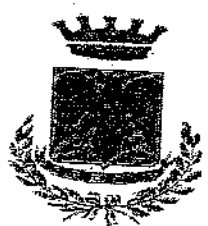


54

SETTORE N. <u>9</u> Rep. n. <u>06</u> data <u>04.04.2012</u>		INVIATA AI CAPI GRUPPO CONSILIARI in data _____ Prot. _____ N° _____ L'IMPIEGATO RESPONSABILE _____
PARTE RISERVATA ALLA SEGRETERIA Proposta n. <u>81</u> del <u>12/04/2012</u>		

**ORIGINALI** **COMUNE DI PARTINICO**

Provincia di Palermo

**IMMEDIATA ESECUZIONE**

**Deliberazione della Giunta Municipale**

N. <u>74</u> del Reg. Data <u>17 APR. 2012</u>	<b>OGGETTO</b> PRESA ATTO DELL'AZIONE PROGETTUALE DENOMINATA "ASSISTENZA DOMICILIARE AI DISABILI PSICHICI" DEL DISTRETTO SOCIOSANITARIO N.41 APPROVATA DAL COMITATO DEI SINDACI CON DELIBERAZIONE N.1 DEL 29.02.2012 E FINANZIATA CON I FONDI DELLA PREMIALITÀ ASSEGNATA DALL'ASSESSORATO DELLA FAMIGLIA, DELLE POLITICHE SOCIALI E LAVORO.
Parte riservata alla Ragioneria Bilancio anno _____ ATTO n. _____ Titolo _____ Funzione _____ Servizio _____ Intervento _____ Capitolo _____	<b>NOTE</b> Visto l'Assessore: <u>polite fenu</u>

L'anno duemila DODECI il giorno DICIASSETTE del mese di APRILE alle ore 1400 nella sala delle adunanze del Comune, si è riunita la Giunta Municipale con l'intervento dei signori:

		PRES.	ASS.
1)	Sindaco <i>Lo Biundo Salvatore</i>	X	
2)	Vice Sindaco <i>Russo Giacomo</i>	X	
3)	Assessore <i>D'Amico Vito</i>	X	
4)	Assessore <i>Motisi Francesco</i>	X	
5)	Assessore <i>Panzavecchia Caterina</i>	X	
6)	Assessore <i>Parrino Bartolomeo</i>		X
7)	Assessore <i>Pantaleo Giovanni</i>		X
8)	Assessore <i>Governanti Salvatore</i>	X	
		<u>06</u>	<u>02</u>

Presiede il Sindaco *Dott. Salvatore Lo Biundo* e partecipa il Segretario Generale *Dott. Vincenzo Pioppo*.  
 Il Sindaco, constatato il numero legale degli intervenuti, dichiara aperta la riunione ed invita a deliberare sull'oggetto sopraindicato.

Proposta di deliberazione del Settore Servizi Sociali

Il responsabile del procedimento ai sensi dell'art.5 L.R. n.10/91, propone alla Giunta Municipale la seguente proposta di deliberazione

**PREMESSO** che a seguito DPRS del 2.3.2009 "Approvazione del Programma regionale delle Politiche sociali e socio-sanitarie al punto 5.1. "Le modalità di riparto" prevede che una quota del F.N.P.S. sia destinata alla premialità, finalizzata a finanziare le azioni di sviluppo distrettuale a seguito della valutazione del monitoraggio del S.I.R.I.S. dell'attuazione del piano di zona; che l'Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro con nota prot. 6359 del 23.02.11 ha chiesto ai Distretti il monitoraggio quali-quantitativo dei P. di Z. entro il 15.03.11; che questo Distretto S.S. n.41, in ottemperanza a quanto richiesto ha provveduto al caricamento sul S.I.R.I.S. dei dati riferiti alle diverse programmazioni e l'inserimento per ciascun atto di programmazione, relativo alla I^ triennalità, al Riequilibrio e alla II^ triennalità delle movimentazioni contabili; nonché con nota prot.6324 del 14.03.2011 ha completato ed inviato i dati cartacei;

che l'Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro con nota prot. 51037 del 30.11.2011 assunta al prot. gen.le n. 27836 del 15.12.2011 ha comunicato l'assegnazione con D.D.n.2193 del 21.11.2011 della premialità ai Distretti ai sensi del sopracitato DPRS del 2.3.2009 e a questo Distretto è stata assegnata una premialità di € 92.357,27 di cui il 50% erogato subito, il restante 50% a seguito specifica programmazione;

