetti socio-assistenziali e relazionali, fondamentali per garantire una buona qualità della vita e positive relazioni di convivenza. Dal punto di vista delle soluzioni architettoniche, le abitazioni e gli ambienti comuni sono organizzati in maniera tale che possano essere applicate tecnologie di domotica e misure di sicurezza personale e collettiva.

La Regione intende sostenere e incentivare nuove azioni sperimentali di co-housing intergenerazionale, anche con l'obiettivo di fornire maggiori opportunità di socialità e di convivenza alle persone anziane, che allunghino il loro tempo di autosufficienza, allontanando così la prospettiva dell'accoglienza in strutture residenziali. Il tutto con costi accessibili, poiché si generano economie di scala e le spese vengono suddivise tra gli ospiti.

L'offerta abitativa dovrà prevedere adeguati spazi di privacy, aspetto spesso fortemente compromesso nella generalità delle strutture residenziali.

La creazione di questa filiera innovativa di co-housing sociale, mentre riduce i costi, in particolare per il ricorso alle assistenti familiari personali, va ad arginare in modo sostanziale il fenomeno dell'isolamento e della fragilità dell'anziano, generando nello stesso tempo benefici concreti per le persone più giovani, dal punto di vista economico, operativo e relazionale. La coabitazione potrà favorire infatti anche lo sviluppo di relazioni tra pari, generando, ad esempio, nuove possibilità di co-working e di co-production tra i giovani.

Co-housing di paese

Sono numerosi nel Lazio i piccoli comuni e i borghi che si stanno spopolando, con il rischio di una vera e propria "desertificazione antropica". Spesso in questi paesi sono rimaste poche famiglie, molte delle quali composte da anziani che vivono soli, con molte case vuote ed edifici pubblici vuoti o sottoutilizzati.

Il co-housing di paese prevede di inserire una componente di nuovi residenti in questi piccoli centri abitati, che comunque hanno mantenuto ancora un proprio tessuto vitale. Si potrebbe ad esempio individuare un'area centrale del paese, dove attrezzare alcune case da destinare ad abitazione di persone anziane, prevedendo una serie di servizi comuni forniti da équipe di operatori socio sanitari (assistenti, animatori, fisioterapisti, infermieri, ecc.), con soluzioni operative organizzate secondo modelli di servizio pensati su misura per le reali esigenze dei residenti (sia autoctoni che acquisiti).

In questo modo potrebbe essere coniugato il desiderio delle persone anziane di continuare (o andare) ad abitare in luoghi gradevoli e interessanti, a misura d'uomo, in un contesto ricco di relazioni interpersonali e socialmente attivo.

Il tessuto urbano del paese sarebbe così rivitalizzato, conservato, riqualificato e valorizzato: si può interrompere il processo di abbandono e favorire il ripopolamento. Si genera un impulso all'economia locale creando un volano di nuovi bisogni commerciali e professionali; non solo quindi opportunità di lavoro per le figure assistenziali necessarie agli assistiti, ma anche opportunità per rispondere alle nuove esigenze create dall'indotto che ne consegue inevitabilmente. La realizzazione di progetti di questa natura risponderebbe anche al bisogno di inclusione sociale e di incontro tra generazioni, valorizzando il dialogo e lo scambio culturale tra narrazione e tradizione da una parte e senso di responsabilità e progettualità dall'altra.

Co-housing agricolo-montano

Negli ultimi decenni stiamo assistendo ad un aumento spaventoso del rischio idrogeologico, con manifestazioni frequenti di calamità naturali come frane o alluvioni. Tutto questo si manifesta ancora più drammaticamente a causa della fragilità dei territori, aggravata da fenomeni di spopolamento delle aree rurali con conseguente riduzione delle attività di gestione e manutenzione, con una ulteriore accelerazione dei fenomeni di degrado. Contemporaneamente è aumentato il patrimonio edilizio rurale dismesso per deperimento o cessata funzione.

La situazione è particolarmente delicata nelle aree montane della Regione. In questi territori si è ridotta soprattutto l'attività agricola e con essa, anche pur se a più lungo termine, la biodiversità e la bellezza paesaggistica dei luoghi. Alle quote più elevate e meno accessibili i terreni vengono spesso abbandonati, e prima o poi riconquistati dal bosco.

Gli scenari futuri mettono in luce un sistema rurale delle aree interne e montane a rischio, con una perdita progressiva e costante di popolazione. Il futuro dell'agricoltura di montagna è in pericolo e con esso molto della cultura che rappresenta. Solo una diversa considerazione del ruolo dell'agricoltura rispetto alla conservazione dei paesaggi colturali tipici, alle produzioni alimentari di qualità, alla tutela degli spazi, alla difesa dell'ambiente e del territorio potrà garantire nuove forme di socialità e di sviluppo.

All'agricoltura delle aree interne e montane – che tanto ha dato alla difesa dell'ambiente ed alla valorizzazione della specificità delle produzioni – deve essere garantita non solo la sopravvivenza, ma anche il necessario sostegno.

In questo contesto, in una logica di sviluppo globale, in cui le strategie di tipo economico e sociale si intersecano e collaborano, la Regione intende sperimentare azioni di co-housing e di co-working (agricolo e non) in aree rurali e montane, incentivando la programmazione di un nuovo modello di insediamento residenziale che coniughi aspettative e possibilità delle persone interessate alla riqualificazione dei territorio e al recupero del patrimonio edilizio esistente, secondo le finalità della legge 141/2015 sull'agricoltura sociale, anche attraverso la creazione di sinergie con il Piano di sviluppo rurale 2014-2020. In questo contesto si prevede l'inserimento lavorativo di soggetti con disabilità o altre forme di vulnerabilità sociale. Ciò favorirà la creazione di opportunità occupazionali sia per giovani (italiani e stranieri) sia per chi ha perso il lavoro, oltre a contrastare lo spopolamento delle aree interne, riattivando le economie locali. Tutto ciò permetterà la costruzione di un tessuto sociale più vitale, caratterizzato da scambi intergenerazionali e interetnici, con una crescita culturale in un contesto attivo, propositivo e solidale.

Valutazione di impatto sociale di processi, servizi e attività

La valutazione d'impatto sociale è finalizzata alla ricostruzione, alla misurazione e alla stima degli effetti positivi o meno, attesi o inattesi, di un programma o di un progetto, rispetto ai beneficiari diretti e, in generale, alla platea dei portatori di interesse – in primo luogo rinvenibili sul territorio. L'impatto sociale è una ricaduta generata da pressoché tutte le organizzazioni, siano esse pubbliche o private, profit o non profit e così via. Ciò significa che le attività realizzate da un'organizzazione non sono mai circoscrivibili e limitabili ma riverberano i loro effetti ad ampio spettro, come accade per la goccia che colpisce lo specchio dell'acqua e irraggia la propria azione su un'ampia superficie, non solo sul punto colpito. Le organizzazioni mirano dunque a perseguire il loro scopo (mandato), ma ciò ha conseguenze ben più ampie di quelle programmate in modo puntuale. Così, l'impatto diventa "sociale" perché investe più sfere del vivere, più portatori di interesse, più soggetti (persone o altre organizzazioni).

La valutazione di impatto sociale, quando applicata con un approccio partecipato, necessita di una pluralità di fonti da cui raccogliere i dati da tradurre in informazioni e, nel contempo, non può prescindere dal contributo degli stakeholder per il lavoro di "traduzione" dei dati in informazioni valutative. Ciò significa che la valutazione di impatto porta a costruire un "giudizio valutativo partecipato" attraverso lo svolgimento di un piano di ricerca.

La valutazione di impatto si articola quindi sul livello della ricerca valutativa in cui devono essere esplicitati inizialmente gli obiettivi valutativi e la definizione del mandato. In particolare il disegno valutativo si struttura come segue:

- Le domande valutative: quali effetti positivi/negativi si manifestano a seguito delle attività dell'organizzazione sul suo territorio di riferimento? È possibile misurarli?
- Il campo semantico delle variabili: la suddivisione dell'impatto sociale in dimensioni rilevanti, come ad esempio l'integrazione con le politiche pubbliche, lo sviluppo di relazionalità sul territorio, la riproduzione di relazioni, la trasformazione dei bisogni, la rilevanza della comunicazione.
- Gli attori della valutazione d'impatto: ossia i beneficiari diretti, indiretti e la comunità di riferimento.
- Le tecniche e gli strumenti di rilevazione, che variano a seconda del tipo di valutazione svolta: ad esempio l'analisi delle fonti documentali per l'autovalutazione, integrata da un set di interviste semi strutturate e/o focus group per gli indicatori più complessi in etero valutazione.
- Il sistema di reporting: basato sull'analisi statistica dei dati quantitativi raccolti attraverso il modello e una ulteriore analisi dei giudizi espressi tramite l'interpretazione dei dati qualitativi.

In ogni caso, le definizioni di impatto sociale sono – per le ragioni sopra esposte – svariate. Per dare una seppur minima panoramica, riportiamo nel seguito una

piccola silloge di definizioni di impatto sociale elaborate da studiosi ed esperti nazionali e internazionali:

- L'impatto sociale è la capacità di un'organizzazione di contribuire ad un cambiamento in un determinato campo d'azione modificando lo status quo di una persona o di una comunità destinatari dell'attività sociale. [Perrini e Vurro 2013]
- L'impatto sociale è l'attribuzione delle attività di un'organizzazione ai risultati sociali complessivi di più lungo termine. [EVPA 2013]
- Il concetto di impatto sociale è definito come il cambiamento non economico creato dalle attività delle organizzazioni e dagli investimenti. [Emerson et al. 2000; Epstein e Yuthas 2014]
- L'impatto sociale è la porzione di *outcome* totale che si è verificata come risultato diretto dell'intervento, al netto di quella parte che avrebbe ugualmente avuto luogo anche senza l'intervento. [Clark et al. 2004]
- L'impatto sociale viene definito come il cambiamento sostenibile di lungo periodo (positivo o negativo; primario o secondario) nelle condizioni delle persone o nell'ambiente che l'intervento ha contribuito parzialmente a realizzare. [Zamagni 2015]

Ora, possiamo dire che la valutazione d'impatto sociale:

- ha valenza interna (per poter programmare) ed esterna (per poter stimare la propria capacità di incidere);
- si deve realizzare con il coinvolgimento dei portatori di interesse (proprio perché si tratta di impatto "sociale" e perché ha natura non oggettiva ma intersoggettiva);
- può avvenire a livello dei singoli, delle comunità o dell'intera società (a seconda della portata dell'organizzazione);
- dipende in buona misura non solo dall'organizzazione ma anche dal contesto in cui questa opera (si pensi a un contesto recalcitrante e invece a uno favorevole e alla differente difficoltà di generare impatto);
- la sua rilevazione può avvenire tramite l'impiego di misuratori dati (indicatori o altri strumenti), la sua interpretazione invece ha bisogno di una lettura partecipata.

Nel corso del triennio di vigenza del Piano sociale alcuni processi, servizi e attività saranno sottoposti in via sperimentale ad un percorso di valutazione di impatto sociale, che tenga conto delle seguenti dimensioni:

- Esemplarità e trasferibilità degli interventi.
- Integrazione con le politiche pubbliche del territorio di riferimento.
- Sviluppo relazionalità associativa sul territorio.
- Sviluppo relazionalità individuale.
- Trasformazione dei bisogni individuati.
- Rilevanza della comunicazione sociale.
- diritti individuali dentro le organizzazioni/partecipazione alla gestione.

Per ciascuna dimensione saranno applicati indicatori specifici che consentiranno di misurare qualitativamente e quantitativamente l'impatto sociale.

Mutualità territoriale per la resilienza sociale

L'idea guida è quella di sviluppare forme di mutualità nei territori per generare resilienza e benessere diffuso.

Si parte dal presupposto che le criticità dei territori sono omologhe alle criticità dei modi classici di intervento sociale. A causa quindi del depauperamento delle risorse economiche e dell'indebolimento dei legami forti connessi alle dinamiche attuali, evidenziate in altre parti del Piano, stiamo assistendo a una crisi sempre maggiore del sistema dei servizi alla persona esclusivamente basato sull'offerta pubblica. Per questo da più parti si volge lo sguardo verso forme di protezione integrative mutualistiche, sul modello storico delle Società di Mutuo Soccorso, oppure forme di protezione meramente assicurative mediate da grandi gruppi privati.

Il principio di mutualità può raccogliere molto più delle sole esigenze sanitarie, e inoltre presenta delle potenzialità di sviluppo enormi a livello territoriale. Attraverso i sistemi mutualistici territoriali è possibile superare il meccanismo distorsivo per cui a tutelarsi dal rischio di povertà possono essere solamente coloro che poveri non sono, e quindi in grado di pagare il costo di una polizza assicurativa o di un'assistenza privata. Questo perché, fondamentalmente, i beni che divengono oggetto di mutuo scambio all'interno della comunità sono beni non esclusivamente monetari. Competenze, relazioni, risorse materiali e immateriali, fiducia, tempo e spazi: tutto questo fa parte del sistema di protezione mutualistico di comunità.

Le caratteristiche comuni a queste nuove forme di mutualità possono essere così sintetizzate:

A. la pari dignità fra coloro che appartengono al gruppo che si ispira alla mutualità, indipendentemente dalla diversa condizione sociale ed economica, temporanea o permanente, di ciascun membro del gruppo;

B. la condivisione delle risorse non solo di tipo finanziario, ma anche e soprattutto sociali e relazionali;

C. un patto di reciprocità di gruppo aperto anche all'esterno;

D. la libertà di scelta nell'appartenenza alla mutualità che consente il recupero dell'individualità nelle scelte per il benessere;

E. la possibilità di avere multi-appartenenze per dare l'opportunità alle persone di sperimentare altre forme di supporto e di impegno sociale senza subire giudizi morali o coercizioni sociali del gruppo;

F. una soglia di accesso finanziaria molto bassa (o addirittura inesistente) per coinvolgere nella mutualità anche coloro che temporaneamente o strutturalmente hanno difficoltà finanziarie;

G. soglie di accesso culturali e sociali facilmente superabili senza dover assumere responsabilità totalizzanti;

H. una semplicità nella descrizione delle attività oggetto di mutualità, premessa per la loro popolarità, ovverosia per la costruzione delle condizioni necessarie per la comprensione da parte di persone che dispongono di strumenti culturali e simbolici a bassa complessità.

Invece di promuovere interventi progettuali di sviluppo locale si intende riprendere, riformulare e riproporre il concetto di mutualità, declinandolo secondo l'ottica territoriale. Lo si vuole proporre in forme nuove come chiave di volta per intervenire nei territori della Regione Lazio. In particolare, si vuole coinvolgere i territori, i gruppi, le organizzazioni di terzo settore, le fondazioni di comunità, le istituzioni locali e le imprese nella promozione di esperienze mutualistiche che sappiano attivare e connettere risorse umane e materiali in una formula di reciprocità e mutuo sostegno, non limitandosi alla mutua assistenza, ma innovando il concetto stesso di mutualità per diffonderlo e renderlo una pratica sociale diffusa e autosostenentesi.

La nuova mutualità è intesa come sviluppo dell'economia sociale informale nelle forme di:

- economia di supporto: tutti i servizi di supporto all'economia dei soci nell'ambito socio-educativo;
- sviluppo e messa in rete di gruppi di interesse, come nel caso della mutualità classica, ma basata su interessi comuni a difesa dei beni comuni (ambiente, cultura, educazione, sociale, green economy, sport e tempo libero, turismo sostenibile e valorizzazione beni culturali);
- sviluppo di partenariati strategici con altri soggetti del non profit, delle imprese (ambito della *corporate social responsibility*) e delle imprese sociali, del settore pubblico finalizzati ad integrazioni aperte per lo sviluppo di policy territoriali;
- sperimentazione di nuovi modelli di intervento per e con i territori;
- emersione sul territorio di reti informali, basate su ICT e nuove tecnologie, finalizzate a ridurre i costi dei servizi e prodotti;
- coerenza degli interventi con gli obiettivi delle programmazioni dei POR locali;
- messa a sistema dello scambio e della sperimentazione di buone pratiche;
- efficienza dell'uso delle risorse economiche secondo la logica di rete;
- campagne di comunicazione e informazione per sensibilizzare la popolazione su tematiche strategiche;
- partenariati con soggetti della ricerca pubblici e privati finalizzati al crossing knowledge;

- incremento dei processi e delle attività di prevenzione per accrescere la capacità di resilienza in occasione di disastri naturali e di crisi sociali acute.

La questione dei servizi sociosanitari ed educativi viene interpretata nell'ottica integrativa e non sostitutiva rispetto al sistema di welfare pubblico, attraverso la creazione di un "network sociale" che ruota attorno alla figura del socio-consumatore-utente. Anche rispetto alle offerte di servizi, partendo da un'analisi dei bisogni e dalla mappatura dei servizi già offerti, si vuole proporre una modalità di intervento innovativa che prenda in considerazione strumenti e forme che si stanno sviluppando negli ultimi anni (vedi il riferimento alla finanza sociale, al microcredito, e a servizi che si riferiscono alla "nuova mutualità" quali il crowdfunding, il bike e car-sharing, il co-working, le start up culturali) per far fronte ai nuovi bisogni e alle nuove forme di vulnerabilità.

Progettare forme di mutualità territoriale significa quindi contribuire a creare organismi di partecipazione per la cittadinanza, che coniugano i principi di sussidiarietà con quelli di solidarietà reciproca. L'integrazione di questi meccanismi di mutualità con le prestazioni offerte dalle organizzazioni di terzo settore rappresenta quindi una sostanziale via di sviluppo verso un welfare dove tutti i soggetti che operano nel sociale siano protagonisti e responsabili allo stesso livello del benessere delle comunità.

L. Fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali

La rilevazione puntuale del fabbisogno regionale di strutture residenziali e semiresidenziali presenta attualmente delle criticità, in assenza di un funzionante Sistema informativo dei servizi sociali (SISS) e dell'implementazione della Cartella sociosanitaria (vedi capitolo O del presente Piano).

Pertanto, nel periodo di vigenza del Piano sociale:

- per le strutture sociosanitarie, si farà riferimento ai parametri stabiliti a livello nazionale (LEA) e a livello regionale, ove già definiti nell'ambito della programmazione sanitaria per le varie tipologie assistenziali;
- per le strutture socioassistenziali il fabbisogno verrà definito successivamente all'implementazione del SISS e della Cartella sociosanitaria. Quindi sarà possibile stimare il relativo fabbisogno solo alla fine del triennio di applicazione del Piano.

Il calcolo del fabbisogno complessivo regionale di strutture residenziali e semiresidenziali, sociosanitarie e socioassistenziali, non è il risultato di una semplice operazione matematica, ma un processo continuativo di apprendimento e pianificazione, determinato da fattori sociali, tecnici e politico-finanziari.

Gli obiettivi da raggiungere devono quindi essere sviluppati tenendo conto di vari aspetti di natura tecnica e politica. Nella determinazione dei valori di riferimento occorre tener conto dei risultati di una programmazione regionale

orientata a privilegiare soluzioni che garantiscano alla persona la permanenza nella propria abitazione e nel proprio contesto di vita. Ed evitare, quindi, un'offerta di servizi territoriali, con i conseguenti investimenti economici, sovradimensionata o non congruente con le politiche regionali.

In quest'ottica occorre, inoltre, definire non solo il fabbisogno di strutture ma anche la loro tipologia, in direzione della creazione di servizi abitativi innovativi, di soluzioni che riproducano le condizioni di vita familiari, di prestazioni che garantiscano l'inclusione sociale nella comunità di appartenenza.

M. Coordinamento e integrazione dei servizi

I mutamenti intervenuti nel quadro demografico e socioeconomico (allegato A) esigono un cambiamento delle politiche pubbliche. Di fronte a bisogni sempre più complessi e articolati non è più possibile fornire risposte frammentate e settoriali, ma occorre programmare e implementare risposte unitarie e continuative, che considerino la persona, la famiglia e la comunità di appartenenza nella loro interezza, interconnessione e globalità.

Non è più possibile operare attraverso una progettazione degli interventi che non sia tarata sulla singola persona e sulla singola famiglia, e che non offra risposte integrate capaci di rispondere simultaneamente a bisogni differenziati.

È necessario costruire un percorso chiaro e sostenibile per garantire l'esigibilità dei diritti ed eliminare le disuguaglianze territoriali nell'accesso al sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Tali obiettivi possono e devono essere raggiunti attraverso una logica di integrazione, che va perseguita a diversi livelli: integrazione delle politiche e degli attori (istituzionali e non), dei programmi e dei processi, dei servizi e degli interventi, delle risorse umane, strumentali e finanziarie.

È necessario adottare approcci e strategie che siano in grado di elevare la capacità di lettura e risposta ai bisogni, garantendo l'integrazione tra i diversi livelli e strumenti di governo del sistema, al fine di accrescere la qualità del welfare regionale, e per suo tramite la qualità della vita delle persone e delle comunità locali.

Gli strumenti individuati per realizzare l'integrazione sono:

- Definizione del modello di governance delle politiche sociali regionali.
- Linee guida per l'integrazione sociosanitaria.
- Unificazione delle Direzioni regionali in materia sociale e sanitaria.
- Programmazione regionale congiunta tra sociale e sanitario.
- Definizione degli ambiti territoriali, quali ambiti ottimali per la programmazione ed erogazione degli interventi sociali e sanitari.

- Linee guida ai territori per la programmazione integrata e la ricomposizione delle fonti di finanziamento nel budget di distretto.
- Creazione di luoghi unici di accoglienza e presa in carico (Segretariato sociale, PUA e Casa della Salute).
- Progettazione personale e budget di salute.
- Sistema informativo e Cartella sociosanitaria.
- Raccordo con le politiche attive del lavoro, dell'immigrazione, abitative, ambientali, urbanistiche, della sicurezza dei cittadini e delle cittadine, culturali, educative, ricreative, sportive e del tempo libero

Per ciascuno di questi aspetti, il Piano fornisce indirizzi e linee di azione.

La formulazione delle indicazioni operative, sulla base degli indirizzi regionali, sarà invece demandata a successive disposizioni attuative.

Ciò permetterà, peraltro, di valorizzare e accrescere le occasioni di confronto, tra le istituzioni e con i soggetti del privato sociale, tra i referenti istituzionali e professionali, al fine di favorire lo scambio di saperi ed esperienze. Nonché di garantire un percorso di costruzione condivisa dei contenuti e degli strumenti che consentono l'integrazione.

Definizione del modello di governance delle politiche sociali regionali

Il perseguimento dell'obiettivo di integrazione, che come già evidenziato investe diversi livelli: istituzionale e di comunità locale, professionale e tecnico-strumentale, programmatoria, gestionale ed economico-finanziaria, passa necessariamente attraverso la definizione di un modello di governance delle politiche sociali regionali (il cui disegno emerge in varie parti di questo Piano). L'attenzione è focalizzata sulla ricomposizione delle politiche e degli interventi a livello di Distretto sociosanitario, nel quadro degli indirizzi forniti dalla Regione e in funzione delle singole scelte programmatorie, elaborate in base alle diverse diagnosi di comunità che evidenziano caratteristiche ed esigenze dei singoli territori.

Ciò permette di realizzare un equilibrio tra le ragioni dell'autonomia e quelle dell'unitarietà, di contemperare le esigenze di differenziazione e quelle di uniformità, al fine di contrastare le disomogeneità territoriali che attualmente caratterizzano il sistema degli interventi e dei servizi sociali e sociosanitari nel Lazio, consentendo al tempo stesso di disegnare il sistema integrato sulla base dei connotati territoriali. Al centro la volontà di favorire lo sviluppo complessivo del sistema, accrescere la qualità della vita delle comunità locali e fornire risposte appropriate e prossimali alla popolazione.

In riferimento particolare ai Distretti sociosanitari a composizione pluricomunale, in linea con quanto disposto dalla legge quadro 328/2000, la legge regionale 11/2016 prevede la gestione associata delle funzioni sociali, quale strumento di garanzia dell'efficienza e dell'efficacia del sistema, anche al fine di favorire il

coordinamento e l'integrazione con i servizi sanitari. Nello specifico, tra le forme associative previste dalla normativa vigente, la Regione promuove e incentiva il ricorso al consorzio, e in particolare al consorzio di funzioni, ossia a forme associative giuridicamente autonome, che consentono di superare il limite del frazionamento comunale nella gestione delle funzioni sociali. A tale scopo la Regione si impegna a fornire assistenza tecnica costante e a prevedere una specifica riserva di risorse per incentivare lo start up, proprio in direzione dell'implementazione sui territori delle forme consortili.

In questa prospettiva gli indirizzi contenuti nel presente Piano sociale individuano come soggetto di riferimento il Distretto sociosanitario, inteso come soggetto unitario, che programma, implementa e valuta la rete integrata degli interventi e dei servizi sociali a livello distrettuale, gestendo in forma associata non soltanto le risorse affluenti dalla Regione, ma l'insieme delle funzioni sociali di cui sono titolari i Comuni del Distretto e le relative risorse impegnate, che confluiscono nel bilancio delcConsorzio. Analogamente quando si fa riferimento alle dotazioni di personale o all'Ufficio di Piano e all'Ufficio sociosanitario (quale modalità organizzativa di raccordo tra la programmazione sociale e sanitaria locale, come successivamente illustrato), il Piano sociale fa riferimento alla dotazione professionale e agli organi tecnici del Distretto sociosanitario e non dei singoli Comuni di cui esso risulta composto. Ciò significa anche che il Piano di Zona non si limita a programmare gli interventi finanziati con le risorse afferenti al Fondo Regionale, ma rappresenta lo strumento di programmazione dell'intero sistema dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari del Distretto, di cui il consorzio rappresenta l'ente gestore.

Linee guida per l'integrazione sociosanitaria

La crescente complessità dei bisogni, che riguardano sia la sfera del sociale che del sanitario, rende sempre più difficile tracciare confini precisi tra competenza sanitaria e sociale e richiede un approccio che accompagni le persone nell'accesso alle diverse opportunità, coinvolgendole direttamente nella costruzione delle risposte.

Occorre superare la giustapposizione di interventi diversi, con diverse regie, diverse letture dei fenomeni e diversi approcci operativi per consolidare le forme di integrazione, allo scopo di evitare sia il rischio di sovrapposizioni e duplicazioni, sia quello di lasciare senza risposta rilevanti aree di bisogno.

Diventa quindi cogente, a tutti i livelli territoriali, definire percorsi di analisi e lettura congiunta del territorio, programmare in maniera condivisa, unificare i modelli operativi e gestionali, e i percorsi di monitoraggio e valutazione. Tutto ciò in maniera strutturata e permanente.

La programmazione sociale, all'interno di un modello integrato di attori e servizi, deve essere pensata per connettere le azioni promosse da tutti gli attori del welfare. Al contrario, una programmazione, pur efficiente ed efficace, ma che si

limiti alla pura gestione delle risorse destinate al sociale alimenta la frammentazione delle risposte.

La costruzione di un sistema di welfare territoriale che sia realmente integrato esige di ricomporre:

- le informazioni e le conoscenze che alimentano le decisioni;
- le risposte offerte sul territorio;
- le risorse impiegate;
- le modalità operative e gestionali;
- gli strumenti di monitoraggio e valutazione.

Come stabilito dalla normativa nazionale (legge quadro 328/2000 e D.lgs 502/1992 e successive modifiche e integrazione) il Distretto sociale e il Distretto sanitario rappresentano il fulcro dell'integrazione, il "luogo" del collegamento e della collaborazione tra sociale e sanitario. Ciò impegna fortemente entrambi i sistemi, sia sul piano programmatico e amministrativo che su quello operativo, e richiede una serie di azioni correlate che dovranno essere attuate nell'arco del prossimo triennio.

Azioni:

- Formazione e aggiornamento congiunti del personale del servizio sociale e sanitario, per la creazione di una base conoscitiva comune, di un linguaggio condiviso e di modelli operativi unificati.
- Programmazione territoriale triennale (aggiornata annualmente) integrata, attraverso il collegamento tra il Piano di Zona e il Programma delle Attività Territoriali (PAT) che dovranno contenere un identico capitolo, elaborato congiuntamente, sui LEA sociosanitari.
- Definizione, nell'ambito del capitolo integrato di cui al punto precedente, di un piano di sviluppo sociosanitario di breve, medio e lungo periodo che, sulla base degli indirizzi programmatori e in funzione dell'analisi di comunità, definisca l'offerta e il suo finanziamento, nonché le modalità di erogazione, i criteri di qualità, gli indicatori di valutazione dei risultati e degli impatti.
- Predisposizione di convenzioni o accordi di programma per la definizione delle modalità di collaborazione a livello distrettuale.
- Messa in rete dei servizi sociali e sanitari nel Distretto integrato, attraverso la costruzione di una porta unica di accesso al sistema integrato dei servizi territoriali, sia in termini di una sede condivisa, che di approcci, metodi e strumenti comuni.
- Integrazione e interoperabilità dei sistemi di raccolta dei dati sociali e sanitari.

Programmazione regionale congiunta tra sociale e sanitario

Uno dei presupposti per la realizzazione di un sistema regionale degli interventi e dei servizi sociali che sia realmente integrato è il raccordo tra la

programmazione sociale e sanitaria, così da garantire, nel rispetto delle singole specificità, la condivisione dei principi e degli obiettivi del sistema e definire strategie e strumenti operativi comuni.

L'esistenza tra il sociale e il sanitario di due organizzazioni molto diverse tra loro, ma anche di culture, linguaggi e modalità operative differenti, complica le possibilità di integrazione. È quindi necessario, da una parte, portare avanti e istituzionalizzare modalità di programmazione congiunte a livello regionale e territoriale, e dall'altra parte elaborare eventuali piani settoriali in forma interdisciplinare.

La programmazione è una funzione strategica per la costruzione del sistema di welfare. Essa consente, a partire da un'analisi attenta delle comunità locali, di individuare obiettivi e priorità di intervento, sulla base dei quali definire le azioni da realizzare, le risorse necessarie, le modalità di attuazione.

Il Piano regionale si propone di:

- Superare la programmazione settoriale in favore di una programmazione congiunta tra l'area sociale e sanitaria, ma anche con l'area educativa, della formazione, del lavoro, culturale, sportiva e dell'abitare (art. 46 LR 11/2016). Soltanto un approccio integrato, nell'analisi dei bisogni, nelle scelte degli obiettivi e delle priorità d'intervento e nell'adozione degli strumenti attuativi, può permettere di fornire risposte appropriate alla complessità dei bisogni sociali.
- Costruire un sistema fondato su criteri e modalità comuni, che contrasti l'attuale frammentazione delle risposte e la loro differenziazione a livello territoriale. Un sistema che garantisca l'accesso unificato ai servizi e agli interventi e operi attraverso progetti personali redatti con la partecipazione attiva della persona e/o della sua famiglia.
- Realizzare l'integrazione istituzionale, organizzativa e professionale tra i servizi, per garantire apporti multidimensionali e multidisciplinari nel processo di definizione e di implementazione delle risposte alle persone, alle famiglie e alle comunità locali.
- Favorire lo sviluppo di comunità, attraverso il coinvolgimento di tutti i soggetti che, a vario titolo, sono chiamati a svolgere un ruolo nel riconoscimento e nell'affermazione dei diritti sociali. L'accesso ai servizi deve essere assicurato non solo tramite la capacità di accogliere e orientare, ma anche svolgendo funzioni di accompagnamento e mediazione verso l'utilizzo delle opportunità presenti nei territori. Occorre entrare a contatto diretto con i luoghi di vita delle persone, privilegiando soluzioni prossimali che permettano la permanenza nel proprio contesto ambientale e relazionale. In tal senso andrebbero anche colte le opportunità che si verranno a creare, sul medio-lungo periodo, con la prevista riorganizzazione obbligatoria della Medicina convenzionata (MMG, PLS, Specialisti) in aree sub-distrettuali per la tutela della salute di non più di 30.000 abitanti per ciascuna Aggregazione Funzionale

Territoriale monoprofessionale (AFT) e la creazione su aree più vaste, ma sempre distrettuali, di Unità Complesse di Cure Primarie pluriprofessionali (UCCP) a cui le AFT faranno obbligatoriamente riferimento.

Il perseguimento di tali obiettivi richiede, in primo luogo, il raccordo tra tutti gli strumenti di programmazione regionale.

Una volta approvati dal Consiglio regionale, il Piano sociale e il Piano sanitario diventano un modello vincolante per tutto il settore sociale, sociosanitario e sanitario. E quindi tutti i piani settoriali e tutti i piani territoriali devono orientare la loro attività secondo i principi e gli indirizzi fissati dal Piano sociale e dal Piano sanitario regionali.

I motivi per i quali la Regione Lazio non ha un proprio Piano sanitario, ma un Programma operativo, e si accinge oggi a predisporre e approvare un Piano sociale, e non già un Piano sociosanitario integrato, dipendono dall'attuale momento storico, legato al Piano di rientro dal disavanzo sanitario e alla nomina di un Commissario ad acta. La Regione non può allo stato attuale predisporre un Piano sociosanitario, proprio perché non ha la potestà programmatoria nel settore sanitario. L'ormai prossima uscita dal commissariamento e l'attuale programmazione sociale, che getta le basi per una effettiva integrazione sociosanitaria, rappresentano quindi i presupposti per una successiva programmazione regionale integrata.

Definizione degli ambiti territoriali, quali ambiti ottimali per la programmazione ed erogazione degli interventi sociali e sanitari

I Distretti sociali e sanitari rappresentano gli ambiti territoriali e organizzativi ottimali per la programmazione ed erogazione delle prestazioni sociali e sanitarie e di quelle sociosanitarie integrate.

Per ottimizzare il coordinamento delle iniziative in campo sociale e sanitario, il bacino di utenza del Distretto sociale è individuato in coerenza con quello del Distretto sanitario. Questa coerenza territoriale e l'obiettivo di una stretta cooperazione tra il settore sociale e quello sanitario giustificano la definizione di Distretto sociosanitario (art. 43 della legge 11/2016).

Attualmente il territorio della Regione Lazio si suddivide complessivamente in 51 Distretti sociosanitari (DGR del 5 luglio 2016, n. 384). Alcuni comprendono più Comuni, che la legge sollecita ad esercitare in maniera associata le funzioni sociali loro demandate. Altri coincidono con il territorio di un solo Comune. Mentre nel caso di Roma Capitale i Distretti sociosanitari corrispondono ai Municipi in cui si articola l'amministrazione capitolina.

Secondo l'art. 43 della LR 11/2016 i Distretti sociosanitari sono individuati con deliberazione della Giunta regionale, a seguito della consultazione della Conferenza locale per la sanità.

Ciascun Distretto sociosanitario deve disporre di almeno una sede distrettuale in cui collocare tutti i servizi sociosanitari pubblici e, nei limiti del possibile, anche i servizi e le iniziative sociali del terzo settore. Una porta unica di accesso, la Casa della Salute, che si configura come un luogo di integrazione dei servizi sanitari, sociali e sociosanitari, attraverso l'assolvimento delle funzioni di informazione, accoglienza, analisi preliminare, orientamento, accompagnamento, valutazione multiprofessionale e multidimensionale e progettazione personale, grazie all'uso di modalità e strumenti operativi condivisi (tra cui l'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale – UVMD per la presa in carico dei casi complessi DCA 431/2012).

In tal modo si promuove una cooperazione fattiva tra il settore sociale e quello sanitario, tra le diverse istituzioni coinvolte e tra queste e il mondo associativo.

A seconda delle dimensioni e delle caratteristiche del territorio, oltre alla sede distrettuale, possono essere previste anche delle sedi decentrate (secondo un modello a rete di tipo "Hub & Spoke", con spoke che hanno la sola funzione di front-office situati presso i vari presidi territoriali) al fine di garantire quanto più possibile la prossimità ai cittadini ed alle cittadine.

All'interno della Casa della Salute opera un'equipe di Distretto formata dagli operatori dei servizi sociali e del settore sanitario. Tale equipe può avvalersi anche del personale di altri servizi.

Azioni:

- Realizzazione effettiva del Distretto sociosanitario integrato attraverso la fattiva collaborazione tra i servizi sociali e sanitari.
- Costituzione di una Casa della Salute in ogni Distretto, con eventuali sedi decentrate in relazione alle dimensioni e caratteristiche dei singoli territori.
- Qualificazione del personale al lavoro di equipe, all'utilizzo di strumenti di valutazione e progettazione condivisi, alla collaborazione intersettoriale e multidisciplinare, attraverso interventi di formazione e aggiornamento congiunti.
- Intensificazione del collegamento e della collaborazione tra il Distretto e le organizzazioni del non profit e del volontariato.
- Intensificazione della collaborazione con le scuole e il mondo della formazione professionale e del lavoro, con i Tribunali, le forze dell'ordine, nonché con gli enti competenti in materia abitativa, culturale e sportiva.

Linee guida ai territori per la programmazione integrata e la ricomposizione delle fonti di finanziamento nel budget di distretto

Per garantire sui territori l'integrazione tra sociale e sanitario è necessario che la costruzione del processo di integrazione avvenga già a partire dalla fase di programmazione delle politiche sul territorio.

A tale scopo è opportuno prevedere forme di coordinamento tra i rispettivi Uffici preposti alla programmazione, organizzazione e gestione dei servizi erogati a livello distrettuale: l'Ufficio di Piano per l'ambito sociale e l'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD) per il versante sanitario.

Le attuali sfide poste dagli andamenti socio-demografici ed economici richiedono una programmazione sovra-settoriale degli interventi; i servizi sociali e la sanità devono riflettere congiuntamente sulle condizioni del territorio di riferimento, affrontando insieme le criticità, alla ricerca di soluzioni integrate.

In altre parole è necessaria una programmazione congiunta delle politiche territoriali, del sistema di offerta e del finanziamento dei servizi e degli interventi, nonché della loro erogazione e dei livelli di qualità. Ciò richiede la condivisione, nei rispettivi strumenti di programmazione territoriali, delle scelte strategiche e operative, nonché l'elaborazione di un piano di sviluppo sociosanitario di breve, medio e lungo periodo. A tale scopo, i gruppi di programmazione delle due aree, sociale e sanità, devono poter coordinare le loro attività e collaborare strettamente con i vari uffici e servizi all'interno e all'esterno delle rispettive amministrazioni.

Per garantire la programmazione congiunta, il coordinamento, il finanziamento e la gestione integrata delle prestazioni sociosanitarie, la singola ASL e gli enti locali del relativo Distretto sociosanitario stipulano una convenzione o accordo di programma, secondo uno schema tipo approvato con deliberazione della Giunta regionale.

Azioni:

- Costituzione di un Ufficio sociosanitario per la programmazione territoriale delle politiche sociali e sanitarie integrate.
- Realizzazione di una diagnosi congiunta di comunità, attraverso l'analisi concomitante di indicatori di natura sociale e sanitaria.
- Programmazione territoriale triennale (aggiornata annualmente) integrata, attraverso il collegamento tra il Piano di Zona e il Programma delle Attività Territoriali (PAT) che dovranno contenere un identico capitolo, elaborato congiuntamente, sui LEA sociosanitari.
- Costruzione di un sistema di indicatori e di strumenti di raccolta delle informazioni univoci per la verifica del conseguimento degli obiettivi di integrazione individuati, sulla base dei quali valutare l'operato del direttore del Distretto sanitario e del responsabile dell'Ufficio di Piano (art. 51, comma 5, LR 11/2016).
- Creazione di un budget unico di distretto, che ricomponga le risorse economiche destinate dalla ASL e dai Comuni associati del Distretto sociosanitario alla gestione ed erogazione coordinata e integrata delle prestazioni sociosanitarie, in coerenza con gli obiettivi di programmazione definiti in maniera congiunta (art. 51, comma 6, LR 11/2016).

- Individuazione di indicatori standard di efficacia e di efficienza per misurare le prestazioni e la spesa che devono essere assegnati a responsabili identificabili (art. 51, comma 6, LR 11/2016).

Creazione di luoghi unici di accoglienza e presa in carico (Segretariato sociale, PUA - Punto Unico di Accesso e Casa della Salute)

Le funzioni di informazione, accoglienza, accompagnamento, valutazione e progettazione personale non sono state finora attuate secondo una visione strategica unitaria, sebbene esse rivestano un ruolo fondamentale. Al contrario, la pregressa e dispendiosa dicotomia organizzativa tra sociale e sanitario ha sempre comportato il rischio di generare un uso poco appropriato delle risorse pubbliche.

Le esperienze maturate fino ad oggi consentono di utilizzare le buone pratiche esistenti di integrazione sociosanitaria, a livello gestionale e professionale, per sviluppare una programmazione regionale triennale finalizzata ad elaborare modalità di accoglienza e presa in carico congiunte, innovative e proattive, ad unificare i modelli operativi e gestionali e i percorsi di monitoraggio, analisi e valutazione dei risultati. Ciò con l'obiettivo di costruire, in modo strutturato e permanente, un "Sistema Lazio per il coordinamento e l'integrazione dei servizi e degli interventi sociosanitari", mirato a garantire ai cittadini e alle cittadine accesso, valutazione delle condizioni personali e contestuali, progettazione personale e continuità dell'assistenza.

Il Distretto, si è già evidenziato in precedenza, rappresenta il luogo istituzionale e l'ambito territoriale privilegiato dell'integrazione sociosanitaria, sia rispetto al necessario livello di omogeneità territoriale, che come interfaccia istituzionale principale tra il sistema dei servizi sociali e il sistema dei servizi sanitari.

Azioni:

- Creazione, in ogni Distretto sociosanitario, di una Casa della Salute.
- Connessione in termini logistici e operativi tra il Segretariato sociale comunale e il Punto Unico di Accesso distrettuale.
- Costituzione di unità professionali integrate tra Comuni e ASL.

Casa della Salute

Per meglio rispondere ai bisogni della popolazione in un quadro sostenibile la Regione Lazio, attraverso l'innovazione costituita dalla realizzazione delle Case della Salute (ai sensi del DCA 428/13 *"Linee guida regionali per la realizzazione delle Case della salute"*; DCA 40/14 *"Documento sul percorso attuativo della Casa della Salute, schema di intesa e requisiti minimi"*; *DCA 414/2014 "Casa della Salute. Modifiche"*), intende attuare un processo di riorganizzazione della rete dei servizi e degli interventi sociali, sanitari e sociosanitari in un'ottica di integrazione.

L'obiettivo che la Regione si pone, nell'arco del triennio, è quello di riorientare il sistema delle prestazioni territoriali, perfezionando la costruzione della rete sociosanitaria, secondo alcune direttive:

- approccio proattivo e di iniziativa;
- progetti personali tarati sulla valutazione delle diverse intensità di supporto necessario;
- continuità tra ospedale e territorio con il coinvolgimento attivo degli enti locali;
- prevenzione e promozione della salute con la piena partecipazione delle comunità locali.

Stanti tali premesse, il modello organizzativo del Distretto sociosanitario deve essere funzionale ad assolvere un ruolo strategico nella costituzione di reti sociosanitarie a baricentro locale e di facilitatore dei processi di integrazione e di tutela della salute dei cittadini e delle cittadine, assicurando la qualità delle prestazioni fornite dai professionisti sociali e sanitari e garantendo un'efficace risposta ai bisogni delle persone.

Inserita in questo contesto, la Casa della Salute, che costituisce un'articolazione del Distretto sociosanitario, rappresenta una concretizzazione di tale processo innovativo e un'opportunità di cambiamento delle attuali modalità organizzative di risposta alle persone e alle famiglie, non più corrispondenti alla complessità dei bisogni.

Azioni:

- Garanzia del diritto di accesso ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari territoriali attraverso il consolidamento del Punto Unico di Accesso (PUA) sociosanitario integrato, che raccordi operativamente le funzioni del PUA attuale con quelle del Segretariato sociale.
- Potenziamento della funzione distrettuale di valutazione multidimensionale e multiprofessionale attraverso l'adozione di strumenti condivisi, appropriati, uniformi, periodicamente rivisti e corretti in rapporto all'evoluzione scientifica e all'esperienza maturata a seguito della loro applicazione.
- Qualificazione della funzione di progettazione personale, con annessa definizione del relativo budget di salute.

L'attuale normativa prevede che nella Casa della Salute vi sia la presenza coordinata di medici del Distretto, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, medici specialisti territoriali e ospedalieri, psicologi, infermieri, assistenti sociali, oltre ad operatori dedicati all'accoglienza e ad altre figure professionali in relazione alla peculiarità dei singoli territori. Inoltre, per ciascuna Casa della Salute è previsto uno specifico Regolamento di funzionamento e un responsabile, che dovrebbe assolvere compiti di coordinamento del personale e delle modalità di cooperazione con i diversi gestori dei servizi.

All'interno della Casa della Salute opera, dunque, un'equipe di Distretto, formata dagli operatori dei servizi sociali e del settore sanitario, che lavorano in modo integrato e che possono avvalersi anche del personale di altri servizi.

Così delineata, la Casa della Salute è un nuovo spazio in cui si costruiscono rapporti di collaborazione tra i servizi sociosanitari e con i cittadini, si sviluppano programmi partecipati e mirati di intervento sui vari determinanti della salute e si impostano programmi di prevenzione e promozione del benessere delle persone e delle comunità locali.

È una sede territoriale di riferimento, facilmente riconoscibile, aperta, flessibile e innovativa rispetto ai tradizionali modelli organizzativi sia territoriali che ospedalieri, in cui si svolgono un insieme di attività sociali, sanitarie, sociosanitarie e di promozione della salute realizzate da professionisti provenienti da istituzioni, aree, discipline e livelli contrattuali diversi.

Essa è un luogo fisico in cui coesistono servizi di produzione verticali (deputati ad affrontare bisogni puntuali dei cittadini e delle cittadine) con percorsi orizzontali di supporto ai progetti di vita delle persone.

La Casa della Salute rappresenta un nodo strategico, strutturato e di riferimento, in forte connessione funzionale e operativa con tutta la rete sanitaria e sociale del territorio in cui insiste. Promuove e realizza l'integrazione tra Comuni e ASL, e il coordinamento con gli altri servizi territoriali e ospedalieri esistenti. Fornisce risposte ai bisogni complessi, privilegiando interventi domiciliari e la relazione con il contesto sociale della persona.

Le modalità di erogazione delle prestazioni, sia direttamente in loco che presso altri ambienti connessi in reti formalizzate (ambulatori, domicilio, residenze ecc.), sono contestualizzate in riferimento alla fattibilità e sostenibilità locali e vengono esplicitate attraverso lo specifico Regolamento di ciascuna Casa della Salute, come previsto dalla normativa. In questo senso non va posto tanto l'accento sul momento dell'erogazione, quanto sulle funzioni integrate, pianificate e implementate pariteticamente dai Comuni dell'ambito sociale e dalla ASL, ai fini del raggiungimento degli obiettivi di:

- accoglienza integrata sociosanitaria, assicurata attraverso i Punti Unici di Accesso (PUA);
- valutazione multidimensionale e progettazione personale, realizzate dalle UVM integrate;
- prevenzione e promozione della salute, con il coinvolgimento attivo delle comunità locali.

Per essere percepita dalla popolazione come una vera e propria "casa della salute" questo nuovo luogo pubblico deve poter rappresentare anche uno spazio/laboratorio innovativo, aperto al contributo di aggregazioni di operatori, professionisti, organizzazioni pubbliche o private, espressioni del terzo settore e del volontariato attive localmente, favorendo in tal senso anche la stipula di accordi di programma. L'obiettivo è di creare e alimentare un "forum sociale e

sanitario di pensiero e azione", finalizzato sia alla condivisione di strategie e progettualità locali, sia al superamento delle rigide logiche settoriali di appartenenza, che fino ad oggi hanno di frequente bloccato risorse, integrazioni, sinergie, conoscenze e competenze fondamentali per la promozione della salute e del benessere e per la costruzione di un welfare di comunità.

Alla luce dei principi guida e degli indirizzi strategici sopra riportati, il cambiamento delineato presuppone due condizioni:

- sotto il profilo interno è essenziale che tutte le articolazioni organizzative sociali e sanitarie partecipino pariteticamente alla Casa della Salute, per cogliere l'occasione di superare l'autoreferenzialità tipica dei servizi e realizzare l'integrazione, nelle sue molteplici valenze;
- sotto il profilo esterno, per conseguire gli obiettivi di miglioramento della capacità di resilienza delle persone, dei nuclei familiari e delle comunità locali e per la promozione della salute e del benessere sui territori, il sistema integrato degli interventi e servizi sociosanitari non può poggiare solo sulle strutture, le risorse e le competenze dei servizi sociali e sanitari pubblici. Al contrario, come indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, ossia in un'ottica di sviluppo della cultura della "salute in tutte le politiche" e di promozione di progettualità intersettoriali e di comunità (che interessino sociale, scuola, lavoro, sport, cultura, ambiente, urbanizzazione, mobilità, sanità), occorre coinvolgere tutti gli attori, pubblici e privati, che per finalità, ruolo e competenze possono concorrere alla tutela della salute e del benessere della comunità locale (le organizzazioni del non profit e del volontariato, le scuole, il mondo della formazione professionale e del lavoro, i Tribunali, le forze dell'ordine, gli enti competenti in materia abitativa, culturale e sportiva).

L'avvio sperimentale di questo spazio dedicato alle reti sociosanitarie, per la promozione del benessere delle comunità locali e il suo governo, costituisce l'elemento più innovativo della Casa della Salute.

Affinché tale laboratorio possa svilupparsi, nella fase di avvio occorre esercitare un'azione di stimolo alla partecipazione delle comunità locali e una funzione di accompagnamento dei territori, finalizzate a:

- accrescere la consapevolezza e l'empowerment dei cittadini e delle cittadine per una partecipazione competente al processo decisionale;
- creare tavoli di lavoro tematici stabili con i diversi portatori di interesse (Comuni, ASL, terzo settore, altri attori attivi localmente, come le scuole, i centri per l'impiego ecc.) per effettuare in maniera condivisa una diagnosi di comunità, valutare il sistema dei servizi esistente ed elaborare specifiche progettualità per il benessere della comunità di appartenenza. Progettualità che possono trovare naturale sbocco nell'ambito della programmazione territoriale, confluendo nel Piano di Zona e nel Piano

delle Attività Territoriali (PAT) elaborati all'interno del Distretto sociosanitario in cui insiste la Casa della Salute;

- monitorare e valutare, con il coinvolgimento attivo dei diversi attori della rete, i progetti di nuova introduzione, talvolta anche innovativi e sperimentali, al fine di una loro eventuale sistematizzazione ed estensione.

Punto Unico di Accesso

Il Punto Unico di Accesso (PUA) assolve una funzione strategica nel nuovo modello organizzativo regionale, funzionale a garantire ai cittadini ed alle cittadine il diritto all'accesso unitario al sistema territoriale degli interventi e servizi sociali, sanitari e sociosanitari, eliminando o semplificando i numerosi passaggi ai quali una persona e i suoi familiari devono adempiere e garantendo l'appropriatezza e la continuità delle prestazioni fornite.

Per sviluppare la funzione del PUA è necessario un forte raccordo e collegamento tra le diverse componenti sociali e sanitarie. Raccordo che deve essere sistematico, a partire da una programmazione concordata e dall'integrazione funzionale e operativa tra PUA e Segretariato sociale.

In questa nuova organizzazione sociosanitaria regionale, la struttura del PUA deve ricomporre sia l'esigenza di integrazione gestionale e professionale tra sociale e sanitario (anche attraverso la condivisione di luoghi, spazi, dotazioni tecniche e strumentali con un'ottimizzazione dell'uso delle risorse pubbliche), sia la volontà di essere vicini alle persone. Ciò può essere raggiunto attraverso la costruzione, in ogni Distretto sociosanitario, di un modello organizzativo costituito da un PUA principale, che sia funzionalmente collegato e integrato con una rete decentrata di PUA di prossimità.

Le funzioni del PUA (di front-office e back-office) si collocano quindi presso una sede territoriali principale e integrata, ma, a seconda delle dimensioni, delle caratteristiche orografiche e/o urbanistiche e dell'organizzazione dei singoli territori, è possibile attivare diversi punti d'accesso decentrati e di prossimità, situati presso i servizi territoriali già esistenti e coordinati dal PUA principale. Ciò presuppone la presenza nei punti decentrati di personale adeguatamente formato per lo svolgimento delle sole funzioni di front-office, nell'ambito di quella formazione e aggiornamento congiunti che sono stati già più volte indicati come presupposto all'implementazione di approcci e strumenti operativi uniformi.

- Il PUA principale

È il punto di accesso principale, in cui sono presenti e operano in modo integrato professionisti dei Comuni e della ASL, che assicurano le seguenti funzioni specifiche, sia di front-office che di back-office: accesso, accoglienza (ascolto, informazione), orientamento, pre-valutazione integrata con l'attivazione diretta di prestazioni in risposta a bisogni semplici oppure con l'avvio di percorsi di presa in carico attraverso l'attivazione dell'UVM nel caso di bisogni complessi.

- I PUA di prossimità

Sono punti decentrati presso i servizi territoriali già esistenti (se dotati di personale adeguatamente formato alle funzioni di front-office), come i presidi delle ASL, i presidi ospedalieri, i centri di assistenza domiciliare, i consultori, i centri di salute mentale, gli sportelli sociali attivati da enti pubblici, i centri unici di prenotazione. Essi saranno collegati tra loro nell'ottica della realizzazione di un'efficiente ed efficace rete informativa coordinata e diretta dal PUA principale.

Le risorse umane, strumentali e finanziarie per l'attivazione e il funzionamento della rete dei PUA, ivi comprese le attività di formazione del personale, sono fornite, sulla base delle Linee guida regionali, dai Comuni dei Distretti sociosanitari e dalle ASL.

Valutazione multidimensionale integrata

Successivamente all'accoglienza e alla pre-valutazione realizzate presso il PUA, nel caso di bisogni complessi che richiedono prestazioni sociosanitarie integrate, si procede all'avvio della valutazione multidimensionale, che rappresenta il presupposto per la definizione del progetto personale.

Essa si deve porre l'obiettivo di ricostruire la specifica situazione della persona, in termini di condizioni di salute, funzionamenti, limitazioni alle attività e alla partecipazione, condizioni lavorative, economiche, abitative, familiari e relazionali, ma anche obiettivi e aspirazioni, oltre che fattori contestuali in termini di ostacoli e facilitatori. Ossia tutti quegli elementi che consentono di elaborare il progetto personale, quale mix appropriato di interventi, servizi e trasferimenti in grado di supportare il progetto di vita della persona e la sua inclusione sociale.

Dunque, l'unità di valutazione multidimensionale, istituita in ogni Distretto sociosanitario della Regione, effettua la valutazione multidimensionale della situazione della persona e del suo contesto ambientale, elabora con la diretta partecipazione del cittadino o di chi lo rappresenta un progetto personale, garantisce l'effettiva presa in carico, intesa come identificazione certa delle responsabilità connesse alla realizzazione del progetto, al suo monitoraggio e adeguamento, alla valutazione dei risultati e degli impatti.

L'UVM, come disciplinato dal DCA 431/12, è un'equipe multiprofessionale sociosanitaria e multidisciplinare di tipo funzionale, la cui responsabilità è in capo al Direttore di Distretto. Essa è composta da:

- medico del Distretto individuato dal Direttore in funzione della tipologia del bisogno;
- medico di medicina generale/pediatra di libera scelta della persona;
- infermiere;
- assistente sociale.

Inoltre, in relazione alla specifica situazione, l'UVM può essere integrata da altre figure professionali afferenti sia ai servizi della ASL che ai servizi sociali dei Comuni e/o ad altri enti/istituzioni e/o organizzazioni del territorio.

Ai fini del presente Piano regionale, quando si fa riferimento all'assistente sociale dell'UVM si deve intendere l'assistente sociale designato dai Comuni del Distretto sociosanitario, proprio al fine di garantire l'integrazione tra il settore sociale e quello sanitario, tra gli enti locali e la ASL.

Attualmente l'UVM, attraverso équipe di professionisti formati ed esperti appartenenti sia ai servizi sociali che ai servizi sanitari, assicura la valutazione multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane, e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale (DCA 431/12). Tuttavia, nel modello organizzativo sociosanitario regionale, l'UVM diventerà lo strumento metodologico e operativo corrente, da attivare in tutti i casi che richiedono il ricorso a servizi integrati. Non solo, quindi, per le persone con disabilità o per gli anziani non autosufficienti, ma anche nell'ambito della salute mentale e delle dipendenze, e per tutte quelle condizioni per cui è necessario attivare supporti intensivi e percorsi integrati, come nel caso di famiglie monogenitoriali, persone vittime di violenza ecc.

Il governo del processo di presa in carico garantisce l'appropriatezza delle prestazioni e una corretta allocazione delle risorse professionali e finanziarie. Tale responsabilità deve quindi essere ricondotta pariteticamente sia al Direttore di Distretto sanitario o suo delegato che al Responsabile del Distretto sociale o suo delegato. Il luogo deputato a tale funzione viene identificato nel back-office del PUA, al fine sia di ottimizzare l'utilizzo delle risorse sociosanitarie che operano al suo interno, sia di garantire la tempestività e l'efficienza della risposta al bisogno segnalato. Tale momento di responsabilità condivisa è utile per verificare (sulla base delle informazioni acquisite) anche la disponibilità di specifiche risorse da allocare nel budget di salute, allegato al progetto personale.

Progettazione personale e budget di salute

L'obiettivo centrale delle politiche sociali, intese nel loro senso più ampio, è quello di favorire l'inclusione e garantire condizioni di pari opportunità per tutti i cittadini e le cittadine, in modo che tutti abbiano le stesse possibilità di sviluppo personale.

Ciascuna persona, e ciascuna famiglia, deve essere messa nelle condizioni di poter decidere della propria vita, secondo i propri bisogni e i propri obiettivi, la propria scala di valori e le proprie capacità. In tal senso il sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari concorre all'inclusione sociale, fornendo supporti congruenti e proporzionati alle condizioni personali e ambientali, alla piena inclusione e partecipazione sociale di ognuno in condizione di parità con gli altri membri della comunità di riferimento.

Nonostante tali presupposti, nella realtà il sistema di welfare risulta, ad oggi, tutt'altro che integrato. Esso offre risposte frammentate e parcellizzate, che spingono ancora a riferirsi all'integrazione come ad un obiettivo da raggiungere.

Un approccio basato sui diritti impone un ripensamento del sistema, che si fondi sul protagonismo della persona, considerata nella sua unitarietà, garantisca l'esigibilità delle prestazioni, produca risposte appropriate, integrate e prossimali, valorizzando anche il capitale relazionale presente nelle comunità locali.

L'articolo 53 della nuova legge regionale 11/2016 prevede la *presa in carico integrata della persona* e il *budget di salute*, al fine di introdurre strumenti operativi capaci di ricomporre la frammentazione delle prestazioni, dei costi e delle competenze tra sociale e sanità, tra Comuni e ASL. L'obiettivo è di garantire il diritto alla salute dei cittadini e delle cittadine, che - giova ricordarlo - si configura non come una semplice assenza di malattia, ma come uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, e che, come tale, richiede un sistema fortemente integrato di servizi sanitari e sociali, in grado di assicurare appropriatezza e continuità delle risposte. La centralità della persona diviene operativamente fondante del sistema solo in presenza di una sua riorganizzazione che possa garantire il rispetto del diritto di fruizione dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari in modo integrato e condiviso.

Congruentemente, nella programmazione, organizzazione ed erogazione dei servizi a livello distrettuale, la Regione introduce quindi il metodo della programmazione personale e del budget di salute.

Il progetto personale

Nell'ambito delle previsioni normative e programmatorie, tanto del versante sociale quanto di quello sanitario, annoveriamo denominazioni, definizioni e declinazioni diverse del concetto di progettazione per la persona.

L'articolo 9 della legge regionale 11/2016 disciplina il contenuto del piano personalizzato di assistenza, che deve essere "predisposto, d'intesa con il beneficiario, con il suo tutore legale o eventualmente con i suoi familiari, dal servizio sociale professionale (...), in collaborazione con le competenti strutture delle aziende sanitarie locali, al fine di coordinare e integrare gli interventi, i servizi e le prestazioni del sistema integrato (...)".