che a seguito la superiore assegnazione con determinazione n.541 del 21.12.2011 si è proceduto all'accertamento ed all'impegno della superiore somma finanziata di € 92.357,27;

che con nota prot. n. 2071 del 31.01.2012 è stato convocato il Gruppo Piano per il 10.02.2012 al fine di programmare l'azione da realizzare con i fondi della premialità;

che il gruppo piano, in maniera condivisa, ha indicato l'utilizzo della somma assegnata per realizzare il servizio/azione di assistenza domiciliare disabili psichici, afferente l'ambito disabilità e rientrante nella classificazione LIVEAS essenziale, tenendo conto della congruità della predetta azione con il Piano di zona 2010/2012 e della volontà più volte espressa dal Comitato dei Sindaci di dare continuità al servizio di assistenza domiciliare disabili psichici, a suo tempo scaduto per esaurimento delle risorse economiche;

che nel contempo il Gruppo Piano ha dato mandato al comune capofila di convocare il tavolo tematico per la disabilità al fine di redigere il progetto in questione e sottoporlo all'approvazione del Comitato dei Sindaci;

che con nota prot. n. 3091 del 10.02.2012 è stato convocato il tavolo tematico per la disabilità ed in data 17.02.2012 detto tavolo si è riunito per esprimere il proprio parere sulla proposta progettuale già predisposta dal settore servizi sociali del comune capofila.

Che il tavolo tematico ha condiviso in forma e sostanza la superiore proposta progettuale e ha dato mandato al comune capofila di sottoporla all'approvazione del Comitato dei Sindaci;

Che il Comitato dei Sindaci con deliberazione n. 1 del 29.02.2012 ha approvato l'azione progettuale di che trattasi denominato "servizio assistenza domiciliare disabili psichici" della durata di mesi sei e per l'importo di € 92.357,27;

Che necessita portare a conoscenza la Giunta Municipale affinché le attività dell'Ente siano in sintonia con le disposizioni del Distretto n.41;

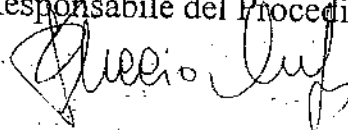
Ritenuto, pertanto, per quanto sopra dovere procedere alla presa d'atto dell'azione "servizio di assistenza domiciliare a disabili psichici" che prevede una durata di mesi sei e per una spesa complessiva di € 92.357,27 finanziata per intero con i fondi assegnati quale premialità relativa alla prima annualità.

#### SI PROPONE ALLA GIUNTA MUNICIPALE

Per quanto specificato in premessa che s'intende riconfermato e trascritto.

1. Prendere atto dell'azione "servizio di assistenza domiciliare a disabili psichici" che prevede una durata di mesi sei e per una spesa complessiva di € 92.357,27 finanziata per intero con i fondi assegnati quale premialità relativa alla prima annualità.
2. Prendere atto che nessun onere a carico del bilancio comunale scaturisce dall'adozione del presente atto.

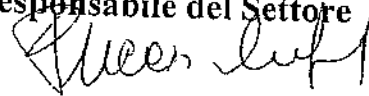
Il Responsabile del Procedimento



Ai sensi dell'art. 53 della Legge 142/90 come recepita dalla L.R. 48/91 e dall'art. 12 della L.R. 30/2000 si esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica dal parte del servizio interessato.

Partinico li \_\_\_\_\_

Il Responsabile del Settore



### LA GIUNTA

Vista la superiore proposta di deliberazione, corredata dai pareri resi favorevoli dagli artt. 53 della L. 142/90, recepita dalla L.R. 48/91;

Vista la L.R. 44/91 sul controllo degli atti del comune di Partinico;  
a voti unanimi e favorevoli, espressi in forma palese e proclamati dal Sindaco  
Presidente

### DELIBERA MUNICIPALE

Di approvare la superiore proposta di deliberazione

### LA GIUNTA MUNICIPALE

Stante l'urgenza di approvare il presente provvedimento con separata votazione unanime favorevole, dichiara la presente immediatamente esecutiva.

ALLEGATO ALLA DELIBERA DI G.M.  
 N. 74 DEL 17-01-2012



**Comune di Partinico**  
**PROVINCIA DI PALERMO**  
**Proposta di Deliberazione del Comitato Dei Sindaci**  
**del Distretto Socio-sanitario N° 41**

N° <u>1</u> del Reg. Data <u>29-2-2012</u>	<b>OGGETTO</b>	APPROVAZIONE AZIONE PROGETTUALE DENOMINATA "SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE "DISABILI PSICHICI" FINANZIATA CON FNPS - PREMIALITA'.

L'anno duemila \_\_\_\_\_ il giorno \_\_\_\_\_ del mese di \_\_\_\_\_ alle  
 ore \_\_\_\_\_ nella sala delle adunanze del Comune, si è riunito il Comitato dei Sindaci del  
 Distretto Socio - Sanitario N° 41 con l'intervento dei signori:

Città Rappresentata	Pres.	Ass.
Partinico Presidente: (Comune capofila)	X	
Trappeto	X	
Montelepre	X	
Giardinello		X
Balestrate		X
Camporeale	X	
S. Giuseppe Jato		X
S. Cipirello	X	
Borgetto	X	
ARSL n°6 (senza diritto di voto)	X	
Totale N°	7	3

Presiede il Sindaco del Comune capofila del Gruppo ARS. GOVERNANTI e partecipa il Coordinatore  
 del Gruppo Piano d.ssa Angela M. Puccio.  
 Il Sindaco, constatato il numero legale degli intervenuti, dichiara aperta la riunione ed invita a  
 deliberare sull'oggetto sopraindicato.

PREMESSO che a seguito DPRS del 2.3.2009 "Approvazione del Programma regionale delle Politiche sociali e socio-sanitarie al punto 5.1. "Le modalità di riparto" prevede che una quota del F.N.P.S. sia destinata alla premialità, finalizzata a finanziare le azioni di sviluppo distrettuale a seguito della valutazione del monitoraggio del S.I.R.I.S. dell'attuazione del piano di zona; che l'Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro con nota prot. 6359 del 23.02.11 ha chiesto ai Distretti il monitoraggio quali-quantitativo dei P. di Z. entro il 15.03.11; che questo Distretto S.S. n.41, in ottemperanza a quanto richiesto ha provveduto al caricamento sul S.I.R.I.S. dei dati riferiti alle diverse programmazioni e l'inserimento per ciascun atto di programmazione, relativo alla I^ triennalità, al Riequilibrio e alla II^ triennalità delle movimentazioni contabili; nonché con nota prot.6324 del 14.03.2011 ha completato ed inviato i dati cartacei;

che l'Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro con nota prot. 51037 del 30.11.2011 assunta al prot. gen.le n. 27836 del 15.12.2011 ha comunicato l'assegnazione con D.D.n.2193 del 21.11.2011 della premialità ai Distretti ai sensi del sopraccitato DPRS del 2.3.2009 e a questo Distretto è stata assegnata una premialità di € 92.357,27 di cui il 50% erogato subito, il restante 50% a seguito specifica programmazione riguardante l'utilizzo della stessa e apposta istanza;

che a seguito la superiore assegnazione con determinazione n.541 del 21.12.2011 si è proceduto all'accertamento ed all'impegno della superiore somma di finanziata di € 92.357,27 ai pertinenti capitoli dell'entrata e della spesa bilancio 2011;

che con nota prot. n. 2071 del 31.01.2012 è stato convocato il Gruppo Piano per il 10.02.2012 al fine di programmare l'azione da realizzare con i fondi della premialità;

che, il gruppo piano, in maniera condivisa, ha indicato l'utilizzo della somma assegnata per realizzare il servizio/azione di assistenza domiciliare disabili psichici, afferente l'ambito disabilità e rientrante nella classificazione LIVEAS essenziale, tenendo conto della congruità della predetta azione con il Piano di zona 2010/2012 e della volontà più volte espressa dal Comitato dei Sindaci di dare continuità al servizio di assistenza domiciliare disabili psichici, a suo tempo scaduto per esaurimento delle risorse economiche;

che nel contempo il Gruppo Piano ha dato mandato al comune capofila di convocare il tavolo tematico per la disabilità al fine di redigere il progetto in questione e sottoporlo all'approvazione del Comitato dei Sindaci;

che con nota prot. n. 3091 del 10.02.2012 è stato convocato il tavolo tematico per la disabilità ed in data 17.02.2012 detto tavolo si è riunito per esprimere il proprio parere sulla proposta progettuale già predisposta dal settore servizi sociali del comune capofila.