L'articolo 9 richiama anche, al comma 2, i *piani individuali per le persone con disabilità* di cui all'articolo 14 della legge quadro 328/2000. Questi ultimi, tuttavia, sempre secondo la legge 328 sono preceduti da una "valutazione diagnostico-funzionale" e non da quella "valutazione multidimensionale", recepita nella successiva normazione, che viene attivata per la predisposizione dei *piani personalizzati di assistenza*, in presenza di bisogni complessi che richiedono l'intervento di diversi servizi e operatori. Inoltre, la legge 328 non esplicita espressamente il coinvolgimento della persona con disabilità e della sua famiglia nella redazione di tale progetto, criterio invece imprescindibile dopo l'approvazione della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità,

ratificata dal nostro Paese con legge n. 18 del 3 marzo 2009. Quanto alla tipologia delle prestazioni/servizi, la legge quadro prevede che il progetto individuale comprenda le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del SSN, i servizi alla persona erogati dal Comune "in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale".

Nel tempo e negli atti legislativi e di programmazione sociale e sanitaria è possibile trovare ulteriori definizioni.

I *percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA)* sono strumenti per le persone con patologie ad elevato impatto sociale e ad alto costo in quanto delineano un percorso che, a partire dal momento della diagnosi, può garantire una presa in carico individualizzata, l'integrazione tra i vari nodi della rete e tra aspetti sociali e sanitari, la continuità ospedale-territorio, l'accesso uniforme a servizi e prestazioni in relazione alle fasi della malattia, alla sintomatologia, ai livelli di disabilità, ai bisogni.

Il *progetto riabilitativo individuale (PRI)* è lo strumento di lavoro, elaborato dal team di figure professionali coinvolte, di cui è responsabile il medico specialista in riabilitazione, che ha l'obiettivo di rendere l'intervento riabilitativo mirato, continuativo ed efficace, perché rispondente ai bisogni reali del paziente.

I *progetti terapeutici-riabilitativi individuali (PTRI)* sono percorsi integrati atti a soddisfare bisogni di salute che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale.

Il *progetto per la vita indipendente* è un progetto in cui prevale la redazione diretta della persona con disabilità che lo richiede, o di chi la rappresenta, e l'autogestione dell'assistenza personale. Si tratta quindi di un'erogazione alla persona di trasferimenti economici, in sostituzione di servizi o prestazioni di norma assicurati da enti pubblici in modalità diretta (anche convenzionata o accreditata), con la finalità di attuare le personali scelte di vita nel perseguimento della massima autonomia e inclusione.

Di progetto personalizzato si parla anche nell'ambito della scuola e del lavoro.

Il *Piano educativo individualizzato (PEI)* è un documento di natura progettuale nel quale vengono descritti gli interventi, integrati ed equilibrati tra di loro, predisposti per l'alunno con disabilità in un determinato periodo di tempo, sulla base della diagnosi funzionale e del profilo dinamico funzionale, ai fini della realizzazione del diritto all'educazione e all'istruzione. Il PEI deve essere redatto congiuntamente dagli operatori sanitari individuati dalla ASL e dal personale docente curricolare e di sostegno della scuola e, ove presente, con la partecipazione dell'insegnante operatore psicopedagogico, personale educativo scolastico, e con il coinvolgimento dei genitori dell'alunno.

Nell'ambito del lavoro si può fare riferimento al *progetto di inclusione lavorativa della persona con disabilità* che è espressione del principio del collocamento

mirato, introdotto dalla legge 68/99, ossia della "persona giusta al posto giusto". Tale progetto deve essere redatto dai servizi competenti sulla base di una valutazione bio-psico-sociale della disabilità, con la partecipazione e l'adesione della persona stessa o di chi la rappresenta, e in raccordo con i servizi sociali, sanitari, educativi e formativi del territorio. L'obiettivo è di realizzare un intervento a misura della persona con disabilità, cogliendone le aspettative, le capacità, le inclinazioni, oltre che la preparazione professionale o i presupposti di formazione.

Infine i più recenti *progetti di presa in carico del sostegno per l'inclusione attiva (SIA)* sono dei progetti di attivazione sociale e lavorativa collegati all'erogazione di un sussidio economico ai nuclei familiari con minori in condizioni di povertà. Essi si basano su una valutazione multidimensionale del bisogno dei membri del nucleo familiare, sono condivisi con le persone interessate, hanno come finalità il superamento della condizione di povertà, il reinserimento lavorativo e l'inclusione sociale, e possono quindi richiedere l'integrazione tra sistema sociale, del lavoro, sanitario, educativo, dell'istruzione e della formazione, nonché la collaborazione fra i servizi pubblici e del privato sociale.

Per "progetto personale" si intende, quindi, un'azione integrata di misure, sostegni, servizi, prestazioni, trasferimenti monetari in grado di supportare il progetto di vita della persona e la sua inclusione sociale.

Secondo la legge regionale 11/2016 (art. 53, comma 1), esso deve essere formulato dall'UVM con la diretta partecipazione della persona o di chi la rappresenta, sulla base della valutazione multidimensionale della sua specifica situazione, in termini di condizioni di salute, limitazioni alle azioni e alla partecipazione, obiettivi e aspirazioni, oltre che della valutazione del contesto ambientale nella sua accezione più ampia.

Propedeutica e correlata al progetto personale è, quindi, la valutazione multidimensionale della persona e del suo contesto di vita, e l'effettiva "presa in carico" intesa come identificazione certa delle responsabilità connesse alla realizzazione del progetto, al suo monitoraggio e adeguamento, alla valutazione dei risultati e degli impatti.

Il budget di salute

La ricomposizione delle prestazioni nel progetto personale presuppone anche la ricomposizione delle fonti di finanziamento e la riqualificazione delle risorse disponibili in funzione degli esiti della valutazione multidimensionale.

Lo strumento che la legge 11/2016 individua a tal fine è quello del budget di salute.

Per "budget di salute" si intende la definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a garantire o restituire a una persona, attraverso un progetto personale, un funzionamento sociale adeguato, alla cui elaborazione partecipano principalmente la persona stessa, la sua famiglia e la sua comunità, ottimizzando l'uso delle risorse diffuse in una logica non prestazionale e frammentata.

Evidente in questa definizione è l'imprescindibile collegamento tra il budget di salute e il progetto personale. Infatti, in assenza del secondo, il primo risulterebbe un mero strumento allocativo, funzionale a riprodurre l'attuale impiego delle risorse, che verrebbero solo ricondotte ad un nuovo, unitario, ma solo diversamente etichettato contenitore. Al contrario, in assenza del budget di salute, il progetto personale resterebbe irrealizzato nella sua compiutezza, incapace sia di produrre una reale integrazione dei servizi e degli interventi, sia di riorientare le risorse attualmente spese in direzione di prestazioni che siano coerenti e appropriate per quella persona in quel determinato contesto di vita.

Obiettivo prioritario del sistema operativo basato sul progetto personale e il budget di salute è quello di promuovere "*contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale*" (art. 53, comma 5, LR 11/2016) e di sostenere il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita.

Questo sistema è caratterizzato da un elevato grado di flessibilità e personalizzazione: non è legato a un tipo particolare di servizio, a uno specifico ente erogatore o a determinate modalità di erogazione. Esso pone l'accento sui determinanti sociali della salute. Infatti chi è privo di fattori di protezione sociale (è senza lavoro, ha un basso reddito, vive in contesti familiari e sociali poveri di risorse economiche, culturali e relazionali) si trova più facilmente esposto a situazioni di perdita della salute e a rischi di esclusione sociale. L'attenzione viene quindi rivolta a progetti capaci di intervenire sugli elementi costitutivi della salute, ossia: apprendimento/espressività; formazione/lavoro; casa/ habitat sociale; affettività/socialità.

In questo nuovo modello di governance il privato sociale collabora alla costruzione e allo sviluppo di sistemi integrati, che favoriscano l'attivazione dei cittadini e delle cittadine, l'inclusione sociale e lavorativa, la permanenza nel proprio contesto di vita, abitativo e affettivo-relazionale, ed evitino l'istituzionalizzazione, attraverso la riconversione della spesa per la residenzialità

Azioni:

- Introduzione di regole e strumenti comuni di programmazione, documentazione e valutazione dell'attività di progettazione, che si sostanzia in:
  1. elaborazione da parte dell'UVM, con la diretta partecipazione del cittadino o di chi lo rappresenta, di un progetto personale che definisca, previa valutazione della sua specifica situazione (personale e ambientale), il mix più appropriato di prestazioni (servizi e/o trasferimenti) finalizzate a supportare il suo progetto di vita, la sua inclusione sociale e la permanenza nel contesto di vita;
  2. quantificazione da parte dell'UVM delle risorse economiche, professionali e partecipative (personali, familiari, pubbliche, della comunità locale) che definiscono il budget di salute per la realizzazione del singolo progetto personale;

3. individuazione di un coordinatore della rete dei servizi e dei soggetti corresponsabili della realizzazione del progetto personale;
4. definizione di un sistema di indicatori per il monitoraggio del progetto personale e la valutazione dei risultati raggiunti, al fine di apportare eventuali modifiche legate all'evoluzione della situazione e all'effettivo conseguimento degli obiettivi di inclusione sociale;
5. predisposizione e uso di una versione informatizzata del sistema di documentazione degli accessi e dei progetti (Cartella sociosanitaria).

Sistema informativo e Cartella sociosanitaria

La piattaforma regionale per i servizi sociali permette attualmente di monitorare l'andamento dei servizi e dei progetti finanziati con il Fondo Nazionale delle Politiche Sociali. L'obiettivo del Piano è quello di una sua nuova strutturazione, che consenta il monitoraggio dell'intero sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali al di là di ciò che viene finanziato con il FNPS.

Ciò che invece emerge attualmente è, da una parte, la frammentazione gestionale delle attività di rilevazione all'interno di uno stesso settore, con il rischio di sovrapposizioni temporali, duplicazioni dei dati, perdita di informazioni, e dall'altra la difficoltà di condivisione delle informazioni tra enti diversi, che si traduce in un problema di coerenza complessiva tra le fonti informative.

Manca un sistema uniforme di rendicontazione e di analisi dell'offerta sociale, da cui deriva l'incapacità delle diverse banche dati di dialogare tra loro e, quindi, la necessità di costruire vocabolari comuni e logiche condivise di rilevazione. Limitazioni che si rivelano di ostacolo al processo decisionale, se consideriamo l'importanza di conoscere l'esistente per operare scelte in grado di migliorare la qualità della vita delle persone.

È fondamentale, infatti, che i dati vengano raccolti e organizzati nel momento stesso in cui sono prodotti e, quindi, che le attività di raccolta ed elaborazione delle informazioni non siano episodiche e frammentate, ma inserite nel lavoro quotidiano degli operatori, costituendo uno dei prodotti ordinari delle attività di gestione degli interventi. Si tratta, in altre parole, di un processo di produzione dei dati che passa attraverso richieste informative periodiche alle unità di offerta del territorio, per acquisire informazioni inerenti, certamente, l'utenza servita e i costi sostenuti, ma anche il personale impiegato, le caratteristiche strutturali e strumentali e quant'altro possa essere utile alla conoscenza della rete locale dei servizi e degli interventi sociali.

Altrettanto importante è la capacità di sviluppare rapporti intra e interistituzionali rispetto all'apporto conoscitivo che altri settori e strutture possono fornire. Pensiamo alla ricchezza in termini conoscitivi che potrebbe scaturire dalla condivisione delle informazioni prodotte nei diversi comparti amministrativi e dall'integrazione dei flussi informativi comunali con quelli di altri Sistemi informativi, in primo luogo quello sanitario.

Occorre investire sulla capacità di mettere a sistema informazioni oggi disomogenee e frammentate e di svolgere una "politica attiva sul dato", che non si limiti alla semplice archiviazione delle informazioni, ma utilizzi queste informazioni nel supportare i processi decisionali inerenti le attività di programmazione, gestione e valutazione dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari. Cosa che presuppone la condivisione di un obiettivo comune tra i diversi interlocutori e la costruzione di strumenti informativi-informatici dialoganti.

Nel realizzare tale investimento, è opportuno ispirarsi al soluzioni adottate in altri contesti regionali e a scelte prodotte a livello centrale. È, infatti, cruciale collegare quello che si fa o si farà sul territorio con quello che già viene fatto da altre Regioni, allo scopo di uniformare i vocabolari e le modalità di raccolta dei dati. Non si può non tener conto di ciò che avviene al di fuori del contesto locale, e quindi dei molteplici debiti informativi che occorre assolvere rispetto ai diversi organi dell'amministrazione pubblica. Per evitare sovrapposizioni ed eventuali scostamenti e disomogeneità nella raccolta e analisi dei dati, occorre adottare a livello locale un sistema di classificazione e strumenti di raccolta dei dati che garantiscano l'interoperabilità e che siano in sintonia con le codifiche nazionali e internazionali già esistenti, garantendo, al contempo, le informazioni specifiche necessarie alla programmazione regionale e territoriale.

In tal senso appare quindi opportuno ricorrere a strumenti tassonomici già condivisi, che costituiscono patrimonio comune del sistema integrato dei servizi a livello regionale e locale. In riferimento alle prestazioni sociali e sociosanitarie saranno pertanto utilizzate, nella strumentazione del Sistema informativo, le definizioni indicate nel "Nomenclatore degli interventi e servizi sociali", redatto dal CISIS (Centro interregionale per i sistemi informatici, geografici e statistici), nella sua ultima edizione disponibile (2013).

In aggiunta occorre considerare anche la generale difficoltà dei Sistemi informativi di andare oltre la rappresentazione dell'offerta sostenuta dai finanziamenti pubblici, per dar conto anche di programmi e iniziative che non facciano capo all'operatore pubblico o di tipologie di intervento che non avvengano per il tramite della spesa, con l'obiettivo di rappresentare sistematicamente l'universo dei servizi e degli interventi pubblici e privati attivi sul territorio e degli attori che operano localmente.

Una criticità comunemente riscontrata dalle indagini sui Sistemi informativi regionali è quella relativa ad uno sbilanciamento di attenzione verso l'offerta di servizi. Tuttavia, altrettanto diffusa è la consapevolezza della necessità di rafforzare l'osservazione dei bisogni e delle condizioni sociali generali della popolazione. Solo sviluppando un sistema permanente di analisi della domanda sociale, nella sua accezione più ampia (di cui la domanda espressa è solo una parte), è possibile infatti costruire un profilo di comunità in grado di orientare nelle scelte. In quest'ottica, il Sistema informativo di un territorio servirebbe sì a monitorare i servizi esistenti e le risorse impiegate, ma sarebbe fondamentale anche per analizzare l'evoluzione della domanda sociale e valutare l'offerta.

In questa direzione manca un sistema di raccolta integrata dei dati di accesso delle persone al sistema di welfare locale e di archiviazione delle informazioni riguardanti la storia del singolo in rapporto ai servizi e agli interventi territoriali. La Cartella sociosanitaria integrata rappresenta lo strumento principale per la raccolta delle informazioni, la gestione dei processi, il monitoraggio e la valutazione degli interventi.

La Cartella sociosanitaria permette infatti di:

- snellire le procedure, acquisire una sola volta le informazioni sulla persona, evitando ripetizione di richieste e compilazioni di moduli identici;
- monitorare il progetto personale e l'insieme dei servizi erogati, evitando il rischio di duplicazioni e sovrapposizioni;
- favorire l'integrazione tra i servizi (sociali, sanitari, educativi, del lavoro);
- acquisire informazioni, in maniera aggregata, sulle domande dei cittadini e sulle capacità di risposta del sistema.

Sul Sistema informativo e sulla Cartella sociosanitaria per approfondimenti ed azioni specifiche si rimanda al capitolo O.

Ai fini dell'attuazione del presente Piano e nell'ottica dell'integrazione dei servizi, si applica il regolamento regionale concernente: "Trattamento dei dati sensibili e giudiziari di competenza della Giunta regionale, delle aziende Unità Sanitarie Locali, degli enti dipendenti e delle agenzie regionali, delle società e degli altri enti privati a partecipazione regionale, ai sensi degli articoli 20 e 21 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), regolamento regionale n° 11 del 30 aprile 2014 (BUR 2 maggio 2014, n.35 - Supplemento n.1). In prima attuazione, durante il primo triennio, i soggetti, le strutture e gli operatori coinvolti nello svolgimento delle attività previste dal Piano sono soggetti titolari equiparati alle Aziende Unità Sanitarie Locali di cui agli artt. 1 e 3 del suddetto Regolamento. Tutte le integrazioni o successive modifiche del Sistema informativo, previsto dal presente Piano, dovranno essere corredate di schede che descrivano i dati sensibili e giudiziari oggetto di trattamento, le finalità di interesse pubblico perseguite e le operazioni eseguibili, tali schede dovranno essere approvate dalla Regione e andranno ad integrare gli allegati al suddetto Regolamento, sulla base di tale integrazione saranno aggiornati, se necessario, i soggetti titolari di cui agli artt. 1 e 3.

Raccordo con le politiche attive del lavoro, dell'immigrazione, abitative, ambientali, della sicurezza dei cittadini e delle cittadine, culturali, educative, ricreative, sportive e del tempo libero

La promozione del benessere delle comunità locali richiede anche il coinvolgimento nel sistema integrato di soggetti, strutture, servizi, risorse e competenze ulteriori rispetto a quelle sociali e sanitarie pubbliche. Occorre, infatti, mobilitare tutti gli attori, pubblici e privati, che per finalità, ruolo e competenze possono concorrere alla tutela della salute e del benessere della comunità locale. Innanzitutto gli enti pubblici competenti in materia di istruzione, formazione e lavoro, immigrazione, politiche abitative, ambientali, della sicurezza dei cittadini e delle cittadine, culturali, educative, ricreative, sportive e del tempo libero. E non solo, risulta, infatti, strategico anche il coinvolgimento delle organizzazioni del non profit e del volontariato che si occupano dei temi connessi al welfare locale.

Azioni:

Al fine di realizzare tale raccordo la Regione intende:

- avviare al suo interno un percorso di confronto tra i diversi assessorati competenti, per condividere le strategie e favorire l'integrazione delle diverse programmazioni di settore;
- attivare modalità di consultazione stabili e sistematiche dei soggetti sociali presenti nel territorio laziale, di cui il processo di partecipazione per la stesura del Piano sociale ha rappresentato l'avvio, in direzione di una "istituzionalizzazione" della partecipazione;
- fornire supporto e assistenza tecnica ai Distretti sociosanitari per realizzare azioni di stimolo alla partecipazione delle comunità locali, finalizzate a:
  - ➢ accrescere la consapevolezza e l'empowerment delle persone rispetto alla partecipazione alle decisioni che li riguardano e che coinvolgono le proprie comunità;
  - ➢ creare tavoli di lavoro stabili, a convocazione periodica, con i diversi portatori di interesse (Comuni, ASL, terzo settore, altri attori attivi localmente, come le scuole, i centri per l'impiego, i Tribunali ecc.) per la diagnosi della comunità locale e la programmazione delle politiche;
  - ➢ monitorare e valutare, con il coinvolgimento attivo dei diversi attori della rete, il sistema degli interventi e servizi integrati attivo localmente.

N. Formazione e aggiornamento degli operatori sociali

La formazione è uno strumento prezioso per "dare gambe" alla riforma del sistema integrato degli interventi e servizi sociali disegnato dalla legge regionale 11/2016. La qualificazione del personale e lo sviluppo di competenze manageriali coerenti con la complessità tecnico-amministrativa del sistema sono, infatti, fattori decisivi per lo sviluppo dell'innovazione organizzativa e gestionale e il miglioramento generalizzato e duraturo dei servizi.

Il Piano prevede perciò il disegno e l'avvio di un percorso sistematico di formazione e aggiornamento delle figure professionali sociali, che favorisca la condivisione di metodi e strumenti per la programmazione, il monitoraggio e la valutazione, la promozione della qualità e dell'efficacia, il lavoro in equipe, l'integrazione interprofessionale, intersettoriale e multidisciplinare, un'adeguata gestione degli strumenti informatici e telematici.

Il programma formativo (multilivello e multiprofessionale), per il cui finanziamento potranno essere utilizzate anche risorse nazionali e comunitarie, sarà elaborato sulla base di un'attenta analisi dei fabbisogni formativi. Sarà organizzato in collaborazione con gli ordini professionali, le associazioni di categoria e le parti sociali, in raccordo con l'Osservatorio sociale regionale (cfr. LR 11/2016 artt. 60-61), con l'apporto scientifico di università e agenzie formative specializzate.

Si articolerà in tre macro-aree:

- governance del sistema;
- lavoro di comunità;
- lavoro sociale con le persone, le famiglie e i gruppi.

La prima area sarà dedicata soprattutto all'acquisizione sistematica delle competenze necessarie per l'innovazione della governance del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali, secondo le linee tracciate dal presente Piano. Essa si rivolge soprattutto ai decisori dei Distretti sociosanitari, ai funzionari degli Uffici di Piano, ai responsabili dei servizi sociosanitari e ai dirigenti delle organizzazioni del terzo settore. Le azioni formative avranno come obiettivi il miglioramento della comprensione della normativa che regola il welfare, l'aumento delle competenze manageriali, programmatorie e valutative, il sostegno all'esercizio dei ruoli apicali, il miglioramento delle capacità di elaborazione strategica e di gestione tecnico-amministrativa.

La seconda e la terza area si concretizzano in un variegato e sistematico programma di aggiornamento rivolto a tutti coloro che sono impegnati nel lavoro di comunità e nelle relazioni di aiuto, compresi i caregiver, i volontari e le persone attive in azioni di advocacy e di tutela delle persone a rischio di esclusione sociale. Saranno favoriti, in particolare, percorsi integrati per la formazione congiunta del personale del servizio sociale e sanitario, sia pubblico che privato, al fine di generare una base conoscitiva comune, un linguaggio condiviso e modelli operativi unificati.

Le azioni formative potranno riguardare tematiche come quelle indicate di seguito (elenco meramente esemplificativo e non esaustivo):

- Metodi e tecniche per la gestione della relazione d'aiuto.
- Prevenzione del burn-out.
- Lavoro in equipe.
- Funzionamento delle Unità Valutative Multidimensionali.
- Rapporti con la Magistratura.
- Gestione della Cartella sociosanitaria.
- Progettazione personalizzata.
- Metodi e percorsi per la prevenzione e l'empowerment comunitario.
- Strumenti per la gestione degli interventi di contrasto della povertà e di sviluppo dell'autonomia personale.
- Sostegno ai percorsi per l'adozione, l'affido e la tutela delle persone vulnerabili.
- Strategie per il lavoro sociale con gli adolescenti.
- Metodi e tecniche per la prevenzione dell'istituzionalizzazione.

0. Osservatorio sociale regionale e Sistema informativo

La necessità di supportare con analisi di tipo conoscitivo sia generali sia specifiche tutti i livelli programmatori, a partire dal livello distrettuale fino ad arrivare al livello zonale e regionale, è diventata indispensabile alla luce delle trasformazioni sociali (della domanda), della programmazione dei servizi (dell'offerta) e delle normative specifiche (delle regole). In questo contesto l'Osservatorio regionale delle politiche sociali assume un ruolo centrale nell'ambito del processo di sviluppo e di ridefinizione del welfare locale e regionale.

Lo sviluppo di processi conoscitivi è la base per costruire sia gli scenari descrittivi e interpretativi più generali, dove poter collocare adeguatamente progettualità e servizi, sia gli scenari micro-territoriali specifici e di dettaglio, utili a ridefinire competenze e modalità di erogazione dei servizi, nonché le attività di monitoraggio e valutazione delle prestazioni e delle politiche sociali. L'Osservatorio sociale ha, quindi, un ruolo importante a supporto della programmazione sociale e sanitaria e delle nuove politiche sociali. Infatti, se la programmazione prevede la concertazione fra tutti gli attori pubblici e del terzo settore per delineare le nuove domande, *se la programmazione prevede di tenere conto diacronicamente dell'organizzazione, delle prestazioni e dei servizi sociosanitari, se la programmazione prevede l'attivazione di un processo di valutazione delle politiche e dei servizi sociosanitari, allora il ruolo dell'Osservatorio sociale assume una nuova centralità e, soprattutto, ha una funzione multiutility per la programmazione territoriale tout court*.

A tale proposito e preliminarmente sono individuabili due livelli territoriali dell'Osservatorio sociale: 1) regionale; 2) di ambito e/o comunale. Gli obiettivi del primo livello territoriale riguardano l'analisi di fenomeni sociali e sociosanitari riconducibili a livello regionale con un riferimento specifico all'integrazione con altre tipologie di Osservatori (sanitario, del mercato del lavoro, economico, scolastico), la comparazione e la valutazione dei Piani di Zona e della spesa sociale a livello di ambito e/o zonale. Gli obiettivi del livello di ambito e/o comunale, oltre all'analisi dei fenomeni sociali e sociosanitari riconducibili al livello distrettuale, sono quelli prevalentemente di valutazione della programmazione, dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi e dei servizi, della verifica sulla qualità del lavoro sociale e del rispetto dei CCNL più rappresentativi. Tutti i livelli dell'Osservatorio sociale poggiano su diversi e articolati basamenti informativi, fra i quali sono fondamentali i Sistemi informativi sanitario e sociale.

La fruizione delle informazioni e dei processi conoscitivi nelle comunità territoriali

Un compito prioritario dell'Osservatorio è quello di far sì che le informazioni, le analisi e le valutazioni che raccoglie e che produce giochino un ruolo di stimolo e di riflessione all'interno dei processi decisionali. Non solo, la produzione dovrebbe essere condivisa con tutti gli attori rilevanti per le politiche sociali, ma anche con le singole categorie di professioni sociali e sanitarie, con gli operatori del terzo settore e del volontariato, ma anche con i cittadini e le cittadine. Se il coinvolgimento e la condivisione delle attività di un Osservatorio sociale da parte di tutti gli attori della comunità (locale o regionale) è assolutamente irrinunciabile per poter mantenere ruolo e funzioni all'interno del processo di costruzione e realizzazione delle politiche di welfare, allora è necessario porsi il problema di quale tipo di processo comunicativo possa essere messo in atto.

Verso la multiutility

Un Osservatorio sociale deve avere come funzione primaria il supporto alle decisioni programmatorie nell'ambito delle politiche sociali. Se questa è la funzione primaria riconosciuta parzialmente dalla legislazione nazionale, è anche vero che è possibile immaginare funzioni multiutility. Infatti l'attivazione di processi conoscitivi che pongano al centro la persona come fulcro delle azioni e degli spazi socialmente rilevanti può rispondere ad esigenze ben più ampie anche delle politiche sociali integrate o «allargate».

Di seguito sono proposte le future funzioni dell'Osservatorio sociale regionale da costruire nell'arco del triennio di validità del Piano.

Caratteristiche dell'Osservatorio sociale multiutility

Funzioni	Aree tematiche	Metodi	Destinatari
Di conoscenza (*learning*)	Area base dati informative (Sistema informativo sociale)	Valorizzazione e integrazione archivi significativi Attivazione flussi informativi specifici (con individuazione di indicatori sociali *ad hoc*)	Attori rilevanti per le politiche sociali locali
	Area servizi sociali	Valorizzazione e integrazione archivi significativi Attivazione flussi informativi specifici (con individuazione di indicatori sociali *ad hoc*)	Professioni sociali Professioni sanitarie Operatori del terzo settore
	Area trasformazioni sociali	Indagini etnografiche (storie di vita, interviste non strutturate) Analisi casuale standard (indagini campionarie *ad hoc* di tipo longitudianle)	Cittadini e cittadine Società civile Enti locali Imprese
Di supporto alla programmazione e di valutazione (*policy and program design)*	Area progettazione e programmazione		Attori rilevanti per le politiche sociali locali Professioni sociali Professioni sanitarie Terzo settore
	Area valutazione	Ricerche valutative	Attori rilevanti per le politiche sociali locali

Di diffusione e di costruzione della sfera pubblica locale	Area promozione e comunicazione	Narrazioni mediali	Cittadini e cittadine, amministratori locali, operatori sociali, operatori del terzo settore, imprenditori, sindacalisti, ricercatori

O.1 Disegno e realizzazione del Sistema informativo dei servizi sociali, a partire dai risultati e dalle criticità delle esperienze pregresse (LR 11/2016, art. 49).

Sistema informativo integrato. Supporto decisionale, Cartella sociosanitaria e open data.

L'attuazione del presente Piano impone la mappatura ed il ridisegno dei flussi informativi al fine di una loro completa digitalizzazione. Il sistema informativo necessario alla gestione, al monitoraggio ed alla pubblicità dei dati relativi all'attuazione del presente Piano dovrà essere realizzato in maniera integrata con il Sistema informativo regionale al fine di escludere ogni duplicazione di dati o procedure e dovrà essere, oltre che conforme agli standard tecnici di sicurezza e di tutela dei dati personali e sensibili, improntato a criteri di accessibilità, usabilità e multimodalità. L'interfaccia dovrà essere responsiva e garantire l'accesso a tutte le funzioni anche tramite *tablet* e *smartphone*. Il Sistema dovrà essere conforme alle specifiche per l'utilizzo del *Sistema Pubblico di Identità Digitale* SPID, come modalità di autenticazione e riconoscimento.

La realizzazione del Sistema dovrà essere completata durante il triennio di attuazione del presente Piano. Dovranno essere rilasciati moduli formativi, in modalità e-learning, specifici per ciascuna funzione; a tali moduli avranno accesso tutti gli utilizzatori in base alle funzioni autorizzate per il loro profilo, ed il servizio di tutorato per i moduli formativi sarà assicurato dall'unità organizzativa della Regione Lazio competente per funzione.

Il Sistema utilizzerà come metafora per il disegno dell'interfaccia due concetti-guida: il cruscotto informativo e la Cartella sociosanitaria.

Per l'accesso al Sistema informativo saranno predisposte apposite convenzioni con gli enti, pubblici e privati, a qualsiasi titolo beneficiari, gestori o utilizzatori dei fondi che andranno a costituire il budget di salute. La sottoscrizione di tali convenzioni è vincolante per l'utilizzo dei fondi attribuiti per l'applicazione del presente Piano. Saranno altresì predisposte dichiarazioni, da far sottoscrivere ad ogni singolo operatore per la presa visione e accettazione dei vincoli relativi al trattamento dei dati riservati, personali e sensibili. Per l'accesso al Sistema da

parte delle organizzazioni private i requisiti non possono riguardare i collegamenti e gli apparati di rete, l'accesso al Sistema deve essere garantito, testato e validato per almeno un sistema operativo con licenza libera, gratuitamente prelevabile ed installabile; eventuali applicazioni necessarie per l'utilizzo del Sistema dovranno essere rilasciate e manutenute a spese della Regione Lazio.

Il Sistema dovrà consentire alle pubbliche amministrazioni la trasmissione degli atti amministrativi, previsti per lo svolgimento delle funzioni gestite dal Sistema, con verifica automatica della firma digitale e la possibilità di inserimento dell'atto, a seguito della convalida di accettazione, nel protocollo informatico della Regione Lazio. Tutti gli atti scambiati tramite il Sistema dovranno essere ricercabili e disponibili tramite il Sistema stesso ed accessibili agli utilizzatori che ne abbiano titolo, in base al loro profilo di autorizzazione.

I dati del Sistema per cui sia prevista la pubblicazione sul Portale Open Data Lazio dovranno essere automaticamente pubblicati come dataset e presentati in forma grafica navigabile e/o ipertestuale, aggregati e geolocalizzati, in modo da poter essere pubblicati sui siti web della Regione Lazio.

In caso di catastrofe, calamità o emergenza il Sistema deve pubblicare, in uno spazio riservato, gli elenchi delle persone, prese in carico dai diversi servizi, che risultassero presenti, per residenza o altro domicilio temporaneo, nelle zone colpite. Tali informazioni, comprensive dell'indirizzo di residenza o il domicilio temporaneo e l'elenco delle prestazioni in corso, dovranno essere rese disponibili, su richiesta, al Servizio Nazionale di Protezione Civile. Le modalità di accesso a tali informazioni saranno regolate con un apposito protocollo, da concordare con le Autorità e le Istituzioni competenti.

O.2 Azioni e risorse da attivare nel triennio per l'attivazione e il funzionamento dell'Osservatorio regionale e del Sistema informativo

Le azioni nell'arco del triennio di vigenza del Piano sociale sono le seguenti:

1. Costituzione dell'Osservatorio sociale multiutility con le funzioni integrate di gestione del Sistema informativo dei servizi sociali (SISS), di supporto ai processi decisionali e di valutazione delle azioni del Piano, in raccordo con il Sistema informativo sanitario e con l'Ufficio statistico regionale
2. Mappatura dell'offerta secondo il seguente percorso temporale:
    a. avvio del censimento degli interventi e servizi sociali (maggio 2017); Il SISS dovrà basarsi su un'anagrafica dei servizi e delle strutture possibilmente snella, integrata con le altre anagrafiche con cui è correlata (ad esempio del terzo settore). Si prevede di informatizzare il sistema di autorizzazione all'apertura e al funzionamento delle strutture da parte degli enti associati (LR 11/2016, art. 35). Il nuovo modulo dedicato ai Piani di Zona,

integrato nel SISS, dovrà prevedere l'inserimento e l'aggiornamento dei dati sui servizi e sugli interventi sociali all'interno dell'anagrafica. Il nomenclatore regionale (tassonomia), associato all'anagrafica, dovrà essere in sintonia con quello nazionale redatto dal CISIS, in modo univoco, così che ad ogni codifica regionale corrisponda una sola codifica nazionale. Ciò al fine di garantire le informazioni più specifiche necessarie alla programmazione locale e regionale, e di soddisfare, nel contempo, il debito informativo con i Sistemi informativi nazionali;

b. avvio del coinvolgimento degli operatori delle strutture regionali e del sistema sociosanitario rispetto al SISS (maggio 2017); per i Distretti sociosanitari che saranno disponibili alla sperimentazione e attivazione del Sistema informativo sarà prevista una premialità specifica;

c. accompagnamento e formazione degli operatori del sistema sociale alla digitalizzazione della documentazione sociale (novembre 2017 - maggio 2018);

d. aggiornamento di anagrafica e utenza (maggio 2018) vincolata alle risorse trasferite dalla Regione per i Piani di Zona;

e. costruzione del cruscotto informativo e della Cartella sociosanitaria (maggio 2017 - maggio 2019). Il Sistema informativo utilizzerà come metafora per il disegno dell'interfaccia due concetti-guida: il cruscotto informativo e la Cartella sociosanitaria.

Il cruscotto informativo dovrà consentire di:

- monitorare il progetto personale e il budget di salute a livello di singola persona, prestazione, struttura/servizio (ad esempio PUA, UVM, responsabile del progetto personale ecc.), Distretto, territorio;
- monitorare la spesa corrente;
- monitorare le possibili aree di cofinanziamento al fine di pianificare le attività di co-progettazione;
- monitorare l'andamento degli indicatori statistici sulla domanda, sull'offerta e sull'indice di vulnerabilità;
- confrontare l'impiego del budget di salute e la spesa corrente con gli indicatori statistici;
- impostare notifiche automatiche al superamento di determinati valori fra quelli monitorati.

La Cartella sociosanitaria dovrà consentire di:

- snellire le procedure, acquisire una sola volta le informazioni sulla persona, evitando ripetizione di richieste e compilazioni di moduli identici;
- monitorare il progetto personale e l'insieme dei servizi erogati, evitando il rischio di duplicazioni e sovrapposizioni;
- favorire l'integrazione tra i servizi (ad esempio: sociali, sanitari, educativi, del lavoro);

- acquisire informazioni, in maniera aggregata, sulle domande delle persone e sulle capacità di risposta del sistema;
- accedere al budget di salute della singola persona ed impostare notifiche automatiche al raggiungimento di una determinata soglia;
- impostare notifiche relative a date cardine o scadenze previste nel progetto personale e classificabili tramite il nomenclatore delle prestazioni;
- registrare periodi di ricovero, detenzione o permanenza temporanea presso diverso domicilio;
- reperire i contatti delle strutture o funzioni che hanno in carico la persona;
- indicare la data di decesso

È auspicabile che la Cartella sociosanitaria sia sviluppata all'interno del SIAT, dovrebbe essere collegata con l'anagrafica dei servizi e delle strutture e con l'Anagrafica Sanitaria Regionale (ASUR). Inoltre dovrebbe essere integrata con gli altri sistemi nazionali, come ad esempio il casellario dell'assistenza dell'INPS (LR 11/2016, art. 49). L'utilizzo della Cartella sociosanitaria dovrebbe essere accessibile a tutti gli operatori dei servizi sociali e sanitari integrati. Una utility del SISS dovrebbe essere la possibilità da parte degli operatori di avere degli output sia per soddisfare i vari debiti informativi nazionali, sia ai fini della programmazione locale, prevedendo delle query aperte, al fine di ottenere reportistiche non standardizzate. Poiché nella Cartella sociosanitaria verranno trattati dati sensibili, si dovranno adottare tutte le precauzioni, prevedendo in particolare vari livelli di accesso ai fini del rispetto della privacy.

Per garantire l'effettiva integrazione del Sistema informativo sociale con quello sanitario dovranno essere considerati come cogenti i seguenti requisiti:

- le anagrafiche delle strutture e dei servizi dovranno essere integrate con il sistema dei Piani di Zona;
- la Cartella sociosanitaria dovrà consentire la piena gestione dei servizi descritti al suo interno;
- il cruscotto informativo sociale dovrà essere integrato con quello sanitario.

Per i dettagli operativi relativi alla costituzione dell'Osservatorio sociale e alla realizzazione del SISS saranno predisposte specifiche delibere di Giunta regionale.

P. Programmazione partecipata e coinvolgimento dei fruitori dei servizi

Per influenzare i problemi sociali è necessario influenzare gli ambienti sociali in modo duraturo. L'esperienza mostra come i cambiamenti sono più probabili quando l'azione è condivisa da una "comunità competente", focalizzata su

specifici obiettivi. Per questo è necessario lavorare per una progettazione partecipata, che persegua il coinvolgimento della comunità locale nella ricerca dei cambiamenti possibili.

Uno degli obiettivi del Piano, come si è visto, riguarda l'empowerment della comunità locale e in particolare delle organizzazioni che offrono ai gruppi vulnerabili concrete opportunità per accedere a risorse importanti (ad esempio un'associazione impegnata per l'aggregazione degli anziani che riesce a farsi affidare un'area dismessa per attrezzare un centro sociale).

Si prevede pertanto di attivare linee di intervento finalizzate alla manutenzione dei legami sociali, per contrastare la progressiva erosione della dimensione relazionale. L'assottigliarsi delle forme tradizionali di legame comunitario ha sì consentito una più spiccata libertà individuale, ma ha esposto anche i soggetti più deboli al rischio dell'isolamento e della solitudine.

Il Piano sociale si propone di sostenere i servizi che favoriscono la ricerca di un diverso equilibrio fra individuo e società, reinventando nuove strade per coniugare in modo creativo libertà e coesione sociale. In particolare, si cercherà di contrastare il "localismo difensivo" di comunità che presentano forti rischi di chiusura nei confronti di gruppi estranei alla cultura autoctona, lavorando per una cultura aperta alla partecipazione e all'accoglienza.

La progettazione partecipata intreccia la dimensione strategica con la prospettiva operativa, dando vita a processi di empowerment e di messa in rete nei contesti locali.

La Regione, di concerto con tutti i principali stakeholder sociali, in coerenza con quanto indicato sopra, definirà linee guida e strumenti per rendere operativi e non burocratici questi percorsi e per coinvolgere tutti gli attori sociali (compresi gli utenti e le loro famiglie) nella programmazione e nella valutazione dei servizi e degli interventi del sistema integrato. Al riguardo, saranno monitorati attentamente gli impegni dei soggetti responsabili dell'implementazione degli strumenti previsti dagli articoli 56 e 57 della legge regionale 11/2016 (Carta sociale del cittadino e Carta dei servizi).

A livello regionale sarà rafforzato e razionalizzato il ruolo e il funzionamento delle Consulte, dei coordinamenti e delle altre forme di rappresentanza delle diverse organizzazioni di advocacy e dei soggetti del terzo settore che operano nell'ambito.

Attuazione del Piano

Il Piano è uno strumento dinamico e la pianificazione un'attività continua, con un ciclo di vita articolato in fasi tra loro interdipendenti. La definizione e la costruzione del Piano sono da ritenersi come un processo che passa dalla programmazione, alla realizzazione, alla verifica dei risultati, all'acquisizione di nuove informazioni, alla ri-pianificazione.

Una visione semplicisticamente lineare di questo processo può ridurre lo slancio programmatorio ad un "momento" vissuto come aggiuntivo (e quindi eccezionale) rispetto all'agire funzionale "normale". Ecco allora che i documenti di pianificazione sociale, anche se elaborati con interesse e competenza, vengono facilmente "dimenticati". La loro portata innovativa viene pian piano assorbita dalle continue "emergenze" che caratterizzano il settore degli interventi sociali o, più semplicemente, dalla forza d'inerzia della consuetudine.

Per superare questi rischi sono previste misure e azioni concrete per accompagnare, sostenere, monitorare e governare la fase di attuazione del Piano, in una logica circolare. La griglia seguente le descrive in modo sintetico.

Misure e azioni per l'attuazione del nuovo Piano sociale

Misure	Azioni previste
A. Comunicazione	A.1 Diffusione (anche online) del testo del nuovo Piano, in un formato standard facilmente visionabile e scaricabile.
	A.2 Redazione, stampa e diffusione di una versione sintetica degli elementi più significativi del Piano.
	A.3 Organizzazione di eventi territoriali e settoriali per presentare e illustrare il Piano, con la partecipazione dei principali attori del welfare locale.
	A.4 Ampia diffusione dei Report di monitoraggio sullo stato di attuazione del Piano e dei Documenti di aggiornamento.
B. Monitoraggio dell'attuazione del Piano	B.1 Attivazione della "Cabina di regia regionale per l'attuazione del Piano sociale" (cfr. capitolo G. Modalità di raccordo fra programmazione regionale e locale) con compiti di monitoraggio e assistenza tecnica.
	B.2 Analisi dei Piani sociali di Zona e delle altre programmazioni del settore per verificare la loro coerenza con i principi e le indicazioni operative del Piano sociale regionale.
	B.3 Monitoraggio permanente dello stato di avanzamento delle attività previste nel Piano.

	B.4 Implementazione di interventi di assistenza tecnica per la soluzione di eventuali problematiche che ostacolano il regolare processo di attuazione del Piano.
C. Valutazione del Piano	C.1 Promozione o recepimento di analisi valutative in itinere da parte dei diversi stakeholder sui punti di forza e di debolezza riscontrati nel processo di attuazione del Piano.
	C.2 Elaborazione - da parte di un soggetto indipendente - di un Rapporto valutativo finale sull'attuazione del Piano, contenente anche indicazioni e suggerimenti utili per l'elaborazione del nuovo Piano.
D. Aggiornamento e riprogramma-zione delle attività	D.1 Predisposizione di Documenti annuali di aggiornamento e riprogram-mazione delle attività del Piano, sulla base delle risultanze delle attività di monitoraggio e delle risorse effettivamente disponibili.
	D.2 Predisposizione dello Schema del nuovo Piano sociale, tenendo conto degli elementi emersi dalle valutazioni in itinere e dalla valutazione finale.

Cronogramma delle azioni per l'attuazione del Piano sociale regionale

Azione	Trimestri 1° anno				Trimestri 2° anno				Trimestri 3° anno			
A.1 Diffusione (anche online) del testo del nuovo Piano	X											
A.2 Redazione, stampa e diffusione di una versione sintetica del Piano	X											
A.3 Organizzazione di eventi territoriali e settoriali per presentare e illustrare il Piano	X											
A.4 Diffusione dei Report di monitoraggio e dei Documenti					X				X			

di aggiornamento del Piano												
B.1 Attivazione della "Cabina di regia regionale per l'attuazione del Piano sociale"	X											
B.2 Analisi dei Piani sociali di Zona e delle altre programmazioni del settore		X				X				X		
B.3 Monitoraggio permanente dello stato di avanzamento delle attività previste nel Piano			X	X	X	X	X	X	X	X	X	
B.4 Interventi di assistenza tecnica per la soluzione di eventuali problematiche			X	X	X	X	X	X	X	X	X	
C.1 Promozione o recepimento di analisi valutative in itinere					X				X			
C.2 Elaborazione di un Rapporto valutativo finale sull'attuazione del Piano											X	
D.1 Predisposizione di Documenti annuali di aggiornamento e riprogrammazione del Piano				X				X				
D.2 Predisposizione partecipata dello Schema del nuovo Piano sociale											X	X

Allegato – Profilo sociale del Lazio

Il contesto socio-demografico[4]

La popolazione residente

La popolazione del Lazio rappresenta il 9,7% del totale della popolazione italiana mentre il numero dei comuni della regione è pari al 4,7% del totale dei comuni italiani. La popolazione residente al 1° gennaio 2015 nella regione Lazio ammonta a 5.892.425 unità di cui 4.342.046 residenti nella provincia di Roma: il 73,7% della popolazione della regione vive nel territorio della città metropolitana di Roma. Dopo la capitale, il territorio provinciale che ha più comuni è quello di Frosinone, cui segue la provincia di Rieti che accentra il 19,3% dei comuni della regione. Dal punto di vista della popolazione residente al 1° gennaio del 2015 è Latina la provincia col maggior numero di residenti (572.472 unità) dopo Roma Capitale, seguita dalla provincia di Frosinone che accentra l'8,4% della popolazione residente nel Lazio (pari a 496.971 unità).

[4] I dati disponibili relativi alla popolazione residente per età, sesso e stato civile al 1° gennaio provengono dalla Rilevazione sulla "Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile", indagine che l'ISTAT conduce dal 1992 presso le Anagrafi dei comuni italiani. I dati si riferiscono a tutti i comuni italiani, e sono in linea con quelli del XV Censimento Generale della Popolazione e delle Abitazioni (9 ottobre 2011). I Comuni, a conclusione delle risultanze censuarie, procedono alla revisione delle anagrafi così come prevede il regolamento anagrafico della Popolazione residente (D.P.R. 223/1989 art.46): "A seguito di ogni censimento generale della popolazione i Comuni devono provvedere alla revisione dell'anagrafe al fine di accertarne la corrispondenza quantitativa e qualitativa con le risultanze del censimento". L'ISTAT, d'intesa con il Ministero dell'Interno, stabilisce attraverso Circolari le modalità di aggiornamento e revisione delle anagrafi della popolazione residente sulla base delle risultanze censuarie.
La revisione anagrafica pertanto ha una duplice finalità: correggere eventuali errori della banca dati anagrafica e riallineare il dato di popolazione residente fornito ufficialmente da ISTAT con il numero di iscritti in anagrafe.
Al fine di permettere una corretta lettura dei dati statistici è opportuno considerare i seguenti tre aspetti:

- la popolazione totale e per sesso è in linea con le risultanze del Censimento 2011 e con il conseguente bilancio demografico, periodo 10 ottobre 2011-31 dicembre 2014;
- dati per età, a livello comunale, sono oggetto di una procedura di validazione statistica qualitativa e quantitativa, atta a superare le incongruenze che a volte si manifestano in talune anagrafi comunali, a causa del non perfetto allineamento delle stesse con le risultanze derivanti dall'ultimo censimento;
- per quanto riguarda la distribuzione della popolazione secondo lo stato civile, non è presente la condizione di "separato/a" in quanto, ai fini anagrafici, la separazione non comporta l'uscita dalla condizione di "coniugato/a".

Tab. 1 - Numero dei comuni del Lazio e popolazione in essi residente per provincia - 2015

Provincia	N. Comuni		Popolazione residente	
	V. a.	V. %	V. a.	V. %
Viterbo	60	15,9	321.955	5,5
Rieti	73	19,3	158.981	2,7
Roma	121	32,0	4.342.046	73,7
Latina	33	8,7	572.472	9,7
Frosinone	91	24,1	496.971	8,4
Lazio	378	100,0	5.892.425	100,0
Italia	8.047		60.795.612	

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Il 41,5% dei comuni laziali ha una popolazione inferiore ai 2.000 cittadini e un quarto di essi appartiene alla classe demografica che vede da 2.000 a 4.999 abitanti. Nei comuni con meno di 5.000 residenti vive complessivamente il 7,6% della popolazione del Lazio, mentre nelle classi demografiche maggiori, comprese tra i 20.000 e i 249.999 abitanti, la popolazione residente raggiunge il 29,1% del totale regionale. Quasi la metà (48,7%) della popolazione laziale si concentra nel comune di Roma Capitale, l'unico della regione a contare più di 250.000 abitanti.

Tab. 2 - Numero dei comuni del Lazio e la popolazione in essi residente per classe di ampiezza demografica - 2015

Classe di ampiezza demografica	N. Comuni		Popolazione residente	
	V. a.	V. %	V. a.	V. %
0-1.999	157	41,5	148.671	2,5
2.000-4.999	94	24,9	299.600	5,1
5.000-9.999	50	13,2	363.544	6,2
10.000-19.999	35	9,3	496.915	8,4
20.000-59.999	35	9,3	1.219.045	20,7
60.000-249.999	6	1,6	492.629	8,4
>250.000	1	0,3	2.872.021	48,7
Lazio	378	100,0	5.892.425	100,0
Italia	8.047		60.795.612	

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

La regione Lazio si caratterizza per la presenza di comuni di medie e grandi dimensioni: i comuni tra i 10mila e i 249mila abitanti rappresentano il 20,1% di tutti i comuni a fronte del dato nazionale pari al 15,1%. Scendendo al livello provinciale sono i territori di Roma e Latina che si distinguono per la presenza di comuni di grandi dimensioni mentre le province di Frosinone e Viterbo si caratterizzano per una forte presenza di comuni piccoli e medio piccoli: i comuni con meno di 5mila abitanti rappresentano il 74,7% nella provincia di Frosinone e il 68,3% in quella di Viterbo. La provincia di Rieti si contraddistingue per la forte incidenza di comuni di piccole dimensioni, al di sotto dei 2mila abitanti, che rappresentano il 74% di tutti i comuni della provincia.

Tab. 3 - Comuni del Lazio per provincia e classe di ampiezza demografica – 2015 – Valori assoluti e percentuali

	Classe di ampiezza demografica							
Provincia	Valori assoluti							
	0-1.999	2.000-4.999	5.000-9.999	10.000-19.999	20.000-59.999	60.000-249.999	>250.000	Totale
Viterbo	17	24	14	4	0	1	0	60
Rieti	54	15	2	1	1	0	0	73
Roma	44	15	18	21	19	3	1	121
Latina	6	8	5	5	7	2	0	33
Frosinone	36	32	11	4	8	0	0	91
Lazio	157	94	50	35	35	6	1	378
Italia	3.532	2.106	1.186	712	416	93	12	8.118
	Valori percentuali							
	0-1.999	2.000-4.999	5.000-9.999	10.000-19.999	20.000-59.999	60.000-249.999	>250.000	Totale
Viterbo	28.3	40.0	23.3	6.7	0.0	1.7	0	100,0
Rieti	74.0	20.5	2.7	1.4	1.4	0.0	0	100,0
Roma	36.4	12.4	14.9	17.4	15.7	2.5	0,8	100,0
Latina	18.2	24.2	15.2	15.2	21.2	6.1	0	100,0
Frosinone	39.6	35.2	12.1	4.4	8.8	0.0	0	100,0
Lazio	41.5	24.9	13.2	9.3	9.3	1.6	0,3	100,0
Italia	43.5	25.9	14.6	8.8	5.1	1.1	0,1	100,0

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Prendendo in esame la popolazione residente, il Lazio si conferma una regione nella quale oltre il 57% della popolazione residente vive in realtà con oltre 60mila abitanti, distanziandosi in modo significativo dalla media nazionale (30,9%). La presenza della Capitale, il comune più grande d'Italia, ma anche di un numero importante di centri di ampie dimensioni (7 in totale tra cui, oltre Roma, due capoluoghi di provincia, Latina e Viterbo, e i comuni di Fiumicino, Guidonia Montecelio, Pomezia, Aprilia), condizionano fortemente la vita sociale ed economica del territorio, con tutti gli aspetti negativi e positivi associabili alle realtà metropolitane. Più di un quarto della popolazione della regione risiede in comuni di medie dimensioni, tra i 20mila ed i 59.999 abitanti, percentuale ancora più rilevante nelle province di Frosinone, Latina e Rieti rispettivamente col 45,2%, 39,6% e 30% di popolazione residente in questa tipologia di comuni. Sul fronte opposto, se si analizza la popolazione residente nei piccoli comuni, si osserva che, sebbene sia consistente la presenza di piccoli comuni nel territorio regionale, sono 301 i comuni con meno di 9.999 abitanti e il peso della popolazione che vi risiede è inferiore al dato nazionale: nel Lazio il 13,8% della popolazione risiede nei comuni con meno di 10mila abitanti a fronte del 30,4%. Osservando i territori provinciali, un andamento vicino al dato nazionale è presente nella provincia di Latina dove il 13,5% della popolazione risiede nei comuni con meno di 10mila abitanti. Nelle province di Frosinone, Viterbo, Rieti, invece, la presenza della popolazione nei comuni di ridotta ampiezza demografica è molto rilevante (rispettivamente il 45%, il 60,3% e il 61,3% della popolazione risiede nei comuni con meno di 10mila abitanti). L'unica eccezione è rappresentata dal territorio della provincia di Roma che, come già evidenziato in precedenza, vede la popolazione residente concentrata nei comuni di medie e grandi dimensioni.

Tab. 4 – Popolazione residente del Lazio per provincia e classe di ampiezza demografica – 2015 – Valori assoluti e percentuali

Provincia	Classe di ampiezza demografica							
	Valori assoluti							
	0-1.999	2.000-4.999	5.000-9.999	10.000-19.999	20.000-59.999	60.000-249.999	>250.000	Totale
Viterbo	19.945	72.399	101.685	60.619	0	67.307	0	321.955
Rieti	39.293	45.068	13.142	13.749	47.729	0	0	158.981
Roma	40.833	48.553	130.154	303.012	720.143	227.330	2.872.021	4.342.046
Latina	6.495	30.023	40.509	70.975	226.478	197.992	0	572.472
Frosinone	42.105	103.557	78.054	48.560	224.695	0	0	496.971
Lazio	148.671	299.600	363.544	496.915	1.219.045	492.629	2.872.021	5.892.425
Italia	3.335.483	6.765.525	8.365.850	9.837.731	13.678.625	9.522.167	9.290.231	60.795.612
	Valori percentuali							
	0-1.999	2.000-4.999	5.000-9.999	10.000-19.999	20.000-59.999	60.000-249.999	>250.000	Totale
Viterbo	6,2	22,5	31,6	18,8	0	20,9	0	100,0
Rieti	24,7	28,3	8,3	8,6	30,0	0	0	100,0
Roma	0,9	1,1	3,0	7,0	16,6	5,2	66,1	100,0
Latina	1,1	5,2	7,1	12,4	39,6	34,6	0	100,0
Frosinone	8,5	20,8	15,7	9,8	45,2	0	0	100,0
Lazio	2,5	5,1	6,2	8,4	20,7	8,4	48,7	100,0
Italia	5,5	11,1	13,8	16,2	22,5	15,7	15,3	100,0

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Il comune più piccolo della regione, con 75 abitanti, è Marcetelli, in provincia di Rieti. Questa provincia è caratterizzata da un territorio che vede la forte presenza di piccoli comuni, tutti al di sotto dei 5.000 abitanti tranne due comuni tra i 5mila e i 9.999 abitanti (Cittaducale e Poggio Mirteto), il comune di Fara in Sabina (con 13.749 abitanti residenti) ed il comune di Rieti.

Continuando con l'analisi del livello comunale, si osserva che la provincia di Roma mostra una forte eterogeneità: se da un lato è un territorio che raccoglie la maggior parte dei grandi comuni del Lazio, dall'altro si caratterizza anche per realtà di piccole dimensioni come Vivaro Romano (177), Saracinesco (182) e Rocca Canterano (196).

La provincia di Latina mostra la stessa poliedricità della provincia di Roma. Anche in questo territorio è rinvenibile la presenza di comuni di ampie dimensioni (in questa provincia si trovano il secondo e il quinto comune più grandi della regione, Latina e Aprilia) e contestualmente si riduce il numero dei piccoli comuni (soltanto due comuni presentano meno di 1.000 abitanti, Campodimele e Ventotene).

Il comune più grande della provincia di Frosinone, oltre al capoluogo, è Cassino con 35.913 abitanti mentre il più piccolo è Acquafondata con 263. Nel territorio viterbese i due comuni più grandi presentano comunque dimensioni ridotte rispetto ai comuni più grandi presenti nelle altre province: si tratta di Civita Castellana con 16.526 abitanti e Tarquinia con 16.516.

Tab. 5 - Graduatoria dei tre comuni più grandi e dei tre più piccoli per provincia - 2015

	I tre Comuni più grandi		I tre Comuni più piccoli	
	Comune	Abitanti	Comune	Abitanti
Viterbo	Civita Castellana	16.526	Latera	855
	Tarquinia	16.516	Proceno	562
	Vetralla	14.021	Tessennano	326
Rieti	Fara in Sabina	13.749	Paganico Sabino	178
	Cittaducale	6.870	Micigliano	124
	Poggio Mirteto	6.272	Marcetelli	75
Roma	Guidonia Montecelio	88.335	Rocca Canterano	196
	Fiumicino	76.573	Saracinesco	182
	Pomezia	62.422	Vivaro Romano	177
Latina	Aprilia	72.496	Rocca Massima	1.130
	Terracina	45.682	Ventotene	741
	Fondi	39.683	Campodimele	641
Frosinone	Cassino	35.913	San Biagio Saracinisco	365
	Alatri	29.124	Viticuso	353
	Sora	26.172	Acquafondata	263

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

I comuni del Lazio si estendono su una superficie di 17.232 kmq (dato riferito al 9 ottobre 2011). Secondo i dati aggiornati al 1° gennaio 2015 la densità abitativa media è pari a 342 cittadini per kmq, dato superiore a quello nazionale che si attesta a 201 abitanti per kmq. I comuni afferenti all'area della provincia di Roma presentano la maggiore densità abitativa, pari a 809 residenti per kmq, e sono dislocati su una superficie territoriale di 5.363 kmq. I comuni con la minore densità abitativa sono quelli delle province di Rieti (58 abitanti per kmq) e Viterbo (89 abitanti per kmq); questi ultimi però presentano la superficie più estesa (3.615 kmq) dopo quella dei comuni della provincia di Roma. I comuni delle province di Latina e Frosinone presentano un valore di densità abitativa in linea con la media nazionale (rispettivamente 253 e 153 abitanti per kmq), leggermente inferiore nei comuni della provincia di Frosinone.

Tab. 6 - Densità abitativa dei comuni del Lazio per provincia – 2015

Provincia	Popolazione residente al 1° gennaio 2015	Superficie totale (Kmq) al 9 ottobre 2011	Densità abitativa (abitanti per Kmq)
Viterbo	321.955	3.615,24	89,1
Rieti	158.981	2.750,52	57,8
Roma	4.342.046	5.363,28	809,6
Latina	572.472	2.256,16	253,7
Frosinone	496.971	3.247,08	153,1
Lazio	5.892.425	17.232,29	341,9
Italia	60.795.612	302.072,84	201,3

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Osservando la densità abitativa in base all'ampiezza demografica comunale è rilevante il dato del comune di Roma Capitale con oltre 2mila abitanti per kmq. La densità abitativa si mantiene elevata anche nei comuni appartenenti alla classe di ampiezza demografica compresa tra i 20.000 e 59.999 abitanti (477 abitanti per kmq) e nei comuni tra i 60.000 e i 249.999 residenti (393 abitanti per kmq). La densità è decisamente minore nei comuni con fino a 2mila abitanti che hanno una densità abitativa pari a 40 abitanti per kmq.

Tab. 7 - Densità abitativa dei comuni del Lazio per classe di ampiezza demografica – 2015

Classe di ampiezza demografica	Popolazione residente al 1° gennaio 2015	Superficie totale (Kmq) al 9 ottobre 2011	Densità abitativa (abitanti per Kmq)
0-1.999	148.671	3.715	40
2.000-4.999	299.600	3.719	82
5.000-9.999	363.544	2.608	137
10.000-19.999	496.915	2.120	233
20.000-59.999	1.219.045	2.541	477
60.000-249.999	492.629	1.242	393
>250.000	2.872.021	1.287	2.224
Lazio	5.892.425	17.232	341
Italia	60.795.612	302.072	201

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

La crescita demografica e le dinamiche naturali[5]

La popolazione residente nel Lazio è cresciuta negli ultimi 4 anni del 7,1%, un dato molto più elevato della media nazionale, che si attesta al 2,4%, e della ripartizione geografica di appartenenza, il Centro con il 4,3%. Osservando il dato per provincia emerge che nelle cinque aree laziali il trend di crescita è stato dissimile: l'incremento più rilevante si è registrato nel territorio di Roma Capitale con l'8,7%, seguito dalla provincia di Latina e di Viterbo, rispettivamente con il 5,1% ed il 3%. Nella provincia di Rieti l'incremento della popolazione è coerente con il dato nazionale, +2,6%, mentre per quanto riguarda il territorio di Frosinone si riscontra l'incremento più contenuto, pari allo 0,9%.

[5] La popolazione residente è costituita dalle persone che hanno dimora abituale nel comune. Il suo incremento/decremento è dovuto a due componenti: il movimento naturale (nati vivi, morti e loro saldo) e il movimento migratorio (iscritti, cancellati per trasferimento di residenza e loro saldo).

Tab. 8 - Crescita della popolazione residente nei comuni del Lazio per provincia e ripartizioni - 2012/2015

Ripartizione e Provincia	Popolazione residente		
	2012	2015	Var. % 2012/2015
Italia	59.394.207	60.795.612	2,4
Nord-ovest	15.752.503	15.861.548	2,5
Nord-est	11.442.262	11.661.160	1,9
Centro	11.591.705	12.090.637	4,3
Lazio	5.500.022	5.892.425	7,1
Viterbo	312.674	321.955	3,0
Rieti	154.909	158.981	2,6
Roma	3.995.250	4.342.046	8,7
Latina	544.887	572.472	5,1
Frosinone	492.302	496.971	0,9
Sud	13.970.037	14.149.806	1,3
Isole	6.637.700	6.755.366	1,8

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Le differenze con la media nazionale rimangono sensibili anche osservando i dati relativi alle amministrazioni comunali laziali suddivise per classe demografica. Nei comuni del Lazio con meno di 1.999 abitanti la popolazione diminuisce negli ultimi quattro anni presi in considerazione (-0,3%) e risulta modesto l'incremento della popolazione residente nei comuni compresi nella classe fra 2.000 e 4.999 abitanti. I dati relativi alla popolazione nelle altre classi di ampiezza demografica sono nettamente superiori alla media italiana. La crescita percentuale più rilevante si è verificata nei comuni al di sopra dei 250mila abitanti e in quelli compresi tra 60.000 e 249.999 abitanti (rispettivamente 9,9% e 8,7%).

Tab. 9 - Crescita della popolazione residente nei comuni del Lazio per classe di ampiezza demografica dei comuni – 2012/2015

Classe di ampiezza demografica	Popolazione residente		
	2012	2015	Var. % 2012/2015
0-1.999	149.146	148.671	-0,3
2.000-4.999	297.582	299.600	0,7
5.000-9.999	351.484	363.544	3,4
10.000-19.999	470.541	496.915	5,6
20.000-59.999	1.163.638	1.219.045	4,8
60.000-249.999	453.368	492.629	8,7
>250.000	2.614.263	2.872.021	9,9
Lazio	5.500.022	5.892.425	7,1
Italia	59.394.207	60.795.612	2,4

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Dal 2012 al 2015 l'incremento ha riguardato maggiormente i comuni capoluoghi (+9,4%, oltre 270mila unità) rispetto a quelli della provincia (+7,1%), aspetto rinvenibile non in tutte le realtà laziali: per quanto riguarda il comune di Frosinone la popolazione diminuisce (-0,2%) a fronte dell'incremento rilevato nella provincia (pari a 0,9%). Lo scarto maggiore tra la crescita della popolazione nel comune capoluogo e nella provincia si rileva a Viterbo: nel capoluogo la popolazione cresce del +6,7% a fronte della crescita rilevata nel territorio della provincia pari al +3%.

Tab. 10 - Crescita della popolazione residente nei comuni capoluogo e nelle province del Lazio – 2012/2015

Provincia e comune capoluogo	Popolazione residente		
	2012	2015	Var. % 2012/2015
Provincia di Viterbo	312.674	321.955	3,0
Viterbo	63.090	67.307	6,7
Provincia di Rieti	154.909	158.981	2,6
Rieti	46.075	47.729	3,6
Provincia di Roma	3.995.250	4.342.046	8,7
Roma	2.614.263	2.872.021	9,9
Provincia di Latina	544.887	572.472	5,1
Latina	117.760	125.496	6,6
Provincia di Frosinone	492.302	496.971	0,9
Frosinone	46.604	46.507	-0,2
Lazio	5.500.022	5.892.425	7,1

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Nel periodo tra il 1° gennaio del 2014 ed il 1° gennaio del 2015 la popolazione residente nel Lazio ha continuato a crescere con un incremento di oltre 21 mila persone pari a +0,4%. Questa crescita non interessa tutte le province: mentre nelle province di Roma e Latina si evidenzia una crescita pari allo 0,5%, nelle province di Viterbo, Frosinone e Rieti la popolazione residente al 1° gennaio del 2015 diminuisce, in particolare nella provincia di Rieti che registra una riduzione della popolazione pari a -0,4%.

Tab. 11 - Crescita della popolazione residente nei comuni del Lazio per provincia e ripartizioni - 2014/2015

Ripartizione e provincia	Popolazione residente			
	2014	2015	Differenza assoluta	Var. % 2014/2015
Italia	60.782.668	60.795.612	12.944	0,0
Nord-ovest	16.130.725	15.861.548	7.918	0,0
Nord-est	11.654.486	11.661.160	6.674	0,1
Centro	12.070.842	12.090.637	19.795	0,2
Lazio	5870.451	5.892.425	21.974	0,4
Viterbo	322.195	321.955	-240	-0,1
Rieti	159.670	158.981	-689	-0,4
Roma	4.321.244	4.342.046	20.802	0,5
Latina	569.664	572.472	2.808	0,5
Frosinone	497.678	496.971	-707	-0,1
Sud	14.167.819	14.149.806	-18.013	-0,1
Isole	6.758.796	6.755.366	-3430	-0,1

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Natalità e mortalità

Il tasso di natalità in Italia nel 2014 è fra i più bassi d'Europa: supera appena il valore di 8 nati ogni 1.000 abitanti (8,3). La regione Lazio mostra valori leggermente superiori al dato nazionale (8,6) mentre dal punto di vista provinciale nei comuni della provincia di Frosinone, Viterbo e Rieti il dato è inferiore alla media regionale (rispettivamente 7,9, 7,7 e 7). Le province di Latina e Roma mostrano i tassi più elevati nel 2014 rispettivamente pari a 9% e 8,7%.

Tab. 12 - Nascita della popolazione residente nei comuni del Lazio per provincia e ripartizioni – 2004/2014

Ripartizione e provincia	Nati vivi	Tasso di natalità 2004 (per mille abitanti)	Tasso di natalità 2014 (per mille abitanti)
Italia	502.596	9,8	8,3
Nord-ovest	132.744	9,5	8,2
Nord-est	96.853	9,8	8,3
Centro	98.856	9,5	8,2
Lazio	50.360	10	8,6
Viterbo	2.485	7,9	7,7
Rieti	1.123	8	7
Roma	37.677	10,5	8,7
Latina	5.150	10	9
Frosinone	3.925	8,5	7,9
Sud	117.794	10,3	8,3
Isole	56.349	9,8	8,3

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Il tasso di mortalità della regione Lazio nel 2014 risulta inferiore alla media nazionale: 9,3 decessi ogni 1.000 abitanti nel Lazio a fronte di 9,8 ogni 1.000 abitanti in Italia. Le province di Rieti, Viterbo e Frosinone presentano tassi superiori alla media nazionale e regionale, rispettivamente 11,7, 11,4 e 10,6 decessi ogni 1.000 abitanti. Come è possibile osservare dai dati relativi alla struttura della popolazione, questo dato è strettamente legato all'elevato indice di invecchiamento della popolazione. Seguono le province di Roma (9,1) e Latina (8,6) che presentano al contrario i tassi più bassi.

Tab. 13 - Mortalità della popolazione residente nei comuni del Lazio per provincia e ripartizioni – 2004/2014

Ripartizione e provincia	Morti	Tasso di mortalità 2004	Tasso di mortalità 2014
Italia	598.364	9,5	9,8
Nord-ovest	161.817	9,9	10
Nord-est	116.321	10	10
Centro	123.177	10,2	10,2
Lazio	54.937	9,5	9,3
Viterbo	3.668	10,5	11,4
Rieti	1.866	11,4	11,7
Roma	39.228	9,5	9,1
Latina	4.885	8	8,6
Frosinone	5.290	9,5	10,6
Sud	131.939	8,3	9,3
Isole	65.110	8,8	9,6

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

I saldi naturali e migratori

Negli ultimi dieci anni (2004-2014) il tasso di crescita totale della popolazione della regione è risultato sempre positivo (nel 2004 ammontava a 9,4). La crescita della popolazione è attribuibile in gran parte alla capacità di attrarre nuovi flussi di popolazione dalle altre regioni e dall'estero. Il saldo migratorio, infatti, registra sempre valori positivi nell'intervallo temporale 2004-2014 a fronte della dinamica naturale della popolazione che, dal 2012 al 2014 registra valori negativi. All'interno della regione identifica un'eccezione solo la provincia di Latina che mostra, nel 2014, un saldo naturale positivo (265). È la provincia di Roma che accentra la maggior parte della popolazione che si sposta verso la regione

Lazio, oltre 29mila persone pari all'88,5% di tutti coloro che si sono stanziati nel Lazio nel 2014.

Tab. 14 – L'incremento naturale della popolazione residente nei comuni del Lazio per provincia e ripartizioni –2014

Ripartizione e provincia	Saldo naturale (nati-morti)	Saldo migratorio (immigrati-emigrati)	Saldo migratorio totale (per mille abitanti)	Tasso di crescita totale (per mille abitanti)
Italia	-95.768	142.827	1,8	0,2
Nord-ovest	-29.073	58.381	2,3	0,5
Nord-est	-19.468	39.069	2,2	0,6
Centro	-24.321	56.330	3,7	1,6
Lazio	-4.577	33.430	4,5	3,7
Viterbo	-1.183	932	2,9	-0,7
Rieti	-743	462	0,3	-4,3
Roma	-1.551	29.584	5,2	4,8
Latina	265	2.212	4,5	4,9
Frosinone	-1.365	240	1,3	-1,4
Sud	-14.145	-9.563	-0,3	-1,3
Isole	-8.761	-1.390	0,8	-0,5

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Scendendo nel dettaglio territoriale e analizzando i saldi nei territori dei capoluoghi di provincia si nota che nel 2014 i saldi naturali nelle province assumono sempre valori negativi in tutti i territori considerati, ad eccezione della provincia e del comune di Latina, territori nei quali la componente dei nati vivi supera quella dei decessi. Osservando le dinamiche del saldo migratorio, che risulta essere sempre positivo sia nei territori dei capoluoghi sia delle province (ad eccezione del comune di Frosinone), si riscontra che i valori più elevati sono quelli registrati per i territori della provincia che, dunque, attrae più popolazione immigrata rispetto ai comuni capoluoghi. Infine, analizzando il saldo totale di incremento o decremento della popolazione si osservano differenze territoriali interessanti. Nelle zone che interessano le province di Roma e Latina il saldo totale è sempre positivo, con incrementi maggiori nei territori provinciali rispetto a quelli dei comuni capoluogo. Al contrario, nei territori del reatino e nel frusinate la popolazione diminuisce nel 2014 a testimonianza di un processo di spopolamento di queste zone della regione. Infine, nel viterbese si osserva che la

popolazione cresce all'interno del comune capoluogo e decresce nella provincia.

Tab. 15 – L'incremento della popolazione residente nei comuni capoluogo e della provincia del Lazio – 2012/2014

Provincia e comune capoluogo	**2014**			
	Saldo naturale (nati-morti)	Saldo migratorio (immigrati-emigrati)	Saldo per altri motivi	Saldo totale (incremento o decremento)
Provincia di Viterbo	-1183	932	11	-240
Viterbo	-200	464	485	749
Provincia di Rieti	-743	462	-408	-689
Rieti	-160	42	-65	-183
Provincia di Roma	-1551	29584	-7231	20802
Roma	-3045	21786	-10042	8699
Provincia di Latina	265	2212	331	2808
Latina	121	166	-166	121
Provincia di Frosinone	-1365	240	418	-707
Frosinone	-122	-19	-29	-170
Lazio	-4577	33430	-6879	21974
	2012			
	Saldo naturale (nati-morti)	Saldo migratorio (immigrati-emigrati)	Saldo per altri motivi	Saldo totale (incremento o decremento)
Provincia di Viterbo	-1101	2504	1546	2949
Viterbo	-106	679	44	617
Provincia di Rieti	-667	1432	847	1612
Rieti	-121	624	575	1078
Provincia di Roma	-387	53496	-8546	44563
Roma	-2945	37080	-9556	24579
Provincia di Latina	451	5480	1272	7203
Latina	291	1372	3	1666
Provincia di Frosinone	-1177	1000	1104	927
Frosinone	-72	-150	-103	-325
Lazio	-2881	63912	-3777	57254

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

I saldi che descrivono la dinamica della popolazione laziale nel 2012 mostrano valori differenti rispetto a quelli del 2014 sebbene l'andamento dei processi naturali e migratori rimangano sostanzialmente invariati. Il saldo totale, invece, nel 2012 assumeva valori positivi in tutti i territori considerati per invertire l'andamento nei due anni successivi, come evidenziato precedentemente.

Struttura per età della popolazione e indicatori demografici

Secondo i più recenti dati Istat sull'età dei residenti, aggiornati al 1° gennaio 2015, più di un quinto della popolazione italiana ha almeno 65 anni[6]. Nei comuni del Lazio questa componente della popolazione è di poco inferiore alla media nazionale: la percentuale dei cittadini con almeno 65 anni si ferma al 20,7%, a fronte del dato nazionale pari al 21,7%. Scendendo nel dettaglio territoriale, a livello provinciale questo indice appare più accentuato nei comuni del reatino (24,1%) e del viterbese (22,7%), meno nelle amministrazioni della città metropolitana di Roma Capitale (20,4%) e della provincia di Latina (19,7%). La percentuale di popolazione compresa fra i 15 e i 64 anni è superiore alla media nazionale di un punto percentuale (65,5% a fronte del 64,5%), mentre la popolazione minorenne presenta caratteristiche sostanzialmente simili a quelle registrate a livello nazionale, con percentuali leggermente superiori con riferimento ai bambini compresi fra 0 e 5 anni di età e tra 0 e 14 anni nelle province di Roma e Latina (entrambe con una percentuale pari al 5,6% per la popolazione tra 0 e 5 anni e rispettivamente col 14,1% e 14% per la popolazione tra 0 e 14 anni).

Tab. 16 – La struttura per età della popolazione residente nelle province del Lazio e ripartizioni – 2015

Ripartizione e provincia	% 0-5 anni	% 0-14 anni	% minorenni	% 15-64 anni	% 65 anni e più
Italia	5,3	13,8	16,6	64,5	21,7
Nord-ovest	5,3	13,6	16,2	63,4	23,0
Nord-est	5,4	13,8	16,5	63,7	22,5
Centro	5,2	13,4	16,0	64,0	22,6
Lazio	5,5	13,8	16,5	65,5	20,7
Viterbo	4,9	12,5	15,0	64,8	22,7
Rieti	4,6	11,9	14,5	64,0	24,1
Roma	5,6	14,1	16,7	65,5	20,4
Latina	5,6	14,0	16,8	66,3	19,7
Frosinone	5,0	12,8	15,5	65,7	21,5
Sud	5,3	14,4	17,6	66,1	19,5
Isole	5,2	13,8	16,9	65,9	20,3

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

[6] I dati relativi alla struttura per età sono tutti derivanti da calcoli effettuati sui microdati della popolazione residente per età e comune.

Per quanto riguarda i comuni suddivisi per classe di ampiezza demografica, si può notare che la percentuale dei cittadini con almeno 65 anni presenta valori più alti nei comuni più piccoli: più di un quarto della popolazione residente nei comuni con meno di 1.999 abitanti ha più di 65 anni. Anche nei territori comunali tra 2.000 e 4.999 residenti, è rilevante la presenza di questa componente della popolazione residente con un peso pari al 22,6% su tutta la popolazione residente. Le fasce di comuni con popolazione compresa fra 10.000 e 19.999 abitanti e 60.000 e 249.999 presentano, invece, una quota di popolazione anziana tra le più basse della regione: rispettivamente 18,6% e 17,9%. È nei comuni con una popolazione tra i 60.000 e 249.999 che si concentrano le quote più rilevanti di minori: il 6,2% della popolazione ha meno di 5 anni mentre la popolazione tra 0 e 14 anni ammonta al 15,4%, in entrambi i casi si tratta dei valori più elevati rispetto alle altre tipologie comunali.

Tab. 17 - La struttura per età della popolazione residente nei comuni del Lazio per classe di ampiezza demografica dei comuni – 2015

Classe di ampiezza demografica	% 0-5 anni	% 0-14 anni	% minorenni	% 15-64 anni	% 65 anni e più
0-1.999	4,2	11,0	13,4	63,5	25,5
2.000-4.999	4,8	12,4	15,0	65,1	22,6
5.000-9.999	5,3	13,6	16,3	65,8	20,5
10.000-19.999	5,8	14,6	17,5	66,7	18,6
20.000-59.999	5,6	14,2	17,0	66,4	19,4
60.000-249.999	6,2	15,4	18,3	66,7	17,9
>250.000	5,4	13,5	16,1	64,8	21,6
Lazio	5,5	13,8	16,5	65,5	20,7
Italia	5,3	13,8	16,6	64,5	21,7

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

I comuni della regione col più alto indice di vecchiaia sono Marcetelli, Pozzaglia Sabina e Paganico Sabino, tutti afferenti alla provincia di Rieti. I comuni, invece, che mostrano i valori più bassi di questo indice sono Labico e Fiano Romano, della provincia di Roma, che presentano un valore al di sotto dell'80% ed il comune di Vitorchiano con l'80,2%.

Tab. 18 - Graduatoria dei tre comuni con indice di vecchiaia più alto e dei tre con indice di vecchiaia più basso della popolazione residente - 2015

	I tre Comuni con indice di vecchiaia più basso		I tre Comuni con indice di vecchiaia più alto	
	Comune	Indice di vecchiaia	Comune	Indice di vecchiaia
Viterbo	Vitorchiano	80,2	Farnese	422,4
	Monterosi	96,8	Tessennano	487,0
	Castel Sant'Elia	119,6	Latera	512,3
Rieti	Fara in Sabina	126,9	Paganico Sabino	942,9
	Stimigliano	131,3	Pozzaglia Sabina	1338,5
	Forano	141,5	Marcetelli	3600,0
Roma	Labico	77,6	Vallepietra	530,0
	Fiano Romano	78,9	Vivaro Romano	633,3
	Fonte Nuova	86,1	Jenne	700,0
Latina	Sermoneta	93,7	Sperlonga	242,5
	Aprilia	107,3	Bassiano	244,8
	Fondi	114,3	Campodimele	324,5
Frosinone	Piedimonte San	98,0	Posta Fibreno	368,6
	Alatri	128,6	Terelle	381,4
	San Vittore del	137,5	Acquafondata	475,0

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

L'indice di dipendenza strutturale è stabilito dal rapporto tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100. L'indice di dipendenza demografica tende a stabilire, in termini teorici, il carico economico e sociale della popolazione più anziana o più giovane rispetto alla popolazione in età lavorativa. Generalmente valori superiori al 50% sono considerati indicatori di squilibrio generazionale. A livello nazionale, al 1° gennaio 2015, l'indice si attesta al 55,1%, mentre nei comuni laziali il fenomeno, pur rimanendo superiore al 50%, si riduce, attestandosi al 52,6%. Tale soglia è superata nei comuni della provincia di Viterbo e Rieti: in particolar modo, nei comuni del reatino si registra il più elevato indice di dipendenza demografica, che raggiunge il 56,3%, più di un punto percentuale sopra la media nazionale e oltre tre e mezzo sopra la media regionale.

Tab. 19 – L'indice di dipendenza strutturale della popolazione residente nelle province del Lazio e ripartizioni – 2015

Ripartizione e provincia	Popolazione residente		Indice di dipendenza strutturale (b/a)
	In età attiva (a)	In età non attiva (b)	
Italia	39.193.416	21.602.196	55,1
Nord-ovest	10.232.032	5.906.611	57,7
Nord-est	7.424.807	4.236.353	57,1
Centro	7.739.199	4.351.438	56,2
Lazio	3.860.791	2.031.634	52,6
Viterbo	208.573	113.382	54,4
Rieti	101.684	57.297	56,3
Roma	2.844.500	1.497.546	52,6
Latina	379.474	192.998	50,9
Frosinone	326.560	170.411	52,2
Sud	9.348.690	4.801.116	51,4
Isole	4.448.688	2.306.678	51,9

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

L'analisi dei comuni del Lazio per classe demografica è in linea con quanto già osservato analizzando la struttura per età della popolazione. L'indice di dipendenza strutturale, infatti, aumenta in modo sensibile nei comuni più piccoli, raggiungendo il 57,6% nei territori comunali con una popolazione inferiore a 1.999 abitanti, e nel comune di Roma Capitale, dove si attesta al 54,2%. L'indice di dipendenza strutturale è pari al 50% nei comuni appartenenti alla classe compresa tra 60 mila e 249.999 abitanti mentre supera di poco il 50% nei comuni della classe compresa fra i 20.000 e i 59.999 abitanti.

Tab. 20 – Indice di dipendenza strutturale della popolazione residente nei comuni del Lazio per classe di ampiezza demografica dei comuni – 2015

Classe di ampiezza demografica	Popolazione residente		Indice di dipendenza strutturale (b/a)
	In età attiva (a)	In età non attiva (b)	
0-1.999	94.356	54.315	57,6
2.000-4.999	194.971	104.629	53,7
5.000-9.999	239.366	124.178	51,9
10.000-19.999	331.579	165.336	49,9
20.000-59.999	809.813	409.232	50,5
60.000-249.999	328.392	164.237	50,0
>250.000	1.862.314	1.009.707	54,2
Lazio	3.860.791	2.031.634	52,6
Italia	39.193.416	21.602.196	55,1

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

L'età media della popolazione vede la regione Lazio in linea col dato nazionale (poco più di 44 anni). In alcune province l'età media è più elevata, in particolare nella provincia di Rieti e di Viterbo, rispettivamente con 46,3 e 45,4. Relativamente più giovane è in media la popolazione delle altre province laziali. Questo dato è confermato anche dall'analisi dell'indice di dipendenza strutturale degli anziani, calcolato come il rapporto tra la popolazione di età 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni) moltiplicato per 100, che vede in testa sempre le province di Rieti e Viterbo, territori nei quali è decisamente più elevata la percentuale della popolazione residente di 85 anni ed oltre.

Tab. 21 – L'indice di dipendenza strutturale degli anziani, l'età media e il peso degli ultra ottantenni della popolazione residente nelle province del Lazio e ripartizioni – 2015

Ripartizione e provincia	Indice di dipendenza strutturale degli anziani	Età media della popolazione al 1° gennaio	% 85 anni e più
Italia	33,7	44,4	3,2
Nord-ovest	36,3	45,2	3,3
Nord-est	35,4	45	3,5
Centro	35,4	45,1	3,5
Lazio	31,6	44,1	2,9
Viterbo	35	45,4	3,3
Rieti	37,7	46,3	4,0
Roma	31,2	43,9	2,8
Latina	29,8	43,2	2,5
Frosinone	32,7	44,6	3,2
Sud	29,6	42,9	2,7
Isole	30,8	43,5	2,8

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Stato civile

Nei comuni laziali la struttura per stato civile della popolazione residente non si discosta molto dai dati medi nazionali: nella regione risulta superiore la percentuale dei celibi e dei nubili che raggiunge il 42,8% della popolazione residente nei territori comunali del Lazio, a fronte di un valore nazionale pari a 41,7% e leggermente superiore, rispetto al dato medio nazionale, è la

percentuale dei divorziati, 2,7% a fronte del 2,3% a livello nazionale. Una maggiore percentuale di celibi e nubili caratterizza i comuni dell'area di Roma Capitale (43,9%), mentre percentuali inferiori alla media nazionale si registrano nei comuni del frusinate (39,6%), del reatino (39,9%) e del viterbese (40,1%). I comuni dell'area della città metropolitana spiccano per una presenza maggiore di divorziati rispetto al dato regionale e nazionale mentre i vedovi sono maggiormente presenti nei comuni del viterbese e del reatino, in linea con quanto osservato rispetto alla struttura per età della popolazione.

Tab. 22 – La struttura per stato civile della popolazione residente nelle province del Lazio e ripartizioni – 2004-2014

Ripartizione e provincia	Celibi/nubili	Coniugati/e	Divorziati/e	Vedovi/e
Italia	41,9	48,4	2,3	7,4
Nord-ovest	41,4	47,8	2,9	7,8
Nord-est	42,4	47,2	2,8	7,6
Centro	41,6	48,3	2,5	7,6
Lazio	43,0	47,4	2,7	7,0
Viterbo	40,1	49,5	2,3	8,1
Rieti	39,9	49,7	2,1	8,3
Roma	43,9	46,3	3,0	6,8
Latina	41,6	49,8	1,9	6,7
Frosinone	39,6	51,3	1,4	7,7
Sud	42,0	49,9	1,2	6,9
Isole	42,7	48,8	1,5	7,1

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

La popolazione straniera residente

Al 1° gennaio 2015, gli stranieri residenti registrati nei comuni del Lazio ammontano a 636.524 unità e rappresentano il 10,8% del totale della popolazione del territorio regionale. Si tratta di una presenza rilevante, infatti, il dato dell'incidenza della popolazione straniera nei comuni laziali è superiore al valore nazionale, 10,8 a fronte di 8,2%. Scendendo nel dettaglio provinciale si osserva che i comuni afferenti alla provincia di Roma presentano un'incidenza maggiore rispetto al dato medio regionale, pari al 12,1%. Nei comuni del territorio viterbese si registra una percentuale della popolazione straniera (9,3%) solo di poco inferiore al valore dell'incidenza registrato a livello regionale mentre tutti gli

altri contesti presentano valori significativamente inferiori alla media regionale, con particolare riferimento ai comuni del frusinate (4,8%).

Tab. 23 – Popolazione residente italiana e straniera per provincia - 2015

Provincia	Popolazione residente		Incidenza della popolazione straniera (b/a)
	Totale (a)	Straniera (b)	
Viterbo	321.955	30.028	9,3
Rieti	158.981	13.036	8,2
Roma	4.342.046	523.957	12,1
Latina	572.472	45.749	8,0
Frosinone	496.971	23.754	4,8
Lazio	5.892.425	636.524	10,8
Italia	60.795.612	5.014.437	8,2

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

L'incidenza della popolazione straniera risulta più bassa nei territori comunali con una popolazione inferiore a 4.999 abitanti: 7% sul totale della popolazione residente nei territori comunali con una popolazione inferiore a 1.999 residenti e 7,4% nei territori comunali con una popolazione tra i 2.000 ed i 4.999 abitanti. In generale, l'incidenza di popolazione straniera tende a crescere all'aumentare della classe di ampiezza demografica, facendo registrare dei picchi nelle amministrazioni con una popolazione compresa tra 10.000 e 19.999 e tra 60.000 e 249.999 (rispettivamente il 10% e il 10,3%) e raggiungendo il valore massimo nel comune di Roma dove è pari al 12,7%

Tab. 24 - Popolazione residente italiana e straniera per classe di ampiezza demografica - 2015

Classe di ampiezza demografica	Popolazione residente		Incidenza della popolazione straniera (b/a)
	Totale (a)	Straniera (b)	
0-1.999	148.671	10.415	7,0
2.000-4.999	299.600	22.286	7,4
5.000-9.999	363.544	32.351	8,9
10.000-19.999	496.915	49.705	10,0
20.000-59.999	1.219.045	107.554	8,8
60.000-249.999	492.629	50.650	10,3
>250.000	2.872.021	363.563	12,7
Lazio	5.892.425	636.524	10,8
Italia	60.795.612	5.014.437	8,2

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Il comune, oltre quelli capoluogo, dove si concentrano gli stranieri residenti è Guidonia Montecelio, in provincia di Roma, seguito da Fiumicino ed Aprilia, il primo sempre afferente alla provincia capitolina ed il secondo a quella di Latina.

Tab. 25 - Graduatoria dei tre comuni con maggiore presenza di popolazione straniera per provincia - 2015

	I tre Comuni con maggiore presenza	
	Comune	Abitanti
Viterbo	Civita Castellana	2.172
	Orte	1.554
	Vetralla	1.411
Rieti	Forano	567
	Poggio Mirteto	670
	Fara in Sabina	1.938
Roma	Guidonia Montecelio	10.954
	Fiumicino	8.994
	Ladispoli	7.571
Latina	Aprilia	8.462
	Terracina	3.870
	Fondi	3.548
Frosinone	Alatri	2.156
	Cassino	1.582
	Ferentino	1.334

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Al 1° gennaio 2015 sul territorio laziale sono presenti 185 cittadinanze diverse. Le prime dieci cittadinanze maggiormente rappresentate nel territorio regionale sono quella rumena (224.537 unità pari al 35,3% della popolazione), filippina (44.743, 7%), bengalese (31.343, 4,9%), albanese (25.207, 4%), indiana (23.939, 3,8%), ucraina (22.300, 3,5%), polacca (22.119, 3,5%), cinese (20.601, 3,2%), peruviana (17.601, 2,8%) e moldava (15.494, 2,4%).

La crescita demografica e le dinamiche naturali

La popolazione straniera residente nel Lazio è cresciuta negli ultimi quattro anni, dal 2012 al 2015, del 48,7%: un dato molto più elevato della crescita registrata a

livello nazionale, 23,7%, e nella ripartizione geografica di appartenenza, il Centro, con il 31,1%. Osservando il dato per provincia emerge che nelle cinque aree laziali il trend di crescita è stato dissimile: l'incremento più rilevante si è registrato nel territorio di Roma Capitale con il 52,2%, seguito dalle province di Latina e di Rieti, rispettivamente con il 46,4% ed il 34,5%. Nelle province di Viterbo e Frosinone l'incremento della popolazione straniera è coerente con il dato nazionale, in entrambe le province pari al 25,2%.

Tab. 26 - Crescita della popolazione straniera residente nei comuni del Lazio per provincia e ripartizioni - 2012/2015

Ripartizione e provincia	Popolazione straniera residente		
	2012	2015	Var. % 2012/2015
Italia	4.052.081	5.014.437	23,7
Nord-ovest	1.433.560	1.725.540	20,4
Nord-est	1.096.665	1.252.013	14,2
Centro	973.035	1.275.845	31,1
Lazio	428.154	636.524	48,7
Viterbo	23.991	30.028	25,2
Rieti	9.693	13.036	34,5
Roma	344.244	523.957	52,2
Latina	31.253	45.749	46,4
Frosinone	18.973	23.754	25,2
Sud	390.973	541.844	38,6
Isole	157.848	219.195	38,9

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Negli ultimi quattro anni considerati, i piccoli comuni hanno conosciuto una crescita della popolazione straniera residente più contenuta rispetto a quella dei comuni delle altre classi demografiche: le amministrazione fino a 1.999 abitanti hanno registrato un incremento pari al 16,8%, un dato che se messo a confronto

con l'incremento della popolazione straniera registrato nei grandi comuni (da 60.000 abitanti in su) mostra la tendenza della popolazione straniera a stabilizzarsi in misura maggiore nei comuni di grandi dimensioni (oltre al comune di Roma fanno parte di questa classe demografica i comuni di Latina, Viterbo, Fiumicino, Guidonia Montecelio, Pomezia e Aprilia).

Tab. 27 - Crescita della popolazione straniera residente nei comuni del Lazio per classe di ampiezza demografica dei comuni – 2012/2015

Classe di ampiezza demografica	Popolazione straniera residente		
	2012	2015	Var. % 2012/2015
0-1.999	8.917	10.415	16,8
2.000-4.999	18.822	22.286	18,4
5.000-9.999	24.763	32.351	30,6
10.000-19.999	37.161	49.705	33,8
20.000-59.999	79.646	107.554	35,0
60.000-249.999	33.722	50.650	50,2
>250.000	225.123	363.563	61,5
Lazio	428.154	636.524	48,7
Italia	4.052.081	5.014.437	23,7

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Dal 2012 al 2015 l'incremento della popolazione straniera residente ha riguardato maggiormente i comuni capoluogo (+60,5%, oltre 144mila unità) rispetto a quelli della provincia (+48,7%), aspetto rinvenibile non in tutte le realtà laziali: per quanto riguarda il comune di Frosinone la popolazione cresce del

12,2% a fronte dell'incremento rilevato nella provincia (pari a 25,2%). Lo scarto maggiore tra la crescita della popolazione nel comune capoluogo e nella provincia si rileva a Rieti: nel capoluogo la popolazione cresce del +56,6% a fronte della crescita rilevata nel territorio della provincia pari al +34,5%.

Tab. 28 - Crescita della popolazione straniera residente nei comuni capoluogo e nelle province del Lazio – 2012/2015

Provincia e comune capoluogo	Popolazione straniera residente		
	2012	2015	Var. % 2012/2015
Provincia di Viterbo	23.991	30.028	25,2
Viterbo	3.896	5.610	44,0
Provincia di Rieti	9.693	13.036	34,5
Rieti	1.723	2.699	56,6
Provincia di Roma	344.244	523.957	52,2
Roma	225.123	363.563	61,5
Provincia di Latina	31.253	45.749	46,4
Latina	5.854	9.262	58,2
Provincia di Frosinone	18.973	23.754	25,2
Frosinone	2.672	2.999	12,2
Lazio	428.154	636.524	48,7

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Nel periodo tra il 1° gennaio del 2014 e il 1° gennaio del 2015 la popolazione straniera residente nel Lazio ha continuato a crescere con un incremento di oltre 20 mila persone, pari a +3,3%. Questa crescita non interessa tutte le province: mentre nella provincia di Latina si registra una crescita del 6,8% ed è ancora consistente la crescita registrata nelle province di Roma e Frosinone

(rispettivamente pari al 3,1% e 3,6%), nelle province di Viterbo e Rieti la popolazione straniera residente al 1° gennaio del 2015 evidenzia una crescita inferiore al dato medio regionale e nazionale.

Tab. 29 - Crescita della popolazione straniera residente nei comuni del Lazio per provincia e ripartizioni - 2014/2015

Provincia e ripartizione	Popolazione straniera residente			
	2014	2015	Differenza assoluta	Var. % 2014/2015
Italia	4.922.085	5.014.437	92.352	1,9
Nord-ovest	1.702.396	1.725.540	23.144	1,4
Nord-est	1.253.119	1.252.013	-1.106	-0,1
Centro	1.249.830	1.275.845	26.015	2,1
Lazio	616.406	636.524	20.118	3,3
Viterbo	29.590	30.028	438	1,5
Rieti	12.822	13.036	214	1,7
Roma	508.241	523.957	15.716	3,1
Latina	42.821	45.749	2.928	6,8
Frosinone	22.932	23.754	822	3,6
Sud	512.173	541.844	29.671	5,8
Isole	204.567	219.195	14.628	7,2

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Natalità e mortalità

Il tasso di natalità della popolazione straniera in Italia è pari a 15 nati ogni 1.000 abitanti nel 2014. La regione Lazio mostra valori leggermente inferiori al dato nazionale (12,3) che viene superato solo dalla provincia di Latina con un tasso di natalità pari a 15,3. Le province di Rieti e Roma presentano i valori più contenuti del tasso di natalità, inferiori alla media regionale (rispettivamente 10,1 e 12).

Tab. 30 – Natalità della popolazione straniera residente nei comuni del Lazio per provincia e ripartizioni – 2011/2014

Ripartizione e provincia	Nati vivi (2014)	Tasso di natalità 2011	Tasso di natalità 2014

Italia	75.067	4,6	15,1
Nord-ovest	28.409	4,8	16,6
Nord-est	20.897	4,8	16,7
Centro	16.882	4,5	13,4
Lazio	7.702	4,6	12,3
Viterbo	362	4,7	12,1
Rieti	130	3,8	10,1
Roma	6.205	4,6	12,0
Latina	678	5,5	15,3
Frosinone	327	4,7	14,0
Sud	6.277	3,8	11,9
Isole	2.602	4,2	12,3

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

I saldi naturali e migratori

La crescita della popolazione straniera dal 1° gennaio del 2014 ai 31 dicembre sembra esser dovuta in gran parte alla capacità di attrarre nuovi flussi di popolazione dalle altre regioni e dall'estero più che dalla nascita di nuovi nati sebbene in ogni provincia il saldo naturale sia positivo. È la provincia di Roma che accentra la maggior parte della popolazione che si sposta verso la regione Lazio, oltre 26mila persone pari all'83% di tutti coloro che si sono stanziati nel Lazio nel 2014. La provincia nella quale la popolazione straniera residente è cresciuta maggiormente nel corso del 2014 è Latina con un tasso di crescita totale pari a 66,1, seguita dalle province di Roma (30,5) e Frosinone (35,2).

Tab. 31 – L'incremento naturale della popolazione straniera residente nei comuni del Lazio per provincia e ripartizioni – 2014

	Saldo naturale (nati-morti)	Saldo migratorio (immigrati-emigrati)	Saldo migratorio totale (per mille abitanti)	Tasso di crescita totale (per mille abitanti)
Italia	69.275	208.551	42,0	18,6
Nord-ovest	26.571	65.110	38,0	13,5
Nord-est	19.344	39.983	31,9	-0,9
Centro	15.395	51.467	40,8	20,6
Lazio	7.026	31.368	50,1	32,1
Viterbo	327	816	27,4	14,7
Rieti	119	609	47,1	16,6
Roma	5.649	26.044	50,5	30,5
Latina	633	2.812	63,5	66,1
Frosinone	298	1.087	46,6	35,2
Sud	5.643	36.341	69,0	56,3
Isole	2.322	15.650	73,9	69,0

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Scendendo nel dettaglio territoriale e analizzando i saldi nei territori dei capoluoghi di provincia si nota che nel 2014 sia il saldo naturale sia il saldo migratorio assumono nelle province valori maggiori rispetto a quelli registrati dai territori dei capoluoghi. La popolazione straniera, dunque, mantiene un livello di

crescita più elevato nei comuni delle province laziali. Analizzando il saldo totale di incremento o decremento della popolazione emerge la provincia di Roma come territorio nel quale la differenza tra il numero degli iscritti e il numero dei cancellati dai registri anagrafici dei residenti è molto elevata.

Tab. 32 – L'incremento della popolazione straniera residente nei comuni capoluogo e della provincia del Lazio – 2011/2014

Provincia e comune capoluogo	**2014**			
	Saldo naturale (nati-morti)	Saldo migratorio (immigrati-emigrati)	Saldo per altri motivi	Saldo totale (incremento o decremento)
Provincia di Viterbo	327	816	-73	438
Viterbo	65	241	184	357
Provincia di Rieti	119	609	-340	214
Rieti	29	196	-135	47
Provincia di Roma	5.649	26.044	-8.742	15.716
Roma	3.716	20.578	-8.837	9.778
Provincia di Latina	633	2.812	-169	2.928
Latina	131	412	133	586
Provincia di Frosinone	298	1.087	-175	822
Frosinone	32	166	-43	86
Lazio	7.026	31.368	-9.499	20.118
	2011			
	Saldo naturale (nati-morti)	Saldo migratorio (immigrati-emigrati)	Saldo per altri motivi	Saldo totale (incremento o decremento)
Provincia di Viterbo	99	542	-318	277
Viterbo	20	117	-120	4
Provincia di Rieti	31	188	-164	34
Rieti	6	41	-49	-6
Provincia di Roma	1.420	8.391	-7.613	1.558
Roma	905	6.080	-5.874	630
Provincia di Latina	151	760	-455	394
Latina	25	14	0	17
Provincia di Frosinone	81	337	-204	184
Frosinone	15	47	-35	23
Lazio	1.782	10.218	-8.754	2.447

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Il saldo naturale nel 2011 mostra valori molto differenti rispetto al 2014. In particolare, è interessante notare come non si sia modificata la tendenza della crescita nel territorio provinciale che risulta avere saldi maggiori rispetto ai

comuni capoluogo. È altresì rilevante osservare come le quote di popolazione in entrata e uscita dai territori laziali siano molto cresciute nell'arco dei 4 anni considerati, a testimonianza del ruolo di attrattore svolto dalla regione Lazio nei confronti della popolazione straniera.

Struttura per età della popolazione straniera e indicatori demografici

Secondo i dati Istat sull'età dei residenti stranieri aggiornati al 1° gennaio 2015, la maggior parte della popolazione straniera residente è inclusa nella classe di età lavorativa che va dai 15 ai 64 anni: si tratta del 78,1% in Italia, quota che sale all'81% all'interno della regione Lazio. Analizzando il dettaglio provinciale, le province di Latina e Roma sono in linea col dato regionale con una percentuale di popolazione attiva rispettivamente pari all'80,2% e 81,3%. Sono le province di Latina e Frosinone a caratterizzarsi per una presenza di popolazione straniera molto giovane: risultano rilevanti le percentuali della popolazione straniera minorenne (rispettivamente pari al 20,3% e al 21%) e di quella al di sotto dei 5 anni (rispettivamente l'8,5% e l'8,2%).

Tab. 33 – La struttura per età della popolazione straniera residente nelle province del Lazio e ripartizioni – 2015

Ripartizione e provincia	% 0-5 anni	% 0-14 anni	% minorenni	% 15-64 anni	% 65 anni e più
Italia	9,0	18,9	21,6	78,1	3,0
Nord-ovest	9,9	20,7	23,6	76,5	2,8
Nord-est	9,9	20,3	23,0	76,8	3,0
Centro	8,0	17,2	19,9	79,3	3,5
Lazio	7,3	16,0	18,4	81,0	3,0
Viterbo	7,8	17,3	20,0	79,6	3,2
Rieti	7,1	16,0	18,9	81,0	3,0
Roma	7,1	15,7	18,1	81,3	3,1
Latina	8,5	17,5	20,3	80,2	2,4
Frosinone	8,2	18,0	21,0	78,6	3,4
Sud	7,0	15,0	17,5	82,3	2,7
Isole	7,2	16,1	18,8	81,3	2,7

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Per quanto riguarda la struttura per età osservata attraverso la classe di ampiezza demografica, si nota che la percentuale dei cittadini con almeno 65 anni presenta valori più alti nei comuni più piccoli, al pari della popolazione italiana: nei comuni con meno di 1.999 abitanti è presente il 2% della

popolazione straniera con più di 65 anni a fronte delle altre fasce di età presenti in percentuali ridotte. Allo stesso tempo, si evidenzia una grande componente di questa fascia di popolazione nel comune di Roma che accentra oltre il 65% della popolazione straniera anziana e il 57,8% della popolazione straniera attiva.

Tab. 34 - La struttura per età della popolazione straniera residente nei comuni del Lazio per classe di ampiezza demografica dei comuni – 2015

Classe di ampiezza demografica	% 0-5 anni	% 0-14 anni	% minorenni	% 15-64 anni	% 65 anni e più
0-1.999	1,5	1,7	1,7	1,6	2,0
2.000-4.999	3,5	3,8	3,9	3,4	3,5
5.000-9.999	5,5	5,6	5,6	5,0	4,4
10.000-19.999	9,1	9,0	9,0	7,6	6,5
20.000-59.999	19,6	19,2	19,2	16,6	13,0
60.000-249.999	9,0	8,7	8,7	7,9	5,2
>250.000	51,7	52,1	51,9	57,8	65,4
Lazio	7,3	16,0	18,4	81,0	3,0
Italia	9,0	18,9	21,6	78,1	3,0

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Permessi di soggiorno

Per mezzo dell'Archivio nazionale permessi di soggiorno: permessi e carte di soggiorno individuali, e minorenni registrati, l'Istat raccoglie, presso il Ministero dell'Interno, i dati relativi alla popolazione straniera regolare. In particolare, in Italia, al 1° gennaio 2015, vivono quasi 4 milioni di stranieri non comunitari in possesso di un permesso di soggiorno (3.929.916). I soggiornanti di lungo periodo rappresentano il 57,2% a livello nazionale ed, in generale, la quota di

soggiornanti di lungo periodo sul totale è particolarmente elevata nel nord Italia (Nord est con 64,1% e Nord ovest con 59,3%). Nella regione Lazio prevalgono, al contrario, i soggiornanti in possesso di un permesso con scadenza (55,1%). Questa componente degli stranieri comunitari è molto numerosa nelle province di Latina, Roma e Rieti mentre emergono le province di Frosinone e Viterbo in quanto uniche nel Lazio ad avere una maggiore presenza di soggiornati di lungo periodo.

Tab. 35 – Tipo di permesso di soggiorno per provincia e ripartizioni – 2015

Ripartizione e provincia	Tipo di permesso					
	Valori assoluti			Valori percentuali		
	con scadenza	di lungo periodo	Totale	con scadenza	di lungo periodo	totale
Italia	1.681.169	2.248.747	3.929.916	42,8	57,2	100,0
Nord-ovest	583.953	849.863	1.433.816	40,7	59,3	100,0
Nord-est	384.850	687.715	1.072.565	35,9	64,1	100,0
Centro	436.605	493.360	929.965	46,9	53,1	100,0
Lazio	224.129	182.709	406.838	55,1	44,9	100,0
Viterbo	6.494	7.436	13.930	46,6	53,4	100,0
Rieti	3.508	3.274	6.782	51,7	48,3	100,0
Roma	192.666	155.172	347.838	55,4	44,6	100,0
Latina	15.766	10.625	26.391	59,7	40,3	100,0
Frosinone	5.695	6.202	11.897	47,9	52,1	100,0
Sud	196.838	162.804	359.642	54,7	45,3	100,0
Isole	78.923	55.005	133.928	58,9	41,1	100,0

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Per quanto riguarda le cittadinanze maggiormente rappresentate nella popolazione degli stranieri non comunitari regolarmente soggiornanti in Italia si osserva che nella regione prevalgono i permessi richiesti dai filippini (11,7%), bengalesi (9,7%), indiani (7,1%), albanesi (6,5%) ed ucraini (6,4%): insieme questi 5 paesi rappresentano il 41,5% del totale dei cittadini non comunitari presenti nel Lazio. Scendendo nel dettaglio provinciale si possono osservare delle peculiarità territoriali. Nella provincia di Frosinone quasi un terzo dei soggiornanti è di origine albanese e un altro 16,5% è marocchino. Nella provincia di Latina il 36,4% dei

soggiornanti è indiano mentre gli albanesi ricoprono un decimo delle presenze dei soggiornanti nelle province di Rieti e Viterbo.

Tab. 36 – Permesso di soggiorno dei cittadini non comunitari per principale paese di cittadinanza e provincia – 2015

Principali Paesi di cittadinanza	Provincia					Lazio	
	Viterbo	Rieti	Roma	Latina	Frosinone	V.a.	V. %
Albania	11,8	13,4	5,1	8,7	31,7	26.266	6,5
Bangladesh	2,6	1,5	10,9	4,4	1,7	39.660	9,7
Russia	1,2	0,9	1,0	1,0	1,0	4.250	1,0
Egitto	1,0	1,3	5,6	1,3	1,9	20.374	5,0
Cina	3,4	1,2	6,8	2,9	4,4	25.626	6,3
India	3,9	2,8	5,2	36,4	3,0	28.908	7,1
Stati Uniti	1,3	0,6	1,3	3,8	0,5	5.772	1,4
Brasile	1,9	1,1	1,7	1,0	1,1	6.586	1,6
Filippine	2,8	7,9	13,1	3,7	1,1	47.560	11,7
Ghana	0,2	1,0	0,2	0,3	0,6	1.099	0,3
Marocco	9,0	6,0	3,0	5,8	16,5	15.635	3,8
Moldova	6,4	6,6	3,9	2,9	2,7	15.966	3,9
Nigeria	2,4	3,2	1,8	2,0	3,4	7.653	1,9
Pakistan	3,0	1,4	1,1	1,6	2,8	5.012	1,2
Perù	2,4	3,3	4,9	0,9	0,4	17.925	4,4
Senegal	1,2	0,5	0,7	0,5	0,6	2.960	0,7
Serbia/Kosovo/Montenegro*	1,0	2,2	1,2	0,6	1,0	4.697	1,2
Sri Lanka (ex Ceylon)	5,8	1,4	3,4	0,3	0,3	12.728	3,1
Tunisia	3,2	0,7	1,6	4,4	2,4	7.578	1,9
Ucraina	8,0	10,0	6,2	7,1	8,9	26.241	6,4
Altri paesi	27,5	33,1	21,2	10,4	14,1	84.342	20,7
Mondo	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	406.838	100,0

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

* L'informazione sulla cittadinanza riportata sul documento di soggiorno al momento dell'elaborazione non consente un'esatta distinzione tra i cittadini dei tre Stati.

Le famiglie

Le famiglie che risiedono nei territori dei comuni laziali nel 2014 sono 2.633.678. Rispetto al 2012 le famiglie sono diminuite numericamente su tutti i territori provinciali della regione eccezion fatta per la provincia di Latina, l'unica che registra un incremento dell'1,7%. Ancora più rilevante è la crescita del numero di

famiglie nel territorio del capoluogo di Latina che registra un dato superiore a quello provinciale, +2,9%.

Nel Lazio si osserva una media regionale di 2,22 componenti per nucleo familiare, dato che non si discosta molto dal valore nazionale (2,34). Il numero medio di componenti per famiglia presenta significative variazioni nei comuni dei territori provinciali. In particolare, se nel reatino e nel viterbese non ci si discosta da una media di 2,27 e 2,25 componenti per nucleo familiare, si evidenzia un lieve incremento nei comuni delle province di Frosinone (2,45) e di Latina (2,4). I comuni ascrivibili al territorio della città metropolitana di Roma Capitale presentano, invece, un valore inferiore (2,17) rispetto alla media regionale e nazionale.

In generale, il numero dei componenti familiari risulta maggiore nei territori della provincia piuttosto che in quelli dei capoluoghi, ad eccezione di Rieti, comune nel quale il numero medio di componenti per famiglia è pari a 2,33 mentre il territorio provinciale si ferma a 2,25.

Tab. 37 – Famiglie residenti nei comuni capoluogo e nelle province del Lazio - 2014

Provincia e comune capoluogo	Numero medio di componenti per famiglia	Popolazione residente in famiglia	Numero famiglie	
			2014	Var. % 2012/2014
Provincia di Viterbo	2,27	320.279	141.311	-1,9
Viterbo	2,25	66.616	29.671	-1,5
Provincia di Rieti	2,25	158.432	70.452	-0,1
Rieti	2,33	47.544	20.417	0,7
Provincia di Roma	2,17	4.310.656	1.981.973	-0,7
Roma	2,09	2.847.046	1.362.599	-1,5
Provincia di Latina	2,4	571.553	237.965	1,7
Latina	2,19	125.404	57.380	2,9
Provincia di Frosinone	2,45	495.529	201.977	-0,7
Frosinone	2,35	46.498	19.756	0,2
Lazio	2,22	5.856.449	2.633.678	-0,6

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze

Le stime diffuse in questa parte del report si basano sui dati provenienti da due indagini: Indagine sulle spese delle famiglie e l'indagine sul reddito e le condizioni di vita delle famiglie, entrambe condotte dall'Istat. In particolare, la prima ha sostituito la precedente Indagine sui consumi ed è il risultato di una lunga fase di sperimentazione di tecniche e metodologie per il miglioramento

della qualità dei dati. Le innovazioni introdotte sono state particolarmente importanti per la stima della povertà, poiché hanno permesso di rilevare con maggior precisione il comportamento di spesa di ciascuna famiglia ed effettuare analisi più robuste a livello micro.

L'indagine sul reddito e le condizioni di vita delle famiglie, invece, nasce all'interno di un più ampio progetto denominato "Statistics on Income and Living conditions" (Eu-Silc) deliberato dal Parlamento europeo e coordinato da Eurostat. Tale progetto risponde alla sempre più ampia e dettagliata richiesta di informazione statistica su argomenti come redditi, povertà, esclusione sociale, deprivazione, qualità della vita. La necessità di un ampio bacino di indicatori su queste tematiche, nonché la profonda importanza di una loro armonizzazione a livello comunitario per permetterne i confronti, persegue gli obiettivi che l'Unione europea si è impegnata a raggiungere nel Consiglio di Lisbona (marzo 2000) e con la Dichiarazione di Laeken (dicembre 2001), ovvero un'economia basata sulla conoscenza più competitiva e più dinamica del mondo, con una crescita economica sostenibile, posti di lavoro più numerosi e migliori e una maggiore coesione sociale.

Nel 2013, le famiglie residenti in Italia hanno percepito un reddito disponibile[7] netto pari in media a 29.473 euro, circa 2.456 euro al mese. Tuttavia, poiché la distribuzione dei redditi è asimmetrica, la maggioranza delle famiglie ha conseguito un reddito inferiore all'importo medio. Se si calcola il valore mediano, ovvero il livello di reddito che separa il numero di famiglie in due metà uguali, è possibile affermare che il 50% delle famiglie residenti in Italia ha percepito un reddito non superiore a 24.310 euro (2.026 euro al mese)[8].

Tab. 38 – Reddito familiare netto (inclusi i fitti imputati[9]) per caratteristiche del principale percettore di reddito e ripartizione geografica – 2013, media e mediana in euro

[7] Il reddito familiare è pari alla somma dei redditi da lavoro dipendente e autonomo, di quelli da capitale reale e finanziario, delle pensioni e degli altri trasferimenti pubblici e privati al netto delle imposte personali, delle tasse e tributi sull'abitazione e dei contributi sociali a carico dei lavoratori dipendenti e autonomi. Da questa somma vengono sottratti i trasferimenti versati ad altre famiglie (per esempio, gli assegni di mantenimento per un ex-coniuge). I redditi da lavoro dipendente comprendono il valore figurativo dell'auto aziendale concessa per uso privato, i buoni-pasto e gli altri fringe benefits non-monetari. Sono infine compresi gli eventuali beni prodotti dalla famiglia per il proprio consumo (autoconsumo).

[8] Per un maggiore approfondimento si veda la statistica report "Reddito e condizioni di vita" dell'ISTAT dalla quale sono tratti i seguenti dati http://www.istat.it/it/files/2015/11/Condizioni-di-vita_2014_23_11_15.pdf?title=Reddito+e+condizioni+di+vita+-+23%2Fnov%2F2015+-+Testo+integrale.pdf).

[9] L'affitto figurativo o imputato è una componente non-monetaria del reddito delle famiglie che vivono in case di loro proprietà, in usufrutto, in uso gratuito o in affitto

	MEDIA				MEDIANA			
	Nord	Centro	Sud e Isole	ITALIA	Nord	Centro	Sud e Isole	ITALIA
Sesso								
Maschio	36.476	34.440	26.085	32.722	31.376	28.962	22.326	27.639
Femmina	25.734	25.223	20.460	23.992	20.193	19.930	15.986	18.686
Classi di età								
< di 35 anni	30.609	26.089	20.769	26.398	28.039	23.056	17.928	23.340
35 - 44 anni	34.704	31.674	24.268	30.976	31.320	27.570	21.327	27.379
45 - 54 anni	37.330	34.349	26.935	33.474	33.055	30.053	24.309	29.311
55 - 64 anni	38.951	38.332	28.658	35.414	32.675	32.724	23.966	29.526
65 anni o più	25.606	25.936	21.010	24.200	20.301	20.068	17.262	19.189
Titolo di studio								
Nessuno, elementare	20.983	20.759	17.245	19.485	17.692	17.019	15.258	16.683
Media inf.	29.692	26.890	20.901	26.044	26.303	23.950	19.043	23.208
Media sup.	35.210	31.599	26.877	32.143	30.784	27.924	23.787	27.963
Laurea	44.878	42.190	39.761	42.909	38.472	34.487	34.504	36.361
Condizione professionale								
Dipendenti	36.131	35.618	29.448	34.172	32.459	30.859	25.795	30.131
Autonomi	42.878	35.625	27.009	36.603	35.561	29.964	20.379	29.463
Disoccupati	21.318	15.995	13.062	16.058	13.524	10.583	9.792	11.150
Altri non occupati	18.952	17.201	15.796	17.089	13.861	13.861	13.586	13.709
Ritirati dal lavoro	27.366	28.486	24.029	26.646	22.580	22.832	19.932	21.741
TOTALE	32.536	30.750	24.049	29.473	27.089	25.623	20.188	24.310

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Una definizione completa di reddito disponibile include anche la posta dell'affitto imputato delle case di proprietà, in usufrutto o uso gratuito. L'inclusione di tale posta nel calcolo del reddito familiare consente di confrontare correttamente le condizioni economiche delle famiglie di inquilini e proprietari. Tale importo è piuttosto rilevante in un paese come l'Italia, dove la proprietà dell'abitazione principale è ampiamente diffusa e meno di un quinto delle famiglie vive in affitto.

agevolato (cioè inferiore ai prezzi di mercato) e rappresenta il costo (aggiuntivo nel caso degli affitti agevolati) che queste dovrebbero sostenere per prendere in affitto, ai prezzi vigenti sul mercato immobiliare, un'unità abitativa con caratteristiche identiche a quella in cui vivono (al netto delle spese di condominio, riscaldamento, accessorie e con riferimento a una casa non ammobiliata).

In generale, i redditi mediani più elevati si osservano per le famiglie residenti nelle regioni del Nord, cui seguono le regioni del Centro e del Mezzogiorno. Il reddito mediano, oltre che nel passaggio da Sud a Nord, cresce all'aumentare del titolo di studio del percettore e dipende dalla condizione professionale. Il reddito mediano ammonta a 30.131 euro tra le famiglie con fonte principale da lavoro dipendente, valore che scende a 29.463 euro per quelle con reddito da lavoro autonomo e a 21.741 euro per quelle che vivono prevalentemente di pensione o trasferimenti pubblici.

Per confrontare le condizioni economiche delle famiglie con diversa numerosità e composizione, il reddito familiare viene diviso secondo una scala di equivalenza, in modo da ottenere il cosiddetto "reddito equivalente"[10], la cui distribuzione è tipicamente meno diseguale. Se si considera il reddito equivalente, comprensivo o meno degli affitti imputati, è possibile ordinare le famiglie dal reddito più basso a quello più alto e classificarle in cinque gruppi (quinti). Il primo quinto comprende il 20% delle famiglie con i redditi equivalenti più bassi, il secondo quelle con redditi medio-bassi e così via fino all'ultimo quinto, che comprende il 20% di famiglie con i redditi più alti. La distribuzione del reddito totale nei quinti fornisce quindi una prima misura sintetica della diseguaglianza. In una situazione ipotetica di perfetta eguaglianza, ogni quinto avrebbe una quota di reddito pari al 20% del totale. Le famiglie del primo quinto, con i redditi equivalenti più bassi, percepiscono il 7,7% del reddito totale includendo il fitto imputato, quelle del quinto più ricco il 37,5%.

Tab. 39 – Reddito familiare equivalente netto per famiglie e individui ordinati in quinti - 2013, composizione percentuale

	QUINTI (esclusi i fitti imputati)					QUINTI (inclusi i fitti imputati)				
	I	II	II	IV	V	I	II	II	IV	V
Italia	6,7	13,0	17,6	23,2	39,5	7,7	13,7	18,1	23,0	37,5

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Differenze significative si registrano anche rispetto alla ripartizione geografica: il 36,9% delle famiglie residenti nel Sud e nelle Isole appartiene al quinto dei redditi più bassi, rispetto al 14,1% di quelle che vivono nel Centro e all'11,3% delle famiglie del Nord. Nel Nord e nel Centro una famiglia su quattro appartiene al quinto più ricco della distribuzione rispetto all'8,3% di quelle che vivono nel Sud e nelle Isole.