Che il tavolo tematico ha condiviso in forma e sostanza la superiore proposta progettuale e ha dato mandato al comune capofila di sottoporla all'approvazione del Comitato dei Sindaci;

visto il progetto denominato "servizio assistenza domiciliare disabili psichici" della durata di mesi sei e per l'importo di € 92.357,27

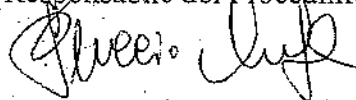
ritenuto, pertanto, per quanto sopra dovere procedere all'approvazione dell'azione "servizio di assistenza domiciliare a disabili psichici" che prevede una durata di mesi sei e per una spesa complessiva di € 92.357,27 finanziata per intero con i fondi assegnati quale premialità relativa alla prima annualità.

### SI PROPONE AL COMITATO DEI SINDACI

Per quanto specificato in premessa, che s'intende riconfermato e trascritto:

1. Approvare l'allegata azione progettuale denominata "servizio di assistenza domiciliare a disabili psichici" che prevede una durata di mesi sei e per una spesa complessiva di € 92.357,27 finanziata per intero con i fondi assegnati quale premialità relativa alla prima annualità a valere sul piano di zona 2^ triennio 2010/2012.
2. Dare atto che nessun onere è a carico dei comuni del D.SS.n.41;
3. Dare atto che copia della presente sarà trasmessa all'Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro

Il Responsabile del Procedimento



Si esprime parere in ordine alla regolarità tecnica ( art.53 della L.142/90 e L.R.n° 48/91).

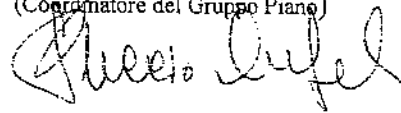
. favorevole

. contrario

Data \_\_\_\_\_

Il Responsabile del Settore Servizi Sociali

(Coordinatore del Gruppo Piano)




IL COMITATO DEI SINDACI DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N° 41

dopo opportuna discussione ;

ritenuto che il documento di che trattasi è meritevole di approvazione;

con voti unanimi espressi in forma palese e proclamati dal Sindaco-Presidente .

DELIBERA

APPROVARE LA SUPERIORE PROPOSTA DI DELIBERAZIONE. 

Infine il Comitato dei Sindaci con voti unanimi espressi in forma palese e proclamati dal Sindaco-Presidente

DELIBERA

Dichiarare il presente provvedimento Immediatamente esecutivo

Partinico Presidente:  
(Comune capofila)