[10] Il reddito equivalente è calcolato dividendo il valore del reddito familiare per un opportuno coefficiente di correzione (scala di equivalenza) che permette di tener conto dell'effetto delle economie di scala e di rendere direttamente confrontabili i livelli di reddito di famiglie diversamente composte. La scala di equivalenza utilizzata (utilizzata anche a livello Europeo) è pari alla somma di più coefficienti individuali (1 per il primo adulto, 0,5 per ogni altro adulto e 0,3 per ogni minore di 14 anni).

Tab. 40 – Famiglie nei quinti di reddito equivalente netto per ripartizione geografica - 2013, per 100 famiglie con le stesse caratteristiche

Ripartizione	QUINTI (esclusi i fitti imputati)					QUINTI (inclusi i fitti imputati)				
	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
Italia	6,7	13,0	17,6	23,2	39,5	7,7	13,7	18,1	23,0	37,5
Nord	12,2	17,6	21,0	23,9	25,3	11,3	16,8	21,5	24,4	26,0
Centro	17,1	18,4	21,2	20,2	23,1	14,1	18,6	21,5	21,8	24,0
Sud/Isole	33,7	24,6	17,7	14,0	10,1	36,9	25,7	16,8	12,2	8,3

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Considerando le principali componenti di reddito che, nel 2013, concorrono alla formazione del reddito familiare, appare evidente la prevalenza dei redditi da pensione e da lavoro dipendente, in particolare nelle ripartizioni del Nord Italia, ed il ruolo secondario dei redditi da capitale reale e da attività finanziarie. Nella regione Lazio si evidenzia un'importanza dei redditi da lavoro dipendente superiore al livello della media nazionale sebbene rimanga inferiore al peso raggiunto nelle regioni del Nord. I redditi da lavoro autonomo risultano altresì rilevanti, nella regione, come emerge dal confronto del peso che ricoprono nella formazione del reddito all'interno delle altre ripartizioni geografiche.

Tab. 41 – Famiglie residenti per fonte principale di reddito e ripartizione geografica* - 2013

Fonte di reddito	Lavoro dipendente	Lavoro autonomo	Trasferimenti pubblici	Capitale e altri redditi
Italia	44,2	13,2	40,3	2,3
Nord-ovest	46,1	12,7	38,9	2,3
Nord-est	46,9	13,7	37,9	1,5
Centro	43,6	14,5	39	2,9
Lazio	45	15,1	36,6	3,3
Sud	41,1	12,8	43,5	2,6
Isole	41,9	11,3	44,8	2,1**

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

*Per cento famiglie con le stesse caratteristiche

**Dato statisticamente non significativo. Il dato si definisce poco significativo nel caso in cui corrisponda ad una numerosità campionaria compresa tra 20 e 49 unità.

Nel 2014, si stima che il 19,4% delle persone residenti in Italia risulta a rischio di povertà: vive cioè in famiglie che nel 2013 avevano un reddito familiare equivalente inferiore al 60% del reddito mediano[11]; l'11,6% si trova in condizioni di

[11] Il rischio di povertà (indicatore Europa 2020) è rappresentato dalla percentuale di persone che vivono in famiglie con un reddito disponibile equivalente nell'anno

grave deprivazione materiale, mostra cioè almeno quattro segnali di deprivazione su un elenco di nove[12]; il 12,1% vive in famiglie caratterizzate da una bassa intensità di lavoro, ovvero in famiglie con componenti tra i 18 e i 59 anni che nel 2013 hanno lavorato meno di un quinto del tempo[13].

L'indicatore sintetico di rischio di povertà o esclusione sociale include tutti coloro che si trovano in almeno una delle suddette tre condizioni ed è pari al 28,3%, valore che, tenuto conto dell'errore campionario associato alla stima[14], risulta

---

precedente a quello di rilevazione inferiore a una soglia di rischio di povertà, fissata al 60% della mediana della distribuzione del reddito familiare disponibile equivalente; il reddito considerato per questo indicatore segue la definizione Eurostat e non include l'affitto imputato, i buoni-pasto, gli altri fringe benefits non-monetari e gli autoconsumi. Nel 2014 la soglia di povertà (calcolata sui redditi 2013) è pari a 9.455 euro annui (9.164 euro annui se espressa in PPA).

[12] La grave deprivazione materiale (indicatore Europa 2020) è definita come la percentuale di persone in famiglie che registrano almeno quattro segnali di deprivazione materiale sui seguenti nove:

1. essere in arretrato nel pagamento di bollette, affitto, mutuo o altro tipo di prestito;

2. non poter riscaldare adeguatamente l'abitazione;

3. non poter sostenere spese impreviste di 800 euro (l'importo di riferimento per le spese impreviste è pari a 1/12 del valore della soglia di povertà annuale riferita a due anni precedenti; nel 2012 la soglia – vedi rischio di povertà- era pari a 9.587 euro, di conseguenza il valore per le spese impreviste è stato arrotondato a 800 euro);

4. non potersi permettere un pasto adeguato almeno una volta ogni due giorni, cioè con proteine della carne, del pesce o equivalente vegetariano;

5. non potersi permettere una settimana di ferie all'anno lontano da casa;

6. non potersi permettere un televisore a colori;

7. non potersi permettere una lavatrice;

8. non potersi permettere un'automobile;

9. non potersi permettere un telefono.

[13] La bassa intensità di lavoro (indicatore Europa 2020) è definita come la percentuale di persone che vivono in famiglie per le quali il rapporto fra il numero totale di mesi lavorati dai componenti della famiglia durante l'anno di riferimento dei redditi (quello precedente all'anno di rilevazione) e il numero totale di mesi teoricamente disponibili per attività lavorative è inferiore a 0,20. Ai fini del calcolo di tale rapporto, si considerano i membri della famiglia di età compresa fra i 18 e i 59 anni, escludendo gli studenti nella fascia di età tra i 18 e i 24 anni. Le famiglie composte soltanto da minori, da studenti di età inferiore a 25 anni e da persone di 60 anni o più non vengono considerate nel calcolo dell'indicatore.

[14] Il rischio di povertà o di esclusione sociale (indicatore Europa 2020) è calcolato come la percentuale di persone che si trovano in almeno una delle seguenti tre condizioni:

stabile rispetto al 2013. La diminuzione della quota di persone in famiglie gravemente deprivate (dal 12,3% all'11,6%) viene, infatti, compensata dall'aumento della quota di chi vive in famiglie a bassa intensità lavorativa (dall'11,3% al 12,1%), mentre il rischio di povertà si mantiene stabile.

L'indicatore sintetico di rischio di povertà o esclusione sociale è stabile anche nella ripartizione del Centro Italia sebbene, dal 2013 al 2014, si evidenzia una crescita della percentuale delle persone residenti in condizioni di grave deprivazione materiale (dal 6,8% al 7.4%). Quasi la metà dei residenti nel Sud e nelle Isole (45,6%) è a rischio di povertà o esclusione sociale, a fronte del 22,1% del Centro e del 17,9% di chi vive al Nord. Le regioni del Centro Italia mantengono dunque una performance centrale tra i valori del Nord e quelli del Mezzogiorno con una vicinanza maggiore al primo gruppo di regioni piuttosto che al secondo.

1. vivono in famiglie a bassa intensità di lavoro (v. bassa intensità di lavoro)

2. vivono in famiglie a rischio di povertà (v. rischio di povertà)

3. vivono in famiglie in condizioni di grave deprivazione materiale (v. grave deprivazione materiale).

Tab. 42 – Indicatori di povertà o esclusione sociale per ripartizione territoriale (a) – Anni 2013-2014 per 100 individui con le stesse caratteristiche

Ripartizioni	2013				2014			
	Rischio di povertà o esclusione sociale	Rischio di povertà	Grave deprivazione	Bassa intensità lavorativa	Rischio di povertà o esclusione sociale	Rischio di povertà	Grave deprivazione	Bassa intensità lavorativa
Italia	28,5	19,3	12,3	11,3	28,3	19,4	11,6	12,1
Nord	17,3	10,1	7,1	6,4	17,9	10,8	7,1	6,5
Centro	22,8	15,2	6,8	8,7	22,1	15,4	7,4	9,0
Sud/Isole	46,4	33,8	22,4	18,9	45,6	33,2	19,9	20,9

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

(a) Il rischio di povertà è calcolato sui redditi 2013 e la bassa intensità di lavoro è calcolata sul numero totale di mesi lavorati dai componenti della famiglia durante il 2013.

Analizzando gli stessi indicatori di povertà ed esclusione sociale nel dettaglio regionale, si osserva che in tutte le regioni del Mezzogiorno i livelli sono superiori alla media nazionale, viceversa i valori più contenuti si riscontrano in Trentino-Alto Adige (11,7%, 9,7% nella provincia autonoma di Bolzano), Friuli-Venezia Giulia (16,3%) e Veneto (16,9%). La regione Lazio mostra un valore dell'indice sintetico superiore al dato della ripartizione di appartenenza (24,6% a fronte del 22,1%), sebbene rimanga inferiore al dato nazionale (24,6% a fronte del 28,3%).

Tab. 43 – Indicatori di povertà o esclusione sociale per regione (a) – Anni 2013-2014, per 100 individui con le stesse caratteristiche

Ripartizioni	2013				2014			
	Rischio di povertà o esclusione sociale	Rischio di povertà	Grave deprivazione	Bassa intensità lavorativa	Rischio di povertà o esclusione sociale	Rischio di povertà	Grave deprivazione	Bassa intensità lavorativa
Italia	28,5	19,3	12,3	11,3	28,3	19,4	11,6	12,1
Piemonte	16,5	11,1	5,0	6,9	18,8	13,8	5,3	7,2
V.D'Aosta	21,3	9,5	9,2	9,5 (a)	17,5	8,4	9,4	6,6 (b)
Lombardia	17,7	8,4	9,2	6,0	18,1	9,0	8,5	7,0
Trentino A.A.	12,8	9,3	3,5	4,9 (a)	11,7	7,7	3,1(a)	4,6
Bolzano	12,4 (b)	9 (b)	- (c)	-(c)	9,7	5,4 (b)	-(c)	-(c)
Trento	13,2	9,5	4,8 (b)	3,4 (b)	13,6	10,0	2,8 (b)	6,8 (b)
Veneto	16,1	10,3	3,8	6,8	16,9	11,6	4,7	5,5
F.V.Giulia	16,1	9,8	6,6	5,8	16,3	9,2	7,2	6,0
Liguria	23,4	15,6	8,1	9,4	26,5	16,6	12,7	10,0
E.Romagna	17,8	10,9	8,9	5,6	16,4	10,1	7,3	4,9
Toscana	18,4	12,1	4,8	8,5	19,2	11,6	7,3	8,6
Umbria	22,7	14,8	8,6	8,4	21,9	16,5	5,2	10,6
Marche	21,8	12,7	9,4	8,2	19,6	12,2	9,5	8,4
Lazio	26,1	18,0	7,1	9,0	24,7	18,5	7,3	9,1
Abruzzo	26,1	18,7	8,6	9,8	29,5	22,0	9,5	11,6
Molise	44,7	30,8	18,9	18,0	40,7	32,1	8,9	15,6
Campania	49,8	37,6	21,9	19,5	49,0	38,1	18,7	22,8
Puglia	43,6	29,6	24,7	14,8	40,3	25,8	23,2	16,5
Basilicata	48,5	33,1	20,7	20,6	39,6	25,6	15,1	19,6
Calabria	45,6	33,6	19,7	17,9	43,5	32,4	15,6	22,0
Sicilia	55,0	40,9	28,9	25,1	54,4	40,1	26,0	24,9
Sardegna	32,2	21,3	13,6	15,2	37,7	25,9	14,7	19,4

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

(a) Il rischio di povertà è calcolato sui redditi 2013 e la bassa intensità di lavoro è calcolata sul numero totale di mesi lavorati dai componenti della famiglia durante il 2013

(b) Stima corrispondente a una numerosità campionaria compresa tra 20 e 49 unità.

(c) Dato non rilasciato, perché corrispondente ad una numerosità campionaria inferiore a 20 unità.

Considerando alcuni indicatori che esplicitano il concetto di grave deprivazione, si osserva una diminuzione della quota di individui in famiglie che dichiarano di trovarsi nelle seguenti condizioni: non possono permettersi un pasto adeguato (cioè con proteine della carne, del pesce o equivalente vegetariano) ogni due giorni, qualora lo volessero (dal 13,9% al 12,6%); non possono sostenere spese impreviste pari a 800 euro (dal 40,2% al 38,8%); non possono permettersi una settimana di ferie all'anno lontano da casa (dal 51,0% al 49,5%). Sostanzialmente stabile la quota di individui in famiglie che dichiarano di non poter riscaldare

adeguatamente l'abitazione (da 18,8% al 18,0%) e quella di quanti, per motivi economici, non hanno un televisore, una lavatrice o un telefono (tutte inferiori al 2%). Nella ripartizione del Centro la diminuzione delle famiglie in condizioni di grave deprivazione è più evidente soprattutto tra coloro che non riescono a sostenere spese impreviste di 800 euro (-3,4% dal 2013 al 2014) e che hanno arretrati per mutuo, affitto, bollette o altri debiti (-2,5%).

Tab. 44 – Alcuni indicatori di grave deprivazione per ripartizione geografica – Anni 2013-2014, per 100 individui con le stesse caratteristiche

Ripartizioni	2014				
	Non riesce a sostenere spese impreviste di 800 euro	Non può permettersi una settimana di ferie in un anno lontano da casa	Avere arretrati per mutuo, affitto, bollette o altri debiti	Non riesce a fare un pasto adeguato almeno ogni due giorni	Non riesce a riscaldare adeguatamente l'abitazione
Italia	38,8	49,5	14,3	12,6	18,0
Nord	30,4	37,1	10,9	10,5	10,9
Centro	34,1	43,8	12,3	10,0	11,1
Sud e Isole	52,5	69,2	20,0	17,0	31,4
Ripartizioni	2013				
	Non riesce a sostenere spese impreviste di 800 euro	Non può permettersi una settimana di ferie in un anno lontano da casa	Avere arretrati per mutuo, affitto, bollette o altri debiti	Non riesce a fare un pasto adeguato almeno ogni due giorni	Non riesce a riscaldare adeguatamente l'abitazione
Italia	40,2	51,0	14,2	13,9	18,8
Nord	29,8	37,3	9,6	10,4	10,5
Centro	37,5	45,1	14,8	8,5	11,0
Sud e Isole	55,5	72,4	19,9	21,7	34,3

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

La spesa media mensile familiare

Nel 2013 in Italia le famiglie hanno speso in media in un mese 460€ per la spesa alimentare. Questo dato si articola diversamente se vengono prese in considerazione le ripartizioni geografiche che mostrano come la spesa per gli alimenti sia maggiore nelle regioni del Centro e del Sud. In particolare, si osserva che nella regione Lazio questo tipo di spesa sostenuta dalle famiglie è molto elevato raggiungendo i 485,23€ medi mensili, valore più cospicuo di quello riscontrato nelle ripartizioni geografiche. Per quanto riguarda la componente della spesa non alimentare, che comprende diverse voci al suo interno, si osserva che le famiglie residenti nella regione Lazio hanno un livello di spesa in linea con quello della ripartizione di appartenenza e minore rispetto al gruppo delle regioni del Nord-Est e del Nord-Ovest.

Tab. 45- Spesa media mensile familiare per ripartizione geografica – 2013

	Gruppo di spesa												
	Alimentare	Non alimentare											totale
Gruppo di spesa	alimentari e bevande	abbigliamento e calzature	abitazione (principale e secondaria)	combustibili ed energia	mobili, elettrod. e servizi per la casa	sanità	trasporti	Comunicazioni	istruzione	tempo libero, cultura e giochi	altri beni e servizi	Totale spesa non alimentare	
Italia	460,72	109,14	693,39	137,74	109,02	87,41	335,94	44,32	27,02	94,08	239,85	1898,33	2359,05
Nord-ovest	468,59	113,62	809,28	157,38	121,86	107,44	376,5	47,5	33,48	118,86	297,73	2203,95	2672,54
Nord-est	442,17	120,32	800,14	159,81	133,51	107,12	422,25	48,95	31,6	125,16	316,01	2283,22	2725,39
Centro	477,25	110,22	757,76	132,85	107,45	81,42	343,89	46,29	25,69	95,79	237,8	1958,87	2436,12
Lazio	485,23	107,84	762,71	120,12	106,57	74,29	320,99	45,27	25,07	84,23	237,18	1903,83	2389,05
Sud	468,59	102,68	481,11	115,27	92,03	65,27	251,25	39,14	21,83	57,56	161,46	1409,52	1878,11
Isole	426,67	87,05	479,76	97,85	65,64	52,45	218,68	33,62	14,05	38,73	101,9	1212,72	1639,4

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Povertà relativa[15]

Nel 2014, sono 2 milioni 654 mila le famiglie in condizione di povertà relativa (il 10,3% di quelle residenti), per un totale di 7 milioni 815 mila individui (il 12,9% dell'intera popolazione), di cui 3 milioni 879 mila sono donne (l'incidenza è del 12,5%), 1 milione e 986 sono minori (19%) e 1 milione 281 mila anziani (9,8%). La povertà relativa risulta sostanzialmente stabile rispetto al 2013 (l'incidenza della povertà familiare[16] era pari al 10,4%); se infatti si tiene conto dell'errore campionario (2,6%), è compresa tra il 9,8% e il 10,8%, con una probabilità del 95% (Tab. 53). La povertà relativa risulta stabile in tutte le ripartizioni geografiche: si attesta al 4,9% al Nord (4,6% nel 2013), al 6,3% al Centro (6,6% nel 2013) e al 21,1% nel Mezzogiorno (21,4%). Nella ripartizione del Centro Italia si concentra il 12,5% di tutte le famiglie povere, la quota più esigua rispetto alle ripartizioni del Nord (22,5%) e del Mezzogiorno (65%). Nel Mezzogiorno, alla più ampia diffusione della povertà si associa anche la maggiore gravità del fenomeno: l'intensità della povertà[17] è pari al 22,8% nel 2014, a fronte del 21,5% nel Nord Italia e del 19,8% nelle regioni del Centro.

Tab. 46 - Indicatori di povertà relativa per ripartizione geografica. Anni 2013-2014, migliaia di unità e valori percentuali

	Nord		Centro		Mezzogiorno		Italia	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Migliaia di unità								
famiglie povere	559	597	344	331	1742	1726	2645	2654
famiglie residenti	12209	12292	5176	5292	8132	8184	25518	25768
persone povere	1790	1882	1089	1006	4943	4928	7822	7815
persone residenti	27489	27595	11903	11997	20833	20855	60225	60448
Composizione								
famiglie povere	21,1	22,5	13,0	12,5	65,9	65,0	100,0	100,0
famiglie residenti	47,8	47,7	20,3	20,5	31,9	31,8	100,0	100,0
persone povere	22,9	24,1	13,9	12,9	63,2	63,1	100,0	100,0
persone residenti	45,6	45,7	19,8	19,9	34,6	34,5	100,0	100,0
Incidenza della								
famiglie	4,6	4,9	6,6	6,3	21,4	21,1	10,4	10,3
persone	6,5	6,8	9,2	8,4	23,7	23,6	13,0	12,9
Intensità della povertà (%)								
famiglie	18,3	21,5	20,2	19,8	24,1	22,8	22,4	22,1

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

[15] La soglia di povertà relativa per una famiglia di due componenti è pari alla spesa media per persona nel Paese (ovvero alla spesa pro capite e si ottiene dividendo la spesa totale per consumi delle famiglie per il numero totale dei componenti). Nel 2014 questa spesa è risultata pari a 1.041,91 euro mensili. La linea di povertà relativa, per come è definita, si sposta di anno in anno a causa della variazione sia dei prezzi al consumo, sia della spesa per consumi delle famiglie o, in altri termini, dei loro comportamenti di consumo.

[16] L'incidenza della povertà si ottiene dal rapporto tra il numero di famiglie con spesa media mensile per consumi pari o al di sotto della soglia di povertà e il totale delle famiglie residenti.

[17] L'intensità della povertà misura di quanto in percentuale la spesa media delle famiglie definite povere è al di sotto della soglia di povertà.

Osservando il dettaglio territoriale, il Trentino Alto Adige (3,8%), la Lombardia (4%) e l'Emilia-Romagna (4,2%) presentano i valori più bassi dell'incidenza di povertà. Ad eccezione dell'Abruzzo (12,7%), dove il valore dell'incidenza non è statisticamente diverso dalla media nazionale, in tutte le regioni del Mezzogiorno la povertà è più diffusa rispetto al resto del Paese. Le situazioni più gravi si osservano tra le famiglie residenti in Calabria (26,9%), Basilicata (25,5%) e Sicilia (25,2%), dove oltre un quarto delle famiglie è relativamente povero. Infine, tra le regioni del Centro sono le Marche e l'Umbria a presentare i valori più elevati di incidenza (rispettivamente 9,9% e 8%) mentre la regione Lazio, con un'incidenza di povertà pari al 5,8%, mostra un valore inferiore sia alla media nazionale sia alla media della ripartizione geografica di appartenenza.

Tab. 47 – Incidenza di povertà relativa, errore di campionamento e intervallo di confidenza per regione e per ripartizione geografica. Anni 2013-2014, valori percentuali

	2013				2014			
			Intervallo di confidenza				Intervallo di confidenza	
	Incidenza (%)	Errore (%)	lim.inf.	lim.sup.	Incidenza (%)	Errore (%)	lim.inf.	lim.sup.
ITALIA	10,4	2,7	9,8	10,9	10,3	2,6	9,8	10,8
NORD	4,6	6,5	4,0	5,2	4,9	5,7	4,3	5,4
Piemonte	5,1	16,8	3,4	6,7	6,0	13,9	4,4	7,6
Valle d'Aosta	5,3	25,2	2,7	7,9	6,4	20,8	3,8	9,0
Lombardia	3,8	14,8	2,7	5,0	4,0	12,6	3,0	5,0
Trentino A.A.	3,7	19,5	2,3	5,1	3,8	26,5	1,8	5,8
Bolzano-Bozen	*	*	*	*	*	*	*	*
Trento	6,1	16,8	4,1	8,1	6,5	22,4	3,6	9,3
Veneto	4,4	13,2	3,3	5,5	4,5	12,8	3,4	5,6
F.V. Giulia	8,1	15,5	5,6	10,5	7,9	14,3	5,7	10,1
Liguria	7,8	12,9	5,8	9,8	7,8	12,8	5,8	9,7
Emilia Romagna	3,8	16,4	2,6	5,0	4,2	15,0	2,9	5,4
CENTRO	6,6	7,3	5,7	7,6	6,3	8,4	5,2	7,3
Toscana	6,5	12,8	4,9	8,2	5,1	17,9	3,3	6,9
Umbria	7,1	17,6	4,7	9,6	8,0	20,7	4,7	11,2
Marche	10,0	10,6	8,0	12,1	9,9	13,2	7,4	12,5
Lazio	5,8	13,9	4,2	7,3	5,8	14,2	4,2	7,5
MEZZOGIORNO	21,4	3,2	20,1	22,8	21,1	3,0	19,8	22,3
Abruzzo	15,5	13,5	11,4	19,6	12,7	10,2	10,2	15,2
Molise	17,6	11,1	13,8	21,4	19,3	11,8	14,8	23,7
Campania	21,4	8,0	18,0	24,8	19,4	5,8	17,2	21,5
Puglia	20,3	6,9	17,6	23,0	20,5	6,8	17,7	23,2
Basilicata	24,3	11,1	19,0	29,6	25,5	11,9	19,5	31,5
Calabria	26,6	8,3	22,3	30,9	26,9	7,3	23,1	30,8
Sicilia	24,1	5,2	21,6	26,5	25,2	6,5	21,9	28,4
Sardegna	15,1	13,7	11,0	19,1	15,1	13,8	11,0	19,2

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

La stima dell'incidenza della povertà relativa (la percentuale di famiglie e persone povere) viene calcolata sulla base di una soglia convenzionale (linea di povertà) che individua il valore di spesa per consumi al di sotto del quale una famiglia viene definita povera in termini relativi. La soglia di povertà per una famiglia di due componenti è pari alla spesa media mensile per persona nel Paese; nel 2014, è risultata di 1.041,91 euro (+1% rispetto al valore della soglia nel 2013, che era di 1.031,86 euro). Le famiglie composte da due persone che hanno una spesa mensile pari o inferiore a tale valore vengono classificate come povere. Per famiglie di ampiezza diversa il valore della linea si ottiene applicando un'opportuna scala di equivalenza che tiene conto delle economie di scala realizzabili all'aumentare del numero di componenti.

Analizzando l'incidenza di povertà relativa per tipologia familiare ed età della persona di riferimento, dal 2013 al 2014 migliora la condizione delle coppie con due figli (dall'11,6% al 7,8%) e delle famiglie di anziani al Centro (con persona di riferimento ultra sessantaquattrenne, dal 5,9% al 4,1%).

Lievi segnali di peggioramento si registrano per le famiglie con figli minori. In particolare, questo accade per le famiglia con due figli minori (dal 15,6% sale al 18,5%), soprattutto nel Centro (dall'8,1% al 13,6%) dove è evidente il peggioramento dell'incidenza di povertà anche per le famiglie con un figlio minore (dal 10,8% al 12,2%). Tali segnali si associano al peggioramento della condizione delle coppie con persona di riferimento con meno di 65 anni (dal 4,9% al 6,5%).

Il 28% delle famiglie con cinque o più componenti risulta in condizione di povertà relativa, l'incidenza raggiunge il 36,8% fra quelle che risiedono nel Mezzogiorno mentre, al contrario, l'incidenza diminuisce fra quelle che risiedono nelle regioni del Centro (dal 22,6% al 20,1%). Si tratta per lo più di coppie con tre o più figli e di famiglie con membri aggregati, tipologie familiari tra le quali l'incidenza di povertà a livello nazionale è pari, rispettivamente, al 27,7% e al 19,2% (35,5% e 31% nel Mezzogiorno).

Tab. 48 – Incidenza di povertà relativa per ampiezza, tipologia familiare, numero di figli minori e di anziani presenti in famiglia, età della persona di riferimento, per ripartizione geografica (a). Anni 2013-2014, valori percentuali

	Nord		Centro		Mezzogiorno		Italia	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Ampiezza della famiglia								
1 componente	1,3	1,8	2,6	3,1	16,7	15,8	5,8	5,9
2 componenti	4,0	3,9	5,1	4,0	20,8	20,3	9,0	8,8
3 componenti	5,2	5,4	8,7	10,1	20,4	21,6	11,0	11,6
4 componenti	9,0	9,6	11,7	9,4	24,6	23,3	15,8	14,9
5 o più componenti	18,0	19,8	22,6	20,1	35,5	36,8	26,5	28,0
Tipologia familiare								
persona sola con meno di 65 anni	*	1,8	*	*	14,8	10,8	4,7	4,4
persona sola con 65 anni e più	1,7	1,9	2,9	*	18,2	19,8	7,0	7,4
coppia con p.r. (a) con meno di 65 anni	1,9	3,3	*	*	11,9	15,0	4,9	6,5
coppia con p.r. (a) con 65 anni e più	3,0	2,7	6,4	*	22,0	21,5	9,4	9,1
coppia con 1 figlio	3,5	5,4	6,8	9,4	20,4	20,5	9,8	11,0
coppia con 2 figli	8,3	8,6	11,6	7,8	23,8	22,7	15,3	14,0
coppia con 3 o più figli	17,4	20,2	*	*	33,1	35,5	24,8	27,7
monogenitore	11,2	7,1	*	*	27,6	26,3	15,4	12,8
altre tipologie (con membri aggregati)	13,9	11,6	16,2	18,0	33,8	31,0	20,8	19,2
Famiglie con figli minori								
con 1 figlio minore	6,0	6,8	10,8	12,2	24,3	21,7	13,2	13,1
con 2 figli minori	11,3	11,7	8,1	13,6	24,3	29,0	15,6	18,5
con 3 o più figli minori	18,9	25,3	*	*	43,1	42,9	28,9	31,2
con almeno 1 figlio minore	9,2	10,1	10,7	12,8	25,9	26,7	15,4	16,7
Famiglie con anziani								
con 1 anziano	2,8	2,9	4,4	3,7	19,7	21,5	8,7	9,0
con 2 o più anziani	3,8	4,4	9,2	6,1	25,3	22,7	11,4	10,6
con almeno 1 anziano	3,2	3,5	6,0	4,4	21,5	21,9	9,6	9,6
Classe di età della persona di riferimento								
fino a 34 anni	6,9	8,4	*	14,7	22,3	24,8	11,7	14,3
da 35 a 44 anni	6,6	7,7	7,3	8,4	23,7	22,4	12,0	12,4
da 45 a 54 anni	5,2	4,7	8,5	6,0	22,4	20,7	11,1	10,2
da 55 a 64 anni	3,2	3,2	4,8	4,4	17,6	17,6	8,5	8,0
65 anni e oltre	3,2	3,3	5,9	4,1	21,5	21,5	9,6	9,3

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

* valore non significativo a motivo della scarsa numerosità campionaria.

(a) Per le variazioni statisticamente significative (ovvero diverse da zero) tra il 2013 e il 2014 si veda il prospetto G1 del Glossario.

(b) persona di riferimento.

Se il livello d'istruzione della persona di riferimento è basso (nessun titolo o licenza elementare) l'incidenza di povertà è più elevata (15,4%) ed è quasi tre volte superiore a quella osservata tra le famiglie con a capo una persona almeno diplomata (6,2%). Inoltre, la diffusione della povertà tra le famiglie con a capo un operaio o assimilato (15,5%) è decisamente superiore a quella osservata tra le famiglie di lavoratori autonomi (8,1%), in particolare di imprenditori e liberi professionisti (3,7%). I valori più elevati si osservano tuttavia tra le famiglie con a capo una persona in cerca di occupazione (23,9%) soprattutto nel Mezzogiorno (29,5%).

Tab. 49 – Incidenza di povertà relativa per titolo di studio, condizione professionale e posizione professionale della persona di riferimento, per ripartizione geografica (a) – Anni 2013-2014, valori percentuali

	Nord		Centro		Mezzogiorno		Italia	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
TITOLO DI STUDIO								
nessuno - elementare	6,4	5,9	11,1	7,5	31,0	30,0	16,7	15,4
media inferiore	6,7	7,3	9,7	9,3	25,8	24,8	13,9	13,2
media superiore e oltre	2,5	2,9	3,5	4,3	11,0	13,2	5,0	6,2
CONDIZIONE E POSIZIONE PROFESSIONALE (b)								
OCCUPATO	4,6	4,9	6,2	6,8	17,8	18,5	8,7	9,2
DIPENDENTE	4,9	5,2	6,5	*	18,7	19,1	9,1	9,6
Dirigente / impiegato	1,3	*	*	*	8,0	10,6	3,3	3,7
Operaio o assimilato	8,5	9,5	11,7	13,9	28,5	27,2	15,0	15,5
AUTONOMO	4,0	3,9	*	*	15,7	16,9	7,8	8,1
Imprenditore/libero professionista	*	*	*	*	*	*	3,0	3,7
Lavoratore in proprio	4,6	*	*	*	19,4	20,5	9,9	9,9
NON OCCUPATO	4,5	4,8	7,1	5,6	24,5	23,3	12,1	11,5
Ritirato dal lavoro	2,9	3,2	5,3	4,3	20,7	21,9	9,1	9,2
In cerca di occupazione	19,7	22,1	*	*	49,3	29,5	32,3	23,9
In altra condizione	7,5	7,5	10,4	*	26,0	24,6	16,5	15,2

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

*valore non significativo a motivo della scarsa numerosità campionaria.

(a) Per le variazioni statisticamente significative (ovvero diverse da zero) tra il 2013 e il 2014 si veda il prospetto G1 del Glossario.

(b) La definizione di occupato e di persona in cerca di occupazione segue la classificazione ILO.

Il giudizio e la percezione delle famiglie

Prendendo in esame le valutazioni delle famiglie residenti riguardo alla situazione economica rapportata a quella dell'anno precedente, nel 2015 il 10,4% delle famiglie italiane ha affermato che la propria situazione è "molto peggiorata". Questa percentuale risulta inferiore all'interno della regione Lazio con l'8,9% di famiglie che definiscono la propria condizione molto peggiorata rispetto all'anno precedente.

Analizzando anche la valutazione delle risorse economiche in un anno il 6,3% delle famiglie italiane dichiara che queste sono "assolutamente insufficienti". Anche in questo caso le famiglie della regione Lazio non sembrano particolarmente in difficoltà se rapportate alle altre in quanto definiscono le proprie risorse "ottime" in una quota superiore al dato nazionale (1,8% a fronte dell'1,1%) mentre considerano le risorse "assolutamente insufficienti" nel 6,4%, dato in linea con quello nazionale.

Tab. 50 – Famiglie residenti per valutazione delle risorse economiche* e ripartizione geografica - 2015

	Famiglie per valutazione della situazione economica rispetto all'anno precedente				Famiglie per valutazione delle risorse economiche negli ultimi 12 mesi			
	Molto o un po' migliorata	Invariata	Un po' peggiorata	Molto peggiorata	Ottime	Adeguate	Scarse	Assolutamente insufficienti
Italia	5	52,3	31,7	10,4	1,1	55,7	36,3	6,3
Nord-ovest	6	53,9	30	9,7	1,2	60,9	32	5,4
Nord-est	6,7	54	30,8	8,4	1,3	62,7	31,8	3,9
Centro	4,3	51,8	34,3	9	1,3	55	37,3	5,6
Lazio	4,5	50,8	34,8	8,9	1,8	53,3	37,6	6,4
Sud	3,8	52	31,3	12,3	0,5	48,5	41,5	8,8
Isole	3,2	47	33,9	15,2	0,9	45,2	43,4	9,4

Fonte: Elaborazione dati ISTAT
*Per cento famiglie con le stesse caratteristiche

In generale, dal 2004 al 2014, in Italia è cresciuto il numero di famiglie che hanno dichiarato l'impossibilità di risparmiare: dal 68,1% del 2004 il dato cresce al 71,6% del 2014. Nella regione Lazio la percentuale di famiglie che non riescono a risparmiare è pari al 75,3% nel 2014, un dato superiore a quello dalla ripartizione geografica di appartenenza e che avvicina la regione alle altre del Sud e delle Isole. Inoltre, l'incremento che è stato registrato dal 2004 vede un aumento della quota di famiglie del +6% a fronte del 3,5% registrato a livello nazionale.

Tab. 51 – Famiglie residenti che non riescono a risparmiare per ripartizione geografica - 2004-2014

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Italia	68,1	68	66,3	66,3	65,7	65,2	65,4	65,2	70,6	70,3	71,6
Nord-ovest	63,1	62,3	60,3	61	61	58,7	60,3	58,9	66	66,2	64,6
Nord-est	60,5	60,4	56,6	57,9	56,7	57	56,4	55,7	62,7	63,4	65,3
Centro	66,7	66,1	65,7	64,3	65,2	65,9	64,7	67,1	68,1	68,8	74,9
Lazio	69,3	68,8	68,7	67	66,5	67,3	67,9	66,5	73,6	68,6	75,3
Sud	76,3	77,1	76	76,2	74,7	75,3	74,3	73,8	79,1	77,2	79,9
Isole	81,1	82,1	81,9	79,5	77,6	76,4	79,3	79,1	85,2	83,4	78,5

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Condizioni abitative

Un aspetto rilevante della qualità abitativa è il comfort spaziale, definito come rapporto tra dimensione (metri quadrati o numero di stanze) e numero di componenti e tipologia della famiglia. Situazioni di disagio si possono verificare se una famiglia si trova a vivere in uno spazio ristretto, in un alloggio non adeguato per dimensioni al numero dei suoi componenti, che rischiano così di vedere limitata la propria privacy e la propria libertà. In letteratura il disagio spaziale è molto studiato per vari motivi, perché compromette la qualità dell'abitare, con possibili effetti negativi sullo stato di salute, sul benessere fisico e mentale delle persone. In situazioni di sovraffollamento può essere più difficile mantenere buone condizioni igieniche e può aumentare il rischio di diffusione di malattie, specie respiratorie e infettive, e di incidenti domestici. Un affollamento eccessivo può essere anche causa di stress e amplificare le tensioni familiari.

Una prima misura dello stato di affollamento, utilizzata a livello europeo, è data dal rapporto tra la superficie dell'abitazione e il numero di componenti della famiglia. Questo approccio mette in evidenza la comodità, in termini di spazio, dell'abitazione in cui la famiglia vive. Nel 2014 in media in Italia 2,7 famiglie su 100 vivono in condizioni di affollamento. Nella regione Lazio la situazione di sovraffollamento delle famiglie è in linea col dato nazionale (2,8) e, in generale, in linea anche con la diminuzione che si è verificata negli anni dal 2004 al 2014 di questo indice, a testimonianza di un miglioramento delle condizioni abitative delle famiglie.

Tab. 52 – Indice di affollamento medio (per famiglie con le stesse caratteristiche) - rispetto ai metri quadri per ripartizione geografica –2004-2014

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Italia	2,9	2,9	2,9	2,8	2,8	2,7	2,7	2,8	2,7	2,7	2,7
Nord-ovest	2,8	2,7	2,8	2,7	2,7	2,6	2,7	2,7	2,7	2,7	2,6
Nord-est	2,6	2,6	2,6	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Centro	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,7
Lazio	3	3	3	3	3	2,9	2,9	2,9	2,8	2,8	2,8
Sud	3,3	3,2	3,2	3,1	3,1	3	3,1	3,1	3	3	3
Isole	3,1	3	3	2,9	2,9	2,8	2,8	2,7	2,8	2,8	2,7

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Persone con limitazioni funzionali (ex-Disabilità)

Lo studio dell'inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi è stato realizzato grazie all'inserimento di un modulo ad hoc nell'Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, realizzato nell'ambito del progetto "Sistema di Informazione Statistica sulla Disabilità", promosso dalla convenzione, stipulata nel 2011, tra l'Istituto nazionale di statistica e il Ministero del lavoro e delle politiche sociali con la collaborazione dell'Osservatorio sulla condizione delle persone con disabilità. I dati sono aggiornati al 2013. L'approccio utilizzato è basato sulla nuova definizione di disabilità proposta con la classificazione ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità approvata il 22 maggio 2001[18]. Con questa nuova classificazione la disabilità non è più concepita come riduzione delle capacità funzionali determinata da una malattia o menomazione, ma come la risultante di un'interazione tra condizioni di salute e fattori contestuali (personali e ambientali) da qui lo studio relativo proprio all'inclusione sociale di questi soggetti e non solamente relativa ai problemi funzionali. La disabilità, quindi, non è più vista come una condizione della persona, ma come il risultato negativo dell'interazione tra un singolo individuo e ambiente. La disabilità è, infatti, definita come: "Il termine ombrello per menomazioni, limitazioni dell'attività e restrizioni alla partecipazione. Esso indica gli aspetti negativi dell'interazione tra un individuo (con una condizione di salute) e i fattori contestuali di quell'individuo".

[18] Resolution WHA 54.21. Si veda il sito http://www.who.int/classifications/icf/en/.

Le persone con limitazioni funzionali, e non più persone con disabilità, sono coloro che presentano difficoltà in una o più di queste dimensioni: dimensione fisica, riferibile alle funzioni del movimento e della locomozione, circa 1,5 milioni di persone, pari al 2,6% della popolazione di sei anni e più; sfera di autonomia nelle funzioni quotidiane, quasi 2 milioni di persone, il 3,4%, (ci si riferisce alle attività di cura della persona, come vestirsi o spogliarsi, lavarsi mani, viso, o il corpo, tagliare e mangiare il cibo, ecc.); ambito della comunicazione, che riguarda le funzioni della vista, dell'udito e della parola, circa 900 mila persone, l'1,5% della popolazione; confinamento: vi sono 1 milione e 400 mila persone (il 2,5% della popolazione di sei anni e più) che riferiscono di essere costrette a stare a letto, su una sedia o a rimanere nella propria abitazione per impedimenti di tipo fisico o psichico[19].

Analizzando i dati relativi alle persone di 15 anni e più con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi in base ai tipi di difficoltà vissute in alcune azioni della vita quotidiana, si osserva che le condizioni peggiori sono vissute dalla popolazione residente nelle regioni del Sud, cui seguono i residenti delle regioni del Centro. Nel 2013 nel Centro la percentuale delle persone che non riescono ad uscire di casa per motivi di salute o per barriere ambientali è pari al 27,2% (a fronte del 24,1% nel Nord e del 32,5% nel Sud), il 23,6% non accede agli edifici per motivi di salute o per barriere ambientali (a fronte del 20,9% nel Nord e del 29,4% nel Sud) e il 27,7% non riesce ad utilizzare i trasporti pubblici per motivi di salute o per barriere ambientali (a fronte del 22,2% nel Nord e del 30,7% nel Sud). Scendendo nel dettaglio regionale, nel Lazio la percentuale delle persone di 15 anni e più con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi che hanno difficoltà ad uscire di casa per motivi di salute o per barriere ambientali è pari al 28,9%, un dato più elevato di quello nazionale (27,9%) e di quello della ripartizione geografica di appartenenza. Anche riguardo alle altre due difficoltà di azione considerate il Lazio si posiziona vicino alle regioni del Sud Italia: sono pari al 24,5% le persone di 15 anni e più con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi che hanno difficoltà ad accedere agli edifici per motivi di salute o per barriere ambientali (dato di poco inferiore a quello nazionale, 24,7%) mentre sono pari al 31,7% le persone di 15 anni e più con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi che hanno difficoltà ad utilizzare i trasporti pubblici per motivi di salute o per barriere ambientali (a fronte del dato nazionale pari al 26,5%).

Dall'archivio dei beneficiari delle prestazioni pensionistiche Inps, è possibile identificare i percettori di indennità di accompagnamento, con i quali si ritiene di poter approssimare lo stato di disabilità grave[20]. Complessivamente, nel 2014,

[19] Dall'Audizione del Presidente dell'Istituto nazionale di statistica, 11° Commissione "Lavoro, previdenza sociale" del Senato della Repubblica – Roma, 5 aprile 2016.

[20] Si tratta di coloro che percepiscono l'indennità di accompagnamento in quanto riconosciuti in condizione di gravità, secondo la normativa vigente, da una commissione medico legale operante nelle Asl.

sono oltre 2 milioni le persone con disabilità grave che percepiscono indennità di accompagnamento, di cui 1 milione e 500 mila anziani. La quota risulta essere significativamente più alta nelle regioni del centro-sud ed, in particolare, in Calabria, Umbria e Sardegna rispettivamente con 5,0 persone con grave disabilità su 100, 4,9 e 4,7. La regione Lazio, con 3,8 persone con grave disabilità su 100, si posiziona al di sopra della media nazionale (3,5).

Vulnerabilità sociale e materiale

L'Istat ha costruito un indice di vulnerabilità sociale e materiale al fine di poter dare un valore a diversi aspetti di un fenomeno che per definizione è multidimensionale. L'indice è costruito combinando sette indicatori elementari che descrivono le principali dimensioni del fenomeno in oggetto considerando sia gli aspetti "materiali" sia quelli "sociali"[21]. I valori dell'indice misurano diversi gradi di esposizione della popolazione a condizioni di vulnerabilità che non necessariamente si traducono in un'effettiva situazione di disagio materiale e sociale. I dati, riferiti al 2011, mostrano una situazione molto poliedrica che caratterizza la regione Lazio.

Prendendo in esame l'indice di vulnerabilità sociale e materiale i dati, riferiti al 2011, mostrano una situazione molto poliedrica che caratterizza la regione Lazio. I comuni laziali con l'indice di vulnerabilità più elevato sono Viticuso (104,1)[22],

[21] Gli indicatori elementari utilizzati nella costruzione dell'indice sono: incidenza percentuale della popolazione di età compresa fra 25 e 64 anni analfabeta e alfabeta senza titolo di studio; incidenza percentuale delle famiglie con 6 e più componenti; incidenza percentuale delle famiglie monogenitoriali giovani (età del genitore inferiore ai 35 anni) o adulte (età del genitore compresa fra 35 e 64 anni) sul totale delle famiglie; incidenza percentuale delle famiglie con potenziale disagio assistenziale, ad indicare la quota di famiglie composte solo da anziani (65 anni e oltre) con almeno un componente ultraottantenne; incidenza percentuale della popolazione in condizione di affollamento grave, data dal rapporto percentuale tra la popolazione residente in abitazioni con superficie inferiore a 40 mq e più di 4 occupanti o in 40-59 mq e più di 5 occupanti o in 60-79 mq e più di 6 occupanti, e il totale della popolazione residente in abitazioni occupate; incidenza percentuale di giovani (15-29 anni) fuori dal mercato del lavoro e dalla formazione scolastica; incidenza percentuale delle famiglie con potenziale disagio economico, ad indicare la quota di famiglie giovani o adulte con figli nei quali nessuno è occupato o è ritirato da lavoro. Per ulteriori approfondimenti si veda: http://ottomilacensus.istat.it/download-dati/. I dati relativi alla struttura per età sono tutti derivanti da calcoli effettuati sui microdati della popolazione residente per età e comune.

[22] Per costruzione i valori sono tutti compresi nell'intervallo (70;130). L'indice di vulnerabilità è stato calcolato tramite una procedura informatica che permette di effettuare una valutazione dei diversi metodi di sintesi attraverso l'analisi di robustezza dei risultati (COMposite Index Creator COMIC, programma per il calcolo di indicatori compositi e relativa analisi di influenza sviluppato

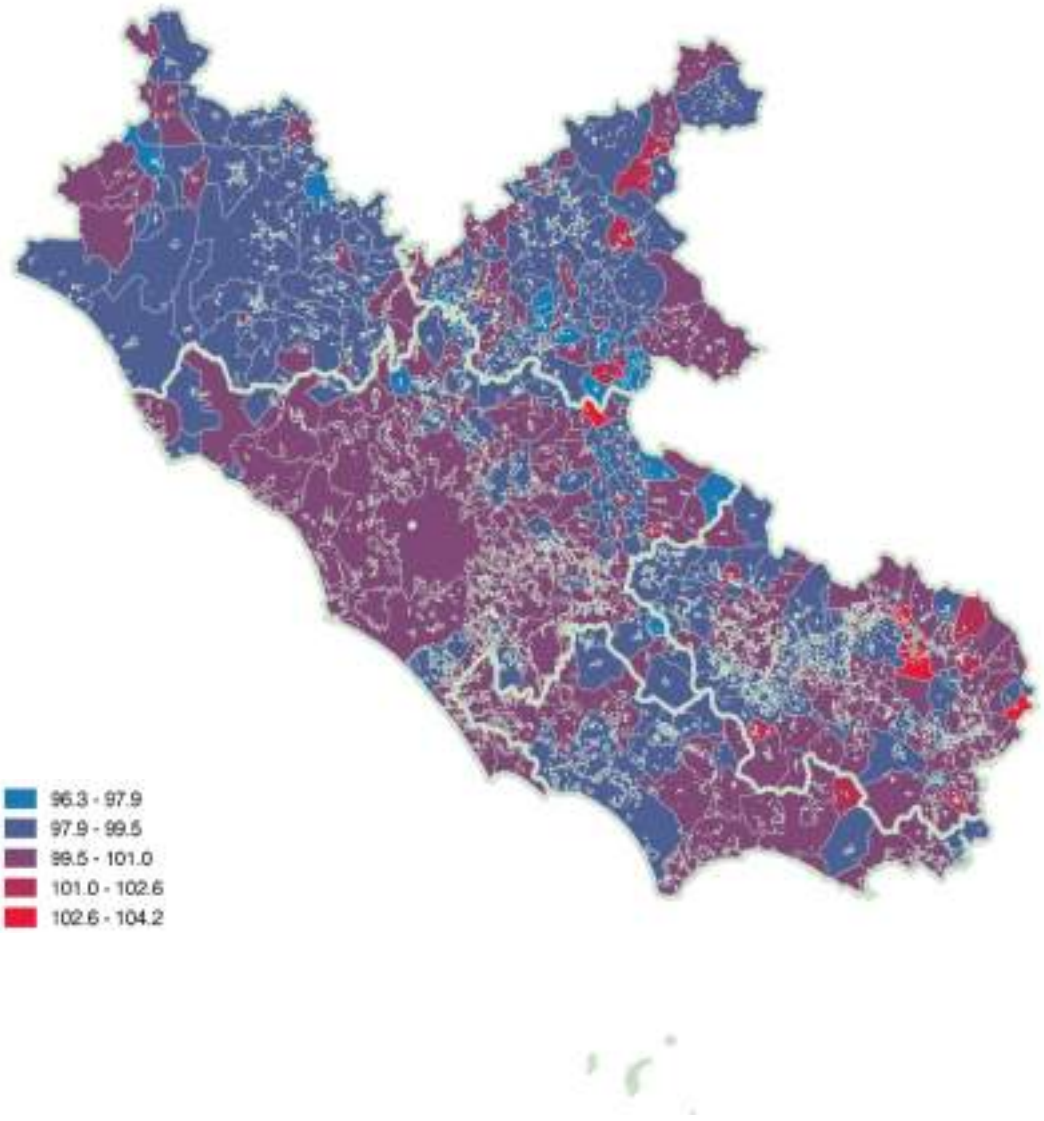
Casalattico (103,5), Posta Fibreno (103), tutti afferenti alla provincia di Frosinone: questi tre comuni ricoprono le ultime posizioni nella graduatoria dei 378 comuni laziali stilata considerando l'indice di vulnerabilità. Nella provincia di Latina i tre comuni con il più alto valore dell'indice sono Ventotene (102,7), Ponza (101,6), Campodimele (101,2), rispettivamente al 5°, 11° e 13° posto nella graduatoria dei comuni laziali. Nella provincia di Rieti i tre comuni con il più alto valore dell'indice sono Posta (102), Pozzaglia Sabina (101,7), Castel Sant'Angelo (101,6), rispettivamente al 7°, 8° e 9° posto nella graduatoria dei comuni laziali. Nella provincia di Roma i tre comuni con il più alto valore dell'indice sono Percile (102,7), Roiate (101,5), Castel San Pietro Romano (100,9), rispettivamente al 4°, 12° e 21° posto nella graduatoria dei comuni laziali. Infine, nella provincia di Viterbo i tre comuni con il più alto valore dell'indice sono Farnese (100,2), Civitella D'Agliano (100,3), Cellere (100,4), rispettivamente al 51°, 58° e 68° posto nella graduatoria dei comuni laziali.

Sul versante opposto troviamo i comuni di Castel di Tora (96,4), Vallepietra (96,6), Collegiove (96,8), il primo ed il terzo nella provincia di Rieti mentre il secondo in quella di Roma, che ricoprono rispettivamente le prime tre posizioni con il valore dell'indice di vulnerabilità più basso tra tutti i comuni della regione. Ritornando all'analisi dei primi comuni per ogni provincia con valori elevati dell'indice di vulnerabilità troviamo, dopo i comuni della provincia di Frosinone, i comuni di Percile (Rm), Posta (Ri), Ventotene (Lt), Pozzaglia Sabina (Ri), Castel Sant'Angelo (Ri), Ponza (Lt), Roiate (Rm), Campodimele (Lt), Tolfa (Rm), Farnese, Civitella d'Agliano e Gradoli, gli ultimi tre appartenenti alla provincia di Viterbo. Considerando infine i capoluoghi di provincia, sebbene i valori dell'indice non siano molto diversi tra le cinque città capoluogo, si osserva che Frosinone e Roma sono i capoluoghi a raggiungere la posizione peggiore collocandosi rispettivamente al 303esimo e al 230esimo posto della graduatoria dei comuni laziali. Posizioni migliori si riscontrano per Latina (128esimo posto), Rieti (125esimo) e Viterbo (92esimo).

---

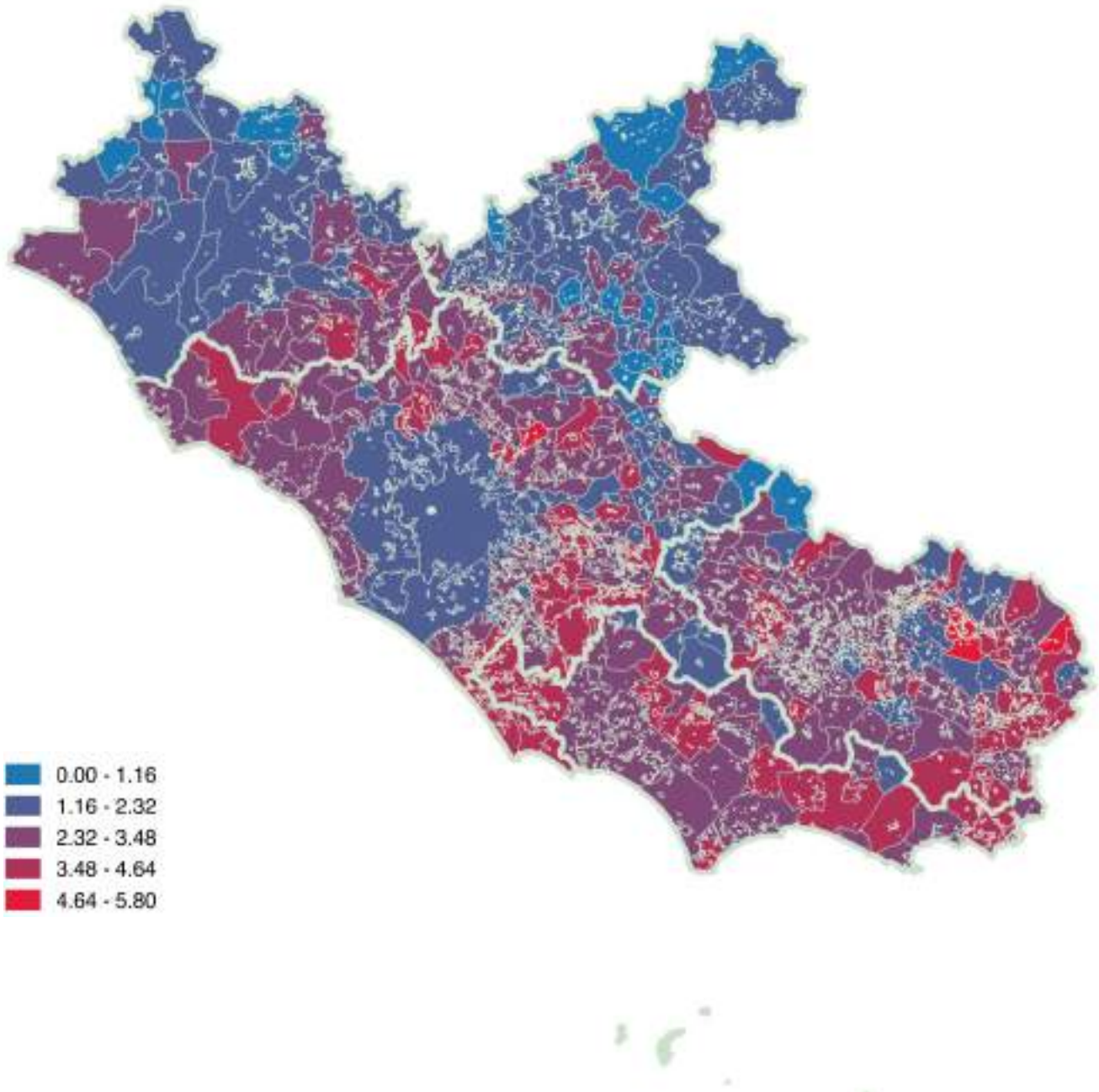
nell'ambito delle attività della commissione scientifica del progetto sul Benessere Equo Sostenibile).

Fig. 1 – Cartogramma dell'indice di vulnerabilità sociale e materiale per comune



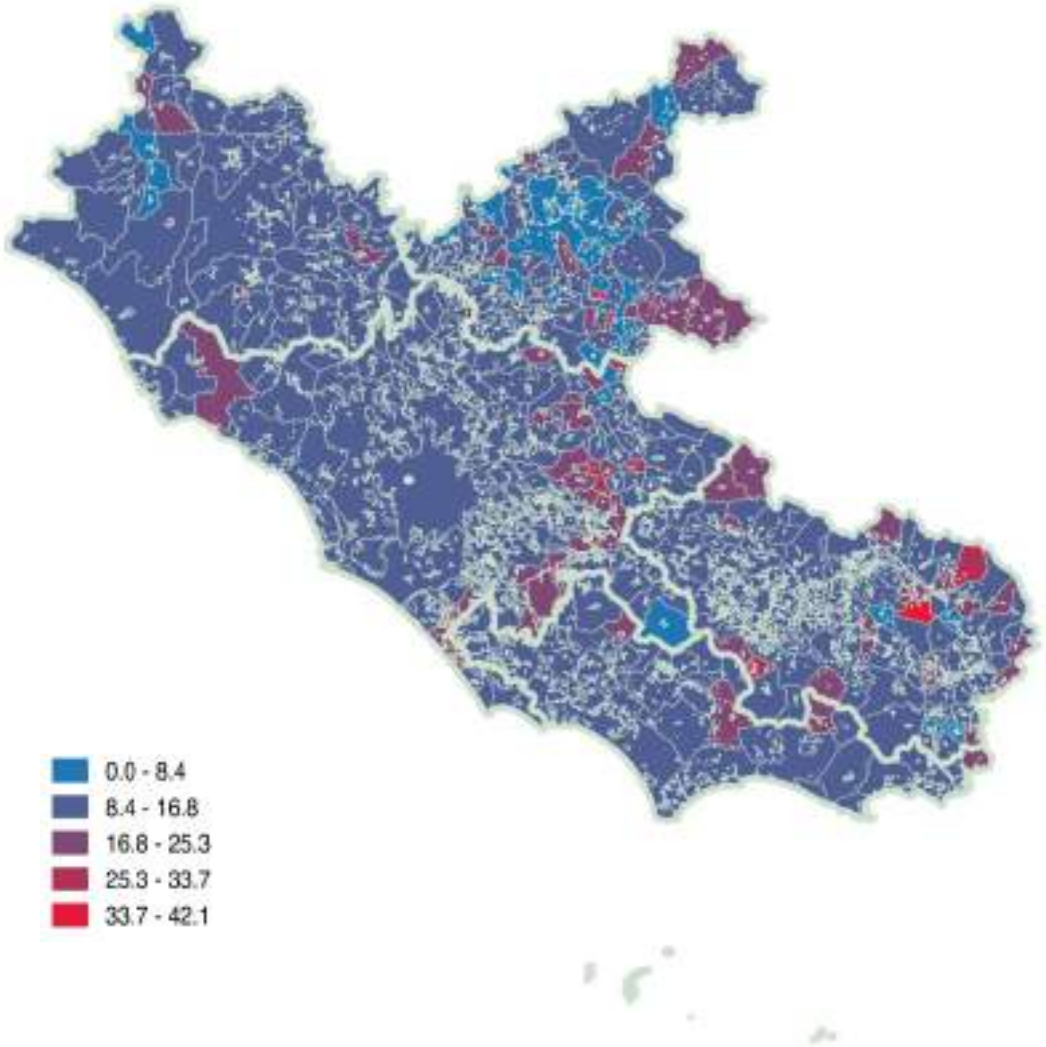
Nel 2011 i comuni laziali con l'incidenza più elevata di famiglie in potenziale disagio economico sono Ponza (in provincia di Latina col 5,8%), Casalattico (in provincia di Frosinone col 5,4%), Ventotene (Latina, 5,4%), Casalvieri (Frosinone, 5,1%), Sant'Angelo Romano (Roma, 4,9%) e San Biagio Saracinisco (Frosinone, 4,8%). Nella provincia di Rieti il comune con il più alto valore dell'indice è Poggio Catino (3,2%) che si posiziona al 102esimo posto nella graduatoria dei comuni laziali. Nella provincia di Viterbo i tre comuni con il più alto valore dell'indice sono Sutri (3,8%), Fabrica di Roma (3,8%), Faleria (3,5%) rispettivamente al 41°, 44° e 61° posto nella graduatoria dei comuni laziali.