Trappeto

Montelepre

Giardinello

Balestrate

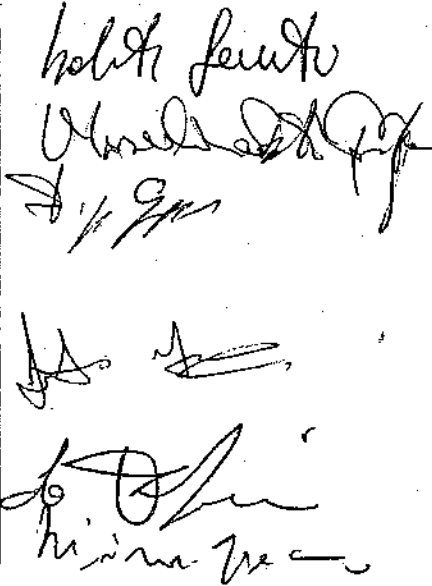
Camporeale

S. Giuseppe Jato

S. Cipirello

Borgetto

X
X
X
X
X
X
X
X
X
X
X
X





**COMUNE di PARTINICO**  
**Provincia di Palermo**  
**Settore Servizi Sociali**  
**Distretto Socio Sanitario n°41**

**INTEGRAZIONE DEI PIANI DI ZONA - P.D.Z. D.S.S.N°41 - PROPOSTA DI  
PROGRAMMAZIONE - AREA DISABILITA'.**

**D.D. n°2193 del 21/11/2011 - Assegnazione Premialità Piano di Zona D.S.S. n°41 ai sensi del  
DPRS del 02/03/2009.**

**Titolo Azione :**  
**Area B Disabilità**  
**Azione B.4 (D.P.)**

**Servizio Distrettuale D.S.S.N°41 "Assistenza Domiciliare a Disabili  
Psichici "**

**Tipologia Servizio : Innovativo e Sperimentale**

**Target : Specifico (Disabili Psichici)**

Il presente progetto riguarda l'istituzione di un servizio di assistenza domiciliare e supporto alla persona con problemi di disabilità psichica; in considerazione che un notevole numero di soggetti affetti da tale patologia non può accedere al servizio di assistenza domiciliare disabili già in atto, in quanto non è loro riconosciuto lo status giuridico di disabile grave ai sensi della legge 104/92 art.3 comma 3°. Tale condizione è dovuta a particolari caratteristiche afferenti ad alcune forme di disabilità psichica, nello specifico derivanti dalla psicosi schizofreniche e/o psicosi d'innesto, status nel quale, quasi sempre, la persona è in grado di deambulare e di compiere alcune funzioni essenziali della vita quotidiana, ma non è in grado di compiere atti di ordinaria amministrazione nell'ambito dell'economia domestica.

L'esistenza nel territorio del Distretto Socio Sanitario n°41 di un notevole numero di disabili psichici ( n° 50 disabili : dati A.U.S.L.n°6 - D.S.M. Mod.9) che si trovano in tali condizioni, con disponibilità del solo reddito della pensione di invalidità, che vivono da soli e/o che non ricevono appoggio familiare se non saltuariamente, che non possono essere inseriti in strutture di accoglienza per ragioni d'ordine psicopatologico; manifesta condizioni di abbandono sociale e assistenziale che impediscono, di fatto, la conduzione dignitosa della vita quotidiana al proprio domicilio con notevoli rischi per la loro incolumità e salute fisica.

L'istituzione di tale servizio potrebbe venire incontro ad un numero di 30 disabili e consentirebbe, ove è possibile, nell'immediato futuro, il ricovero presso strutture di assistenza, permettendo al disabile di continuare a vivere presso il proprio domicilio e creando notevoli economie di risorse per i Comuni coinvolti e per l'intera comunità.

**L'Ambito di Intervento : Definizione OMS.**

Con l'espressione salute mentale, secondo la definizione dell' Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), si fa riferimento ad uno stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue

capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni.

Recentemente, l'OMS ha effettuato uno studio per valutare la diffusione delle malattie nel mondo ed i relativi costi socio-economici. Lo studio ha evidenziato che i disturbi relativi alle malattie mentali rivestono un'importanza crescente in tutti i Paesi industrializzati sia per il numero dei soggetti colpiti, sia per l'elevato carico di disabilità e di costi economici e sociali che comportano per le persone, colpite e per i loro familiari. Sono, infatti, circa 450 milioni le persone che in tutto il mondo soffrono di disturbi neurologici, mentali e comportamentali. In Europa, la mortalità per suicidio è più elevata di quella per incidenti stradali, e il solo disturbo depressivo maggiore rende conto del 6% del carico di sofferenza e disabilità legati alle malattie.

L'impatto economico della morbidità psichiatrica è molto elevato, con stime conservative pari al 3-4% del PIL dell'Unione Europea. In Italia, studi recenti condotti sia a livello nazionale che locale, hanno mostrato che la prevalenza annuale dei disturbi mentali nella popolazione generale è dell'8% circa ed un recente sondaggio, condotto su un campione di psichiatri italiani, ha riscontrato un aumento rispetto a dieci anni fa della frequenza con cui vari disturbi mentali giungono all'osservazione clinica. Anche in Italia, come in altri Paesi industrializzati, i disturbi mentali costituiscono una delle maggiori fonti di carico assistenziale e di costi per il Servizio Sanitario Nazionale; si presentano in tutte le classi d'età, sono associati a difficoltà nelle attività quotidiane, nel lavoro, nei rapporti interpersonali e familiari e alimentano spesso forme di indifferenza, di emarginazione e di esclusione sociale. Un simile panorama impone di disporre di strumenti di sorveglianza e di monitoraggio dell'entità del fenomeno e di diffusione di interventi terapeutici e preventivi, basati su evidenze scientifiche, atti a promuovere la salute mentale.

Anche a livello della Commissione dell'Unione Europea, è stata di recente sottolineata l'importanza delle informazioni rese disponibili da una attività di sorveglianza dei disturbi mentali nella popolazione.

**La Mission Istituzionale: Dal concetto di subnormale al concetto di persona con disabilità.**

La nomenclatura utilizzata nel corso del tempo, per esprimere il concetto di ritardo mentale, risente in maniera massiccia di concezioni antropologiche alquanto stigmatizzanti e dispregiative della persona.