Fig. 2 - Cartogramma dell'incidenza delle famiglie con potenziale disagio economico* per comune



Nel 2011 i comuni laziali con l'incidenza più elevata di giovani (15-29 anni) fuori dal mercato del lavoro e dalla formazione scolastica sono Casalattico (in provincia di Frosinone col 42,1%), Vivaro Romano (Roma, 30,4%), Settefrati (Frosinone, 27,2%), Capranica Prenestina (Roma, 27,1%), Ascrea (Rieti, 27%) e Villa Santo Stefano (Frosinone, 26%). Nella provincia di Latina i tre comuni con il più alto valore dell'indice sono Ponza (24,2%), Castelforte (19,7%), Roccasecca dei Volsci (19,7%) rispettivamente al 11°, 22° e 23° posto nella graduatoria dei comuni laziali. Nella provincia di Viterbo i tre comuni con il più alto valore dell'indice sono Villa San Giovanni in Tuscia (24,2%), Gradoli (19,7%), Onano (19,7%) rispettivamente al 16°, 37° e 38° posto nella graduatoria dei comuni laziali.

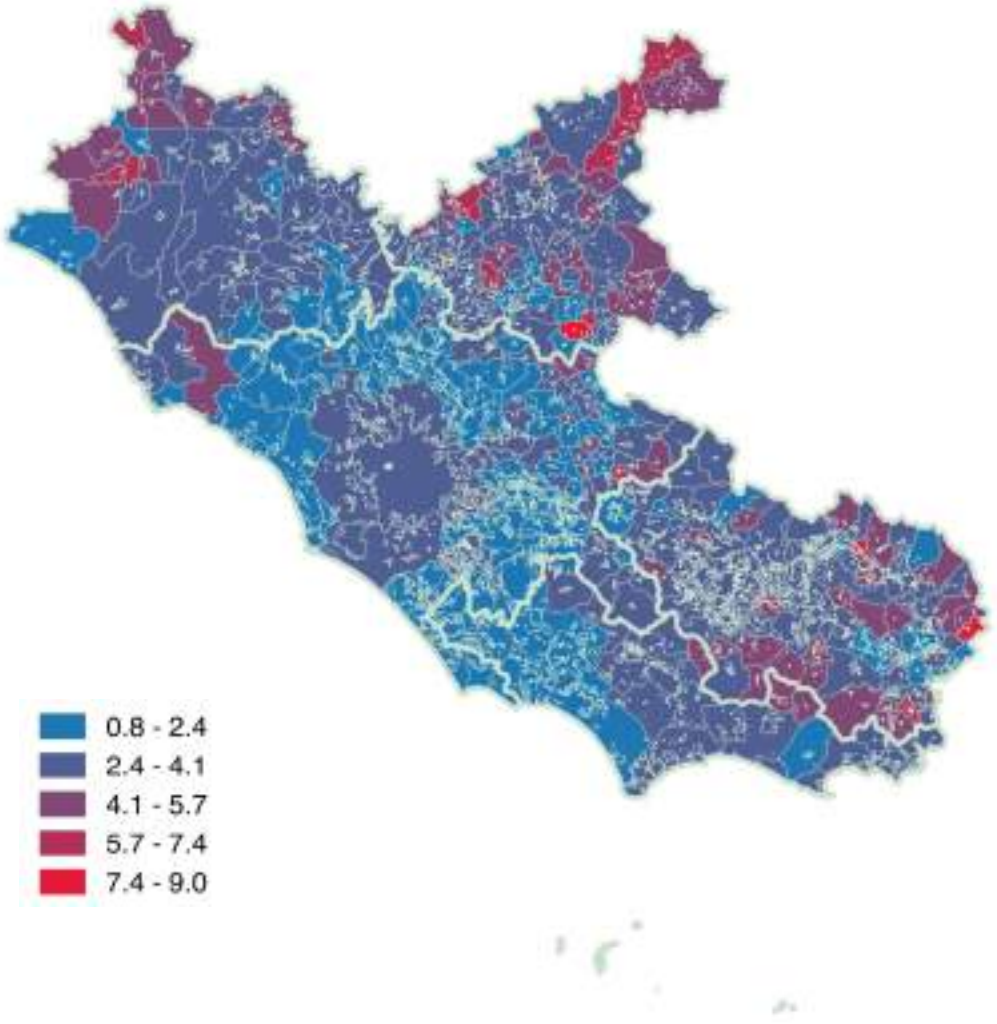
Fig. 3 - Cartogramma dell'incidenza di giovani fuori dal mercato del lavoro e dalla formazione* per comune



*Incidenza percentuale di giovani (15-29 anni) fuori dal mercato del lavoro e dalla formazione scolastica.

Nel 2011 i comuni laziali con l'incidenza più elevata di famiglie in potenziale disagio di assistenza sono Posta Fibrieno (in provincia di Frosinone col 9%), Pozzaglia Sabina (Rieti, 8,2%), Viticuso (Frosinone, 8%), Vallemaio (Frosinone, 6,9%), Paganico Sabino (Rieti, 6,7%) e Cellere (Viterbo, 6,6%). Nella provincia di Latina i tre comuni con il più alto valore dell'indice sono Campodimele (5,3%), Prossedi (4,6%), Lenola (4,2%) rispettivamente al 24°, 46° e 73° posto nella graduatoria dei comuni laziali. Nella provincia di Roma i tre comuni con il più alto valore dell'indice sono Sant'Angelo Romano (4,9%), Camerata Nuova (4,3%), Lariano (4,2%) rispettivamente al 5°, 14° e 15° posto nella graduatoria dei comuni laziali. Nella provincia di Viterbo, dopo Cellere, i tre comuni con il più alto valore dell'indice sono Proceno (5,8%), Grotte di Castro (5,7%), Farnese (5,5%) rispettivamente al 12°, 15° e 16° posto nella graduatoria dei comuni laziali.

Fig. 4 - Cartogramma dell'incidenza delle famiglie in potenziale disagio di assistenza* per comune



* Incidenza percentuale delle famiglie con potenziale disagio assistenziale, ad indicare la quota di famiglie composte solo da anziani (65 anni e oltre) con almeno un componente ultraottantenne.

Fig. 5 - Incidenza delle famiglie con potenziale disagio economico per distretti sociosanitari

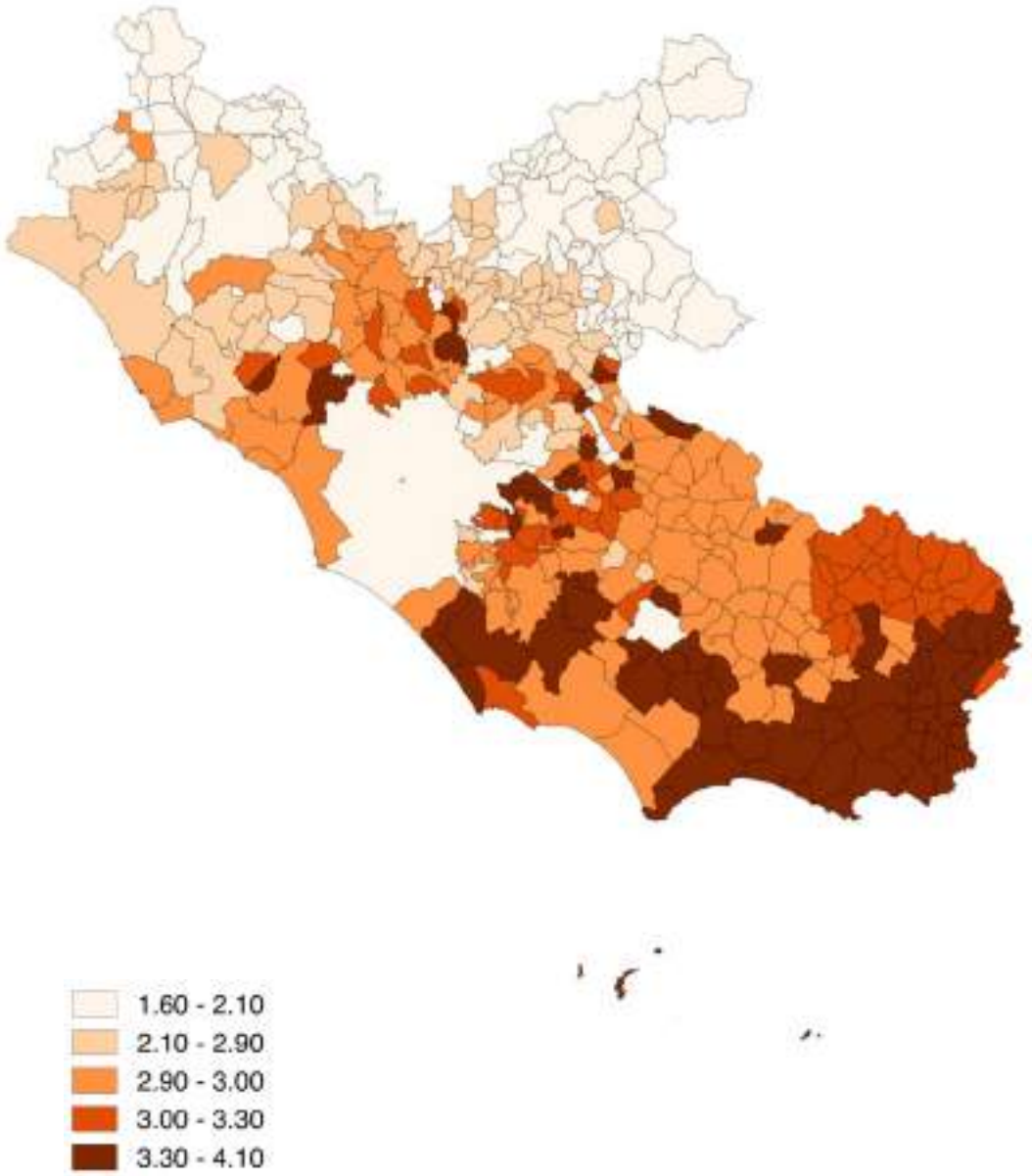


Fig. 6 - Incidenza delle famiglie in potenziale disagio di assistenza per distretti sociosanitari

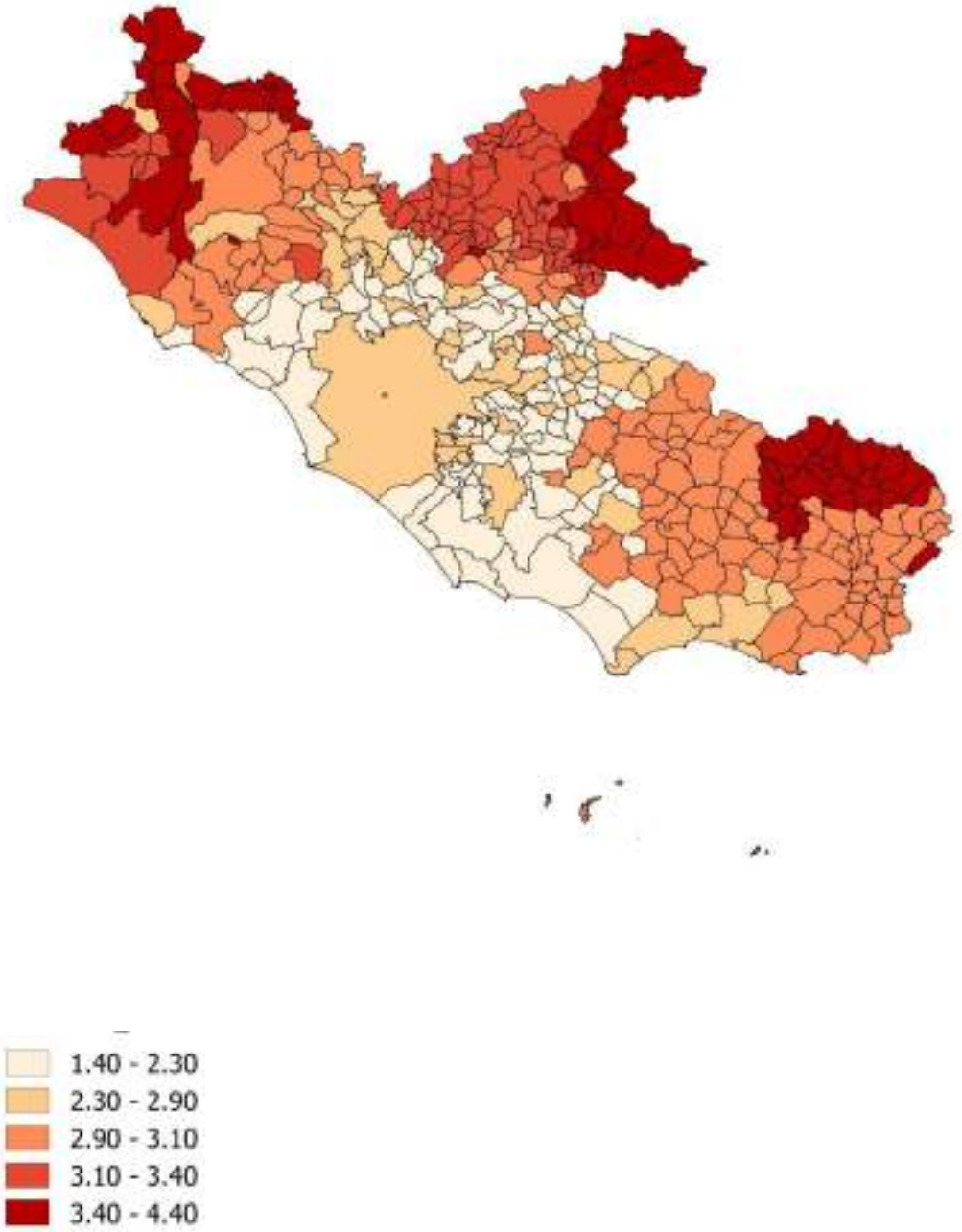


Fig. 7 - Incidenza di giovani fuori dal mercato del lavoro e dalla formazione per distretti sociosanitari

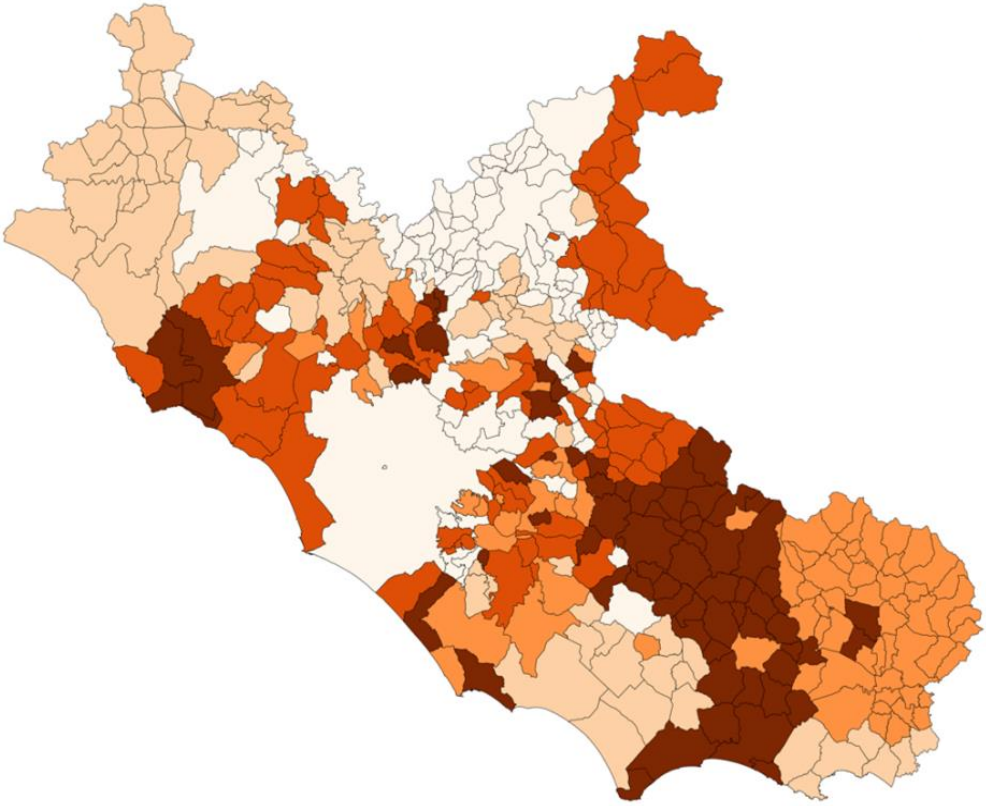
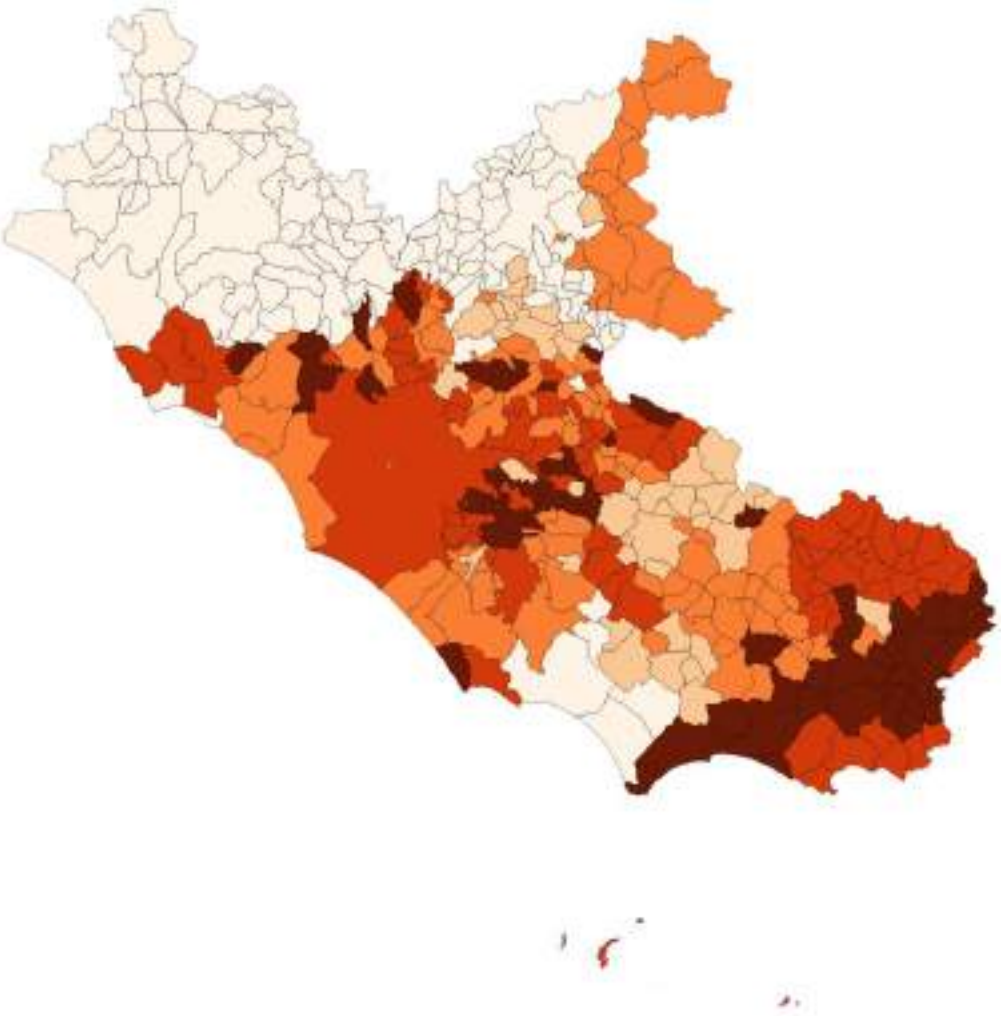


Fig. 8 - Indice di vulnerabilità sociale e materiale per distretti sociosanitari


98.50 - 99.20
99.20 - 99.40
99.40 - 99.60
99.60 - 99.80
99.80 - 100.20

Livello di istruzione e abbandoni scolastici

In Italia nel 2015 oltre il 43% della popolazione dai 15 anni in su è in possesso di un titolo di studio della scuola secondaria superiore (diploma di maturità della durata di almeno 4 anni) e di questo gruppo il 13,1% è in possesso anche della laurea o di un titolo post-laurea. Questo dato viene superato da alcune regioni del Nord Italia (la Liguria col 45,4% e l'Emilia Romagna col 45%) e da tre regioni del Mezzogiorno (Abruzzo 47,6%, Molise 44,3% e Basilicata 43,8%) ma le performance migliori in termini di possesso di titoli di studio superiore si registrano nella ripartizione del Centro col 49,5% della popolazione con almeno un diploma di maturità. In particolare, scendendo nel dettaglio regionale della ripartizione, è la regione Lazio a detenere il primato col 54,2% della popolazione con un titolo di istruzione secondaria superiore: il 36,1% della popolazione laziale è in possesso del titolo del diploma di maturità mentre il 18,1% ha una laurea o un titolo post-laurea.

Osservando le quote relative alla popolazione residente con la licenza di scuola elementare o nessun titolo di studio in Italia nel 2015 ancora un quinto della popolazione si trova in questa condizione (19,2%). Nelle regioni del Mezzogiorno, inoltre, questa percentuale è ancora più elevata. Anche in questo caso fa eccezione la regione Lazio con la più esigua percentuale di popolazione in possesso della licenza elementare o di nessun titolo di studio, pari al 13,8% sul totale della popolazione residente nella regione.

Tab. 60 – Popolazione di 15 anni ed oltre per regioni e titolo di studio. Anno 2015, valori percentuali di riga

	licenza di scuola elementare, nessun titolo di studio	licenza di scuola media	diploma 2-3 anni (qualifica professionale)	diploma 4-5 anni (maturità)	laurea e post-laurea
ITALIA	19,2	32,1	5,4	30,2	13,1
NORD-OVEST	17,3	32,3	7,7	29,0	13,7
Piemonte	18,2	33,1	7,6	28,8	12,2
Valle d'Aosta	18,3	36,4	5,4	28,6	11,3
Liguria	17,2	31,4	6,0	30,9	14,5
Lombardia	16,9	32,0	8,0	28,8	14,3
NORD-EST	18,1	30,8	9,0	28,7	13,4
Trentino Alto Adige	14,9	31,6	15,3	25,5	12,8
Bolzano-Bozen	15,8	33,1	16,1	23,1	11,8
Trento	14,0	30,2	14,5	27,7	13,7
Veneto	18,5	31,5	9,9	28,0	12,2
Friuli Venezia Giulia	16,8	31,8	8,7	30,0	12,8
Emilia Romagna	18,8	29,5	6,6	30,0	15,1
CENTRO	17,4	28,7	4,4	33,6	15,9
Toscana	21,0	30,0	4,4	30,6	14,0
Umbria	20,1	26,8	5,4	33,4	14,2
Marche	20,6	28,9	5,5	31,5	13,5
Lazio	13,8	28,2	3,8	36,1	18,1
MEZZOGIORNO	22,4	34,5	2,2	29,8	11,0
Abruzzo	20,6	29,0	2,8	34,7	12,9
Molise	22,9	29,8	3,1	31,3	13,0
Campania	20,9	35,2	2,3	30,2	11,4
Puglia	24,5	35,0	2,4	28,1	10,0
Basilicata	23,0	29,7	3,5	32,6	11,3
Calabria	24,2	30,8	2,2	31,1	11,7
Sicilia	22,7	35,8	1,8	29,5	10,2
Sardegna	20,6	38,6	2,2	27,2	11,3

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

In Italia nel 2014 il 15% dei giovani dai 18 ai 24 anni d'età ha abbandonato prematuramente il proprio percorso di studi scolastici. Si tratta di un fenomeno che riguarda in misura maggiore la popolazione maschile col 17,7% di abbandoni a fronte del 12,2% degli abbandoni nella popolazione femminile.

Scendendo nel dettaglio territoriale è il Mezzogiorno a presentare le percentuali di abbandoni scolastici più elevate, il 22,8% dei maschi e il 15,7% delle femmine. Nella ripartizione del Centro, viceversa, si riscontrano valori più contenuti, al di sotto della media nazionale, con il 14,4% degli abbandoni maschili e il 10,7% degli abbandoni femminili. Nella regione Lazio si assiste ad uno scarto minore tra la percentuale di abbandoni maschili e quelli femminili: mentre la percentuale di abbandoni scolastici dei maschi è pari al 13,8%, in media col dato della ripartizione, gli abbandoni scolastici femminili raggiungono l'11,2%, un dato superiore a quello della ripartizione geografica di riferimento.

Tab. 61 – Giovani dai 18 ai 24 anni d'età che abbandonano prematuramente gli studi. Anno 2014, valori percentuali

	Maschi	Femmine	Totale
ITALIA	17,7	12,2	15
NORD-OVEST	15,7	10	12,9
Piemonte	16,2	9	12,7
Valle d'Aosta	18,9	13,4	16,2
Liguria	15,7	11,5	13,6
Lombardia	15,4	10,2	12,9
NORD-EST	12,4	8,8	10,6
Trentino Alto Adige	12,8	8,8	10,9
Bolzano-Bozen	15,8	10,3	13,1
Trento	9,7	7,3	8,5
Veneto	8,9	7,9	8,4
Friuli Venezia Giulia	16	6	11,1
Emilia Romagna	15,6	10,6	13,2
CENTRO	14,1	10,7	12,4
Toscana	16,7	10,8	13,8
Umbria	8,8	9,3	9,1
Marche	12,4	9,4	10,9
Lazio	13,8	11,2	12,5
MEZZOGIORNO	22,8	15,7	19,4
Abruzzo	14,1	4,8	9,6
Molise	18,1	5,8	12,1
Campania	22,3	16,9	19,7
Puglia	20,1	13,5	16,9
Basilicata	14	10,4	12,3
Calabria	21,8	11,7	16,8
Sicilia	27,4	20,5	24
Sardegna	29,6	17	23,5

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

Cause di morte

Al fine di studiare ed analizzare la mortalità nella Regione Lazio sono state utilizzate quali fonti di dati da un lato il Registro Nominativo delle Cause di Morte del Lazio (ReNCaM), aggiornato al 31/12/2014, attivo nel

Lazio dal 1987. Per ogni decesso, oltre alle informazioni di carattere socio-demografico, è specificato luogo, data e causa di morte (codici ICD-9-CM); dall'altro la Rilevazione ISTAT sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile del 1 Gennaio degli anni in studio. La suddivisione per ASL e distretto all'interno del comune di Roma è stata ricavata riproporzionando il dato ISTAT in base alla popolazione residente per circoscrizione ricavata dell'anagrafe di Roma.

L'aggiornamento dell'analisi di mortalità si riferisce al periodo 2013-2014. Per ogni livello di disaggregazione territoriale considerata sono stati calcolati i tassi di mortalità grezzi, i tassi standardizzati per età (metodo diretto) e i Rischi Relativi (riferimento: valore medio regionale)[23].

Tab. 62 – Mortalità nelle ASL del Lazio – Periodo 2013-2014

	Donne				Uomini			
Distretti	Decessi	T. Grezzo	T. Std	RR	Decessi	T. Grezzo	T. Std	RR
Lazio	54.949	950.6	800.3	1.00	52.013	975.1	1.190.4	1.00
Comune di Roma	28.355	1.014.9	779.7	0.97	25.165	1.013.2	1.138.0	0.96
ASL Roma 1	10.758	1.039.1	730.8	0.91	9.117	1.006.1	1.046.4	0.88
Ex RMA	5.314	1.080.9	707.7	0.88	4.344	987.3	1.002.2	0.84
Ex Municipio I	1.101	979.5	666.9	0.83	982	764.7	839.2	0.70
Ex Municipio II	1.470	1.172.1	684.1	0.85	1.038	1.069.8	954.4	0.80
Ex Municipio III	636	1.223.6	697.0	0.87	425	1.012.7	955.1	0.80
Ex Municipio IV	2.107	1.044.0	752.0	0.94	1.899	1.100.3	1.169.9	0.98

[23] Il tasso grezzo rappresenta il numero di decessi osservati nella popolazione in studio al 31/12/2014. Il tasso standardizzato di mortalità è calcolato per favorire la confrontabilità nelle aree in studio disomogenee nella struttura per età. I tassi sono calcolati utilizzando la distribuzione per età della popolazione del Lazio (media del biennio 2013-2014) come riferimento. I tassi sono standardizzati con metodo diretto e si interpretano come il tasso che si osserverebbe nella popolazione in studio se questa avesse la distribuzione per età della popolazione scelta come riferimento. Infine il rischio relativo (RR), calcolato come rapporto tra due tassi standardizzati (tasso nell'area di interesse diviso il tasso di riferimento del Lazio) esprime l'eccesso di rischio rispetto al valore regionale.

Ex RME	5.444	1.001.3	755.1	0.94	4.773	1.023.9	1.091.4	0.92
Ex Municipio XVII	849	1.233.5	698.6	0.87	656	1.191.6	993.8	0.83
Ex Municipio XVIII	1.396	1.046.0	752.5	0.94	1.227	1.052.9	1.092.0	0.92
Ex Municipio XIX	1.872	1.012.6	785.3	0.98	1.611	1.009.4	1.129.9	0.95
Ex Municipio XX	1.327	847.8	756.6	0.95	1.279	947.6	1.099.5	0.92
ASL Roma 2	12.411	994.1	801.2	1.00	11.178	992.4	1.174.2	0.99
Ex RMB	6.221	888.7	820.4	1.03	6.118	939.2	1.240.2	1.04
Ex Municipio V	1.775	1.044.8	918.5	1.15	1.686	1.094.4	1.322.4	1.11
Ex Municipio VII	1.242	1.042.4	819.7	1.02	1.151	1.066.9	1.271.3	1.07
Ex Municipio VIII	1.574	675.2	840.1	1.05	1.775	768.3	1.323.3	1.11
Ex Municipio X	1.630	916.4	720.3	0.90	1.506	950.4	1.076.7	0.90
Ex RMC	6.190	1.128.7	782.0	0.98	5.060	1.065.6	1.103.0	0.93
Ex Municipio VI	1.391	1.173.6	750.7	0.94	1.222	1.158.3	1.134.5	0.95
Ex Municipio IX	1.567	1.237.6	728.6	0.91	1.100	1.080.3	1.002.8	0.84
Ex Municipio XI	1.775	1.338.7	836.6	1.05	1.462	1.303.2	1.248.7	1.05
Ex Municipio XII	1.457	853.6	825.0	1.03	1.276	821.3	1.035.0	0.87
ASL Roma 3 (Ex RMD)	5.655	973.8	841.8	1.05	5.424	1.042.8	1.267.5	1.06
Fiumicino	469	665.1	841.0	1.05	554	804.5	1.375.1	1.16
Ex Municipio XIII	1.913	875.1	894.2	1.12	1.982	984.2	1.353.1	1.14
Ex Municipio XV	1.538	1.035.8	847.3	1.06	1.474	1.119.7	1.273.4	1.07
Ex Municipio XVI	1.735	1.212.4	786.3	0.98	1.414	1.195.8	1.141.1	0.96
Provincia di Roma	11.335	830.9	865.5	1.08	11.456	882.3	1.298.3	1.09
ASL Roma 4 (Ex RMF)	2.544	795.3	834.8	1.04	2.496	824.8	1.202.0	1.01
RM 4 - 1	823	1.004.8	849.4	1.06	746	986.3	1.248.3	1.05
RM 4 - 2	506	668.3	834.2	1.04	562	777.6	1.239.4	1.04
RM 4 - 3	430	762.8	773.6	0.97	430	810.8	1.137.9	0.96
RM 4 - 4	785	741.4	855.0	1.07	758	745.6	1.167.3	0.98
ASL Roma 5 (Ex RMG)	4.325	879.6	899.4	1.12	4.266	904.0	1.334.1	1.12

RM 5 - 1	711	755.6	928.2	1.16	663	739.8	1.291.8	1.09
RM 5 - 2	949	775.1	897.3	1.12	1.010	850.7	1.343.2	1.13
RM 5 - 3	877	1.052.7	941.6	1.18	814	1.035.1	1.370.0	1.15
RM 5 - 4	408	1.201.3	856.7	1.07	396	1.218.1	1.295.0	1.09
RM 5 - 5	674	835.0	905.7	1.13	725	918.8	1.452.4	1.22
RM 5 - 6	706	914.8	846.5	1.06	658	895.4	1.257.9	1.06
ASL Roma 6 (Ex RMH)	4.466	808.2	853.8	1.07	4.694	895.9	1.323.2	1.11
RM 6 - 1	839	885.6	856.9	1.07	785	890.6	1.254.5	1.05
RM 6 - 2	907	837.6	828.4	1.04	942	927.8	1.288.9	1.08
RM 6 - 3	631	791.5	781.5	0.98	665	904.5	1.269.7	1.07
RM 6 - 4	624	603.1	882.3	1.10	762	746.3	1.376.5	1.16
RM 6 - 5	622	924.1	930.4	1.16	625	969.6	1.490.5	1.25
RM 6 - 6	843	851.1	865.8	1.08	915	971.6	1.317.4	1.11
ASL di Viterbo	3.116	960.7	732.3	0.91	3.070	1.000.3	1.140.8	0.96
VT 1	724	1.268.9	747.5	0.93	704	1.317.9	1.208.4	1.02
VT 2	434	947.2	747.9	0.93	477	1.081.9	1.198.6	1.01
VT 3	1.065	1.093.5	851.0	1.06	1.004	1.116.3	1.318.0	1.11
VT 4	524	809.4	658.6	0.82	507	816.7	993.9	0.83
VT 5	369	622.0	554.7	0.69	378	658.7	850.4	0.71
ASL di Rieti	1.846	1.154.6	784.6	0.98	1.871	1.221.6	1.233.9	1.04
RI 1	855	1.091.2	761.3	0.95	903	1.233.9	1.280.4	1.08
RI 2	392	1.147.3	806.2	1.01	359	1.091.9	1.156.4	0.97
RI 3	280	1.025.9	798.5	1.00	289	1.086.2	1.240.8	1.04
RI 4	150	1.518.5	816.5	1.02	157	1.543.8	1.232.9	1.04
RI 5	169	1.657.5	857.0	1.07	163	1.579.5	1.186.6	1.00
ASL di Latina	4.477	795.6	782.6	0.98	4.674	863.2	1.164.5	0.98
LT 1	848	717.6	825.9	1.03	899	783.1	1.239.2	1.04
LT 2	1.309	764.6	810.4	1.01	1.422	875.7	1.252.9	1.05
LT 3	552	953.7	887.4	1.11	564	994.7	1.306.9	1.10
LT 4	863	808.7	743.6	0.93	940	894.5	1.151.7	0.97

LT 5	905	832.1	703.2	0.88	849	828.4	950.6	0.80
ASL di Frosinone	5.351	1.059.3	849.7	1.06	5.223	1.085.2	1.287.8	1.08
FR A	897	968.2	874.1	1.09	924	1.033.0	1.350.8	1.13
FR B	1.883	1.000.7	815.0	1.02	1.882	1.055.3	1.259.7	1.06
FR C	1.297	1.235.9	884.0	1.10	1.202	1.212.8	1.315.3	1.10
FR D	1.274	1.067.0	850.6	1.06	1.215	1.062.1	1.257.3	1.06

Nel 2014 il tasso di mortalità standardizzato per tutte le cause di morte nel Lazio è di 800 decessi per 100.000 abitanti per le donne e di 1.190 decessi per 100.000 abitanti per gli uomini. In particolare, per le donne i tassi standardizzati più elevati si riscontrano in alcuni territori della ASL Roma 5 (ex RMG) Rm 5-3, Rm 5-1, Rm 5-5, nel distretto sanitario RM 6-5 (ex RMH) e nell'ex Municipio V. Considerando, invece, la popolazione maschile i tassi standardizzati si evidenziano in altri territori laziali e, in particolare, nella Ex RMA, ex Municipio IX, ex Municipio XII, ASL Roma 1 e ex Municipio X.

Persone senza dimora

In Italia nel 2014 sono presenti oltre 50 mila persone senza dimora intercettate nei luoghi presso i quali si recano per ricevere ciò di cui hanno bisogno[24]. Analogamente a quanto già osservato con la precedente indagine realizzata nel 2011, la maggior parte delle persone senza dimora che usano servizi (56%) vive nel Nord del Paese (38% nel Nord-ovest e 18% nel Nord-est), oltre un quinto (23,7%) al Centro e il 20,3% vive nel Mezzogiorno (11,1% nel Sud e 9,2% nelle Isole). Il risultato è fortemente legato all'offerta dei servizi sul territorio e alla concentrazione della popolazione nei grandi centri. Rispetto al 2011, vengono confermate anche le principali caratteristiche delle persone senza dimora: si tratta per lo più di uomini (85,7%), stranieri (58,2%), con meno di 54 anni (75,8%) -

[24] Per definizione, le persone senza dimora appartengono a una popolazione non rintracciabile attraverso un indirizzo di residenza e, quindi, non rilevabile con le tradizionali tecniche di indagine adottate per le famiglie (per le quali il campione viene casualmente estratto dalle liste anagrafiche comunali). Non disponendo di una lista anagrafica delle persone senza dimora, gli obiettivi della ricerca sono stati perseguiti attraverso un approccio metodologico che fa riferimento alla teoria del campionamento indiretto e che si fonda sull'idea di utilizzare come base di campionamento una popolazione per la quale si dispone di una lista di unità legate a quelle appartenenti alla popolazione oggetto di studio; le persone senza dimora sono state, cioè, intercettate nei luoghi presso i quali si recano per ricevere ciò di cui hanno bisogno. I luoghi che le persone senza dimora frequentano sono le sedi che erogano i servizi atti a soddisfare i loro bisogni, ma anche gli spazi pubblici dove abitualmente sostano.

anche se, a seguito della diminuzione degli under 34 stranieri, l'età media è leggermente aumentata (da 42,1 a 44,0)[25].

Tab. 63 - Persone senza dimora per alcune caratteristiche - Anno 2014

	Valori assoluti	Composizione %
RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE		
Nord-ovest	19.287	38,0
Nord-est	9.149	18,0
Centro	11.998	23,7
Sud	5.629	11,1
Isole	4.661	9,2
SESSO		
Maschile	43.467	85,7
Femminile	7.257	14,3
CITTADINANZA		
Straniera	29.533	58,2
Italiana	21.259	41,9
CLASSI DI ETÀ		
18-34	13.012	25,7
35-44	12.208	24,1
45-54	13.204	26
55-64	9.307	18,4
65 e oltre	2.994	5,9
Totale	50.724	100,0

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

La regione Lazio nel 2014 accentra la gran parte delle persone senza dimora del Centro, quasi 8 mila persone su 11.998. Scendendo nel dettaglio comunale e analizzando il dato solo per alcuni comuni, si evince che la quasi totalità vive sul territorio dei comuni di Milano e Roma: insieme questi accolgono ben il 38,9% delle persone senza dimora (23,7% nel capoluogo lombardo, una quota in leggera flessione rispetto al 27,5% del 2011 e 15,2% nella capitale). Palermo è il terzo comune dove vive il maggior numero di persone senza dimora (il 5,7%, quasi 3 punti percentuali in meno rispetto all'8% del 2011), seguono Firenze (3,9%), Torino (3,4%), Napoli (3,1%, in aumento rispetto all'1,9% del 2011) e Bologna (2%).

[25] Si veda il documento al seguente link: http://www.istat.it/it/files/2015/12/Persone_senza_dimora.pdf?title=Le+persone+senza+dimora+-+10%2Fdic%2F2015+-+Testo+integrale.pdf.

Tab. 64 - Persone senza dimora per ripartizione geografica, alcune regioni e grandi comuni. Anno 2014

	Valori assoluti		Composizione percentuale	
	2011	2014	2011	2014
Italia	47.648	50.724	100,0	100,0
Nord-ovest	18.456	19.287	38,8	38,0
Lombardia	15.802	16.003	33,2	31,5
Milano	13.115	12.004	27,5	23,7
Piemonte	2.112	2.259	4,4	4,5
Torino	1.424	1.729	3,0	3,4
Nord-est	9.362	9.149	19,6	18,0
Emilia Romagna	4.394	3.953	9,2	7,8
Bologna	1.005	1.032	2,1	2,0
Centro	10.878	11.998	22,8	23,7
Toscana	2.612	3.559	5,5	7,0
Firenze	1.911	1.992	4,0	3,9
Lazio	8.065	7.949	16,9	15,7
Roma	7.827	7.709	16,4	15,2
Sud	4.133	5.629	8,7	11,1
Campania	1.651	2.481	3,5	4,9
Napoli	909	1.559	1,9	3,1
Isole	4.819	4.661	10,1	9,2
Sicilia	4.625	3.997	9,7	7,9
Palermo	3.829	2.887	8,0	5,7

Fonte: Elaborazione dati ISTAT

REGIONE LAZIO
ASSESSORATO POLITICHE SOCIALI E WELFARE
DIREZIONE SALUTE E POLITICHE SOCIALI

PIANO SOCIALE REGIONALE
"Prendersi Cura, un Bene Comune"

RELAZIONE PER LA GIUNTA REGIONALE

Aprile 2018

Piano Sociale Regionale denominato “Prendersi cura, un Bene Comune”

Avvertenza:

La presente relazione relativa al Piano Sociale Regionale è il frutto di un lavoro di gruppo della Direzione regionale Salute e Politiche Sociali. Riporta l’aggiornamento progressivo dei dati generali dei principali indicatori sociali, degli atti amministrativi adottati nel corso del 2017 e di una analisi del complesso delle risorse finanziarie (nazionali, regionali e locali) finalizzate alla erogazione dei servizi sociali ai cittadini, integrate con il decreto ministeriale attuativo del Reddito di Inclusione (REI), per facilitare la lettura del Piano ai componenti della Commissione ed ai Consiglieri regionali e si pone come anticipazione della Relazione annuale prevista dall’articolo 66 comma 1 della legge regionale n.11 del 10 agosto 2016.

La presente relazione non interviene sui contenuti del Piano Sociale Regionale, la cui costruzione per obiettivi e strategie risponde alla logica dell’idea di una definizione delle politiche regionali in coerenza con gli strumenti di programmazione e che restano confermati dalla Deliberazione della Giunta regionale, ma rappresenta una ordinazione sistematica della generalità delle modifiche di questo seppur breve ma intenso periodo successivo alla entrata in vigore della legge regionale n.11/2016, attuativa della legge n.328/2000, tale da facilitarne la lettura e la comprensione relativamente ad alcuni specifici fattori.

La presente relazione è da considerarsi una nota di lettura per la Giunta e il Consiglio regionale, anticipando sotto alcuni aspetti i contenuti della Relazione annuale citata, che facilita l’approccio all’esame del Piano, tenuto conto di quanto in questo anno è stato prodotto dalla Direzione.

Il lavoro segue alcuni tematismi del Piano Sociale Regionale tenendo conto della programmazione e degli interventi messi in essere nel 2017 dalla Direzione, arricchendo ed aggiornando alcuni dati statistici, con particolare riferimento alla spesa dei Comuni (aggiornata al 2014/2015), della Regione ed ai trasferimenti dello Stato.

Tenuto altresì conto che, nelle more delle procedure di approvazione del Piano Sociale Regionale, con decreto legislativo n.117 del 3 luglio 2017, in attuazione della legge delega n.106/2016, è stato approvato il Codice del Terzo Settore e dal 1 gennaio 2018 è diventato attuativo il REI (Reddito di Inclusione).

(di seguito lo stato dell'arte degli atti previsti dalla legge delega ad aprile 2018 – dato del Forum Nazionale del Terzo Settore).

Premessa:

Con Deliberazione della Giunta regionale n. 57 del 14.02.2017, si è fatto proprio e recepito lo schema di Piano Sociale Regionale elaborato, al termine di un importante percorso partecipato che ha visto presenti gli enti locali, le organizzazioni sindacali e il terzo settore.

Il Piano è stato redatto con il supporto tecnico scientifico dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata, in ATS con Associazione Oasi – Forum Nazionale Terzo Settore e Forum Regionale Terzo Settore, risultata aggiudicataria della procedura di gara ad evidenza pubblica appositamente indetta con determinazione dirigenziale 23 dicembre 2014, n. G 18706.

La Regione Lazio, Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali e l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata, in veste di mandataria dell'ATS, hanno sottoscritto,in data 26 gennaio 2016, apposito contratto - rep.cronologico 18577/2016.

Con la Deliberazione della Giunta regionale n. 214 del 26 aprile 2017 è stata approvata, a seguito dell'iter di consultazione degli organismi ed enti come previsti dall'articolo 47, comma 2 della legge regionale 10 agosto 2016 n.11, la proposta di Piano sociale regionale denominato "Prendersi cura, un bene comune".

Con successiva decisione di Giunta regionale del 4 maggio 2017, n. 17 recante: Proposta di Delibera Consiliare concernente Approvazione del Piano sociale regionale denominato "Prendersi cura, un bene comune"; è stato avviato l'iter consiliare richiesto dal comma 3, dell'art. 47 della L.R.11/2016 per l' approvazione definitiva del Piano.

Il Piano (proposta di deliberazione Consiliare n.77 dell'8 maggio 2017) di cui sopra non è stato approvato entro la chiusura della X legislatura e, pertanto, si rende necessario riavviare l'iter sopra descritto, per la sola parte che riguarda il Consiglio regionale. Si dovrà procedere alla riadozione da parte della Giunta regionale dello schema di Piano, fatte salve le procedure di consultazione, con conseguente nuovo invio del documento programmatico per la sua approvazione definitiva, dopo il passaggio nelle competenti commissioni, al Consiglio regionale.

Il Piano Sociale Regionale assume un valore strategico nell'ambito delle generali politiche di coesione, con particolare riferimento alla spesa sociale nel suo complesso, che a fronte di un consistente calo degli investimenti pubblici, ha registrato un incremento del 6,7%. "*Nel 2015 l'incidenza della spesa pubblica in conto capitale del Lazio sul PIL subisce un forte decremento rispetto all'anno precedente (da 4,8 per cento nel 2014 a 3,9 per cento nel 2015), a seguito della forte riduzione di spesa, mentre il PIL rimane sostanzialmente invariato rispetto al 2014 (circa 29 mila euro pro capite a prezzi 2010). Nel Centro-Nord il rapporto spesa/PIL presenta una riduzione più contenuta, attestandosi al 3,4 per cento, mentre nel Mezzogiorno esso raggiunge livelli molto più elevati (6,9 per cento). Sempre nel 2015 nel Lazio solo il settore delle Politiche sociali registra un incremento di spesa rispetto alla media del triennio precedente, in realtà abbastanza contenuto, pari al 6,7 per cento. In tutti gli altri settori di intervento si osservano decrementi di spesa*"[1]. In questa ottica assume un peso determinante il sistema cooperativo, "*sebbene il movimento cooperativo laziale si configuri come una realtà imprenditoriale molto articolata, assume centralità l'ampio spettro di attività del terziario, in cui il fattore lavoro rappresenta una delle principali dimensioni identitarie (quasi il 90% del totale occupati delle cooperative laziali). In particolare, si segnala un peso occupazionale rilevante nel comparto sociale e sanitario con oltre il 26% dell'occupazione cooperativa regionale".*[2] *(si veda Cartografia in appendice tratta dalla Rivista citata in nota).* Il valore della produzione, secondo i dati citati, a livello settoriale "*fa segnare i maggiori incrementi nell'ambito della cooperazione sociale e sanitaria. Il totale del valore della produzione è cresciuto, infatti, del +37,2% nel 2014 rispetto al 2008. Nel complesso, a fine 2014 un quarto del totale del valore della produzione delle cooperative attive nel Lazio negli anni della crisi fa riferimento alla cooperazione sociale*"[3]

[1] Agenzia per la Coesione Territoriale, Schede Regionali, Lazio n.2/dicembre 2017
[2] Alleanza delle Cooperative Italiane, Le cooperative a Roma e nel Lazio negli anni della crisi (2008-2014), Note e commenti, n. 34 novembre 2015
[3] Ibidem

La concentrazione maggiore, il 69 % delle cooperative, è nell'area metropolitana di Roma, il 18,1% a Latina, il 7,3% a Viterbo, il 5,2 a Frosinone e lo 0,4% a Rieti. Diverso è il valore della produzione che vede un forte incremento nel territorio pontino e nel frusinate nel periodo indicato (2008/2014).

Il settore dei servizi sociali, assieme alla sanità, sono nelle prime posizioni per fabbisogno occupazionale nel periodo 2016/2020, con un tasso medio annuo su scala nazionale del 4,1%. nel 2020 il fabbisogno sarà ampiamente determinato dai servizi (83% del totale). Tra questi prevalgono nettamente il commercio, la sanità e assistenza sociale nonché i servizi avanzati.[4]

Il Terzo Settore, complessivamente inteso, (dati Istat 2013 abbastanza datati ma pur sempre indicativi) "nel Lazio, che pare essere uno tra le prime per numero di imprese, ha un tasso di crescita del non profit del 33,5 % rispetto al 2001, media superiore a quella nazionale che è del 28 %. Nel Lazio le Istituzioni rilevate sono 23.853, pari al 7,9% del totale nazionale. Il settore impiega a livello regionale 514.377 risorse umane di cui 82.391 addetti, 40.292 lavoratori esterni, 391.248 volontari. Un peso rilevante se si tiene conto delle tendenze della produzione in termini di servizi.

In questa direzione, al fine di integrare i sistemi produttivi nel settore, la Regione Lazio ha previsto, a partire dalla legge regionale n.11/2016 sostanziali novità, tali da migliorare l'efficienza complessiva del sistema. In particolare nell'ottica della scelta del partenariato come confronto continuo in termini di programmazione negoziata regionale, si è inteso procedere nel corso del 2017 alla adozione degli atti amministrativi relativi alla co-progettazione e all'accreditamento, semplificando in tal modo, data la natura particolare dei servizi, le procedure previste dal d.lgs 50/2016 in attesa della predisposizione da parte dell'Anac del Bando Tipo..

Nelle more dell'iter consiliare e della mancata approvazione del Piano, sono stati adottati diversi atti di Giunta regionale attuativi della legge regionale (n. 11/2016), in coerenza con lo schema di Piano proposto dalla Giunta Regionale.

[4] Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali – Unioncamere, Previsione dei fabbisogni occupazionali e professionali a medio termine (2016-2020). Report sintetico

Le prospettive, alla luce delle politiche attive che si intendono perseguire, vanno nella direzione di offrire maggiori e più qualificati servizi all'utenza, secondo metodologie misurabili in termini qualitativi e quantitavi previsti nel Piano Sociale, garantendo una parità di trattamento alle persone su tutto il territorio regionale nel rispetto del principio di uguaglianza di cui all'articolo 3 della Costituzione e dello Statuto regionale secondo una logica universalistica. Allo stesso tempo si è inteso incrementare il sistema occupazionale locale, con azioni di sistema amministrative e finanziarie tali da garantire un aumento delle risorse. In questa ottica le azioni delle amministrazioni locali, all'interno di un nuovo sistema di governace dei servizi e di un quadro legislativo regionale dinamico e articolato, possono garantire nuovi e diversi livelli occupazionali. In questo disegno, anche alla luce dei dati territoriali, particolare attenzione va rivolta alle aree interne e marginali del territorio regionale favorendo la crescita di esperienze locali, sia in termini di mutua assistenza che di cooperazione, in linea con i principi della legge n.158 del 6 ottobre 2017 "*Misure per il sostegno e la valorizzazione dei piccoli comuni, nonche' disposizioni per la riqualificazione e il recupero dei centri storici dei medesimi comuni*" (GU Serie Generale n.256 del 02-11-2017).

Il 2018 vedrà l'attuazione del Reddito di Inclusione, come misura unica di contrasto alla povertà ed alla esclusione sociale. La bozza di decreto ministeriale prevede un trasferimento alla Regione di oltre 24 milioni di euro. L'intera gestione del sistema potrà garantire l'assunzione a tempo determinato, in funzione dell'applicazione del REI, di diverse centinaia di assistenti sociali, potenziando i servizi di segretariato sociale e garantendo un reddito alle persone in stato di povertà. Alcune novità introdotte dal Rei riguardano la definizione, per la prima volta, di alcuni livelli essenziali di prestazioni. Il Rei costituisce, infatti, livello essenziale delle prestazioni ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione, nel limite delle risorse disponibili del fondo di contrasto alla povertà. Finora i livelli essenziali delle prestazioni in campo sociale, previste dalla legge 328 del 2000, avevano trovato, in assenza di una disciplina da parte dello Stato, una differenziazione tra le diverse Regioni. Il decreto legislativo stabilisce che, assieme al Rei, costituiscono, livelli essenziali delle prestazioni: servizi per l'informazione per l'accesso al Rei; la valutazione

multidimensionale; il progetto personalizzato ed i servizi in esso previsti; l'offerta integrata di interventi e servizi secondo le modalità coordinate e definite dalle Regioni. Il Rei si configura come una misura a vocazione universale, condizionata alla prova dei mezzi e alla adesione ad un progetto personalizzato di attivazione ed inclusione sociale e lavorativa finalizzata all'affrancamento della condizione di povertà. Tali azioni sono disciplinate attraverso il Piano nazionale che a sua volta rinvia all'adozione del Piano regionale, previsto dall'articolo 14 del decreto legislativo, quale atto necessario di programmazione dei servizi del Rei. Il Piano regionale deve definire gli specifici rafforzamenti su base triennale degli interventi e dei servizi sociali per il contrasto alla povertà, finanziati a valere sulla quota del fondo povertà a questo destinati.

E' necessario tener conto delle modificazioni intervenute, tanto nel contesto nazionale (le risorse derivanti dal riparto annuale del Fondo Nazionale Politiche Sociali, del Fondo per la non autosufficienza, del Reddito di Inclusione (REI)), che delle modalità di finanziamento dei Piani Sociali di Zona degli Ambiti territoriali laziali e degli Atti Amministrativi adottati dalla Giunta nella passata consiliatura.

Legge Regionale n.11 del 10 agosto 2016 "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio"

La legge regionale prevede una serie di provvedimenti attuativi, in coerenza con le funzioni attribuite alla Regione dall'articolo 33 e meglio specificate nell'articolato. In particolare l'articolo 33 comma 2 individua una serie di fattispecie dove è previsto l'intervento, attraverso provvedimenti specifici da indirizzi programmatici generali:

Articolo 33 (Regione)

1. La Regione esercita le funzioni ed i compiti previsti dall'articolo 149 della l.r. 14/1999 e successive modifiche e tutte le attività inerenti la programmazione, l'indirizzo, la verifica e la valutazione del sistema integrato sociale, garantisce i livelli essenziali delle prestazioni sociali, l'integrazione con la programmazione sanitaria ed il coordinamento con le politiche familiari, educative, ricreative, sportive, formative, del lavoro, della mobilità, della casa, dell'ambiente, dell'immigrazione, di risocializzazione dei minori e degli adulti detenuti o ammessi alle pene alternative, dello sviluppo socioeconomico.

2. La Regione, in particolare:
a) approva il piano sociale regionale di cui all'articolo 46 e determina gli obiettivi, le risorse e gli strumenti della programmazione dei servizi socioassistenziali e sociosanitari nonché una specifica valutazione di impatto della programmazione stessa;

b) assicura il rispetto e la omogenea distribuzione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali di cui all'articolo 22 in tutto il territorio regionale, individua eventuali livelli di assistenza ulteriori ed integrativi rispetto a quelli determinati dallo Stato e fissa parametri di riferimento per il personale dei servizi sociali;
c) garantisce l'integrazione tra i servizi sociali a rilevanza sanitaria e i servizi sanitari a rilevanza sociale;
d) determina gli ambiti territoriali ottimali, di norma coincidenti con i distretti socio sanitari, per la gestione del sistema integrato e per l'integrazione sociosanitaria e ne garantisce e favorisce la gestione associata;
e) emana atti di indirizzo e coordinamento attinenti ad esigenze di carattere unitario nel territorio regionale compreso il coordinamento delle attività di prevenzione e di inserimento sociale e lavorativo dei soggetti a rischio di emarginazione;
f) definisce i criteri e le modalità per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture e dei servizi del sistema integrato sociale;
g) promuove e sostiene lo sviluppo del terzo settore e cura la tenuta dell'albo regionale di cui all'articolo 3 della l.r. 24/1996 e dei registri regionali di cui all'articolo 3 della legge regionale 28 giugno 1993, n. 29 (Disciplina dell'attività di volontariato nella Regione Lazio) e successive modifiche e all'articolo 9 della legge regionale 1° settembre 1999, n. 22 (Promozione e sviluppo dell'associazionismo nella Regione Lazio) e successive modifiche;
h) assicura l'impiego coordinato di tutte le risorse regionali, statali ed europee, destinate al sistema integrato sociale e stabilisce le modalità di utilizzazione ed i criteri di ripartizione delle stesse tra gli enti locali e il relativo controllo delle risorse ripartite;
i) stabilisce i parametri per la determinazione del sistema tariffario e della compartecipazione degli utenti ai costi delle prestazioni;
j) definisce i criteri per la concessione da parte dei comuni degli interventi di assistenza economica e degli assegni di cura di cui all'articolo 25;
k) definisce indirizzi per il coordinamento e la semplificazione delle procedure di accertamento delle condizioni per l'invalidità civile e la concessione dei trattamenti economici di cui all'articolo 149, comma 1, lettera qbis), della l.r. 14/1999, nel rispetto dei termini della conclusione dell'intero iter dell'accertamento sanitario;
l) promuove il potenziamento e la riqualificazione dei percorsi socioassistenziali offerti dai consultori familiari in un'ottica di integrazione sociosanitaria delle prestazioni, al fine di renderli strumenti di tutela sociale della genitorialità, della maternità, della famiglia e della persona, anche attraverso campagne di informazione e promozione di accesso ai servizi;
m) svolge le funzioni delegate dallo Stato in materia di servizio civile volontario;
n) contribuisce, in collaborazione con le prefetture uffici territoriali del Governo, a migliorare le condizioni ambientali dei centri di stranieri immigrati non regolari e dei transitanti, con particolare riferimento ai centri di accoglienza dei richiedenti asilo;
o) valorizza le figure professionali sociali individuate ai sensi della normativa statale vigente e, nei limiti delle proprie competenze, ne promuove la formazione e l'aggiornamento professionale;
p) organizza e coordina il sistema informativo dei servizi sociali di cui all'articolo 49;
q) esercita i poteri sostitutivi nei confronti degli enti locali ai sensi dell'articolo 67;
r) esercita le funzioni di controllo in materia di istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) e ne cura il riordino ai sensi del decreto legislativo 4 maggio 2001, n. 207 (Riordino del sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, a norma dell'articolo 10 della legge 8 novembre 2000, n. 328) e successive modifiche;
s) promuove progetti di agricoltura sociale che prevedano l'inserimento di persone svantaggiate, l'organizzazione di servizi sociali, formativi e socioriabilitativi, l'utilizzo a fini sociali di terreni di proprietà pubblica e collettiva;
t) promuove progetti di turismo sociale;
u) promuove ricerche sull'evoluzione dei bisogni e delle condizioni che determinano emarginazione, esclusione sociale e disagio;
v) definisce strumenti di monitoraggio, valutazione ai fini della verifica dell'attuazione degli obiettivi della programmazione regionale e locale anche mediante l'utilizzo dei dati del sistema informativo;

w) promuove la realizzazione di progetti speciali di interesse regionale, anche con caratteristiche di sperimentazione innovativa e la diffusione di buone pratiche tramite il partenariato pubblicoprivato per la promozione di servizi sociali e sociosanitari e per l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate, compresi progetti di welfare di comunità e l'attivazione di poli civici integrati di mutualismo sociale;
x) promuove l'utilizzo sociale dei beni confiscati alle mafie;
y) promuove programmi operativi per la responsabilità sociale delle imprese, in accordo con la Consulta regionale di cui all'articolo 62 della legge regionale 28 dicembre 2006, n. 27 e successive modifiche, relativo alla responsabilità sociale delle imprese;
z) promuove la creazione di centri sociali, centri diurni polifunzionali e qualsiasi altra modalità innovativa idonea a consentire scambi relazionali anche intergenerazionali e spazi di aggregazione e socializzazione;
aa) promuove l'utilizzo a fini sociali di beni culturali, museali e ambientali di proprietà pubblica o collettiva, nel rispetto degli stessi.