L'espressione "ritardo mentale" ha definitivamente sostituito termini come idiozia, imbecillità, cretinismo, subnormalità, debolezza mentale e più recentemente oligofrenia, frenastenia, insufficienza mentale, ipofrenia e deficienza mentale.

Ancora alla fine del '700, la nosografia ufficiale individuava con il termine tecnico "amentia", la condizione di imbecillità della facoltà di giudizio con inability a percepire e ricordare, di natura prevalentemente congenita, mentre nel linguaggio comune si faceva strada il corrispondente termine di "idiozia o idiotismo", intesi come abolizione più o meno assoluta delle funzioni di



comprensione e di sentimento, acquisita o congenita.

Nel corso dell' 800 continua la progressiva concettualizzazione medica e psichiatrica dell'idiozia, classificata tra i disturbi mentali insieme a melanconia, mania e demenza, come caratterizzata da una insufficienza nello sviluppo delle facoltà intellettuali. I contributi pedagogici ed i risultati incoraggianti dell'intervento educativo concomitanti all'approccio clinico e nosografico, conducono alla identificazione della debolezza mentale come condizione in cui lo sviluppo psicologico è stato impedito e prevenuto.

Con il '900, vengono introdotte tre tematiche fondamentali nella definizione di Ritardo Mentale:

- la possibilità di misurare, con i test di intelligenza, lo stato mentale della persona con Ritardo Mentale cercando di compararlo con quello di una persona normale ad una data età
- la distinzione tra Malattia Mentale e Ritardo Mentale, inteso come disturbo dello sviluppo
- l'importanza del comportamento adattivo non adeguato (comportamento disadattivo), in diverse aree del funzionamento personale e sociale, come criterio essenziale della definizione di Ritardo Mentale.

L'OMS negli anni '80 ha introdotto tre nuove definizioni - menomazione, disabilità, handicap, considerando per la prima volta l'influenza dei fattori sociali e ambientali nel determinare la condizione di vita.

Oggi la definizione di Ritardo Mentale viene correttamente riportata e codificata negli attuali Sistemi di Classificazione dei Disturbi Mentali, l'ICD-10 e il DSMIVTR e nella 10° Edizione del Manuale di Definizione, Classificazione e Sistemi di Supporto nel campo del Ritardo Mentale dell'AAMR, che insieme all'ICF consentono una articolata individuazione delle caratteristiche diagnostiche e funzionali della persona.

### **Dal custodialismo alla presa in carico globale della persona disabile: "Il progetto di vita".**

La storia dell'intervento a favore della persona con disabilità intellettiva e/o relazionale ha visto nella sua evoluzione il susseguirsi di approcci molto diversi tra loro. Nell'Era Moderna e Contemporanea, malgrado la presenza di teorizzazioni eugenetiche e tentativi di "pulizia" etnica e razziale, sono prevalsi e si sono succeduti due diversi atteggiamenti, frutto evidente dell'evoluzione della rappresentazione sociale della persona disabile e delle iniziative del movimento delle persone disabili e delle loro famiglie:

- quello dell'istituzionalizzazione. *Basato sul custodialismo* e sull'allontanamento dai contesti sociali (Istituti lontani dai centri abitati) è stato caratterizzato da aspetti assistenziali spesso affiancati da una ingiustificata ed eccessiva "medicalizzazione" nell'intervento e spesso da una marcata deprivazione sul piano della vita sociale (deprivazione sociale)
- quello dell'integrazione e dell'inserimento. L'evoluzione della società ha generato l'esigenza di contrastare le diverse forme di emarginazione sociale: questo ha portato in Italia, dagli anni '70/'80, ad importanti conquiste sul piano culturale e legislativo, quali le norme di legge per l'integrazione scolastica, per l'inserimento sociale e la riduzione delle barriere, e per l'inserimento lavorativo delle persone disabili.