Gli atti attuativi previsti dalla legge regionale n. 11 del 10 agosto 2016:

Obblighi a carico Regione	Comuni	Città Metropolitana	Roma Capitale	DGR
	Articolo 6 **Accesso al sistema Integrato: comma 5** "b parametri per la valutazione delle condizioni di cui al comma 4 ed i relativi tempi per l'attuazione sono definiti dai comuni sulla base dei criteri univoci e omogenei stabiliti dal piano regionale degli interventi e dei servizi sociali di cui all'articolo 46, entro novanta giorni dalla data di pubblicazione dello stesso	Articolo 34	Articolo 36	
Articolo 25 Assistenza economica e assegni di cura comma 3 La Giunta regionale, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con propria deliberazione, stabilisce criteri e modalità per l'erogazione dei contributi di assistenza economica e degli assegni di cura.	Articolo 35			
Articolo 26 Servizio di assistenza domiciliare. Comma 6 La Giunta regionale, con propria deliberazione, stabilisce i requisiti e le modalità per il funzionamento del servizio di assistenza domiciliare e dei programmi di aiuto di cui al comma 5.				223/2016 88/2017
Articolo 26 Servizio di assistenza domiciliare. Comma 9 La Giunta regionale, con propria deliberazione, stabilisce le modalità di funzionamento del servizio del caregiver familiare e le forme di supporto allo stesso	Articolo 56 Carta Sociale del cittadino	Articolo 56 Carta Sociale del cittadino	Articolo 56 Carta Sociale del cittadino	
Articolo 27 Servizio di mensa sociale e di accoglienza notturna comma 4 I requisiti per il rilascio dell'autorizzazione all'apertura ed al funzionamento dei servizi di cui al comma 1 sono stabiliti con deliberazione della Giunta regionale ai sensi dell'articolo 2 della legge regionale 12 dicembre 2003, n. 41 (Norme in materia di autorizzazione all'apertura ed al funzionamento di strutture che prestano servizi socioassistenziali).	Articolo 57 Carta dei servizi sociali	Articolo 57 Carta dei servizi sociali	Articolo 57 Carta dei servizi sociali	

Articolo 28 Centro diurni e centro anziani comma 5 I requisiti per il rilascio dell'autorizzazione all'apertura e al funzionamento del centro diurno e del centro anziani sono stabiliti con deliberazione della Giunta regionale ai sensi dell'articolo 2 della l.r. 41/2003				
Articolo 31 Stratture a ciclo residenziale e semi residenziale. comma 3 La Giunta regionale, con propria deliberazione, individua tipologie di strutture multiutenza e/o polifunzionali, anche a carattere sperimentale				182/2016
Articolo 32 Autorizzazione e accreditamento. Comma 4 . I criteri e le modalità per l'accreditamento delle strutture e dei servizi socioassistenziali, sono definiti con deliberazione della Giunta regionale e presuppongono il possesso di ulteriori specifici requisiti di qualità rispetto a quelli previsti perl'autorizzazione di cui al comma 1.				124/2015
Articolo 33 Regioni comma 2 lett.i). i) stabilisce i parametri per la determinazione del sistema tariffario e della compartecipazione degli utenti ai costi delle prestazioni;				184/2017
Articolo 38. IPAB. Legge regionale				
Articolo 39 Terzo Settore Comma 1				688/2017
Articolo 40 Servizio Civile Volontario. Comma 1 Legge regionale				
Articolo 40 Servizio Civile Volontario. comma 2 La Regione adotta forme di collaborazione con l'Ufficio nazionale per il servizio civile di cui all'articolo 8 della legge 8 luglio 1998, n. 230 (Nuove norme in materia di obiezione di coscienza) e promuove iniziative sperimentali ,favorendo altresì la certificazione delle competenze acquisite ed il riconoscimento di crediti formativi individuali, anche attraverso appositi accordi con le università e con le istituzioni scolastiche e professionali.				
Articolo 43 Individuazione distretti socio sanitari				660/2017
Articolo 45 Ufficio di Piano. Comma 4 Con deliberazione della Giunta regionale sono stabilite le linee guida in ordine all'organizzazione, alla dotazione organica, alle modalità di funzionamento dell'ufficio di piano, i requisiti per la nomina del coordinatore di cui al comma 3 nonché le modalità di partecipazione dell'azienda sanitaria locale all'ufficio di piano, per gli aspetti relativi all'integrazione socio sanitaria.				751/2017
Articolo 46 Piano Regionale Sociale				
Articolo 47. Predisposizione ed approvazione del Piano sociale regionale. Comma 4 La Giunta regionale, entro il 30 settembre dell'ultimo anno di validità del piano sociale regionale, presenta al Consiglio regionale la proposta del piano sociale regionale per il triennio successivo, che è predisposta ed approvata con le modalità di cui ai commi 1, 2 e 3.				

Articolo 49 Sistema informativo dei servizi sociali. Comma 4 La Giunta regionale, con propria deliberazione, definisce: a) la realizzazione della banca dati riferita ai servizi, ai progetti, alle risorse umane e finanziarie nonché alla loro destinazione per aree d'intervento di attività; b) la tipologia dei dati da acquisire; c) le modalità per la raccolta e l'elaborazione dei dati; d) le risorse per le attività del SISS; e) le modalità di fornitura delle informazioni sui servizi agli utenti.				
Articolo 50 Verifiche				
Articolo 51 Integrazione socio-sanitaria. Comma 7. La Giunta regionale, su proposta del tavolo di coordinamento interassessorile per l'integrazione socio-sanitaria e previo parere delle commissioni consiliari competenti, approva, con propria deliberazione, le linee guida regionali per l'integrazione sociosanitaria, da allegare al piano sociale regionale e al piano sanitario regionale				149/2018
Articolo 52 Punto unico di accesso. comma 6 Con deliberazione della Giunta regionale, su proposta formulata di concerto degli Assessori competenti in materia di politiche sociali e di sanità, sono stabilite linee guida in ordine all'organizzazione, alla dotazione organica ed alle modalità di finanziamento del PUA				149/2018
Articolo 53 Presa in carico della persona e budget di salute. comma 4. La Regione disciplina i criteri e le modalità mediante i quali comuni e aziende sanitarie locali garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza e, nel rispetto del principio di sussidiarietà e di complementarietà tra gli erogatori delle prestazioni sociosanitarie, promuove la centralità e la partecipazione dei cittadini e la corresponsabilità della presa in carico da parte del personale dell'azienda sanitaria locale e degli enti locali con soggetti del terzo settore, utenti e loro familiari.				149/2018
Articolo 53 Presa in carico della persona e budget di salute. Comma 5 e 6 . La Regione, al fine di dare attuazione alle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sui "determinanti sociali della salute" e alle relative raccomandazioni del 2009, adotta una metodologia di integrazione sociosanitaria basata su progetti personalizzati sostenuti da budget di salute, costituiti dall'insieme di risorse economiche, professionali e umane necessarie a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale del soggetto assistito..				149/2018
Articolo 53 Presa in carico della persona e budget di salute. comma 6 La Giunta regionale, previo parere delle commissioni consiliari competenti, approva specifiche linee guida per la definizione della metodologia di integrazione sociosanitaria di cui al comma 5				149/2018

Articolo 55 Conferenza permanente per la programmazione socio sanitaria regionale. comma 4. Con deliberazione della Giunta regionale, su proposta formulata di concerto dagli Assessori regionali competenti in materia di politiche sociali e sanitarie, sono disciplinate le modalità di costituzione, convocazione e funzionamento della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale.				
Articolo 61 Valutazione della qualità degli interventi e dei servizi. Comma 3 . La Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente, individua, con propria deliberazione, modalità e criteri per: a) la valutazione della qualità degli interventi e dei servizi erogati sul territorio dai soggetti pubblici e dai privati accreditati che tenga conto dei seguenti aspetti: 1) elemento tecnicoprofessionale; 2) elemento relazionaleinterpersonale; 3) elemento organizzativo inteso anche come livello di comfort; b) la partecipazione dei cittadini al controllo della qualità degli interventi e dei servizi anche attraverso le associazioni dei consumatori e i patronati sindacali; c) la presentazione dei reclami da parte degli utenti di cui al comma 2.				
Articolo 62 Ufficio di tutela e garanzia degli utenti del sistema integrato 1. La Regione, in armonia con l'articolo 8, comma 4, della l. 328/2000, istituisce presso l'assessorato regionale competente in materia di politiche sociali, l'Ufficio di tutela e garanzia dei diritti degli utenti del sistema integrato, con compiti di impulso nei confronti degli enti e dei soggetti erogatori di interventi e servizi sociali, a fronte di segnalazioni e reclami da parte degli utenti che si ritengono lesi nei propri diritti, nonché delle loro associazioni rappresentative..				
Articolo 62 Ufficio di tutela e garanzia degli utenti del sistema integrato 2. La Giunta regionale, con propria deliberazione, disciplina l'organizzazione ed il funzionamento dell'Ufficio di cui al comma 1, prevedendo forme di partecipazione delle organizzazioni rappresentative degli utenti e dei consumatori				
Articolo 63 Osservatorio regionale delle politiche sociali. 3. La Giunta regionale disciplina, con propria deliberazione, la composizione e il funzionamento dell'Osservatorio, prevedendo tra i suoi componenti esperti in materia di politiche sociali, rappresentanti di enti del terzo settore e delle organizzazioni sindacali, sociali ed economiche; la partecipazione all'Osservatorio è a titolo gratuito.				
Articolo 65 Compartecipazione al costo della prestazione. comma 2 La Regione, in relazione a tipologie di prestazioni che per loro natura lo rendano necessario e ove non diversamente disciplinato in sede di definizione dei livelli essenziali relativi alle				

medesime tipologie di prestazioni, può prevedere, accanto all'ISEE, criteri ulteriori di valutazione, quale il quoziente familiare, ai sensi dell'articolo 3 della legge regionale 7 dicembre 2001, n. 32 (Interventi a sostegno della famiglia), parametrati anche al numero di figli e alla presenza nel nucleo familiare di un anziano e/o un disabile.				
Articolo 66 Clausola valutativa. Comma 1 La Giunta regionale, con cadenza annuale, presenta al Consiglio regionale una relazione sullo stato di attuazione della presente legge				
Articolo 66 Clausola valutativa. Comma 2 La Giunta regionale presenta, altresì, con cadenza triennale, un bilancio sociale per la valutazione delle ricadute sociali delle politiche e delle azioni del sistema integrato attuate nel periodo di riferimento				

I principali atti adottati dalla Giunta regionale attuativi della legge regionale n.11/2016 e altri provvedimenti relativi alla compartecipazione della spesa:

Riferimento Normativo: legge regionale n.12 del 10 agosto 2016, articolo 6
Atto: DGR 790/2016: Attuazione art. 6, commi da 1 a 3 della legge regionale del 10 agosto 2016 n. 12 - Modifiche alla legge regionale 14 luglio 2014, n.7, relative alle disposizioni in materia di compartecipazione alla spesa sociale per le residenze sanitarie assistenziali (RSA) e per le attività riabilitative erogate in modalità di mantenimento, in regime residenziale e semiresidenziale.
Sintesi: la DGR 790 del 20 dicembre 2016 fissa i nuovi criteri e le nuove modalità di compartecipazione comunale alla quota sociale dei pazienti ospiti delle R.S.A. e delle strutture riabilitative di mantenimento in regime residenziale e semiresidenziale, accreditate con il SSR**.**

Riferimento Normativo: legge regionale n.11 del 10 agosto 2016 articolo 26
Atto: DGR 88/2017 Servizi e interventi sociali di assistenza alla persona nella Regione Lazio. Attuazione l.r. 11/2016. Modifiche alla deliberazione della Giunta regionale 03 maggio 2016, n. 223
Sintesi: definisce l'Assistenza domiciliare un insieme di prestazioni sociali rese a domicilio, finalizzate a favorire la permanenza delle persone in condizioni di necessità nel proprio ambiente, nonché ad elevare la qualità della vita delle stesse, ad evitare il fenomeno dell'isolamento e dell'emarginazione sociale. La delibera interviene nel definire, in coerenza con la norma, i destinatari, i soggetti erogatori del servizio, le modalità di erogazione

Riferimento Normativo: legge regionale n.11 del 10 agosto 2016
Atto: DGR 104/2017. Legge regionale 11 del 2016. Linee guida operative agli ambiti territoriali per le prestazioni assistenziali, componente sociale,in favore delle persone non autosufficienti, in condizioni di disabilità gravissima, ai sensi del decreto interministeriale 26 settembre 2016.
Sintesi: Le Linee guida si pongono come indirizzi operativi agli ambiti territoriali per la gestione degli interventi in materia di disabilità gravissime finanziati con il Fondo nazionale per le non autosufficienze (FNA) per l'anno 2016. Individua modalità di realizzazione di interventi di assistenza in ambito domiciliare a persone con disabilità gravissima attraverso il riconoscimento di un contributo economico (Assegno di cura, Contributo di cura),

Riferimento normativo: DPCM del 30 marzo 2001: "Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona previsti dall'art. 5 della legge 8 novembre 2000 n. 328". – Legge regionale n.11/2016
Atto: DGR n. 326/2017 "Approvazione Linee guida in materia di co-progettazione tra Amministrazioni locali e soggetti del Terzo settore per la realizzazione di interventi innovativi e sperimentali nell'ambito dei servizi social"
Sintesi: Con l'approvazione della **DGR 326/2017** la Giunta regionale del Lazio ha dato il via libera alle **Linee guida regionali in materia di co-progettazione** tra Amministrazioni locali e soggetti del Terzo settore per la realizzazionedi interventi innovativi e sperimentali nell'ambito dei servizi sociali. La delibera dà attuazione alle norme della legge-quadro nazionale 328/2000 e della legge regionale 11/2016. Obiettivo delle Linee di indirizzo approvate dalla Giunta è quello di definire **procedure standard omogene**e per le Amministrazioni del Lazio che vogliano ricorrere allo strumento della co-progettazione dei servizi, con lo scopo di garantire elementi di qualità, efficacia e funzionalità nell'erogazione dei servizi in ambito sociale.La co-progettazione, così come stabilito dalla legge 328/2000 e dal DPCM attuativo del 30 marzo 2001, è uno strumento che promuove la **collaborazione tra i diversi attori che si muovono nell'ambito del sociale** e permette di diversificare i modelli organizzativi e le forme di erogazione dei servizi. Attraverso una corretta co-progettazione le Amministrazioni pubbliche possono favorire la partecipazione di soggetti no profit all'esercizio della funzione sociale, in applicazione dei principi di **sussidiarietà**, e nel rispetto dei principi di pari opportunità e **trasparenza**.

Riferimento Normativo: legge regionale n.12 del 10 agosto 2016 articolo 6
Atto: DGR 395 del 5 luglio 2017 Disposizioni in materia di compartecipazione alla spesa sociale per le strutture residenziali che erogano prestazioni socio riabilitative psichiatriche. Legge regionale 10 agosto 2016 n. 12, art.6 (“Modifiche alla legge regionale 14 luglio 2014, n.7, relative alle disposizioni in materia di compartecipazione alla spesa sociale per le residenze sanitarie assistenziali (RSA) e per le attività riabilitative erogate in modalità di mantenimento, in regime residenziale e semiresidenziale”), commi da 1 a 3
Sintesi: Definisce la compartecipazione regionale.

Riferimento Normativo: Decreto Interministeriale del 28/11/2016
Atto: DRG 454/2017 - "Linee guida operative regionali per le finalità della legge n. 112 del 22 giugno 2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" e del Decreto Interministeriale del 28/11/2016 di attuazione".
Sintesi: Con la Delibera 454/2017 la Regione Lazio ha stabilito le modalità operative di attuazione della legge 112/2016 (“Dopo di noi”) e il riparto della quota regionale del Fondo nazionale per l’assistenza alle persone con disabilità prive di sostegno familiare che, relativamente all’annualità 2016 del Fondo, ammonta a 9,1 milioni di euro. Sono state pubblicate tre determinazioni dirigenziali relative al Piano regionale sul "Dopo di Noi". Le determinazioni dispongono: -l'individuazione dei Comuni capofila degli Ambiti sovradistrettuali per la gestione degli interventi del "Dopo di Noi", ai sensi della D.G.R. 454 del 31 luglio 2017, Impegno e liquidazione a favore dei Comuni capofila degli Ambiti sovradistrettuali dell'importo di 7.635.600,00 euro. - il trasferimento delle risorse statali del Fondo istituito per le finalità della legge n. 112 del 22 giugno 2016 in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, a favore dei Comuni capofila degli Ambiti sovradistrettuali per un importo complessivo di 10.884.972,00; - Lo schema di domanda per la partecipazione agli Avvisi Pubblici che saranno emanati dagli Ambiti territoriali entro il 31 marzo 2018.

Riferimento Normativo: Legge regionale 11/2016
Atto: DGR 537/2017: "Legge regionale 10 agosto 2016, n. 11. Programma di utilizzazione degli stanziamenti per il sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali, anno 2017 e pluriennale. Finalizzazione importo complessivo di euro 162.332.289,12 di cui, euro 132.333.997,64. a carico dell'esercizio finanziario 2017, euro 23.519.149,52 a carico del bilancio pluriennale 2018 ed euro 6.479.141.96 .a carico del bilancio pluriennale 2019"
Sintesi: Con il presente atto vengono imputate le risorse a valere sull'esercizio finanziario 2017 a favore dei distretti socio sanitari e per i progetti della Regione in materia di inclusione sociale.

Riferimento Normativo: Articolo 43 legge regionale 11/2016
Atto: DGR n.660/2017: Legge regionale del 10 agosto 2011 n.11 "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio". Attuazione articolo 43 comma 1 Individuazione degli ambiti territoriali di gestione
Sintesi: Il provvedimento individua gli ambiti territoriali di gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, favorendo la gestione associata. Per alcune tipologie di servizi sociosanitari e socioassistenziali destinati a bacini di utenza più ampi di quelli del distretto (es. servizi e strutture residenziali), sono individuati anche gli ambiti sovradistrettuali.

Riferimento Normativo: legge del 6 giugno 2016, n. 106 – legge regionale 11/2016 articolo 39 comma 1
Atto: DGR.688/17 "Linee di indirizzo in materia di partecipazione attiva nella programmazione territoriale delle politiche sociali
Sintesi: Con la Deliberazione sono state approvate le Linee di indirizzo in materia di partecipazione attiva nella programmazione territoriale e nelle politiche sociali intendono favorire lo sviluppo di una programmazione collaborativa tra ente pubblico e Terzo Settore. La progettazione partecipata è considerata necessaria per dare avvio ad un nuovo welfare regionale in grado di dare risposte concrete ai bisogni.

Riferimento Normativo: Articolo 45 comma 4 legge regionale n.11/2016
Atto: DGR n.751/2017 Attuazione art. 45, 4° comma, legge regionale 10 agosto 2016, n. 11. Approvazione linee guida in ordine all'organizzazione, alla dotazione organica e al funzionamento dell'Ufficio di Piano dei distretti socio-sanitari. Approvazione nuovo schema di regolamento di organizzazione dell'Ufficio di Piano.
Sintesi: Con questo provvedimento vengono approvate apposite linee guida in ordine all'organizzazione, alla dotazione organica e al funzionamento dell'Ufficio di Piano dei distretti socio-sanitari e viene contestualmente approvato un nuovo schema di regolamento di organizzazione dell'Ufficio di Piano, in sostituzione di quello delineato dalla DGR 395/2014

Riferimento Normativo: L.r. 11/2016, articolo 33 comma 2, lettera i)
Atto: DGR 884/2017. Legge regionale n.11 del 10 agosto 2016, articolo 33 comma 2 lettera i). Determinazione dei parametri per la definizione delle tariffe/rette per i servizi residenziali per l'accoglienza dei minori nelle strutture previste dalla deliberazione della Giunta regionale 1305/2004 ess.m..ii.
Sintesi: Con la Deliberazione la Giunta ha stabilito che le tariffe comunali non potranno essere inferiori a 100 euro al giorno per ciascun ospite. Fino ad oggi non esisteva una retta minima e l'importo medio a livello regionale si attesta intorno ai 74 euro al giorno. I Comuni del Lazio saranno obbligati ad adeguare le loro tariffe in maniera progressiva: dal 1 gennaio 2018 l'importo dovrà salire a 80 euro, dal 1 gennaio 2019 a 90 euro, per poi arrivare a 100 euro a partire dal 1 settembre 2019.Sarà la Regione a farsi interamente carico dell'incremento di spesa dovuto all'adeguamento tariffario, per supportare i comuni nel dare le risposte ai bambini e ai ragazzi più fragili della regione. Lo stanziamento regionale per la compartecipazione delle rette passerà dunque dai 3 milioni del 2017 a 4,8 milioni nel 2018 fino a 6,4 milioni nel 2019".

Riferimento Normativo: DGR 537/2017
Atto: DGR n.934/2017 . Destinazione delle economie risultanti dalle somme finalizzate dalla deliberazione della Giunta regionale del 9 agosto 2017, n. 537, per la Misura 1 dei Piani Sociali di Zona 2017 al potenziamento della governance dei distretti socio-sanitari e all'incentivazione della costituzione di consorzi per la gestione associata dei servizi sociali, ai sensi dell'art. 31 de Decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267.
Sintesi: Con la Deliberazione si è sono destinate le economie risultanti dalle somme finalizzate dalla DGR n. 537/2017 per la Misura 1 dei Piani Sociali di Zona 2017 all'incentivazione della costituzione di consorzi per la gestione associata dei servizi sociali e al potenziamento della governance dei distretti socio-sanitari attraverso l'assunzione di personale a tempo indeterminato da impiegare presso gli Uffici di Piano distrettuali

Riferimento Normativo: Articolo 51 comma 1-7, articolo 52, comma 2, lettera c) e articolo 53, commi 1 e 2
Atto: DGR n.149/2018 Legge regionale 10 agosto 2016 n. 11, capo VII Disposizioni per l'integrazione sociosanitaria. Attuazione dell'articolo 51, commi 1-7, art. 52, comma 2, lettera c) e art. 53, commi 1 e 2"
Sintesi: La deliberazione di Giunta regionale n. 149/2018 "Legge regionale 10 agosto 2016 n. 11, capo VII Disposizioni per l'integrazione sociosanitaria. Attuazione dell'articolo 51, commi 1-7, art. 52, comma 2, lettera c) e art. 53, commi 1 e 2" dà attuazione al capo VII della legge regionale n. 11/2016 di riforma del sistema dei servizi sociali del Lazio. Le linee guida contengono le indicazioni necessarie per completare il processo di cambiamento in atto nella Regione Lazio circa il rafforzamento dell'integrazione tra politiche della salute e politiche sociali, in modo da rendere omogeneo il livello delle prestazioni su tutto il territorio regionale. Le nuove disposizioni riguardano: - il modello di governance integrata tra distretti socio-sanitari, Comuni e Asl; - il Punto Unico di Accesso alle prestazioni socio-sanitarie, che costituisce il riferimento per l'avvio della presa in carico dei cittadini per i percorsi sanitari, sociosanitari o sociali appropriati; - la Valutazione multidimensionale e il Piano di Assistenza Individuale, attraverso i quali, in presenza di bisogni complessi della persona, viene disposto in maniera integrata l'intervento di diversi servizi ed operatori sociali, sanitari e socio educativi, grazie all'intervento coordinato di un'unità valutativa composta da professionisti di diversi ambiti disciplinari Inoltre, in appendice alle Linee guida, sono stati approvati: - lo Schema di convenzione per l'organizzazione e la gestione delle attività di integrazione sociosanitaria, che le ASL e gli Enti locali che compongono i singoli distretti sociosanitari dovranno stipulare entro il 31 dicembre 2018;

- la Scheda di prevalutazione del PUA, che sarà ricompresa nel Sistema Informativo Assistenza Territoriale e che consentirà di uniformare le modalità per la presa in carico degli utenti all'interno della Regione Lazio;
- il Piano per l'integrazione socio-sanitaria nei servizi per le adozioni, che rivede il modello del servizio regionale per le adozioni e che mette a sistema i vari livelli di intervento destinati alle famiglie adottive.

Norme di riferimento generali:

Legge regionale n.17 del 31 dicembre 2016. Legge di Stabilità 2017

Art. 3 comma 60 (Modifiche all'articolo 6 della legge regionale 10 agosto 2016, n. 12, relativo al sostegno al reddito di soggetti a rischio di esclusione sociale)

Art. 3 comma 77 – 78 (Modifiche relative alle disposizioni sulle competenze delle iniziative per la prevenzione della violenza di genere)

Art. 3 commi 126 – 138 (Disposizioni relative all'associazionismo comunale e alla trasformazione delle comunità montane);

Legge regionale n.12 del 10 Agosto 2016 Disposizioni per la semplificazione, la competitività e lo sviluppo della Regione

Art. 8 (Disposizioni per la razionalizzazione delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza - IPAB)

Nelle more della approvazione consiliare del Piano, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha adottato la bozza di decreto di riparto delle risorse per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2018-20, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 1 della legge n. 208 del 2015 che, al comma 386, istituisce presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, un fondo denominato «Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale», al quale sono assegnate le risorse di 600 milioni di euro per l'anno 2016 e di 1.000 milioni di euro a decorrere dall'anno 2017.

Inoltre in attuazione del decreto legislativo decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, recante "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà", e, in particolare, l'articolo 2, che al comma 1 istituisce il Reddito di inclusione, quale misura unica a livello nazionale di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale; al comma 3, dispone che il

Reddito di inclusione sia articolato in un beneficio economico e in una componente di servizi alla persona identificata in un progetto personalizzato, in esito ad una valutazione multidimensionale del bisogno del nucleo familiare; e, al comma 4, prevede che i servizi previsti nel progetto personalizzato sono rafforzati a valere su una quota delle risorse del Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale, ha predisposto il Piano nazionale.

Il Piano prevede, in attesa del Piano regionale da approvarsi entro 60 giorni, una serie di azioni, tra cui la definizione di un diverso rapporto tra abitanti/assistenti sociali (1/5.000 residenti[5]) e, più in generale,la finalizzazione della spesa sociale e di definizione delle politiche di welfare. **"*Appare in conclusione opportuno che i primi obiettivi quantitativi di questo Piano siano declinati in termini di servizio sociale professionale. In questo contesto si ritiene prioritario assicurare un numero congruo di assistenti sociali, quantificabile in almeno un assistente ogni 5.000 abitanti, almeno come dato di partenza nel primo triennio di attuazione del REI. Gli ambiti che presentano un numero di operatori inferiore al target dovranno vincolare parte delle risorse della quota servizi del Fondo Povertà nazionale loro attribuite all'acquisizione di tali operatori al fine di rafforzare il servizio sociale professionale. Il vincolo è tanto maggiore quanto più lontana è la situazione dell'ambito da quella desiderata, secondo lo schema seguente: Criteri Risorse Meno di 1 assistente sociale ogni 20.000 abitanti Almeno il 60% Meno di 1 assistente sociale ogni 10.000 abitanti Almeno il 40% Meno di 1 assistente sociale ogni 5.000 abitanti Almeno il 20% Almeno 1 assistente sociale ogni 5.000 abitanti Requisito soddisfatto "***

Per la povertà la legge di stabilità 2018 il comma 114-bis ha stabilito: «*Al fine di garantire il servizio sociale professionale come funzione fondamentale dei comuni, secondo quanto stabilito dall'articolo 19, comma 1, lett. g), del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, così come convertito dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e, contestualmente, i servizi di cui all'articolo 7, comma 1, del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, a valere e* ***nei limiti di un terzo delle risorse*** *di cui all'articolo 7, comma 3, del medesimo decreto*

[5] Il Piano Sociale Regionale, pagina 33 indicatori e standard del servizio (articolo 24 .l.r. 11/2016) prevede che con Deliberazione della Giunta regionale sarà definito il range, compreso tra 5.000 e 7.000 abitanti, in relazione ad una serie di fattori indicati nella scheda. Con la presente memoria si prende atto del parametro di riferimento contenuto nel Piano ministeriale di contrasto alla povertà.

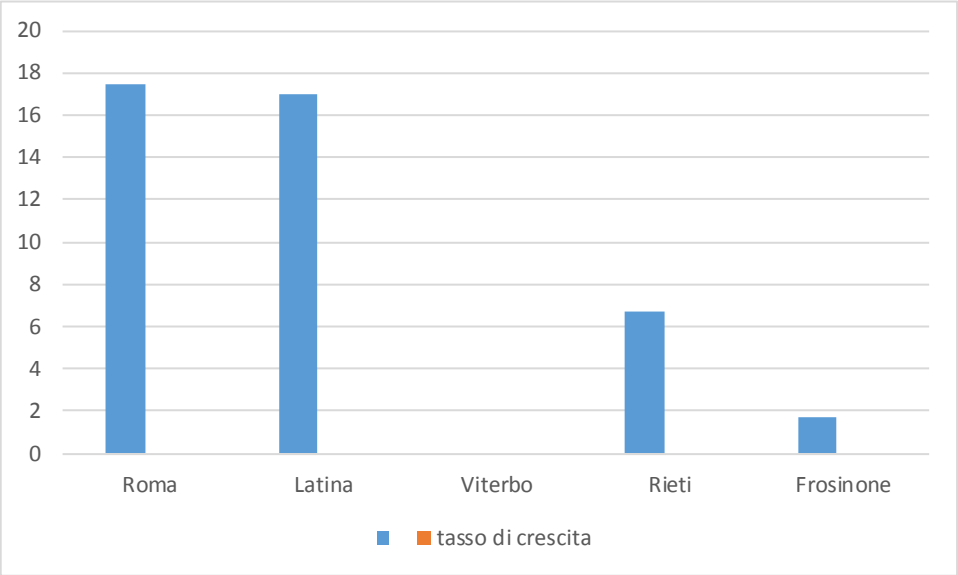
legislativo attribuite a ciascun ambito territoriale, ***possono essere effettuate assunzioni di assistenti sociali con rapporto di lavoro a tempo determinato****, fermo restando il rispetto degli obiettivi di pareggio di bilancio, in deroga ai vincoli di contenimento della spesa di personale di cui all'articolo 9, comma 28, del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, e successive modificazioni, e di cui all'articolo 1, commi 557 e 562 della legge 27 dicembre 2006, n. 296*».

DATI DEMOGRAFICI

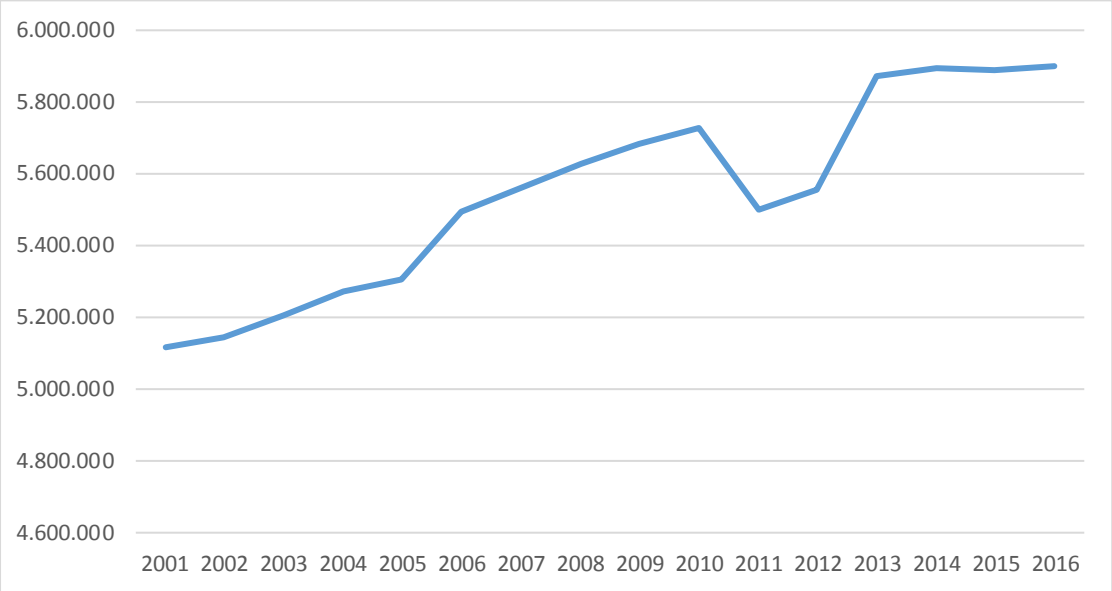
La tendenza demografica come descritta dalle proiezioni del Piano Sociale Regionale al 2015, appare confermata dai dati al 1 gennaio 2017. Il trend di crescita della popolazione regionale dal 2001 al 2016 è stato del 15,3%, con differenze sostanziali tra le diverse province. Il maggiore tasso di crescita nel periodo considerato ha riguardato la Provincia di Roma a seguire la provincia di Latina, mentre la provincia di Frosinone subisce le maggiori difficoltà dal punto di vista demografico. Sull'andamento demografico pesa, come si vedrà con la rappresentazione dei dati successivi, la bassa natalità, con un indice naturale negativo come negli ultimi tre anni in linea con la tendenza generale dell'Italia, a fronte di un incremento della presenza degli stranieri, comunitari, nella regione.

(Fonte: Istat.Demo; www.Tuttitalia.it; www.comuni-italiani.it)

Provincia	tasso di crescita
Roma	+ 17,5
Latina	+ 17,0
Viterbo	+ 10,3
Rieti	+ 6,7
Frosinone	+ 1,7



Andamento demografico Popolazione del Lazio dal 2001 al 31 dicembre 2016



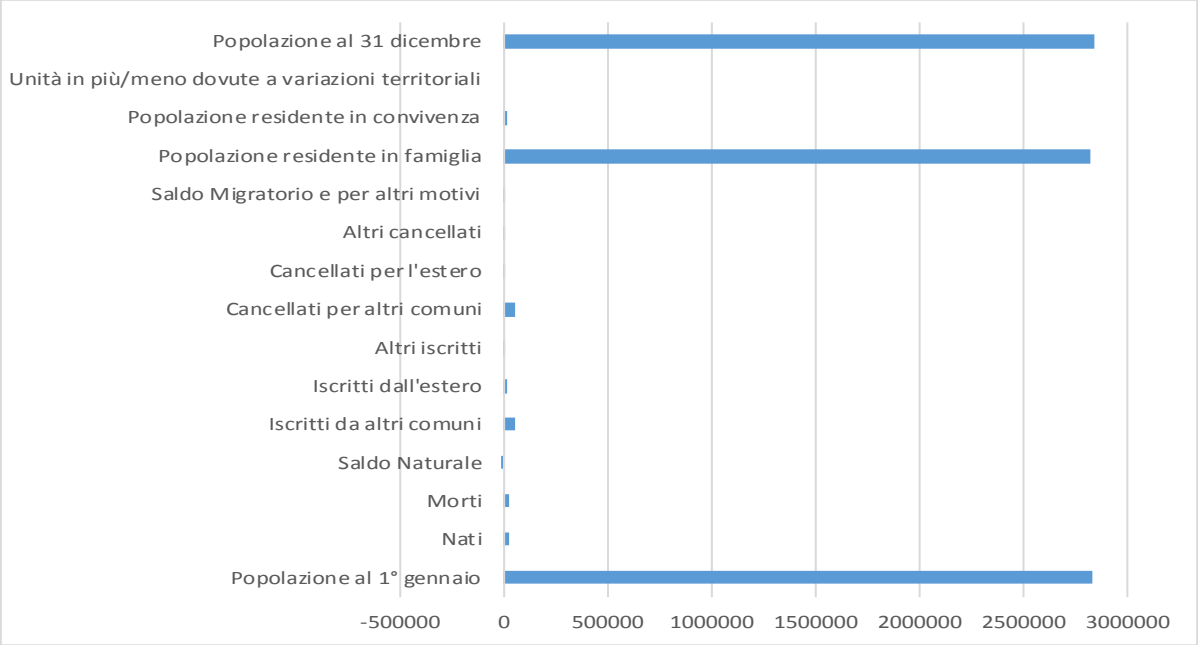
Il dettaglio della variazione della popolazione residente al 31 dicembre di ogni anno.

Anno	*Data rilevamento*	*Popolazione residente*	*Variazione assoluta*	*Variazione percentuale*	*Numero Famiglie*	*Media componenti per famiglia*
2001	31 dicembre	**5.117.075**	-	-	-	-
2010	31 dicembre	**5.728.688**	+46.820	+0,82%	2.352.300	2,41
2011	31 dicembre	**5.500.022**	-228.666	-3,99%	2.379.792	2,29
2012	31 dicembre	**5.557.276**	+57.254	+1,04%	2.648.311	2,08
2013	31 dicembre	**5.870.451**	+313.175	+5,64%	2.636.282	2,21
2014	31 dicembre	**5.892.425**	+21.974	+0,37%	2.633.678	2,22
2015	31 dicembre	**5.888.472**	-3.953	-0,07%	2.632.738	2,22
2016	31 dicembre	**5.898.124**	+9.652	+0,16%	2.646.277	2,21

La lettura della serie dei dati è maggiormente evidenziata dalle tabelle che seguono. Ciò che caratterizza l'incremento della popolazione regionale, fermo restando negli anni la diminuzione delle natalità in linea con le tendenze generali del Paese con un saldo naturale negativo – 9.243, è rappresentato dal costante aumento del flusso migratorio. Il Lazio, dopo la Lombardia, è la seconda Regione per flusso migratorio di stranieri ai quali, in maniera considerevole ai fini del bilancio demografico finale, si aggiunge l'emigrazione extraregionale

Bilancio demografico anno 2016 e popolazione residente al 31 dicembre Regione Lazio (dati Istat)

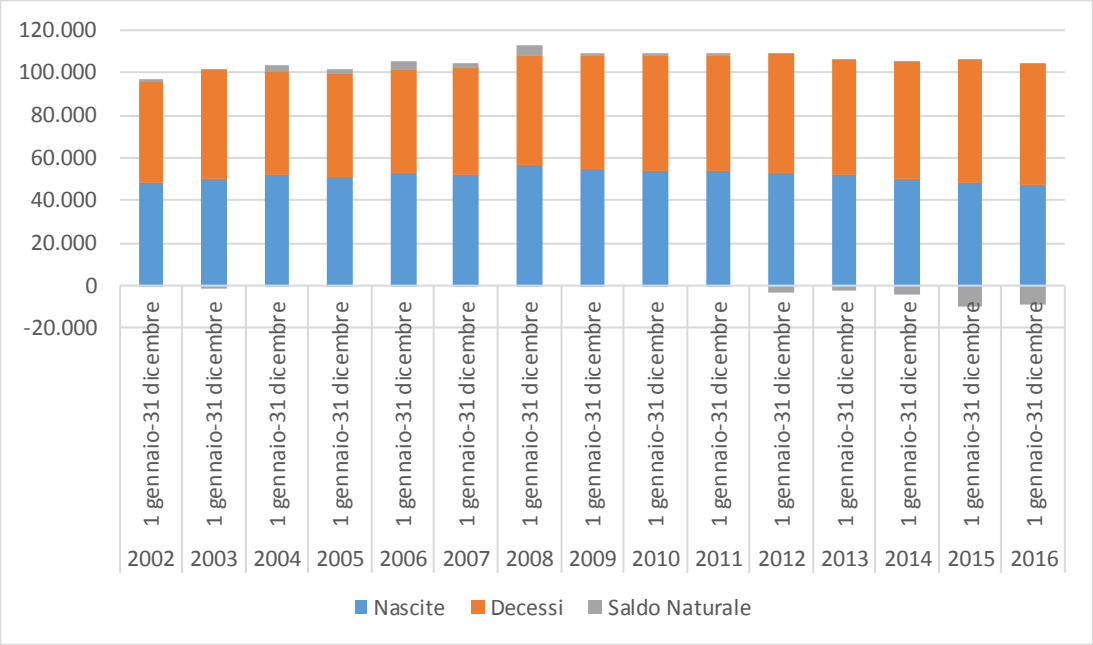
	Maschi	Femmine	Totale
Popolazione al 1° gennaio	2838616	3049856	5888472
Nati	24449	23146	47595
Morti	27277	29561	56838
Saldo Naturale	-2828	-6415	-9243
Iscritti da altri comuni	54097	54664	108761
Iscritti dall'estero	19408	14540	33948
Altri iscritti	8273	4801	13074
Cancellati per altri comuni	52787	52955	105742
Cancellati per l'estero	7709	6457	14166
Altri cancellati	10194	6786	16980
Saldo Migratorio e per altri motivi	11088	7807	18895
Popolazione residente in famiglia	2828953	3030441	5859394
Popolazione residente in convivenza	17923	20807	38730
Unità in più/meno dovute a variazioni territoriali	0	0	0
Popolazione al 31 dicembre	2846876	3051248	5898124
Numero di Famiglie		2646277	
Numero di Convivenze		3482	
Numero medio di componenti per famiglia		2.21	



Il Lazio, come alcune regioni del Nord Italia, in particolare la Lombardia, si dimostra come area catalizzatore del fenomeno migratorio a fronte di un saldo naturale negativo

Anno *1 gen-31 dic*	*Iscritti*			*Cancellati*			***Saldo Migratorio con l'estero***	***Saldo Migratorio totale***
	DA altri comuni	*DA estero*	*Per altri motivi (*)*	*PER altri comuni*	*PER estero*	*per altri motivi (*)*		
2010	113.462	53.452	1.981	107.281	6.718	8.597	+46.734	+46.299
2011	112.074	50.090	4.672	105.180	6.572	21.397	+43.518	+33.687
2012	148.195	52.492	19.201	129.118	7.657	22.978	+44.835	+60.135
2013	115.542	38.506	366.267	108.762	10.388	85.863	+28.118	+315.302
2014	112.122	35.810	20.397	103.496	11.006	27.276	+24.804	+26.551
2015	106.021	35.746	13.264	101.651	12.559	34.617	+23.187	+6.204
2016	108.761	33.948	13.074	105.742	14.166	16.980	+19.782	+18.895

Saldo Naturale. Il dato mostra un andamento considerevole dei decessi, il saldo naturale nel 2016 è pari al 9,243%, con un ragguardevole incremento negli ultimi dieci anni.

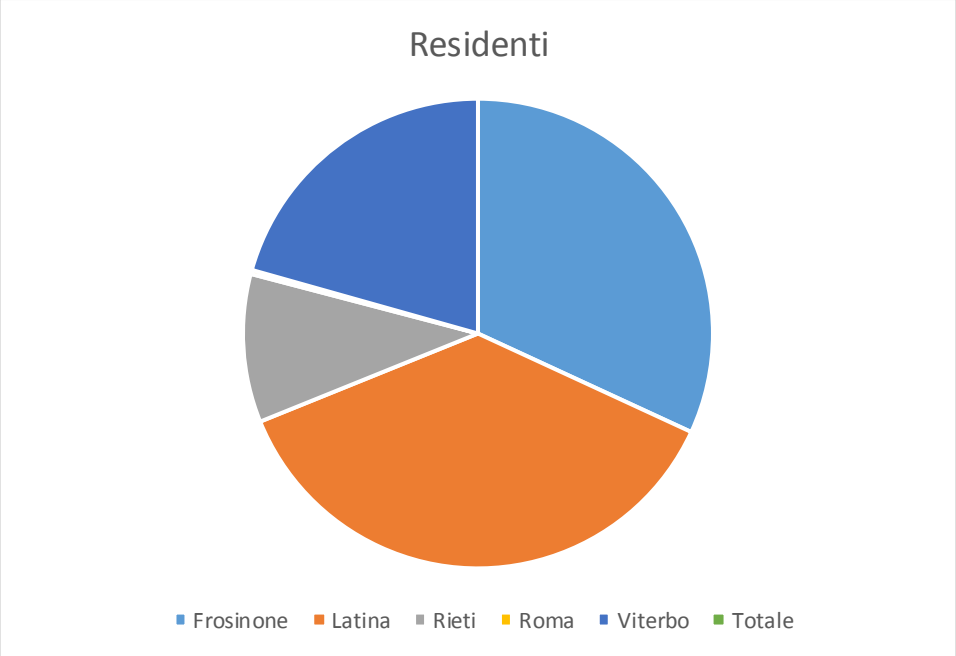


Anno	*Bilancio demografico*	*Nascite*	*Decessi*	***Saldo Naturale***
2009	1 gennaio-31 dicembre	54.701	53.342	+1.359
2010	1 gennaio-31 dicembre	54.277	53.756	+521
2011	1 gennaio-31 dicembre	54.427	53.978	+449
2012	1 gennaio-31 dicembre	53.033	55.914	-2.881
2013	1 gennaio-31 dicembre	52.187	54.314	-2.127
2014	1 gennaio-31 dicembre	50.360	54.937	-4.577
2015	1 gennaio-31 dicembre	48.231	58.388	-10.157
2016	1 gennaio-31 dicembre	47.595	56.838	-9.243

Il saldo naturale negativo rispetto alla media degli ultimi dieci anni, è compensato da un movimento migratorio verso i grandi e medi centri della Regione, in particolare lungo l'asse costiero, ed in parte da provenienti da paesi stranieri

Distribuzione della Popolazione residente nelle province del Lazio

Provincia	Residenti	%Italia	Superifice kmq	Densità ab/kmq	Numero Comuni
Frosinone	495.026	0,8	3.244	152,6	91
Latina	574.226	0,9	2.251	255,2	33
Rieti	158.467	0,3	2.749	57,6	73
Roma	4.340,474	7,2	5.352	811,0	121
Viterbo	320.279	0,5	3.612	88,7	60
Totale	5.888.46		17.208		378



Di seguito i dati relativi alla Struttura della popolazione e indicatori demografici. Elaborazioni su dati ISTAT.

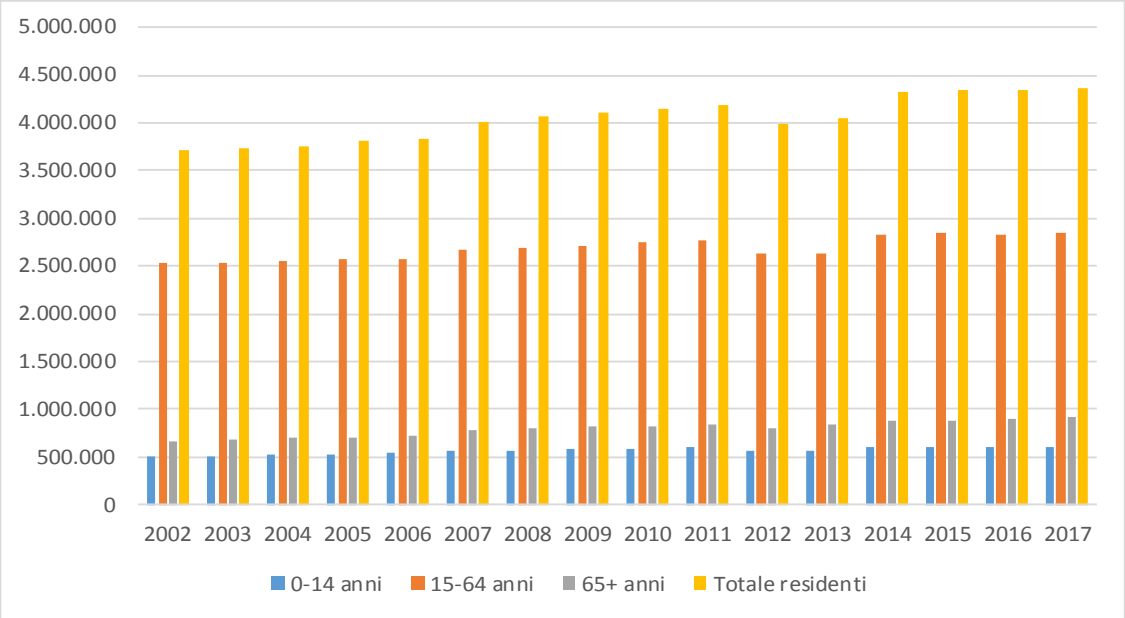
CITTA' METROPOLITANA DI ROMA

I dati riferiti alla Città Metropolitana di Roma evidenziano un trend in controtendenza rispetto al dato nazionale. Un incremento della popolazione da 0/14 e una stabilizzazione della cosiddetta popolazione anziana.

Il dato non è uniforme per l'intero perimetro della città metropolitana. La crescita demografica ha riguardato, anche se a macchia di leopardo, i centri a ridosso dell'area cosiddetta romano con un perdurare del calo demografico per i comuni più lontani e aventi caratteristiche montane.

La perdita di popolazione delle aree interne della ex provincia di Roma è il segnale di una generale tendenza migratoria e di saldo naturale negativo di queste zone che modificano sostanzialmente l'approccio alle politiche di welfare. L'elevato indice di vecchiaia, di contro ad una diminuzione della popolazione attiva, in particolare giovanile rischia di produrre fenomeni di spopolamento massivi con un impatto generale sull'intero sistema.

Anno 1° gennaio	*0-14 anni*	*15-64 anni*	*65+ anni*	*Totale residenti*	***Età media***
2009	581.894	2.717.275	810.866	4.110.035	**42,5**
2010	589.202	2.741.066	824.416	4.154.684	**42,7**
2011	595.340	2.762.769	835.959	4.194.068	**42,8**
2012	561.517	2.625.305	808.428	3.995.250	**43,1**
2013	569.467	2.632.425	837.921	4.039.813	**43,4**
2014	607.519	2.836.586	877.139	4.321.244	**43,3**
2015	610.160	2.844.500	887.386	4.342.046	**43,4**
2016	606.246	2.835.955	898.273	4.340.474	**43,7**
2017	603.856	2.842.323	907.559	4.353.738	**43,9**

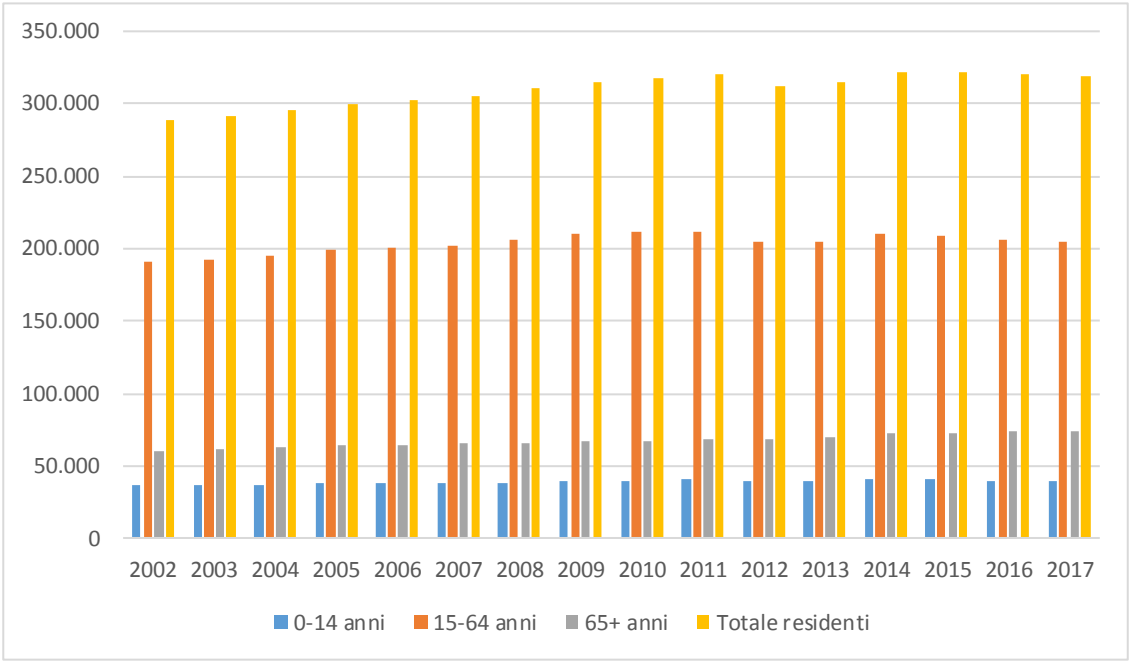


Principali indici demografici calcolati sulla popolazione residente in città Metropolitana di Roma Capitale.

Anno	*Indice di* ***vecchiaia***	*Indice di* ***dipendenza*** *strutturale*	*Indice di* ***ricambio*** *della popolazione attiva*	*Indice di* ***struttura*** *della popolazione attiva*	*Indice di* ***natalità*** *(x 1.000 ab.)*	*Indice di* ***mortalità*** *(x 1.000 ab.)*
	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1 gen-31 dic	1 gen-31 dic
2009	139,3	51,3	127,1	113,8	9,9	9,3
2010	139,9	51,6	129,2	116,5	9,7	9,2
2011	140,4	51,8	132,9	119,3	10,0	9,4
2012	144,0	52,2	132,1	125,6	9,8	9,9
2013	147,1	53,5	130,5	129,0	9,4	9,2
2014	144,4	52,3	127,4	130,1	8,7	9,1
2015	145,4	52,6	127,9	133,8	8,3	9,6
2016	148,2	53,1	128,7	137,5	8,2	9,3
2017	150,3	53,2	130,6	140,2	-	-

PROVINCIA DI VITERBO

Anno 1° gennaio	*0-14 anni*	*15-64 anni*	*65+ anni*	*Totale residenti*	***Età media***
2009	39.364	209.738	66.421	315.523	**43,7**
2010	39.647	211.295	67.197	318.139	**43,9**
2011	40.199	212.313	67.782	320.294	**44,0**
2012	39.464	204.590	68.620	312.674	**44,4**
2013	40.045	205.265	70.313	315.623	**44,5**
2014	40.367	209.797	72.031	322.195	**44,7**
2015	40.301	208.573	73.081	321.955	**44,9**
2016	39.746	206.728	73.805	320.279	**45,2**
2017	39.277	205.233	74.498	319.008	**45,5**

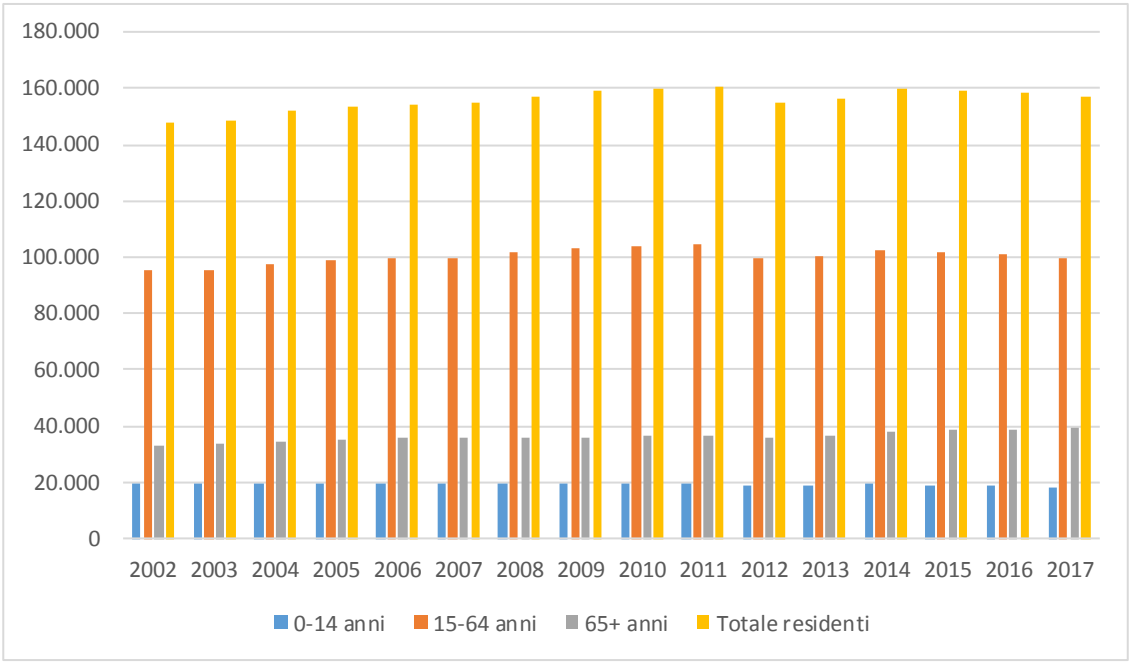


Principali indici demografici calcolati sulla popolazione residente in provincia di Viterbo.

Anno	*Indice di* ***vecchiaia***	*Indice di* ***dipendenza*** *strutturale*	*Indice di* ***ricambio*** *della popolazione attiva*	*Indice di* ***struttura*** *della popolazione attiva*	*Indice di* ***natalità*** *(x 1.000 ab.)*	*Indice di* ***mortalità*** *(x 1.000 ab.)*
	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1 gen-31 dic	1 gen-31 dic
2009	168,7	50,4	138,2	114,2	8,5	11,2
2010	169,5	50,6	144,6	117,4	8,3	11,2
2011	168,6	50,9	149,2	119,6	8,4	11,1
2012	173,9	52,8	148,3	123,0	8,4	11,9
2013	175,6	53,8	147,0	125,0	7,7	11,3
2014	178,4	53,6	147,1	128,5	7,7	11,4
2015	181,3	54,4	149,4	133,0	7,3	12,5
2016	185,7	54,9	152,4	137,2	7,1	11,3
2017	189,7	55,4	154,1	140,9	-	-

PROVINCIA DI RIETI

Anno 1° gennaio	*0-14 anni*	*15-64 anni*	*65+ anni*	*Totale residenti*	***Età media***
2009	19.515	103.311	36.192	159.018	**44,5**
2010	19.499	104.155	36.325	159.979	**44,7**
2011	19.449	104.616	36.402	160.467	**44,8**
2012	18.830	99.931	36.148	154.909	**45,2**
2013	18.975	100.691	36.855	156.521	**45,3**
2014	19.220	102.595	37.855	159.670	**45,5**
2015	18.930	101.684	38.367	158.981	**45,7**
2016	18.611	100.961	38.895	158.467	**46,0**
2017	18.358	99.900	39.162	157.420	**46,3**



Principali indici demografici calcolati sulla popolazione residente in provincia di Rieti.

Anno	*Indice di* ***vecchiaia***	*Indice di* ***dipendenza*** *strutturale*	*Indice di* ***ricambio*** *della popolazione attiva*	*Indice di* ***struttura*** *della popolazione attiva*	*Indice di* ***natalità*** *(x 1.000 ab.)*	*Indice di* ***mortalità*** *(x 1.000 ab.)*
	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1 gen-31 dic	1 gen-31 dic
2009	185,5	53,9	126,6	115,8	8,3	11,5
2010	186,3	53,6	133,4	119,0	7,6	11,7
2011	187,2	53,4	140,7	122,0	8,2	11,5
2012	192,0	55,0	144,5	124,9	8,0	12,3
2013	194,2	55,4	146,7	127,0	7,4	12,3
2014	197,0	55,6	146,5	130,2	7,0	11,7
2015	202,7	56,3	148,6	133,7	7,2	12,6
2016	209,0	57,0	149,1	136,4	6,5	12,8
2017	213,3	57,6	152,3	139,2	-	-

PROVINCIA DI FROSINONE

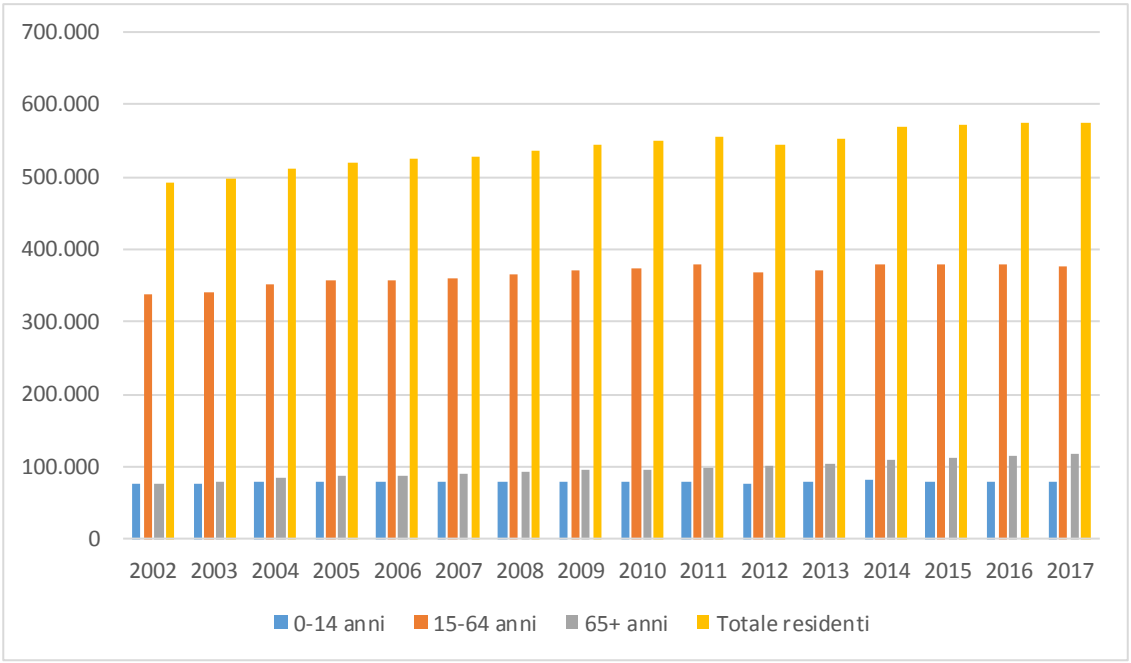
Anno 1° gennaio	*0-14 anni*	*15-64 anni*	*65+ anni*	*Totale residenti*	***Età media***
2009	65.079	333.665	98.173	496.917	**42,6**
2010	64.739	334.364	98.746	497.849	**42,8**
2011	64.633	335.047	98.487	498.167	**43,1**
2012	63.717	329.101	99.484	492.302	**43,4**
2013	63.762	327.936	101.531	493.229	**43,5**
2014	64.020	328.866	104.792	497.678	**43,8**
2015	63.672	326.560	106.739	496.971	**44,1**
2016	62.927	323.547	108.552	495.026	**44,3**
2017	62.638	320.378	110.051	493.067	**44,6**

Principali indici demografici calcolati sulla popolazione residente in provincia di Frosinone.

Anno	*Indice di* ***vecchiaia***	*Indice di* ***dipendenza*** *strutturale*	*Indice di* ***ricambio*** *della popolazione attiva*	*Indice di* ***struttura*** *della popolazione attiva*	*Indice di* ***natalità*** *(x 1.000 ab.)*	*Indice di* ***mortalità*** *(x 1.000 ab.)*
	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1 gen-31 dic	1 gen-31 dic
2009	150,9	48,9	107,1	104,0	8,7	10,3
2010	152,5	48,9	116,7	106,8	8,9	10,4
2011	152,4	48,7	129,1	110,5	8,4	10,8
2012	156,1	49,6	134,0	113,9	8,6	11,0
2013	159,2	50,4	136,7	115,7	8,2	10,9
2014	163,7	51,3	137,9	118,4	7,9	10,6
2015	167,6	52,2	140,5	121,6	7,8	11,1
2016	172,5	53,0	143,3	124,4	8,0	11,1
2017	175,7	53,9	145,8	127,3	-	-

PROVINCIA DI LATINA

Anno 1° gennaio	*0-14 anni*	*15-64 anni*	*65+ anni*	*Totale residenti*	***Età media***
2009	79.201	371.271	94.745	545.217	**41,0**
2010	79.785	375.049	96.383	551.217	**41,2**
2011	80.119	378.181	97.392	555.692	**41,5**
2012	77.334	367.479	100.074	544.887	**42,0**
2013	78.169	369.998	103.923	552.090	**42,2**
2014	80.536	379.456	109.672	569.664	**42,4**
2015	80.113	379.474	112.885	572.472	**42,7**
2016	79.826	379.144	115.256	574.226	**42,9**
2017	79.295	377.842	117.754	574.891	**43,3**



Principali indici demografici calcolati sulla popolazione residente in provincia di Latina.

Anno	*Indice di* ***vecchiaia***	*Indice di* ***dipendenza*** *strutturale*	*Indice di* ***ricambio*** *della popolazione attiva*	*Indice di* ***struttura*** *della popolazione attiva*	*Indice di* ***natalità*** *(x 1.000 ab.)*	*Indice di* ***mortalità*** *(x 1.000 ab.)*
	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1 gen-31 dic	1 gen-31 dic
2009	119,6	46,9	106,9	100,4	10,1	8,2
2010	120,8	47,0	115,3	103,3	10,1	8,7
2011	121,6	46,9	123,8	106,9	9,9	8,4
2012	129,4	48,3	126,2	113,0	9,9	9,1
2013	132,9	49,2	123,8	114,2	9,4	8,4
2014	136,2	50,1	121,9	117,6	9,0	8,6
2015	140,9	50,9	122,4	120,3	8,5	9,3
2016	144,4	51,5	122,5	123,1	8,3	8,9
2017	148,5	52,2	124,4	126,1	-	-

Nota:

La lettura generale dei dati mostra come la l'età media della popolazione sia più bassa nella Città Metropolitana di Roma, l'indice di mortalità (particolarmente basso per Latina) mentre al contrario appare più alto nella provincia di Rieti.

Gli indici demografici, oltre che confermare l'andamento generale della popolazione Italiana, evidenziano la doppia velocità del territorio regionale rappresentato da Roma e la parte della provincia più vicina alla Capitale e le aree costiere della provincia di Latina che rappresentano il catalizzatore demografico, ricostruendo una unica conurbazione tra Roma e Formia e tra Roma e Civitavecchia.

Il resto del Lazio, con particolare accentuazione nelle aree interne della provincia di Frosinone (Valle di Comino) e di Rieti (Salto-Cicolano e Velino), subiscono da anni gravi fenomeni di spopolamento con un incremento della popolazione anziane e di quella inattiva.

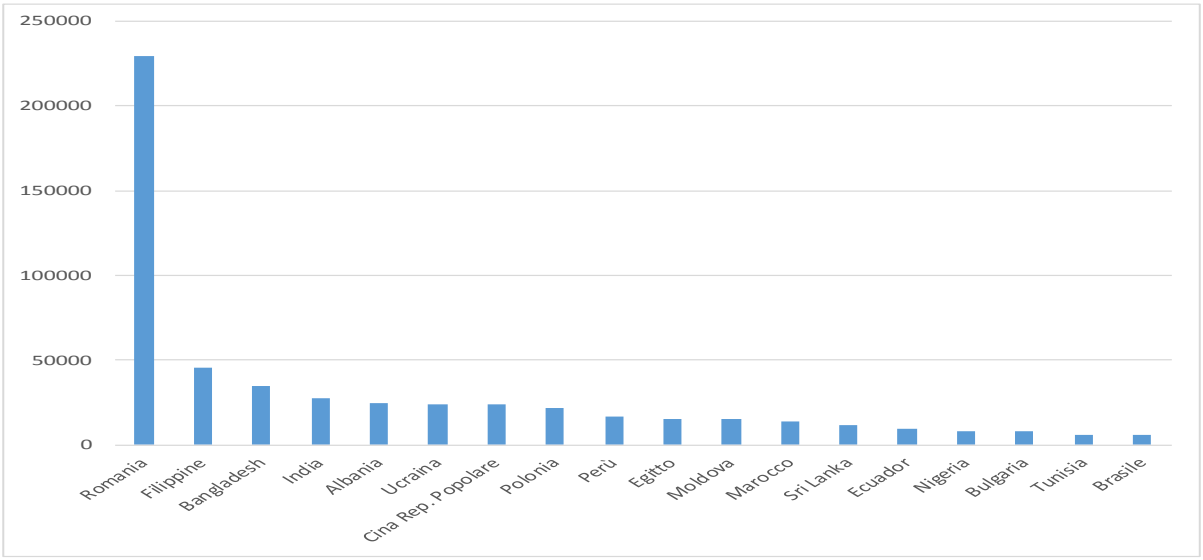
Per queste aree, prettamente interne e marginali anche in termini di reddito, sono state individuate specifiche politiche di sistema all'interno di un quadro generale che rilanci il protagonismo delle zone interne del Lazio, coerente con la Strategia nazionale per le Aree Interne.

Popolazione straniera residente nel Lazio al 1° gennaio 2017 (*sono considerati cittadini stranieri le persone di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia*)

Gli stranieri residenti nel Lazio al 1° gennaio 2017 sono 662.927 e rappresentano l'11,2% della popolazione residente.

	Maschi	Femmine	Totale
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	307097	338062	645159
Iscritti per nascita	3829	3485	7314
Iscritti da altri comuni	9195	9886	19081
Iscritti dall'estero	17569	13074	30643
Altri iscritti	5015	2828	7843
Totale iscritti	35608	29273	64881
Cancellati per morte	442	371	813
Cancellati per altri comuni	8819	9484	18303
Cancellati per l'estero	1631	1579	3210
Acquisizioni di cittadinanza italiana	5526	6330	11856
Altri cancellati	7580	5351	12931
Totale cancellati	23998	23115	47113
Unità in più/meno dovute a variazioni territoriali	0	0	0
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	318707	344220	662927

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla Romania con il 34,6% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dalle Filippine (6,9%) e dal Bangladesh (5,3%).

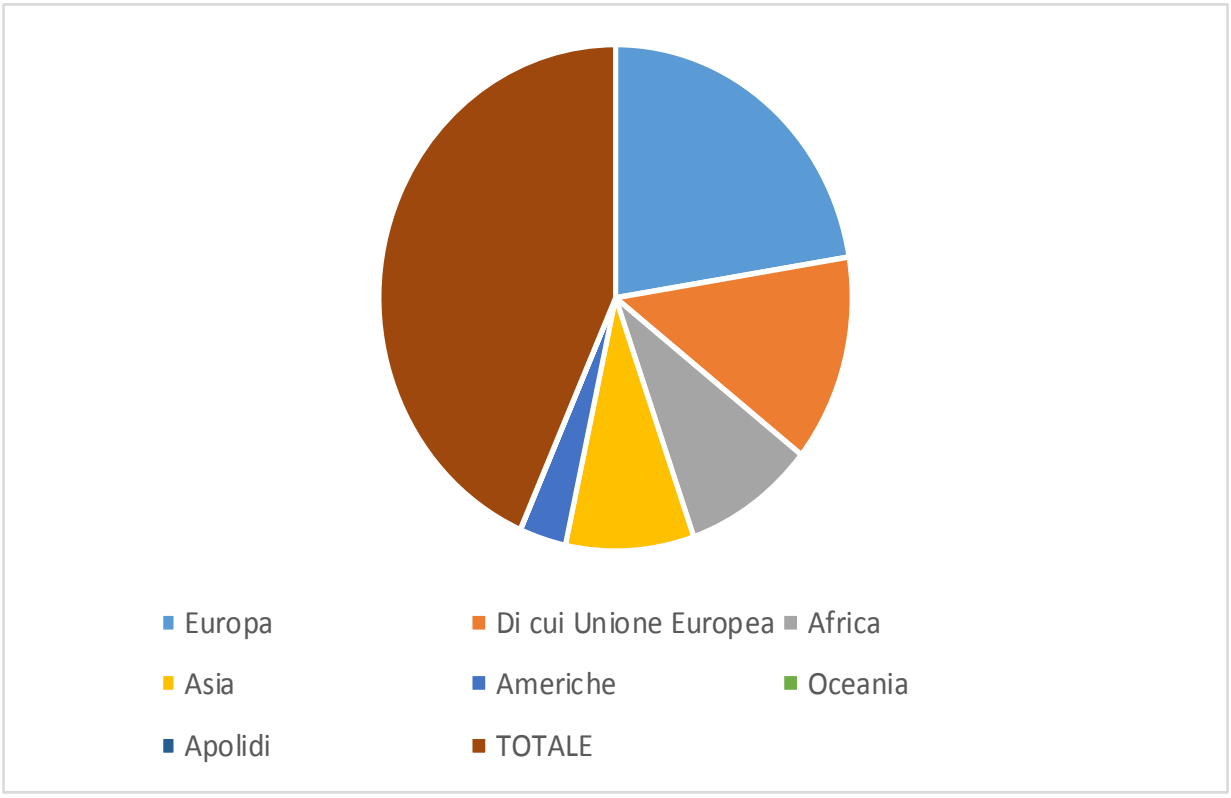


Segue il dettaglio dei paesi di provenienza dei cittadini stranieri residenti divisi per continente di appartenenza ed ordinato per numero di residenti.

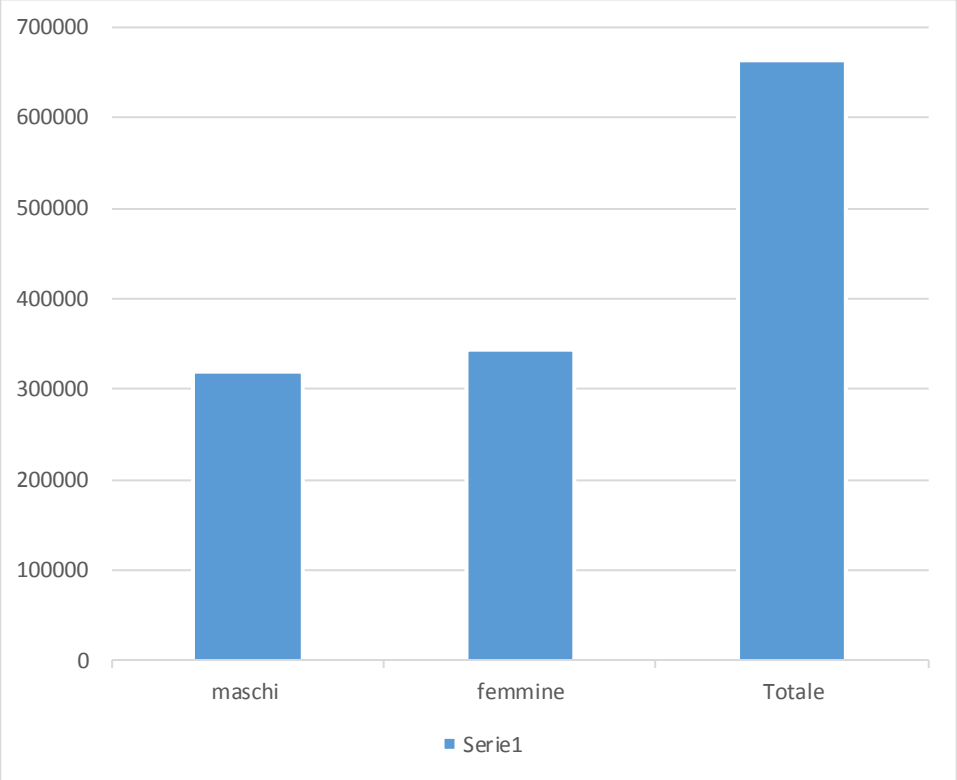
	Maschi	Femmine	Totale
Romania	103847	125855	229702
Filippine	18944	26879	45823
Bangladesh	26991	8057	35048
India	17754	9639	27393
Albania	12656	11875	24531
Ucraina	5170	18899	24069
Cina Rep. Popolare	11821	11934	23755
Polonia	7427	14285	21712
Perù	6438	9884	16322
Egitto	11186	3955	15141
Moldova	5620	9365	14985
Marocco	7652	5930	13582
Sri Lanka	6377	5512	11889
Ecuador	3885	5886	9771
Nigeria	4562	3426	7988
Bulgaria	2899	5021	7920
Tunisia	3684	2173	5857
Brasile	1573	4210	5783
Macedonia	3400	2342	5742
Pakistan	4263	1200	5463
Spagna	1983	3397	5380
Francia	2042	3327	5369
Regno Unito	1836	2472	4308
Germania	1367	2511	3878
Colombia	1541	2091	3632
Russia Federazione	688	2792	3480
Senegal	2732	615	3347
Eritrea	1870	1291	3161
Stati Uniti	1282	1717	2999
Etiopia	1059	1806	2865
TOTALE ZONA	318707	344220	662927

Dettaglio per aree di provenienza

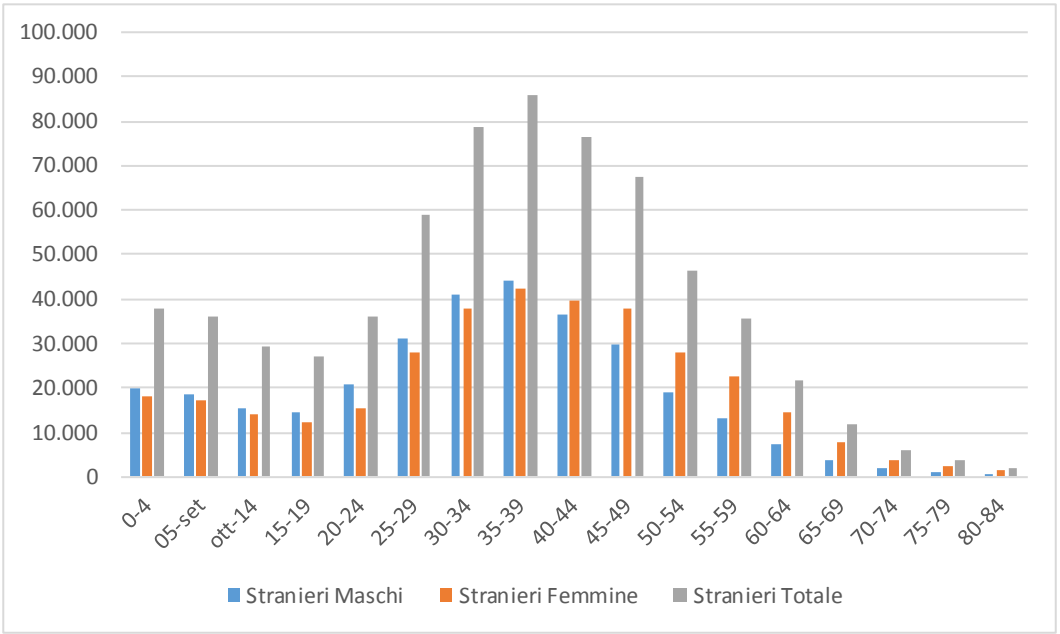
Paese di Provenienza	Totale
Europa	2.607.668
Di cui Unione Europea	*1.537.223*
Africa	1.047.254
Asia	1.019.714
Americhe	369.555
Oceania	2.122
Apolidi	715
TOTALE	5.047.028



Popolazione straniera presente per sesso e per età



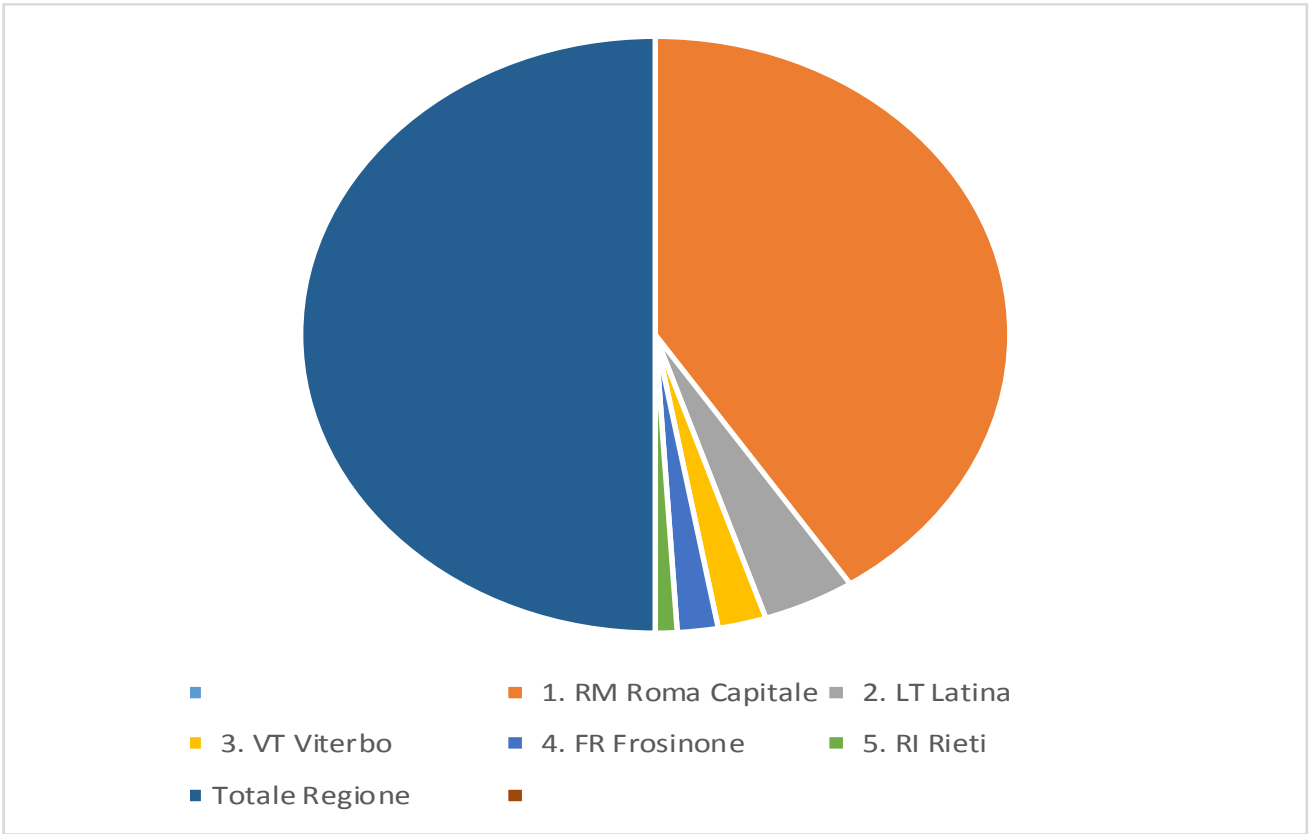
Età	Stranieri			
	Maschi	Femmine	Totale	%
0-4	19.757	18.154	37.911	5,7%
5-9	18.462	17.412	35.874	5,4%
10-14	15.355	14.057	29.412	4,4%
15-19	14.603	12.335	26.938	4,1%
20-24	20.714	15.245	35.959	5,4%
25-29	30.982	28.018	59.000	8,9%
30-34	41.170	37.757	78.927	11,9%
35-39	43.940	42.129	86.069	13,0%
40-44	36.708	39.845	76.553	11,5%
45-49	29.616	38.078	67.694	10,2%
50-54	18.776	27.823	46.599	7,0%
55-59	12.995	22.786	35.781	5,4%
60-64	7.386	14.312	21.698	3,3%
65-69	3.911	7.850	11.761	1,8%
70-74	1.945	3.885	5.830	0,9%
75-79	1.237	2.308	3.545	0,5%
80-84	660	1.271	1.931	0,3%
85-89	317	606	923	0,1%
90-94	131	254	385	0,1%
95-99	32	70	102	0,0%
100+	10	25	35	0,0%
Totale	318.707	344.220	662.927	100%



Distribuzione della popolazione straniera per area geografica

Classifica per province della popolazione straniera residente nella regione.

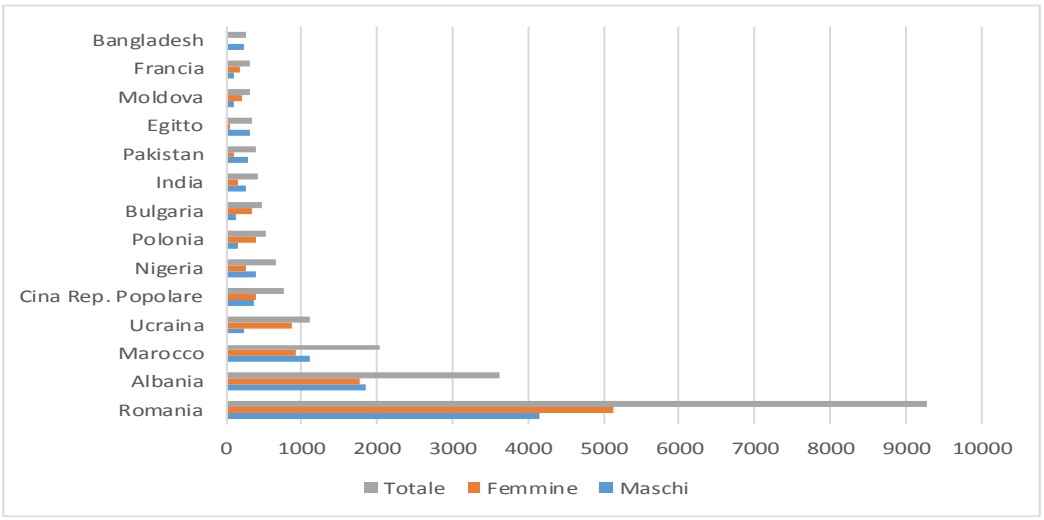
Provincia	Cittadini stranieri				% Stranieri su popolaz. totale	Variazione % anno precedente
	Maschi	Femmine	Totale	%		
1. RM Roma Capitale	259.695	285.261	544.956	82,2%	12,52%	+2,9%
2. LT Latina	26.854	23.213	50.067	7,6%	8,71%	+3,8%
3. VT Viterbo	14.023	16.023	30.046	4,5%	9,42%	-0,1%
4. FR Frosinone	11.816	12.735	24.551	3,7%	4,98%	+1,6%
5. RI Rieti	6.319	6.988	13.307	2,0%	8,45%	+0,2%
Totale Regione	318.707	344.220	662.927		100,0%	+2,8%



Gli stranieri residenti in provincia di Frosinone al 1° gennaio 2017 sono **24.551** e rappresentano il 5,0% della popolazione residente.

	Maschi	Femmine	Totale
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	11491	12673	24164
Iscritti per nascita	140	145	285
Iscritti da altri comuni	536	591	1127
Iscritti dall'estero	930	538	1468
Altri iscritti	122	94	216
Totale iscritti	1728	1368	3096
Cancellati per morte	24	12	36
Cancellati per altri comuni	641	716	1357
Cancellati per l'estero	157	121	278
Acquisizioni di cittadinanza italiana	257	272	529
Altri cancellati	324	185	509
Totale cancellati	1403	1306	2709
Unità in più/meno dovute a variazioni territoriali	0	0	0
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	11816	12735	24551

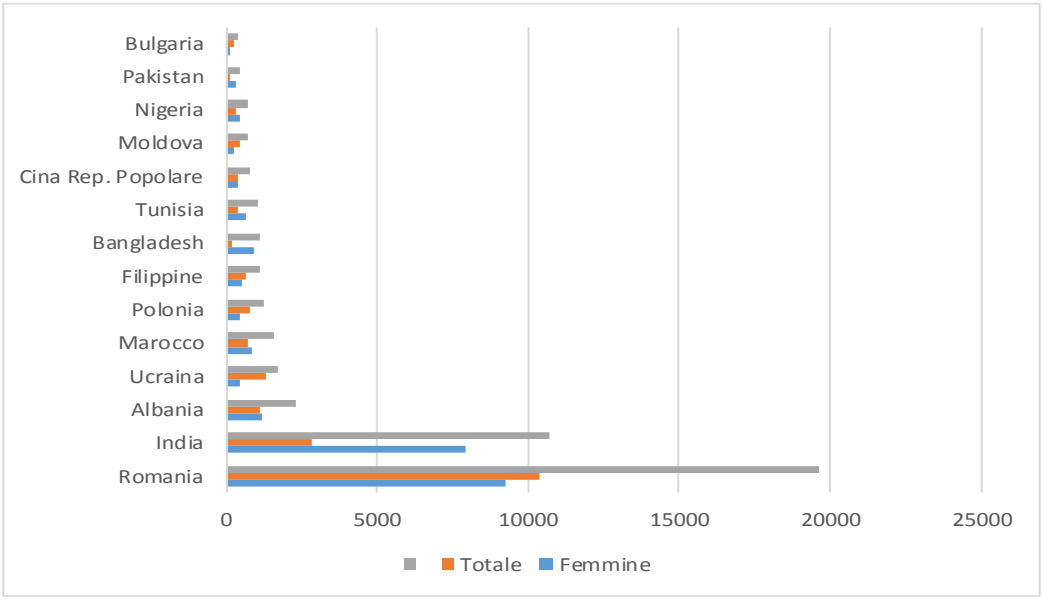
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 37,8% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (14,7%) e dal **Marocco** (8,3%).



Gli stranieri residenti in provincia di Latina al 1° gennaio 2017 sono **50.067** e rappresentano l'8,7% della popolazione residente.

	Maschi	Femmine	Totale
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	25644	22586	48230
Iscritti per nascita	373	285	658
Iscritti da altri comuni	851	791	1642
Iscritti dall'estero	1866	1129	2995
Altri iscritti	209	99	308
Totale iscritti	3299	2304	5603
Cancellati per morte	37	27	64
Cancellati per altri comuni	933	779	1712
Cancellati per l'estero	146	120	266
Acquisizioni di cittadinanza italiana	325	432	757
Altri cancellati	648	319	967
Totale cancellati	2089	1677	3766
Unità in più/meno dovute a variazioni territoriali	0	0	0
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	26854	23213	50067

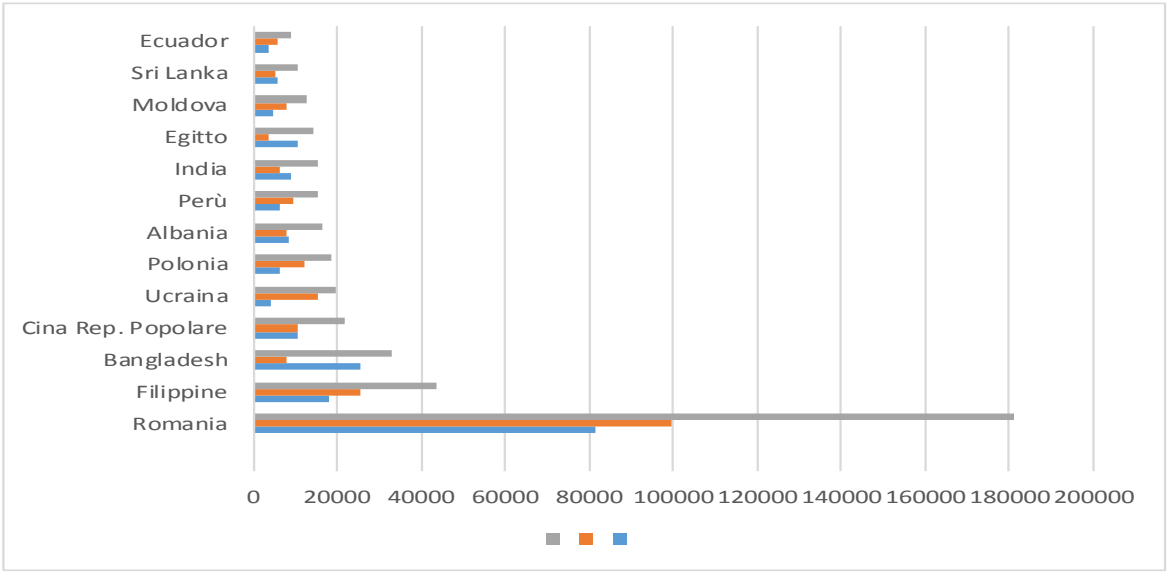
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 39,3% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**India** (21,4%) e dall'**Albania** (4,6%).



Gli stranieri residenti nella città metropolitana di Roma Capitale al 1° gennaio 2017 sono **544.956** e rappresentano il 12,5% della popolazione residente.

	Maschi	Femmine	Totale
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	249783	279615	529398
Iscritti per nascita	3090	2808	5898
Iscritti da altri comuni	6812	7442	14254
Iscritti dall'estero	13590	10532	24122
Altri iscritti	4498	2519	7017
Totale iscritti	27990	23301	51291
Cancellati per morte	347	303	650
Cancellati per altri comuni	6138	6767	12905
Cancellati per l'estero	1083	1081	2164
Acquisizioni di cittadinanza italiana	4426	5053	9479
Altri cancellati	6084	4451	10535
Totale cancellati	18078	17655	35733
Unità in più/meno dovute a variazioni territoriali	0	0	0
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	259695	285261	544956

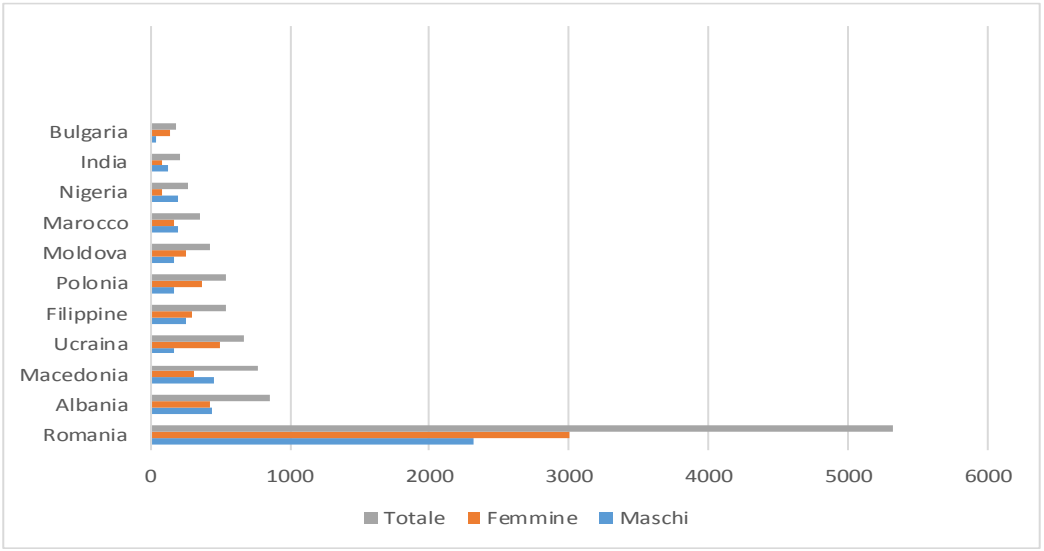
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 33,3% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dalle **Filippine** (8,0%) e dal **Bangladesh** (6,1%).



Gli stranieri residenti in provincia di Rieti al 1° gennaio 2017 sono 13.307 e rappresentano l'8,5% della popolazione residente.

	Maschi	Femmine	Totale
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	6162	7115	13277
Iscritti per nascita	57	68	125
Iscritti da altri comuni	377	375	752
Iscritti dall'estero	522	283	805
Altri iscritti	52	28	80
Totale iscritti	1008	754	1762
Cancellati per morte	9	10	19
Cancellati per altri comuni	415	456	871
Cancellati per l'estero	64	83	147
Acquisizioni di cittadinanza italiana	148	181	329
Altri cancellati	215	151	366
Totale cancellati	851	881	1732
Unità in più/meno dovute a variazioni territoriali	0	0	0
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	6319	6988	13307

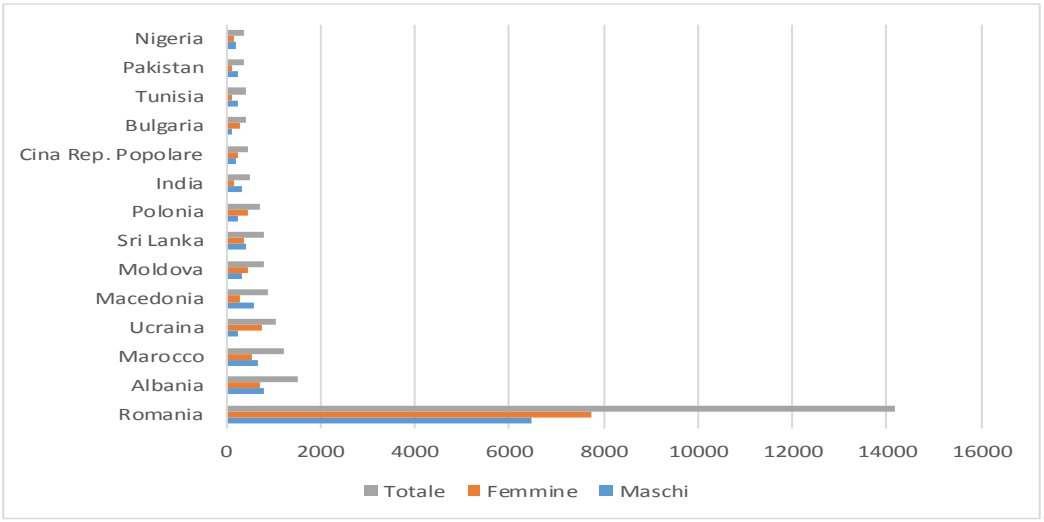
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 40,0% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (6,4%) e dalla **Repubblica di Macedonia** (5,8%).



Gli stranieri residenti in provincia di Viterbo al 1° gennaio 2017 sono **30.046** e rappresentano il 9,4% della popolazione residente.

	Maschi	Femmine	Totale
Popolazione straniera residente al 1° gennaio	14017	16073	30090
Iscritti per nascita	169	179	348
Iscritti da altri comuni	619	687	1306
Iscritti dall'estero	661	592	1253
Altri iscritti	134	88	222
Totale iscritti	1583	1546	3129
Cancellati per morte	25	19	44
Cancellati per altri comuni	692	766	1458
Cancellati per l'estero	181	174	355
Acquisizioni di cittadinanza italiana	370	392	762
Altri cancellati	309	245	554
Totale cancellati	1577	1596	3173
Unità in più/meno dovute a variazioni territoriali	0	0	0
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	14023	16023	30046

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 47,2% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (5,0%) e dal **Marocco** (4,0%).



REDDITO REGIONE LAZIO

Nel 2016 il reddito pro capite della regione Lazio ha registrato un trend positivo (+2,1% per un controvalore di 19.361 di €). A livello provinciale il reddito disponibile pro capite è cresciuto in linea con la media regionale , in particolare a Roma del +2,1% raggiungendo quota 21.378 di €, mentre una maggiore dinamicità ha coinvolto Frosinone

e Rieti (+2,4% entrambe) con un ammontare che è pari a rispettivamente 13.900 € e 13.957 € .Performance più deludenti si sono registrate a Latina (+1,9% per 13.243€) e Viterbo (+1,7%). Il Lazio, dati 2016, dopo la Lombardia e l'Emilia Romagna, è la terza regione per reddito medio complessivo.

Reddito medio per regione (euro), dichiarazioni Irpef 2016				
n. Regione	**Reddito complessivo medio**		**Reddito imponibile medio**	**N. di contribuenti**
1 Lombardia	24.748		23.807	7.124.965
2 Emilia-Romagna	23.024		21.931	3.335.313
3 Lazio	**22.912**		22207	4.876756
4 Piemonte	22.485		21.557	3.165.945
5 Trentino-Alto Adige	22.410		21.337	839.785
6 Liguria	22.303		21.264	1.174.394
7 Valle d'Aosta	22.257		21.106	96.833
8 Veneto	21.994		21.054	3.548.363
9 Friuli Venezia	21.891		21.010	920.062
10 Toscana	21.516		20.583	2.707.816
11 Umbria	19.745		19.062	623.721
12 Marche	19.636		18.888	1.109.632
13 Abruzzo	17.830		17.430	903.543
14 Sardegna	17.728		17.346	1.051.100
15 Campania	17.136		16.754	3.172.403
16 Sicilia	16.275		16.030	2.885.379
17 Puglia	16.228		15.989	2.555.140
18 Basilicata	16.076		15.822	378.431
19 Molise	16.032		15.736	211.343
20 Calabria	14.946		14.760	1.185.835
Non indicata	6.291		6.196	5.321
TOTALE	**20.937**		**20.212**	**40.872.080**

Fonte: Regione FVG
Lazio: Redditi Irpef (2015)

Provincia	n. dichiaranti	Popolazione	% pop	Importo com	% tot	Redd.medio	Media/pop
Roma	2.808.911	4.340.474	65,7	68.822.750.185	74,0	24.502	15.856
Rieti	103.113	158.467	65,1	1.906.814.288	2,7	18.492	12.033
Viterbo	210.062	320.270	65,6	3.810.973.618	5,5	18.142	11.899
Latina	365.972	574.226	63,7	6.307.530.975	9,6	17.235	10.984
Frosinone	305.927	495.026	61,8	5.253.532.697	8,1	17.173	10.613

Totale	3.793.985			86.101.601.763			

	n. dichiaranti	Popolazione	% pop	Importo com	% tot	Redd.medio	Media/pop
Lazio	3.793.985	5.888.472	64,4	86.101.601.763		22.694	14.622
Italia	40.239.091	60.665.551	66,3	831.896.205.927		20.674	13.713

Comuni laziali con media per popolazione più alta

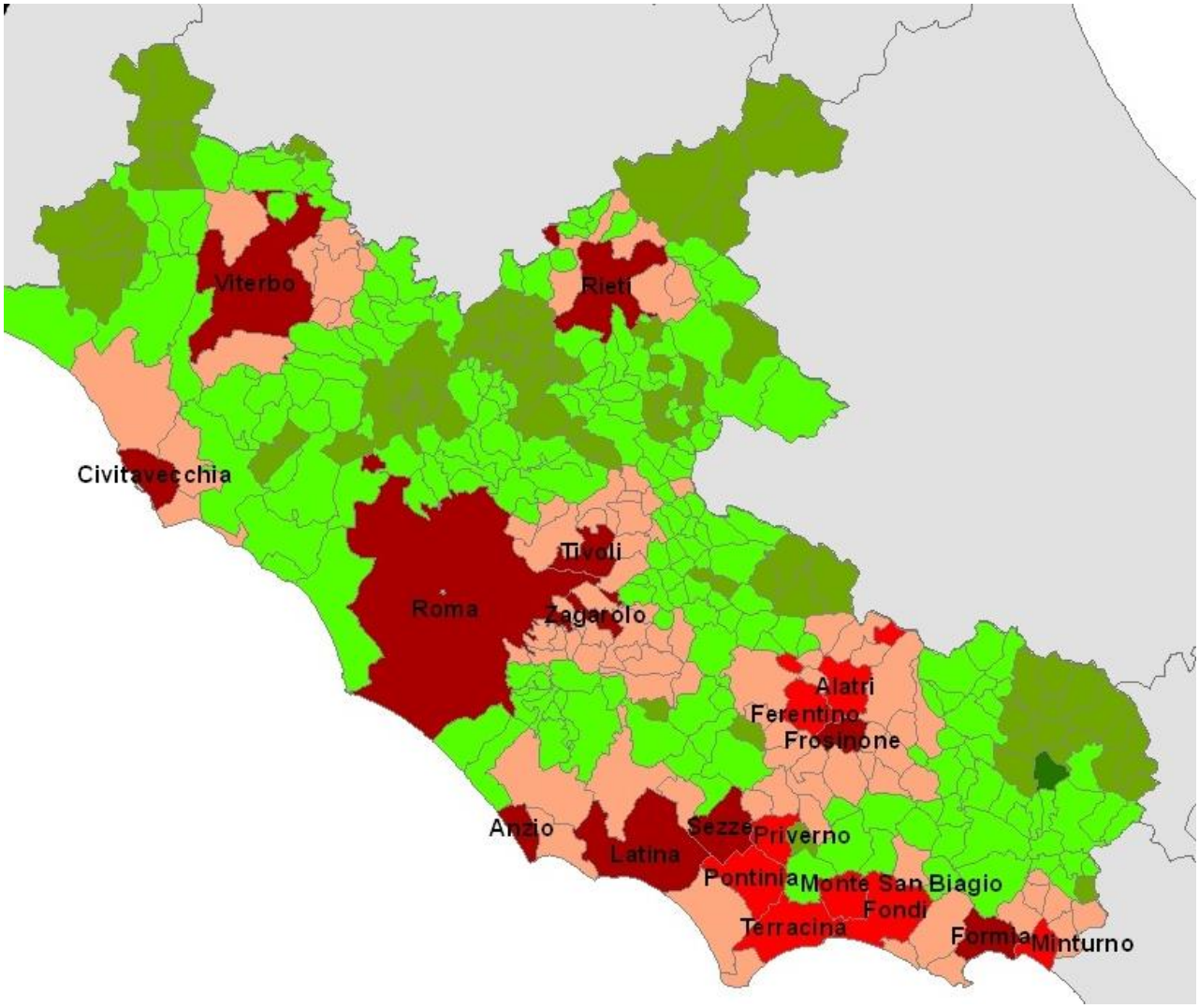
Comune	n. dichiaranti	Popolazione	% pop	Importo com	% tot	Redd.medio	Media/pop
Roma	1.912.602	2.864.731	66,8	51.064.203.870		26.699	17.825
Grottaferrata	12.736	20.327	62,7	352.999.737		27.717	17.366
Formello	7.627	12.918	59,0	211.295.229		27.704	16.357
Monte Porzio C,	5.655	8.693	65,1	141.836.618		25.082	16.316
Frascati	14.451	22.087	65,4	336.307.864		23.279	15.231
Trevignano Romano	3.596	5.725	62,8	85.108.327		23.667	14.866
Sacrofano	4.465	7.740	63,0	113.731.426		25.472	14.694
Rieti	32,530	47.698	68,2	693.482.250		21.318	14.539
Ciampino	24.184	38.412	63,0	550.228.479		22.754	14.324
Viterbo	44.926	67.173	66,9	939.342.320		20.909	13.984
Santa Marinella	11.860	18.783	63,1	261.318.231		22.033	13.912
Nemi	1.218	1.943	62,7	26.879.485		22.069	13.834
Civitavecchia	34.243	52.991	64,6	731.406.417		21.359	13.802
Manziana	4.698	7.681	61,2	105.552.782		22.468	13.742
Latina	84.971	125.983	67,4	1.726.188.254		20.315	13.702

Comuni laziali con media per popolazione più bassa

Comune	n. dichiaranti	Popolazione	% pop	Importo com	% tot	Redd.medio	Media/pop
Casalattico	241	574	42,0	2.560.596		10.625	4.461
San Biagio Saracinisco	234	349	67,0	2.305.080		9.851	6.605
Capranica Prenestina	173	3351	49,3	2.558.472		14.789	7.289
Villa Latina	703	1.241	56,6	9.260.381		13.173	7.462
Acquafondata	188	263	71,5	1.976.614		10.514	7.516
Viticuso	245	353	69,4	2.695.177		11.001	7.635
Picinisco	812	812	66,7	9.414.767		11.595	7.730
Fumone	1.240	2.102	59,0	16.643.841		13.422	7.918
Castel Nuovo Parano	505	883	57,2	7.041.922		13.944	7.975

Boville Ernica	5.160	8.737	59,1	70.391.568		13.642	8.057
Belmonte Castello	468	739	63,3	5.985.730		12.790	8.100
Settefrati	498	728	68,4	5.903.912		11.855	8.110
Strangolagalli	1.492	2.491	59,9	20.385.955		12.664	8.184
Monte San Biagio	3.711	6.286	59,0	51.663.893		13.922	8.219
Vallepietra	191	283	67,5	2.337.541		12.238	8.260

LE AREE INTERNE DELLA REGIONE LAZIO



La classificazione delle aree interne coinvolge i territori montani e pre-montani del reatino,del viterbese, della provincia di Roma e Frosinone. Aree a forte marginalizzazione che stanno subendo negli anni fenomeni di erosione demografica, basta verificare i dati sulla popolazione, e di continua diminuzione dei servizi (siano essi forniti dal pubblico – il recente piano di Poste Italiane che ha ridotto il numero degli uffici postali, le loro aperture ecc. che potrebbe subire ulteriori tagli a causa del progetto di privatizzazione e nella applicazione della normativa comunitaria) che dei privati, siano essi sportelli al credito che attività economiche

di vicinato. Tale erosione ha riguardato anche tagli ai trasferimenti dello Stato, con una conseguente riduzione costante della spesa che i Comuni destinano alla funzione sociale. Questo a fronte di un incremento della richiesta di un sistema di Welfare di prossimità che superi le distanze tra le aree interne e quelle a più alto valore aggiunto. L'esame territoriale evidenzia, altresì, la presenza di una rete infrastrutturale carente, sia in termini materiali che immateriali. Una costante riduzione delle amministrazioni locali di rispondere alle esigenze della popolazione. Un livello di vulnerabilità delle famiglie e più in generale della popolazione, tra i più elevati del territorio regionale. In queste aree, cosiddette fragili e marginali, occorre potenziare i servizi verso fasce di popolazione debole, con scarsa propensione al reddito.
La Regione Lazio ha individuato (deliberazione della giunta regionale n.447 del 17.07.2014 Individuazione Aree interne della Regione Lazio per la I fase di attuazione della Strategia nazionale Aree interne - Strategia per il Lazio.), all'interno della politica nazionale per le aree interne, l'area della Valle di Comino (distretti socio sanitari C e, in parte D[6]) e l'area del Velino e Salto-Cicolano (distretti socio sanitari Rieti 4 e Rieti 5).

A rafforzare la necessità di una strategia unitaria delle aree interne come individuate dal Governo, vale la valutazione dello stesso – "*Innanzitutto, si deve porre l'attenzione su quelle che sono state definite le pre-condizioni dello sviluppo locale,viste come un livello di intervento distinto e specifico. Con l'espressione "pre-condizioni dello sviluppo" ci si riferisce alla produzione e offerta sul territorio di servizi che nella società contemporanea si qualificano come diritti di "cittadinanza": a)sanitari; b)istruzione e formazione professionale; c)mobilità;*
La disponibilità dei servizi ora richiamati è una condizione fondamentale per garantire il permanere della residenza –e per incrementare l'attrattività dei territori nei confronti di nuovi residenti: l'effettiva realizzazione nel territorio dei piani di vita che gli individui e le

[6] Deliberazione della Giunta regionale n.192 del 24.04.2018 "Attuazione della Strategia Nazionale Aree Interne - Strategia per il Lazio. Approvazione "Strategia Area prototipo Valle di Comino".

famiglie progettano. Nella società contemporanea un'insufficiente qualità/quantità di questi tre servizi essenziali costituisce un ostacolo decisivo per qualsiasi strategia locale di sviluppo economico perché rende incerti e insoddisfacenti i piani di vita degli individui. La tesi di fondo è che i progetti di sviluppo locale, sui quali sino ad oggi si è posta quasi esclusivamente l'attenzione, non generano l'ammontare di effetti attesi o non generano alcun effetto in mancanza di queste pre-condizioni –cioè se il territorio non offre in misura adeguata le tipologie di servizi sopra richiamate. I territori "si devono predisporre" –devono essere innanzitutto aiutati "a predisporsi" – ad accogliere progetti di sviluppo locale." (Dal documento tecnico dell'Accordo di Partenariato trasmesso alla CE il 9 dicembre 2013).

DATI SULLA SPESA SOCIALE NEL LAZIO

Il dato nazionale:

Le rilevazioni Istat sulla spesa sociale dei Comuni, gli ultimi dati disponibili fanno riferimento al 2014/2015, segnalano per il 2015 la tendenza generale alla ripresa della spesa per il welfare locale dei Comuni, singolarmente o in forma associata.

L'incremento è dello 0,2% rispetto al 2014, anno in cui era stata registrata una crescita dello 0,8%, dopo un triennio di flessione.

La principale fonte di finanziamento sono le risorse proprie dei comuni e delle associazioni di comuni, che insieme finanziano il 67,6% della spesa per i servizi sociali. Il contributo del fondo indistinto per le politiche sociali è passato dal 13% del 2006 al 9,2% del 2015 ed è in proporzione più alto al Sud e nelle Isole rispetto al Centro-nord, dove è invece maggiore l'apporto delle risorse proprie dei comuni.

(di seguito il quadro riassuntivo, per i singoli dati vedi allegati Istat al 2014/2015)

Interventi e servizi sociali dei Comuni. Spesa per ente gestore –reg.							
Dato		Spesa dei Comuni					
Territorio		Lazio					
Periodo		2014					
Tipo ente gestore		Comune	Distretto	comunità	Consorzio	Unione di comuni	Tutte le voci
Area di utenza	Servizio o intervento						
Famiglia e minori	Interventi e servizi;	42.450.439	6.740.336	0	26.586	76.592	49.293.953
	Trasferimenti in denaro;	84.972.914	2.686.580	4.000	22.094	0	87.685.588
	Strutture;	232.384.086	3.010.793	0	154.540	81.604	235.631.023
	Tutte le voci	359..807.439	12.437.709	4.000	203.220	158.196	372.610.584
	% spes/tot						44,48
Disabili	interventi e servizi;	102.531.355	10.305.280		88.117	28.179	112.952.931
	trasferimenti in denaro;	21.917.969	933.825		28.157	22.908	22.902.589
	strutture;	34.704.154	8.077.940		2.560		42.784.654
	tutte le voci;	159.153.478	19.317.045		118.834	51.087	178.640.444
	% spes/tot						21,32
Dipendenze	interventi e servizi;	866.659	588.410		24.500	1.200	1.480.769
	trasferimenti in denaro;	2.457.055	42.000				2.499.055
	strutture;	61.000	138.100				199.100
	tutte le voci	3.384.714	768.510		24.500	1.200	4.178.924
	% spes/tot						0,50
Anziani (65	interventi e	50.344.430	9.801.403		90.853	155.636	60.392.322

in più)	servizi;						
	trasferimenti in denaro;	69.209.303	616.600		91.527	57.611	69.975.041
	strutture;	24.486.982	1.260.088	30.337	4.500		25.781.907
	tutte le voci	144.040.715	11.678.091	30.337	186.880	213.247	156.149.270
	% spes/tot						18,64
Immigrati e nomadi	interventi e servizi;	5.379.707	470.415		3.000	1.174.199	7.027.321
	trasferimenti in denaro;	1.087.199	70.766		6.600	360.000	1.524.565
	strutture;	50.846.484	238.010			350.000	51.434.494
	tutte le voci;	57.313.390	779.191		9.600	1.184.199	59.986.380
	% spes/tot						7,2
Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora	interventi e servizi;	21.951.471	1.834.102		17.130	40.000	23.842.703
	trasferimenti in denaro;	12.740.370	2.724.492		17.000	26.186	15.508.048
	strutture;	11.869.484	344.738				12.214.222
	tutte le voci	46.561.325	4.903.332		34.130	66.186	51.564.973
	% spes/tot						6,1
Multiutenza	interventi e servizi;	9.652.773	4.955.557			15.000	14.623.330
	trasferimenti in denaro;						
	strutture;						
	tutte le voci	9.652.773	4.955.557			15.000	14.623.330
	% spes/tot						1,7
Totale	interventi e servizi;	233.176.834	34.695.503		250.186	1.490.806	269.613.329
	trasferimenti in denaro;	192.384.810	7.074.263	4.000	165.378	466.705	200.095.156
	strutture;	354.352.190	13.069.669	30.337	161.600	431.604	368.045.400
	tutte le voci	779.913.834	54.839.435	34.337	577.164	2.389.115	837.753.885

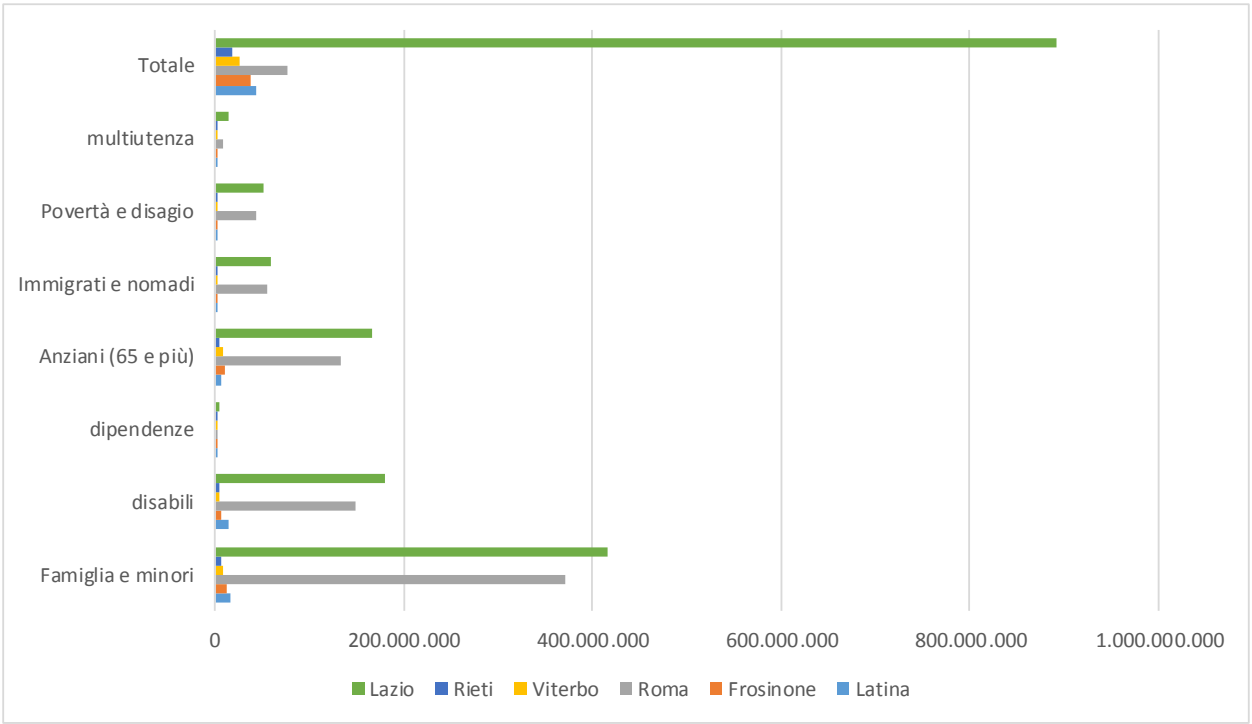
Dalla analisi della spesa sociale emerge come oltre il 44% della spesa complessiva sociale regionale sia destinata alla famiglia e ai minori. Il 18% alle politiche rivolte agli anziani e solo il 4,1% della spesa totale alle politiche di contrasto alla povertà.

Anche con riferimento alle politiche migratorie l'impatto della spesa si attesta sul 7% del totale.

Interventi e servizi sociali dei Comuni utenti e spesa provincia e sintesi regionale

Lazio
2014

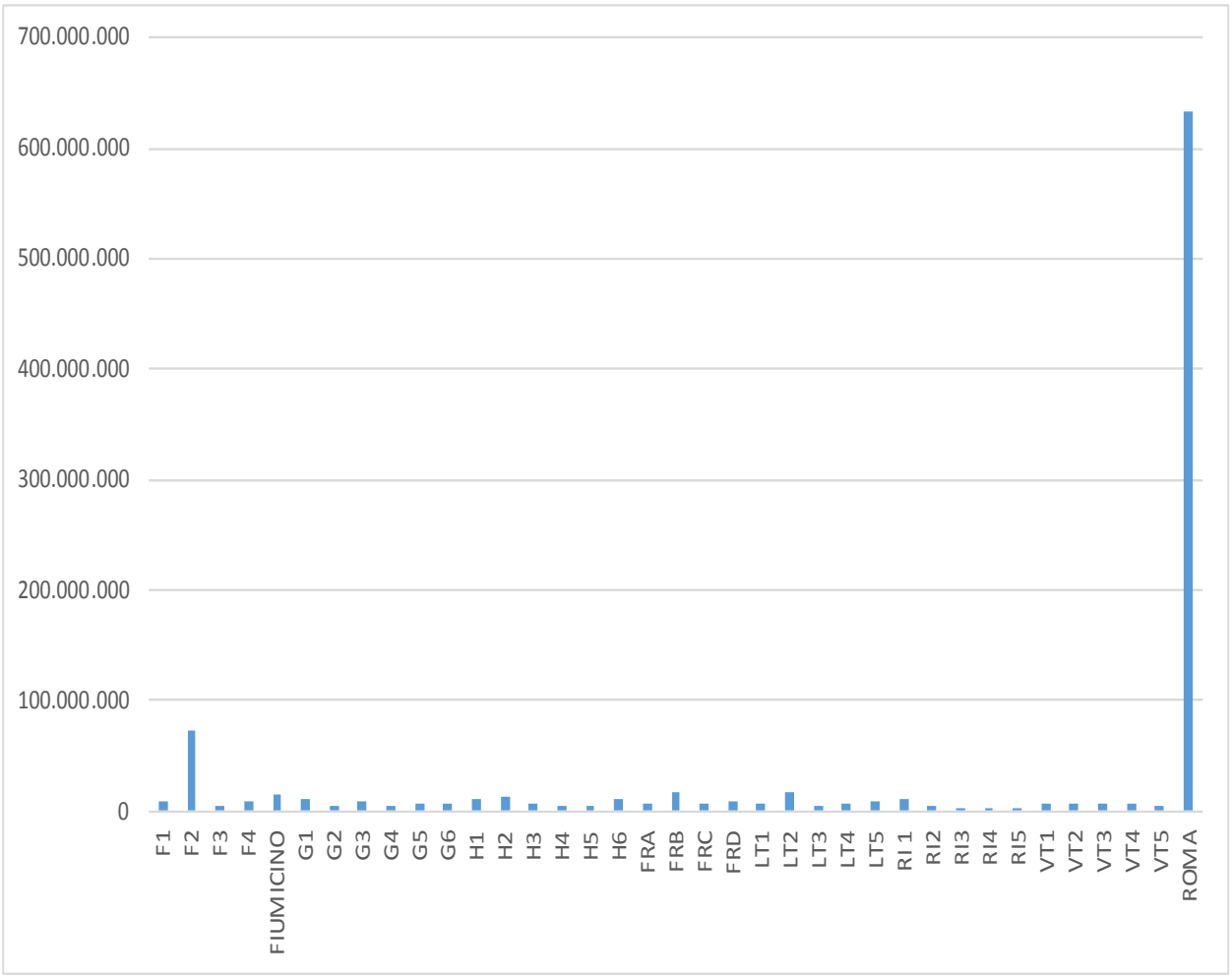
Area	Famiglia e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani (65 e più)	Immigrati e nomadi	Povertà e disagio	multiutenza	Totale
Latina	16.537.152	13.808.416	308.876	7.039.476	1.305.490	3.304.453	1.847.686	44.150.549
Segretariato soc	1.397.930	289.143	108.754	365.073	206.384	398.196		
Frosinone	12.987.503	7.324.812	172,837	11.577.482	2.174.787	1.763.333	2.315.831	38.316.585
Segetariato soc	604.790	285.068	98.262	361.985	156.099	248.742		
Roma	370.462.125	149.314.710	3.064.319	133.384.426	55.705.310	43.257.192	8.375.803	76.563.885
Segretariato soc	11.923.789	3.915.166	148.995	14.724.530	973.575	9.317.534		
Viterbo	8.561.098	5.755.650	244.250	8.915.209	693.927	2.260.897	755.175	27.186.206
Segretariato soc	685.284	409.411	40.640	154.431	122.577	236.893		
Rieti	6.921.541	3.854.494	388.642	5.684.949	120.225	1.010.431	1.328.835	19.309.117
Segrettariato soc	218.537	130.182	44.151	117.485	38.548	100.851		
Lazio	415.469.419	180.058.082	4.178.294	166.601.542	59.999.739	51.595.306	14.623.330	892.526.342
Segretariato s.	14.830.330	5.028.970	440.802	15.723.504	1..497.183	10.302.216		



Interventi e servizi sociali dei Comuni utenti e spesa per COMUNI utenti distretti

Lazio
2014

Area	Famiglia e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani (65 e più)	Immigrati e nomadi	Povertà e disagio	multiutenza	Totale
F1	3.121.228	2.269.652	27.230	2.060.238	9.899	595.145	193.848	8.277.330
F2	1.421.978	2.388.343	10.809	2.384.041	140.778	732.942	132.000	7.210.8911
F3	1.463.383	993.589	2.185	904.970	1.971	117.256	10.057	3.493.411
F4	3.092.680	1.967.523	8.082	2.283.512	38.000	226.536	302.798	7.919.131
FIUMICINO	9.228.136	1.162.244	226.600	2.918.863		219.200	160.000	13.915.043
G1	4.227.409	3.902.356	143.200	2.511.656	366.220	275.694	72.470	11.469.005
G2	1.297.840	.1.139.230	72.561	694.752	16.665	415.212	39.988	3.676.248
G3	3.111.825	3.068.863	7.966	1.652.802	57.017	180.701	97.362	8.176.536
G4	1.395.359	1.259.299	38.516	1.045.547	117.059	90.956	289.480	4.236.216
G5	1.793.380	1.254.641	125.426	1.409.773	160.338	385.941	251.922	5.382.421
G6	3.066.353	1.296.323	46.590	1.882.438	58.765	688.029	246.824	7.285.322
H1	4.682.734	2.915.820	87.243	1.733.875	69.464	257.418	42.500	9.789.054
H2	4.389.796	2.771.394	33.207	4.917.581	16.074	674.747	80.951	12.884.290
H3	2.642.658	1.648.790	27.204	1.845.119	53.717	571.012	191.285	6.979.792
H4	2.616.880	269.358		1.483,386		170.000	588.002	5.128.076
H5	2.094.609	1.365.846	7.500	863.928	6.343	88.600	192.659	4.619.485
H6	3.087.044	2.807.572	20.000	4.128.674		806.277	117.400	10.966.967
FRA	2.064.092	1.780.556	38.682	1.506.092	55.592	486.173	702.784	6.633.971
FRB	6.039.744	2.748.160	56.511	4.564.000	1.705674	421.791	619.878	16.155.758
FRC	2.221.391	1.067.814	56.379	2.543.810	376.887	725.957	228.005	7.220.243
FRD	2.662.276	1.728.282	21.265	2.963.680	36.634	129.412	765.164	8.306.613
LT1	2.335.879	2.787..134	15.787	625.133	161.652	277.151	310.201	6.512.937
LT2	6.313.889	5.522.281	16.546	2.256.998	818.713	1..226.903	552.787	16.708.657
LT3	1.609.415	1.183.603	122.225	936.252	275.652	393.667	218.576	4.739.390
LT4	2.489.039	2.234.262	126.850	1.041.446	18.255	389.915	512.691	6.821.458
LT5	3.788.930	2.080.596	27.468	2.179.647	31.218	1.015.817	244.431	9.368.107
RI 1	4.231.758	2.376.323	289.769	2.671.645	43.007	357.240	918.048	10.887.790
RI2	1.091.362	461.177	24.929	1.861.608	30.563	241.732	178.844	3.891.215
RI3	1.079.316	275.555	2.370	506.139		219.614	78.998	2.161.542
RI4	258.310	517.801	36.915	342.662	12.556	73.455	69..900	1.311.599
RI5	260.795	223.638	34.659	302.895	34.099	117.840	83.045	1.056.971
VT1	1.297.808	1.677.046	52.252	1.985.703	163.029	373.422	379..284	5.946.544
VT2	1.533.553	1.654.520	74.058	1.122.740	27.742	687.884	215.702	5.316.199
VT3	2.564.903	1.015.199	854	2.109.884	132.658	391.148		6.214.646
VT4	1.924.796	716.998	52.359	2.341.030	278.280	288.438	125.267	5.727.168
VT5	1.240.038	691.887	64.727	1.355.852	92.218	520.005	16.922	3.981.649
ROMA	317.728.833	116.833.327	2.179.000	98.662.731	54.623.000	36.761.517	5.366.257	632.154.665


700.000.000
600.000.000
500.000.000
400.000.000
300.000.000
200.000.000
100.000.000
0
F1
F2
F3
F4
FIUMICINO
G1
G2
G3
G4
G5
G6
H1
H2
H3
H4
H5
H6
FRA
FRB
FRC
FRD
LT1
LT2
LT3
LT4
LT5
RI 1
RI2
RI3
RI4
RI5
VT1
VT2
VT3
VT4
VT5
ROMA

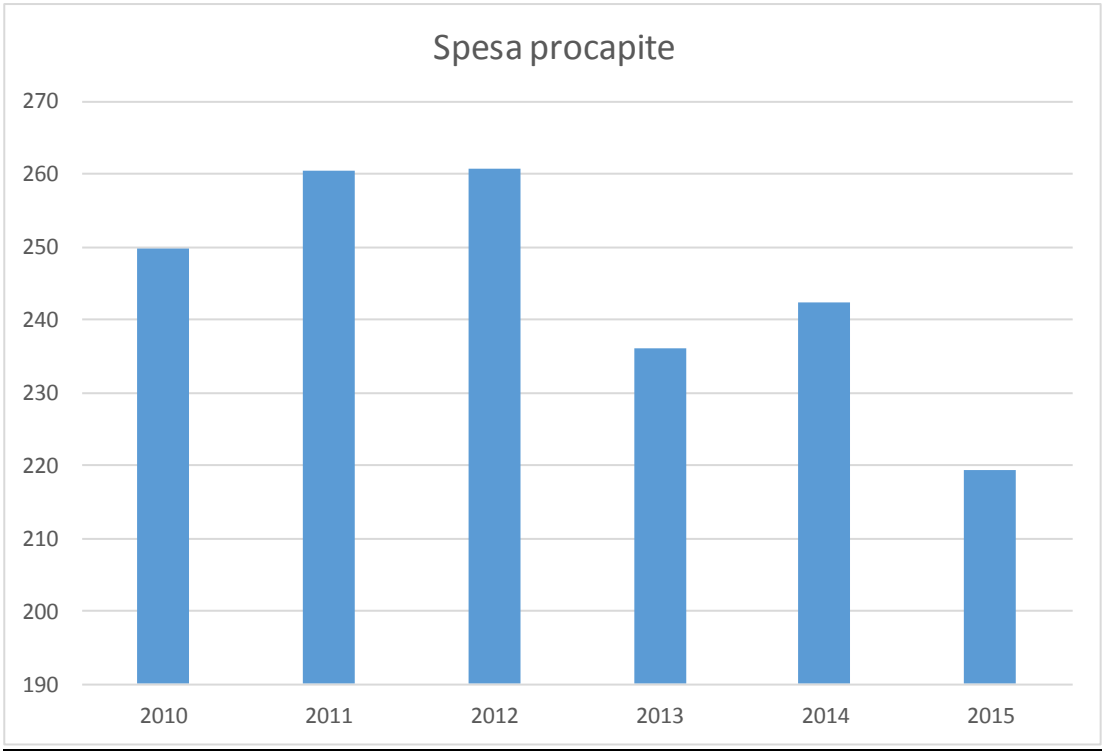
Spesa sociale procapite. A fronte di un costante trasferimento delle risorse finanziarie dalla Regione ai distretti socio –sanitari, la spesa dei Comuni ha avuto una contrazione, sia in termini relativi che percentuali rispetto al 2012. La spesa totale dei Comuni, singoli e associati, ammontava a euro 943.960.660 con un valore pro-capite su base regionale pari a euro 171 per abitante. Il calo della spesa è dovuto, principalmente, ad una riduzione della spesa sociale dell'area metropolitana di Roma, passata da euro 833.606.047 (media pro-capite 207) a euro 763.563.885 (media pro-capite 175). Il calo della spesa sociale nei Comuni dell'area Metropolitana di Roma non ha riguardato la capitale che, con oltre 200 euro di media per abitante, è ai primi posti nella graduatoria italiana fra i comuni del centro nord. Nonostante questo dato la spesa dei Comuni del Lazio nel settore sociale si attesta attorno al 60% del totale mentre quella regionale si attesta attorno al 18% del totale.

Interventi e servizi sociali dei Comuni utenti e spesa provincia e sintesi regionale			
Lazio			
2014			
Area	Totale	abitanti	spesa pro capite
Latina	44.150.549	572472	77,1226348
Frosinone	38.316.585	496671	77,1468135
Roma	763.563.885	4342046	175,853477
Viterbo	27.186.206	321955	84,4410119
Rieti	19.309.117	158981	121,455501
Lazio	892.526.342	5892125	151,477836

Spesa sociale del Comune di Roma

La spesa per i servizi sociali della Capitale è oltre la media nazionale, in linea con i maggiori centri del nord del paese. Questo nonostante negli ultimi tre anni abbia avuto una costane contrazione, con particolare riferimento al periodo compreso tra il 2014 e il 2015

Anno	Spesa pro capite
2010	249,8
2011	260,4
2012	260,9
2013	236
2014	242,3
2015	219,4



Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Comune di Roma – Rendiconti *sono esclusi i servizi necroscopici e cimiteriali

Spesa Comuni capoluogo

Missione 12 – Diritti Sociali, Politiche Sociali e Famiglia

COMUNE	TOTALE IMPEGNI QUADRO 10	Popolazione al 1 gennaio 2015	Spesa pro capite
LATINA	13.259.094,52	125496	105,65
FROSIINONE	5.511.114,01	46507	118,50
VITERBO	9.869.529,22	67307	146,63
* esclusa spesa cimiteriale			
dati su certificati consuntivi Ministero Interno – Finanza Locale anno 2015			
Non sono presenti sul sito i certificati al consuntivo del Comune di Rieti			

La spesa pro-capite dei Comuni capoluogo, tenuto conto dei risultati del Rendiconto di Gestione al 2015, appare nettamente più elevata dall'insieme della spesa provinciale pro-capite. Latina e Viterbo rappresentano oltre 1/3 della intera spesa della Missione 12 dell'area provinciale, pur rappresentando 1/5 della popolazione complessiva dell'intero territorio. In linea appare il Comune di Frosinone.
Rispetto alla media nazionale (114 euro procapite), al di sotto della media risulta solo il Comune di Latina.
Il dato dimostra una doppia velocità tra i centri maggiori e il resto del territorio. Un dato rilevabile generalmente in tutte le regioni italiane.
Il Lazio si dimostra una delle Regioni con il maggiore investimento pro.capite nel settore dei servizi sociali, classificandosi ai primi posti in Italia.
Nel 2017 la Regione Lazio, al netto dei trasferimenti dello Stato, ha impegnato somme per il sociale in partita corrente attorno ai 70.000.000,00 di euro. Il Lazio si colloca ai primi posti in Italia, basti pensare che la Lombardia che ha beneficiato nel 2016 di oltre 120.000.000,00 di euro di trasferimenti nazionali, compartecipa con risorse del proprio bilancio per circa 54.000.000,00 di euro, oltre 38 milioni di risorse proprie destinate ai bonus famiglia e alla misura Nidi gratis (Valentina Ghetti, *il finanziamento al welfare lombardo, risorse in campo e scelte allocative*, 2017 Vademecum LombardiaSociale.it)

Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per regione e ripartizione geografica - Anno 2015 *(valori assoluti, percentuali e spesa pro-capite)*

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Spesa (a)		Spesa pro-capite (b)
	Valori assoluti	Valori percentuali	
Piemonte	536.477.130	7,7	122
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	31.544.448	0,5	247
Liguria	209.902.144	3,0	133
Lombardia	1.215.711.000	17,6	122
Trentino-Alto Adige/Südtirol	401.423.042	5,8	380
Bolzano/Bozen	*263.909.395*	*3,8*	*508*
Trento (c)	*137.513.647*	*2,0*	*256*
Veneto	511.562.204	7,4	104
Friuli-Venezia Giulia	307.089.102	4,4	251
Emilia-Romagna	716.828.597	10,3	161
Toscana	476.504.022	6,9	127
Umbria	76.986.868	1,1	86
Marche	161.094.396	2,3	104
Lazio	**826.137.708**	**11,9**	**140**
Abruzzo	88.293.509	1,3	66
Molise	17.977.351	0,3	57
Campania	245.331.597	3,5	42
Puglia	280.229.387	4,0	69
Basilicata	35.643.050	0,5	62
Calabria	41.238.408	0,6	21
Sicilia	372.795.387	5,4	73
Sardegna	378.824.566	5,5	228
Nord-ovest	**1.993.634.722**	**28,8**	**124**
Nord-est	**1.936.902.945**	**27,9**	**166**
Centro	**1.540.722.994**	**22,2**	**128**
Sud	**708.713.302**	**10,2**	**50**
Isole	**751.619.953**	**10,9**	**111**
ITALIA	**6.931.593.916**	**100,0**	**114**

(a) Si intende la spesa in conto corrente di competenza impegnata nel 2015 per l'erogazione dei servizi o degli interventi socio-assistenziali da parte di comuni e associazioni di comuni. Sono incluse le spese per il personale, per l'affitto di immobili o attrezzature e per l'acquisto di beni e servizi (spesa gestita direttamente). Nel caso in cui il servizio venga gestito da altre organizzazioni (ad esempio: cooperative sociali) la spesa è data dai costi dell'affidamento a terzi del servizio (spesa gestita indirettamente). La spesa è indicata in euro, al netto della compartecipazione degli utenti e del Servizio sanitario nazionale.

(b) Rapporto tra spesa e popolazione residente nella regione o ripartizione geografica.

(c) Nella Provincia di Trento la rilevazione ha interessato i comuni e le comunità di valle - enti pubblici attivati a seguito della riforma dell'assetto istituzionale disegnato dalla legge provinciale 3/2006 - attraverso le quali i comuni svolgono in forma associata le funzioni socio-assistenziali a essi attribuite. Tali funzioni sono finanziate dalla Provincia autonoma di Trento, attraverso un apposito fondo socio-assistenziale integrato da un finanziamento regionale.

Fonte: Elaborazione Regione Puglia

FLUSSI FINANZIARI

Le risorse finanziarie destinate alla spesa sociale posso essere riassunte:

Il quadro nazionale:

TRASFERIMENTI DELLO STATO					
	2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
FNA	€35.217.000,00**	€40.012.880,00	€40.012.880,00*	€40.012.880,00*	€40.012.880,00*
FNPS (FONDO POVERTA')		€ 18.550.000,00			
FNPS	€ 24.306.627,45*	€ 5.684.283,23	€24.234.283,23	€24.234.283,23	€24.234.283,23
FONDO DOPO DI NOI	€ 9.090.000,00	€3.868.300,00	€ 5.666.100,00*		
FINANZIAMENTO STATALE PROGETTO VITA INDIP0ENDENTE	€ 1.760.000,00	€1.600.000,00			
FINANZIAMENTO PROGRAMMA P.I.P.P.I.	€ 250.000,00	€ 300.000,00			
REI			€ 24.534.400,00	€ 24.534.400,00	€ 24.534.400,00
TOTALE FONDI STATALI	**€ 70.623.627,45**	**€70.015.463,23**			

*Considerato che, in base all'Intesa sopra richiamata, la Regione Lazio ha richiesto il totale definanziamento della quota spettante per l'anno 2016, nella misura di 24.306.627,45 euro, che verrà quindi accantonata per intero e resa indisponibile

**Trattasi di somma accantonata e resa indisponibile ai sensi di quanto richiamato nel relativo : Considerato che, in base all'Intesa sopra richiamata, la Regione Lazio ha richiesto il totale definanziamento della quota spettante per l'anno 2016, nella misura di 35.217.000 euro, che verrà quindi accantonata per intero e resa indisponibile (DM 26 settembre 2016)

Il quadro regionale:

La legge di bilancio ha mantenuto sostanzialmente gli stanziamenti e la allocazione delle risorse nel triennio, così come tracciato dalla DGR 537/2017. Una generale conferma degli stanziamenti. La situazione dei fondi per le politiche sociali è diversificata tra le diverse voci ed iniziative, l'importo complessivo di euro 162.332.289,12 di cui, euro 132.333.997,64. a carico dell'esercizio finanziario 2017, euro 23.519.149,52 a carico del bilancio pluriennale 2018 ed euro 6.479.141.96 .a carico del bilancio pluriennale 2019.
Al netto della spesa del fondo POR-FSE e del fondo per la povertà, la spesa finanziata dalla Regione Lazio per il finanziamento dei servizi ammonta ad euro: 94.216.825,89.
Il Lazio, dai dati Istat del 2015, con il 18% di risorse proprie è tra le prime regioni in Italia per finanziamento delle politiche sociali.

Il finanziamento locale

La principale fonte di finanziamento della spesa sociale rilevata sono le risorse proprie dei comuni e delle associazioni di comuni, mentre la spesa distrettuale è quasi per intero coperta dai trasferimenti previsti dalla Delibera di programmazione annuale regionale.
I dati della spesa sociale del 2014/2015 mostrano un segnale generale di mantenimento delle risorse, caratterizzate da un generale livello di spesa e distribuzione delle stesse in linea con le Regioni del nord del paese.

La legge regionale n.11/2016 individua le forme di gestione dei servizi, in coerenza con quanto previsto dal d.lgs n.267/2000.

Il sistema di governance territoriale appare piuttosto frastagliato tra Unione dei Comuni, Consorzi e gestione associata tramite convenzione: la forma maggiormente scelta dagli enti locali.

E' del tutto evidente che il finanziamento locale, attorno al 60%, del sistema di welfare dipende, se non esclusivamente, dalla scelta di governo del sistema.

La compartecipazione degli utenti:

Il futuro è una disciplina omogenea sui livelli di compartecipazione degli utenti alla spesa sociale, oggi rivolta solo a specifiche tipologie (RSA) e con particolari categorie di reddito.

Spesso la regolamentazione dei comuni è frammentaria, gestita da regolamenti locali. Il Piano Sociale Regionale ha come obiettivo quello di disegnare un quadro di riferimento unitario sia definendo la qualità e le specifiche degli interventi sociali che le modalità di partecipazione della spesa, secondo una metodologia unitaria per il territorio regionale tenuto conto, altresì, delle evidenti differenze territoriali ed economiche e della necessità di monitorare la qualità dei servizi.

Spesa sociale dei comuni singoli e associati per fonte di finanziamento, regione e ripartizione geografica - Anno 2015 *(valori percentuali)*

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Fondo indistinto per le politiche sociali (a)	Fondi regionali Vincolati per le Politiche sociali (b)	Fondi vincolati per le politiche sociali dallo Stato o da Unione europea (c)	Altri Trasferimenti da Enti pubblici	Trasferimento fondi da privati	Risorse proprie dei Comuni	Risorse proprie degli Enti associativi	Totale
Piemonte	13,6	11,6	2,6	4,2	2,9	62,2	2,9	100,0
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	1,5	59,9	-	0,7	3,2	26,0	8,7	100,0
Liguria	11,3	11,8	3,2	0,5	0,6	63,9	8,7	100,0
Lombardia	4,5	7,9	4,2	2,4	1,3	79,3	0,4	100,0
Trentino-Alto Adige/Südtirol	0,2	11,1	-	0,1	0,2	4,8	83,6	100,0
Bolzano/Bozen	-	-	-	-	-	-	*100*	*100*
Trento	*1,3*	*66,8*	-	*0,9*	*1,5*	*29,1*	*0,4*	*100,0*
Veneto	4,4	11,0	2,7	2,2	2,3	74,5	2,9	100,0
Friuli-Venezia Giulia	22,6	39,8	4,4	1,8	1,2	29,6	0,6	100,0
Emilia-Romagna	2,1	6,1	3,7	1,8	1,8	78,5	6,0	100,0
Toscana	5,3	11,4	3,1	4,4	1,3	73,0	1,5	100,0
Umbria	16,4	14,6	13,8	2,0	0,6	52,0	0,6	100,0
Marche	2,1	15,7	2,1	3,2	1,1	73,4	2,4	100,0
Lazio	**15,5**	**18,8**	**1,8**	**2,4**	**2,0**	**59,0**	**0,5**	**100,0**
Abruzzo	19,3	13,8	3,9	2,3	2,3	52,8	5,6	100,0
Molise	11,4	12,7	11,4	7,1	0,5	56,9	-	100,0
Campania	16,8	7,8	11,6	5,6	1,1	45,4	11,7	100,0
Puglia	10,4	12,3	15,9	1,4	0,3	56,3	3,4	100,0
Basilicata	30,1	27,4	3,8	1,6	0,8	32,3	4,0	100,0
Calabria	4,9	27,1	20,3	8,6	0,3	33,8	5,0	100,0
Sicilia	15,4	15,6	9,8	2,9	1,5	53,8	1,0	100,0
Sardegna	26,8	55,3	1,9	1,7	0,7	13,6	-	100,0
Nord-ovest	**7,6**	**10,1**	**3,6**	**2,6**	**1,7**	**72,4**	**2,0**	**100,0**
Nord-est	**5,8**	**13,9**	**2,9**	**1,6**	**1,6**	**56,5**	**17,7**	**100,0**
Centro	**7,7**	**13,9**	**3,6**	**3,6**	**1,4**	**68,5**	**1,3**	**100,0**
Sud	**14,6**	**12,6**	**12,3**	**3,5**	**0,9**	**49,5**	**6,6**	**100,0**
Isole	**21,1**	**35,5**	**5,8**	**2,3**	**1,1**	**33,7**	**0,5**	**100,0**
ITALIA	**9,2**	**14,8**	**4,5**	**2,5**	**1,4**	**60,5**	**7,1**	**100,0**

(a) Quota nazionale e quota regionale o provinciale nel caso di province autonome.

(b) Fondi regionali (o provinciali nel caso di province autonome) vincolati per le politiche sociali (esclusa la quota regionale o provinciale del fondo indistinto).

(c) Esclusa la quota nazionale del fondo indistinto.

Fonte: Regione Puglia

Conclusioni

La tendenza demografica in atto nella Regione Lazio appare in linea con alcune regioni del nord, con particolare riferimento alla Lombardia. A fronte di un saldo naturale negativo l'incremento della popolazione è rappresentata dalla capacità di attrazione, sia per emigrazione interna che straniera, in particolare comunitaria. Un processo che inciderà, nei prossimi anni sul sistema scolastico, come ha recentemente sottolineato la Fondazione Agnelli, tenuto conto del forte decremento della natalità, e in generale sul sistema sociale e sanitario.

Al contempo si evidenzia, in linea con la tendenza generale, un forte spopolamento delle aree interne, in particolare del frusinate e del reatino, con un incremento dell'età della popolazione. Due temi che chiamano in causa una generale iniziativa progettuale per le aree interne e un disegno diverso del modello di welfare.

La spesa sociale del Lazio ha subito, sia da parte dei Comuni che della Regione, un incremento in linea con le tendenze nazionali negli ultimi dieci anni e una certa stabilizzazione negli anni 201- 2015, in parte dovuta alle politiche di rientro del deficit sanitario che ha avuto un peso considerevole anche sul versante sociale.

I dati generali dimostrano una doppia velocità del territorio. A fronte di una spesa procapite in linea con i dati nazionali dei Comuni capoluogo, si evidenzia un limite nella spesa territoriale. La spesa sociale (Missione 12) appare maggiore nelle aree densamente demografiche mentre difficoltà incontrano i comuni, soprattutto piccoli, a sostenere con il proprio bilancio elementi di spesa sociale aggiuntiva ai servizi rappresentati dal Piano Sociale di Zona. Per i piccoli comuni la situazione sta assumendo caratteristiche negative sui bilanci, alla luce della necessaria compartecipazione comunale su una serie di servizi erogati, in passato, in regime sanitario o aventi caratteristiche residenziali (RSA, trasporto ex articolo 26, malati psichici).

La Regione Lazio ha garantito, in questi anni, risorse pari al 18% del totale, tra le più avanzate in Italia, garantendo un sistema di welfare efficiente ed efficace, la cui spesa però

grava per il 60% sui bilanci comunali, di cui le risorse destinate ai Piani Sociali di Zona rappresentano una parte limitata.

Il tema generale di una ripartizione diversa delle risorse secondo matrici obiettivi coerenti con il Piano sociale Regionale, ed in linea con quanto previsto dalla legge regionale n.11/2016, può trovare attenzione all'interno di un nuovo sistema di governance dei servizi. Per i piccoli comuni occorre trovare le risorse necessarie finalizzate ad affrontare le emergenze, così da garantire la sostenibilità dei bilanci, già in sofferenza per i continui e costanti tagli ai trasferimenti.

Nel prossimo triennio la stabilizzazione del FNNA e del REI contribuiranno a trasferire maggiori risorse, sia in termini finanziari che di servizi ai soggetti gestori della funzione sociale, in linea con gli obiettivi del Piano e delle finalità della legge regionale 11/2016.

Un livello elevato di spesa sociale deve fare i conti oltre che con un sistema di governace efficace e rispondente ai bisogni dell'utenza, ad una elevata professionalizzazione degli operatori. E' difficilmente quantificabile il sistema occupazionale complessivo del welfare regionale, le modalità statistiche operano per macrosettori. Nonostante ciò appare evidente anche alla luce del crescente sviluppo del terzo settore, che il welfare rappresenta una parte considerevole del PIL regionale, con un sensibile impatto sul sistema occupazionale anche come risposta alla crisi economica degli anni scorsi.[7]

Appendice:

[7] Per maggiori approfondimenti, Camera di Commercio di Roma-Lumsa, *Le professioni sociali in un welfare in trasformazione, indagine sul lavoro sociale nel Lazio*, Roma 2016; UnionCamere-SI Camere, *Cooperazione, non profit e imprenditoria sociale*, 2013

Tabella 1. Indicatori per la definizione della quota di riparto regionale del Fondo Povertà

Regioni	Quota regionale nuclei beneficiari SIA 2017*	Quota regionale persone in condizione di povertà assoluta	Quota regionale persone in condizione di grave deprivazione materiale	Quota regionale persone a rischio di povertà	Quota regionale popolazione residente	Quota regionale di riparto del Fondo Povertà
Abruzzo	1,5%	2,7%	2,8%	2,2%	2,2%	**2,26%**
Basilicata	0,7%	1,2%	1,1%	1,3%	1,0%	**1,04%**
Calabria	6,4%	4,0%	4,3%	5,5%	3,3%	**4,71%**
Campania	24,5%	11,8%	20,9%	17,4%	9,8%	**16,87%**
Emilia Romagna	3,3%	5,3%	3,9%	3,2%	7,5%	**4,62%**
Friuli Venezia Giulia	1,1%	1,4%	1,1%	0,9%	2,0%	**1,31%**
Lazio	7,9%	9,1%	7,7%	10,4%	9,9%	**9,02%**
Liguria	1,1%	2,5%	1,7%	1,9%	2,6%	**1,96%**
Lombardia	6,5%	15,8%	8,4%	10,8%	16,8%	**11,66%**
Marche	1,3%	2,4%	2,0%	2,0%	2,6%	**2,05%**
Molise	0,4%	0,6%	0,3%	0,8%	0,5%	**0,52%**
Piemonte	4,6%	6,9%	6,2%	5,0%	7,4%	**6,03%**
Puglia	7,9%	8,2%	11,1%	9,0%	6,8%	**8,61%**
Sardegna	3,6%	3,7%	2,2%	3,5%	2,8%	**3,14%**
Sicilia	23,4%	11,3%	18,2%	17,1%	8,5%	**15,69%**
Toscana	2,9%	5,8%	3,6%	2,9%	6,3%	**4,31%**
Umbria	0,8%	1,4%	1,0%	1,1%	1,5%	**1,18%**
Valle D'Aosta	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%	**0,15%**
Veneto	2,0%	5,8%	3,4%	4,8%	8,2%	**4,87%**
Totale	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,00%**

* Include i beneficiari della Carta acquisti sperimentale, di cui all'articolo 60, del decreto-legge 9 febbraio 2012, n. 5, convertito con modificazioni dalla legge 4 aprile 2012, n. 35, con riferimento al solo comune di Roma, in cui la sperimentazione, avviata successivamente, si è protratta al 2017.

Tabella 2. Somme assegnate agli ambiti territoriali di ciascuna regione destinate al finanziamento dei servizi per l'accesso al ReI, per la valutazione multidimensionale finalizzata ad identificare i bisogni del nucleo familiare e per i sostegni da individuare nel progetto personalizzato del ReI

Regioni	Quota regionale di riparto del Fondo Povertà	Somme assegnate al complesso degli ambiti territoriali della regione - Annualità 2018
Abruzzo	2,26%	6.147.200,00
Basilicata	1,04%	2.828.800,00
Calabria	4,71%	12.811.200,00
Campania	16,87%	45.886.400,00
Emilia Romagna	4,62%	12.566.400,00
Friuli Venezia Giulia	1,31%	3.563.200,00
Lazio	9,02%	24.534.400,00
Liguria	1,96%	5.331.200,00
Lombardia	11,66%	31.715.200,00
Marche	2,05%	5.576.000,00
Molise	0,52%	1.414.400,00
Piemonte	6,03%	16.401.600,00
Puglia	8,61%	23.419.200,00
Sardegna	3,14%	8.540.800,00
Sicilia	15,69%	42.676.800,00
Toscana	4,31%	11.723.200,00
Umbria	1,18%	3.209.600,00
Valle D'Aosta	0,15%	408.000,00
Veneto	4,87%	13.246.400,00
Totale	**100,00%**	**272.000.000,00**

Tabella 3. Somme assegnate per interventi e servizi in favore di persone in condizione di povertà estrema e senza dimora

Sez. a) Comuni capoluogo di città metropolitane con più di 1.000 senza dimora

Comuni capoluogo delle città metropolitane con più di 1.000 senza dimora	Risorse parte fissa**	Persone senza dimora (valori assoluti)***	Quota di riparto parte variabile	Risorse parte variabile	Risorse assegnate
Bologna	300.000,00	1.032	3,6%	284.400,00	**584.400,00**
Firenze	300.000,00	1.992	6,9%	545.100,00	**845.100,00**
Milano	300.000,00	12.004	41,4%	3.270.600,00	**3.570.600,00**
Napoli	300.000,00	1.559	5,4%	426.600,00	**726.600,00**
Palermo	300.000,00	2.887	10,0%	790.000,00	**1.090.000,00**
Roma	300.000,00	7.709	26,7%	2.109.300,00	**2.409.300,00**
Torino	300.000,00	1.729	6,0%	474.000,00	**774.000,00**
Totale	2.100.000,00	28.912	100,0%	7.900.000,00	**10.000.000,00**

Sez. b) Regioni al netto dei comuni capoluogo di città metropolitane, di cui alla sez. a)

Regioni (al netto dei comuni capoluogo delle città metropolitane)	Risorse parte fissa**	Persone senza dimora (valori assoluti)***	Quota di riparto parte variabile	Risorse parte variabile	Risorse assegnate
Abruzzo	200.000,00	584	2,9%	165.300,00	**365.300,00**
Basilicata	100.000,00	-		-	**100.000,00**
Calabria	200.000,00	529	2,6%	148.200,00	**348.200,00**
Campania*	300.000,00	922	4,6%	262.200,00	**562.200,00**
Emilia Romagna*	300.000,00	2.921	14,5%	826.500,00	**1.126.500,00**
Friuli Venezia Giulia	200.000,00	662	3,3%	188.100,00	**388.100,00**
Lazio*	300.000,00	-		-	**300.000,00**
Liguria	200.000,00	977	4,8%	273.600,00	**473.600,00**
Lombardia*	300.000,00	3.999	19,8%	1.128.600,00	**1.428.600,00**
Marche	200.000,00	440	2,2%	125.400,00	**325.400,00**
Molise	100.000,00	-		-	**100.000,00**
Piemonte*	300.000,00	530	2,6%	148.200,00	**448.200,00**
Puglia	300.000,00	1.870	9,3%	530.100,00	**830.100,00**
Sardegna	200.000,00	664	3,3%	188.100,00	**388.100,00**
Sicilia*	300.000,00	1.110	5,5%	313.500,00	**613.500,00**
Toscana*	300.000,00	1.567	7,8%	444.600,00	**744.600,00**
Umbria	100.000,00	-		-	**100.000,00**
Valle D'Aosta	100.000,00	-		-	**100.000,00**
Veneto	300.000,00	3.388	16,8%	957.600,00	**1.257.600,00**
Totale	**4.300.000,00**	20.163	100,0%	5.700.000,00	**10.000.000,00**

* Regioni nel cui territorio è presente un comune di cui alla sez. a) della presente Tabella. Ai fini del riparto, le persone senza dimora e la popolazione residente nel territorio regionale sono considerate al netto dei rispettivi valori relativi ai comuni di cui alla sez. a).
** Le risorse in parte fissa sono pari a: 300.000 euro per territori con almeno 1.000 senza dimora ovvero una popolazione residente di almeno 3 milioni di abitanti; 200.000 euro per territori con almeno 500 senza dimora ovvero una popolazione residente di almeno 1 milione di abitanti; 100.000 euro per gli altri territori.
*** I dati sono tratti dalla pubblicazione Istat "Le persone senza dimora - Anno 2014" ovvero stimati dall'INAPP a partire dai microdati dell'indagine. Le stime, per i dati non pubblicati da Istat, sono state rese pubbliche con l'avviso pubblico n. 4 del 2016 di cui all'articolo 5, comma 6. Non si presenta il dato quando inferiore alle 400 unità.

Tabella 4. Somme riservate al finanziamento di interventi, in via sperimentale, in favore di coloro che, al compimento della maggiore età, vivano fuori dalla famiglia di origine sulla base di un provvedimento dell'autorità giudiziaria

Regioni	Numero minorenni allontanati dalla famiglia di origine, in affidamento familiare o accolti nei servizi residenziali, alla data del 31.12.2016*	Somme assegnate alla regione per ciascuna annualità
Abruzzo	tra 250 e 499	100.000,00
Basilicata	tra 0 e 249	50.000,00
Calabria	tra 500 e 749	150.000,00
Campania	tra 2.000 e 2.499	400.000,00
Emilia Romagna	tra 2.000 e 2.499	400.000,00
Friuli Venezia Giulia	tra 250 e 499	100.000,00
Lazio	tra 2.000 e 2.499	400.000,00
Liguria	tra 1.000 e 1.499	300.000,00
Lombardia	più di 4.000	600.000,00
Marche	tra 500 e 749	150.000,00
Molise	tra 0 e 249	50.000,00
Piemonte	tra 2.500 e 2.999	450.000,00
Puglia	tra 2.000 e 2.499	400.000,00
Sardegna	tra 500 e 749	150.000,00
Sicilia	tra 2.500 e 2.999	450.000,00
Toscana	tra 1.500 e 1.999	350.000,00
Umbria	tra 250 e 499	100.000,00
Valle D'Aosta	tra 0 e 249	50.000,00
Veneto	tra 1.500 e 1.999	350.000,00
	Totale	**5.000.000,00**

- I dati sono rilevati dall'Indagine campionaria 2016 su affidi familiari e servizi residenziali, in corso di pubblicazione, a cura del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza

DGR 537/2017 e variazioni. Sintesi degli interventi per capitolo:

			Fabbisogno 2018 spesa corrente				
Titolo capitolo	capitolo	tipologia capitolo	**DGR 537 /2017 Legge regionale 10 agosto 2016, n. 11. Programma di utilizzazione degli stanziamenti per il sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali, anno 2017 e pluriennale.**	**Importo complessivo DGR 537 e variazioni**	**2017**	**2018**	**2019**
Spese per interventi socio-assistenziali(Parte Corrente) Trasferimenti correnti a Amministrazioni Locali	H41900	libero	Contributo gestione asili nido l.r. 59/80	10.500.000,00	10.500.000,00		
			Rete centri per tutela minori misura 4.3 Piani di zona	380.000,00	380.000,00		
ARMO – INTEGRAZIONE REGIONALE DELL'ASSEGNAZIONE DELLO STATO DELLE RISORSE INDISTINTE PER L'ATTUAZIONE DELLA LEGGE N. 328/2000 (PARTE CAPITALE) § CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI A ALTRE IMPRESE	H42529	libero	Appalto prefebbricati asili nido. Integrazione regionale L.328/2000 spese investimento	300.000,00	300.000,00		
ARMO – SPESE PER INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI (PARTE CORRENTE) § Trasferimenti correnti a Istituzioni Sociali Private	H41902	libero	Centro tutela per minori - Fregosi Misura 4.3	390.000,00	120.000,00	270.000,00	
ARMO – SPESE PER INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI (PARTE CORRENTE) § Trasferimenti correnti a Amministrazioni Locali	H41903	libero	Case famiglia persone con disabilità anno 2017 (Decreeto Min 470/01)((assicurare continuità)	4.000.000,00	4.000.000,00		
			Disagiati psichici - RR. 1/2000-Misura 6.3 dei Piani di zona	6.000.000,00	4.200.000,00	1.800.000,00	

			Progetto deistituzionalizzazione vita indipendente L.R.12/2016. Quota aggiuntiva	100.000,00	100.000,00		
			I.P.A.B. Sant'Alessio (non vedenti pluriminorati) art. 38L.R. 11/2016- Legge 284/97	1.250.000,00	1.250.000,00		
			Vita indipendente persone con disabilità – cofinanziamento regionale obbligatorio annualità 2016	440.000,00	440.000,00		
			Attivazione percorsi presa in carico protetta ed integrata per cure a persone con disabilità e sperimentazione modelli di integrazione a sostegno del Piano Sociale Regionale	200.000,00	200.000,00		
			Percorsi formativi per la creazione di un approccio comune e per la condivisione di processi e strumenti per facilitare integrazione socio sanitaria	100.000,00	100.000,00		
CONTRIBUTO REGIONALE PER RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA) (ART. 2, CC. 87-89, L.R. N. 17/2014 E S.M.I.) § Trasferimenti correnti a Amministrazioni Locali	H41940	libero	Compartecipazione spesa sociale per RSA e centri ex art 26 L:R. 12/2016, art 6	37.500.000,00	37.500.000,00		
			Prestazioni socio-riabilitative psichiatriche L.R. 12/2016 art. 6, comma 3	3.500.000,00	3.500.000,00		
ARMO – SPESE PER INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI (PARTE CORRENTE) § TRASFERIMENTI CORRENTI A AMMINISTRAZIONI LOCALI	H41954	libero	Modifica strumenti di guida L. 104/1992, art. 27	100.000,00	100.000,00		
			Soggiorni estivi per persone con disabilità L.104/1992 e L.R. 11/16	1.800.000,00	1.800.000,00		
				1.900.000,00			
ARMO – SPESE PER INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI (PARTE CORRENTE) § Altri trasferimenti a famiglie	H41945		Contributi figli vittime operazioni soccorso civile e Nassirya L.R. 7/2003.	30.000,00	30.000,00		

UTILIZZAZIONE DELL'ASSEGNAZIONE DELLO STATO RELATIVA AL FONDO PER LE NON AUTOSUFFICIENZE DI CUI ALL'ART.1, COMMA 1264, LEGGE 296/2006 § Trasferimenti correnti a Amministrazioni Locali	H41131	vincolato	Piani di zona Misura 1 – Servizi essenziali	8.000.000,00	8.000.000,00		
			Piano di zona disabilità gravssima ex Misura 3.2	14.100.000,00	14.100.000,00		
			Piani sovradistrettuali alzheimer Misura 3.3 Piani di Zona	2.256.000,00	2.256.000,00		
				24.356.000,00			
ARMO – SPESE PER INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI (PARTE CORRENTE) § Trasferimenti correnti a Istituzioni Sociali Private	H41925	libero	Contributo asssociazioni sociali regionali L.R.58/90	300.000,00	300.000,00		
ARMO – SPESE PER INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI (PARTE CORRENTE) § Trasferimenti correnti a Istituzioni Sociali Private	H41904	libero	Contributo associazioni sociali regionali L.R.58/90	100.000,00	100.000,00		
ARMO – SPESE PER INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI (PARTE CORRENTE) § Trasferimenti correnti a Istituzioni Sociali Private	H41922	libero	Giustizia riparativa. Bando pluriennale 2017-2019	90.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00
ARMO – SPESE PER INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI (PARTE CORRENTE) § Trasferimenti correnti a Amministrazioni Locali	H41924	libero	Piani di Zona misura 1 – Servizi essenziali	31.254.437,00	15.804.437,00	15.450.000,00	
			Piani di Zona Misura 2 –Servizi Essenziali Piccoli comuni	3.506.535,08	2.454.574,56	1.051.960,52	
			Creazione rete e rafforzamento amministrativo Ipab . Articolo 38 legge 11/20016	200.000,00	100.000,00	100.000,00	
				34.960.972,08			

UTILIZZAZIONE DELL'ASSEGNAZIONE DELLO STATO DELLE RISORSE INDISTINTE PER L'ATTUAZIONE DELLA LEGGE 328/2000 § Trasferimenti correnti a Amministrazioni Locali	H41106	vincolato	Piani di Zona misura 1 – Servizi essenziali	12.245.563,00	12.245.563,00		
FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO DI REINTEGRAZIONE FAMILIARE SUPERVISIONATA DEL PAZIENTE POST-COMATOSO (ART. 5, C. 3, L.R. N. 17/2015) § Trasferimenti correnti a Amministrazioni Locali	H41947	libero	Reintegrazione paziente Post- Comatoso L.R 17/2015	400.000,00	400.000,00		
INTERVENTI A FAVORE DELLE FAMIGLIE § Altri trasferimenti a famiglie	H41949	libero	Interventi per la famiglia	800.000,00	800.000,00		
FONDO PER LE INIZIATIVE SOCIALI, SOCIO-SANITARIE ED EDUCATIVE FINALIZZATE ALLA CULTURA MUTUALISTICA (L.R. 9/2016) § Trasferimenti correnti a Istituzioni Sociali Private	H41951	libero	Riconoscimento del ruolo sociale delle società di mutuo soccorso,legge regionale 9/2016 (Spesa corrente)	100.000,00	100.000,00		
FONDO SPECIALE PER I COMUNI PER IL SOSTEGNO AL REDDITO DI PERSONE CHE HANNO FRUITO DI SPECIFICI PERCORSI O PROGETTI INDIVIDUALI DI DESTITUZIONALIZZAZIONE PER IL RAGGIUNGIMENTO DI CONDIZIONI DI VITA INDIPENDENTE - ART. 6, COMMA 6, L.R. N. 12/2016 § Trasferimenti correnti a Amministrazioni Locali	H41953	libero	Progetti di deistituzionalizzazione vita indipendente L.R.12/2016	100.000,00	100.000,00		
ARMO – SPESE PER INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI (PARTE CORRENTE) § Trasferimenti correnti a Istituzioni Sociali Private	H41909	libero	Scorrimento graduatoria bando povertà (DGR 102/2016 e det. G10358/2016)	2.000.000,00	2.000.000,00		

			Ulteriore Scorrimento graduatoria bando povertà (DGR 102/2016 e det. G10358/2016)	500.000,00	500.000,00		
			Scorrimento graduatoria bando povertà (DGR 285 - 674 /2017)	2.500.000,00	2.500.000,00		
			Integrazione somma per i centri per donne vittime di violenza	59.046,00	59.046,00		
			Procedura affidamento gestione centri antiviolenza e case rifugio ex città metropolitana	694.377,08	694.377,08		
				5.753.423,08			
ARMO – FONDO PER LA CONCESSIONE DI CONTRIBUTI PER L'ADATTAMENTO DI VEICOLI DESTINATI AL TRASPORTO DELLE PERSONE CON DISABILITA' PERMANENTE, AFFETTE DA GRAVI LIMITAZIONI DELLA CAPACITA' DI DEAMBULAZIONE - L.R. N. 13/2014 § TRASFERIMENTI CORRENTI A AMMINISTRAZIONI LOCALI	H41955	libero	Adattamento veicoli persone con disabilità L.R.13/2014	120.000,00	120.000,00		
FONDO PER LA PROMOZIONE DEL RICONOSCIMENTO DELLA LINGUA ITALIANA DEI SEGNI E PER LA PIENA ACCESSIBILITA' DELLE PERSONE SORDE ALLA VITA COLLETTIVA - L.R. N. 6/2015 § Trasferimenti correnti a Amministrazioni Locali	H41943	libero	Promozione lingua italiana dei segni L.R.6/2015	250.000,00	250.000,00		
FONDO PER GLI INTERVENTI DI RISTRUTTURAZIONE E MANUTENZIONE STRAORDINARIA IN FAVORE DELLE SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO (L.R. 9/2016) § Contributi agli investimenti a Istituzioni Sociali Private	H42528	libero	Ricoscimento ruolo sociale delle società mutualistiche L.R. 9/2016 in c.capitale	100.000,00	100.000,00		

ARMO – SPESE PER INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI (PARTE CORRENTE) § Trasferimenti correnti a Amministrazioni Locali	H41908	libero	Interventi di risocializzazione detenuti	500.000,00	500.000,00		
			**Rimborso Comune L'Aquila	246.000,00	246.000,00		
				746.000,00			
SPESE PER INTERVENTI IN MATERIA DI IMMIGRAZIONE ED EMIGRAZIONE (PARTE CORRENTE) § Trasferimenti correnti a Amministrazioni Locali	H43900	libero	Interventi per l'emigrazione l.r. 23/2003	300.000,00	300.000,00		
			Attività complementari Sprar	800.000,00	800.000,00		
				1.100.000,00			
ARMO – SPESE PER INTERVENTI IN MATERIA DI IMMIGRAZIONE ED EMIGRAZIONE (PARTE CORRENTE) § Organizzazione eventi, pubblicità e servizi per trasferta	H43902	libero	Funzionamento consulta emigrazione	30.000,00	30.000,00		
ARMO – SPESE PER INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI (PARTE CORRENTE) § Trasferimenti correnti a Amministrazioni Locali	H41918	libero	Piani distrettuali affido familiari	2.311.000,00	2.311.000,00		
			PIPPI. Programma di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione . Cofinanziamento	75.000,00	75.000,00		
			ARAI- Agenzia regionale per le adozioni internazionali	88.000,00	88.000,00		
			Centro famiglia cofinanziamento regionale	86.000,00	86.000,00		
			Formazione affido	70.000,00	70.000,00		
			Compartecipazione adeguamento rette minori in strutture residenziali . Misura 4.2.	14.266.330,96	3.000.000,00	4.817.189,00	6.449.141,96
			**cofinanziamento fondo famiglia 2016/2017	176.816,55	176.816,55		
				17.073.147,51			

ARMO – SPESE PER INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI (PARTE CORRENTE) § Altri servizi	H41932	libero	Iscrizione Welforum	10.000,00	10.000,00		
TRASFERIMENTO AI COMUNI DELLA REGIONE DELLE SOMME OCCORRENTI PER GARANTIRE AI CITTADINI EMIGRATI ALL'ESTERO IL DIRITTO DI VOTO NELLE ELEZIONI REGIONALI ED AMMINISTRATIVE (L.R. N.12 DEL 16/2/1990) - (SPESA OBBLIGATORIA) § Trasferimenti correnti a Amministrazioni Locali	R15402	libero	Rimborso spese elettorali l.r. 12	30.000,00	30.000,00		
ARMO – SPESE PER INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI (PARTE CORRENTE) § Trasferimenti correnti a Amministrazioni Locali	H41906	libero	**Contributo piccoli comuni per anziani	2.535.000,00	2.535.000,00		
			TOTALE		**137.791.814,19**	**23.519.149,52**	**6.479.141,96**
			TOTALE GENERALE	167.790.105,67			

La situazione del sistema di governance dei distretti socio-sanitari del Lazio, allo stato attuale alla luce delle deliberazioni della Giunta regionale n. 395 del 24 giugno 2014 e n.666 del 14 ottobre 2014, è la seguente:

Distretti	Totale	Sup	Distretti Sanitari	Forma di gestione
D1	78.395	213.8944	D1	Comune
F1	80.961	383.0826	F1	Convenzione
F2	78.519	160.2729	F2	Convenzione
F3	56.338	318.2022	F3	Convenzione
F4	110.773	458.434	F4	Consorzio
FR/A	91.887	664.7904	FR/A	Convenzione
FR/B	183.052	890.9955	FR/B	Convenzione
FR/C	101.659	802.7945	FR/C	Consorzio
FR/D	118.428	888.5036	FR/D	Consorzio
G1	96.313	85.1454	G1	Convenzione
G2	127.471	314.3359	G2	Convenzione
G3	83.767	369.7972	G3	Convenzione
G4	33.597	457.4477	G4	Convenzione
G5	83.228	233.744	G5	Convenzione
G6	76.649	357.9785	G6	Convenzione
H1	96.368	146.1061	H1	Convenzione
H2	109.664	125.5728	H2	Convenzione
H3	81.438	37.19	H3	Convenzione
H4	112.149	158.6623	H4	Convenzione
H5	66.735	140.7676	H5	Convenzione
H6	103.378	115.2924	H6	Convenzione
LT Aprilia Cisterna	122.515	425.75	LT Aprilia Cisterna	Convenzione
LT Fondi-Terracina	110.310	481.3556	LT Fondi-Terracina	Convenzione
LT Formia Gaeta	107.741	358.5631	LT Formia Gaeta	Convenzione
LT Latina	175.125	611.3201	LT Latina	Convenzione
LT Monti Lepini	58.535	379.1727	LT Monti Lepini	Convenzione
RI/1	76.256	970.1555	RI/1	Consorzio
RI/2	33.851	415.0091	RI/1	Unione Comuni
RI/3	28.405	278.2481	RI/2	Unione Comuni
RI/4**	9.843	501.3724	RI/2	Comunità Montana
RI/5**	10.112	585.7349	RI/2	Comunità Montana
ROMA*	2.864.731	1287.3586	ROMA*	
VT/1	54.215	960.1294	VT/A	Convenzione
VT/2	45.771	988.2479	VT/A	Convenzione
VT/3	97.287	680.9591	VT/B	Convenzione
VT/4	64.649	590.8083	VT/C	Convenzione
VT/5	58.357	395.0958	VT/C	Convenzione

* La disciplina per Roma Capitale è indicata all'articolo 36 della legge regionale n.11/2016
**legge regionale di stabilità (n.18/2016), che ha introdotte norme per la trasformazione delle Comunità Montane in Unione di Comuni Montani- comma 126 articolo 3

Distretti socio sanitari: DGR n.660/2017

Sovrambiti: DGR n.660/2017

ASL Lazio:

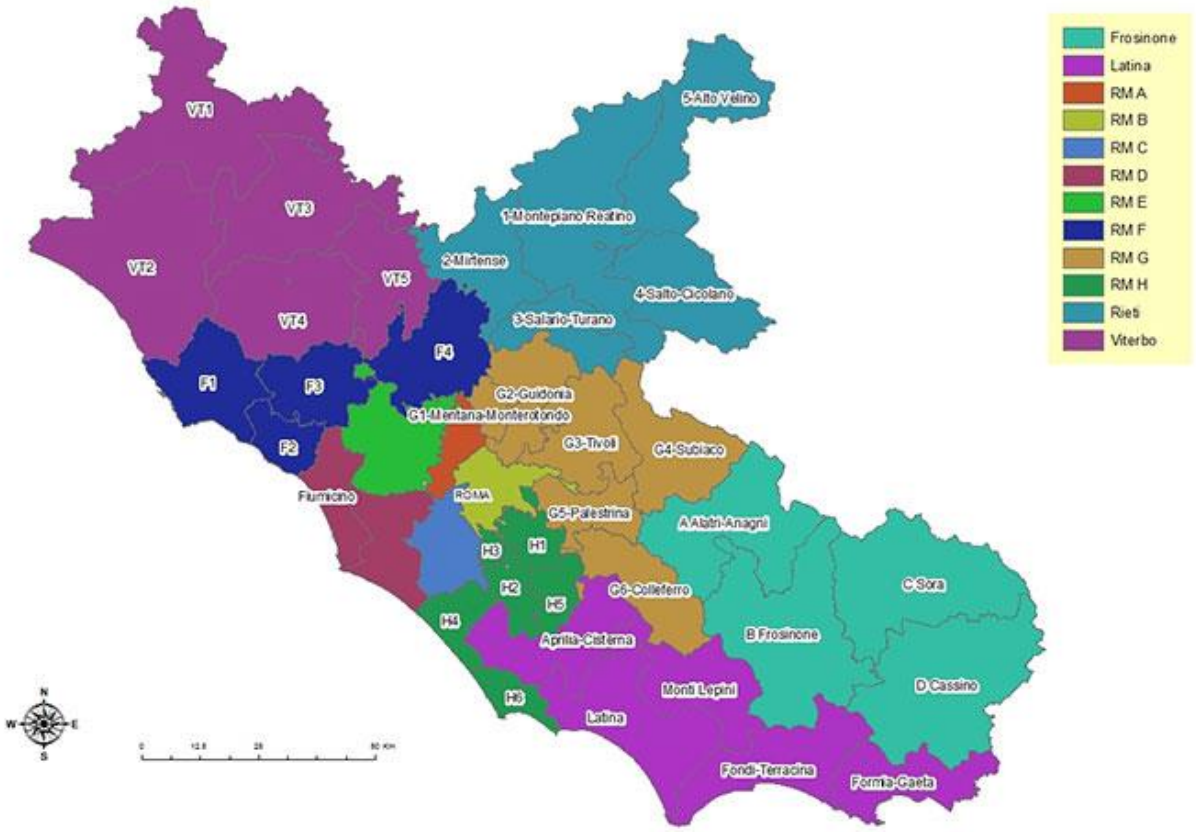
Accorpamenti ASL di Roma:

- Roma A e Roma E (Roma 1)
- Roma B e Roma C (Roma 2)
- Roma D (Roma 3)/Roma F (Roma 4)/Roma G (Roma 5)/Roma H (Roma 6)

Distretti Sanitari:

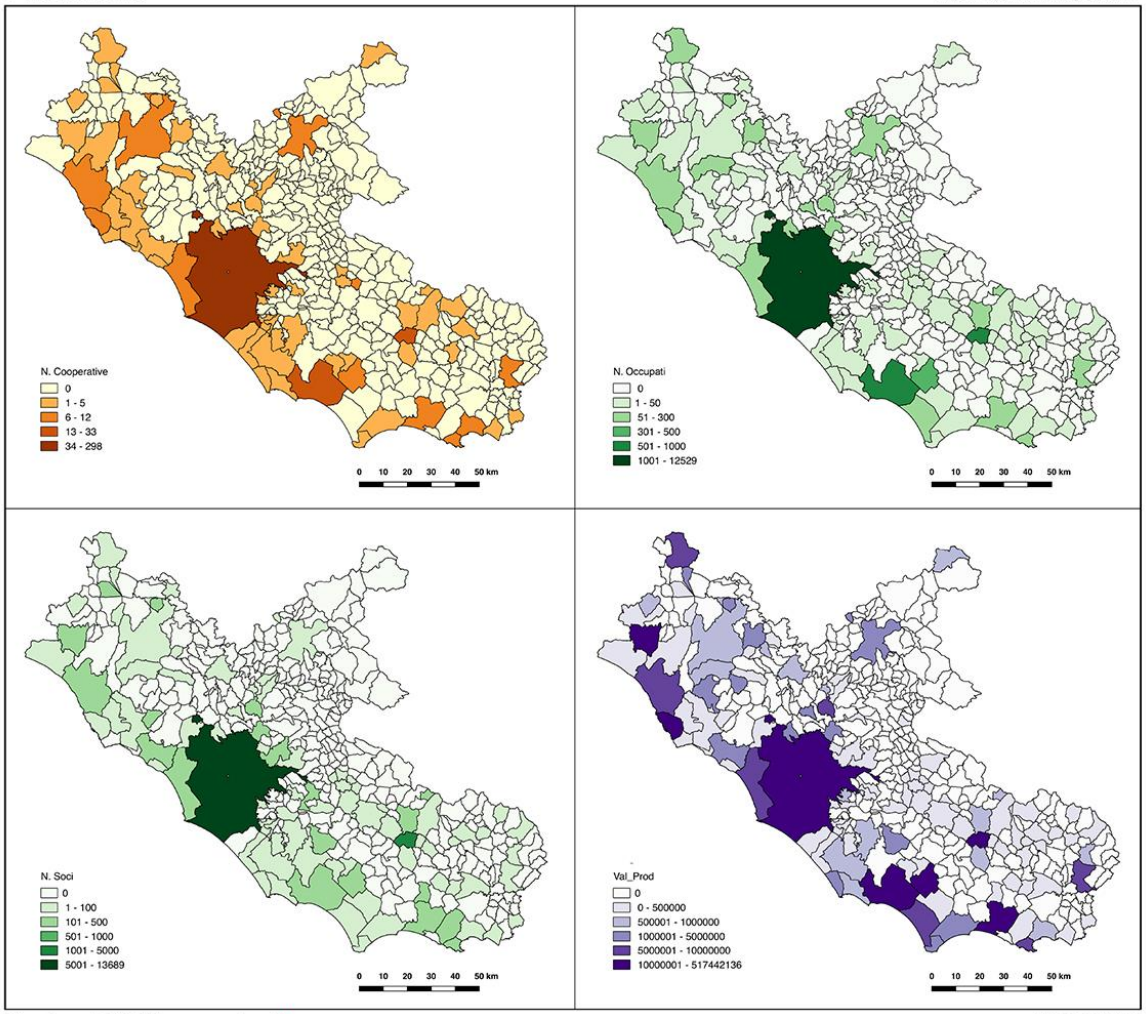
Viterbo A (ex VT1 e VT 2), Viterbo B (VT3), Viterbo C (VT4 e VT5)

Rieti 1 (Rieti 1, Rieti 4 e Rieti 5); Rieti 2 (Rieti 2 e Rieti 3)



mapparoma

http://mapparoma.blogspot.com



Elaborazione su dati ACI, 2015 areastudi legacoop

LELO-MONNI 2018
BY-NC-SA