Questi mutamenti hanno permesso a quanti operavano nel campo della disabilità di ricercare e affinare tecniche preventive, di valutazione e di

riabilitazione, anche se ancora in un'ottica settoriale e che non prendeva in considerazione la persona nella sua globalità bio - psico - sociale. E' negli anni '90 che finalmente l'approccio alla disabilità si trasforma nell'approccio alla persona disabile e viene a nascere il concetto di presa in carico globale e diprogetto di vita. La presa in carico globale, si avvale oggi di percorsi per la valutazione, il bilancio di competenze, la diagnosi funzionale e l'identificazione e l'analisi dei bisogni. Sono a disposizione strumenti e metodi per l'educazione, l'abilitazione e la riabilitazione sia con interventi diretti che con interventi indiretti, organizzati in un piano d'intervento individualizzato. Anche la rete dei Servizi alla persona ed alla sua famiglia negli ultimi 20 anni ha registrato importanti e graduali sviluppi sia sul piano quantitativo che qualitativo, organizzando servizi domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali all'interno dei quali operano diverse figure professionali. L'articolazione delle risposte ai bisogni presentati dalla persona disabile, si concretizza oggi nel progetto di vita che può così essere definito:  
"l'insieme organizzato delle risposte e degli interventi, che accompagnano la persona disabile nei suoi cicli di vita, seguendone la modificazione dei bisogninelle differenti fasce di età e in relazione agli ecosistemi in cui è inserito, con l'obiettivo di garantirgli la più alta qualità di vita possibile."

**Dall'esclusione, all'integrazione, alla qualità di vita della persona con disabilità e della sua famiglia.**

Negli ultimi anni si è sempre più diffuso, all'interno del vocabolario degli operatori dell'area del ritardo mentale, il termine di "qualità della vita" (Q.d.V) per dare fondamento e giustificazione all'intervento educativo ed abilitativo.

L'assunzione di un orizzonte più ampio per valutare e successivamente per conferire, attraverso l'intervento abilitativo, una migliore qualità dell'esistere alla persona con ritardo mentale trova molti elementi di raccordo con la definizione di "salute" così come attualmente è stabilita dall'OMS, intesa non solo come assenza di malattia, ma anche come benessere psicologico, giungendo quindi ad integrare nella definizione anche aspetti quali le relazioni interpersonali, l'autostima, il senso di soddisfazione e di efficacia. Il concetto di qualità della vita, in relazione al campo dell'handicap, incorpora tematiche quali: adattamento deistituzionalizzazione, normalizzazione e integrazione sociale, legandosi all'emergere di un approccio globale ai temi della salute e del benessere.

Tre indicatori costituiscono i riferimenti dei modelli di QdV:

Gli indicatori sociali si riferiscono a condizioni generali/ambientali come la salute, il benessere sociale, le amicizie, gli standard di vita, il livello di educazione, la sicurezza pubblica, l'abitazione, il vicinato, il tempo libero. Costituiscono l'aspetto "oggettivo" delle informazioni circa la qualità della vita di una persona.

Gli indicatori psicologici fanno esplicito riferimento alla percezione soggettiva che, della propria qualità della vita, ha una data persona. Tale percezione soggettiva è stata variamente definita: "benessere psicologico", "felicità" "soddisfazione personale" relativamente a:

- benessere fisico e materiale
- relazioni interpersonali
- espressione di emozioni e sentimenti
- attività sociali, comunitarie e civiche

- sviluppo e realizzazione personale
- attività ricreative

Il benessere psicologico è rappresentato pertanto dal grado in cui le persone mostrano sentimenti ed atteggiamenti positivi circa i vari aspetti della loro vita.

Gli indicatori di politica sociale pongono l'accento sul fatto che un individuo, all'interno di un dato territorio, possa fruire e trovare motivo di crescita e di sviluppo (empowerment) nell'ambito delle opportunità offerte da un territorio: trasporti, reti supportive, servizi di comunità, di tempo libero.

#### **Politiche sociali**

Dalla Legge 104/92 in poi, numerosi sono stati i provvedimenti in materia sanitaria e sociale riferiti alle persone con disabilità e alle loro famiglie, o che, nella loro azione rivolta alla generalità dei cittadini, hanno introdotto modifiche e cambiamenti:

la Legge 162/98 ha incentivato la realizzazione di progetti individuali e di progetti per la vita indipendente e interventi di sollievo alla famiglia, la Legge 17/99 ha migliorato le condizioni di accesso all'Università, la Legge 388/00 ha esteso le agevolazioni fiscali per l'acquisto della autovettura e per il pagamento della tassa di circolazione anche ai disabili intellettivi, e ha introdotto il diritto ad un congedo biennale retribuito in favore del genitore che intende assistere il proprio figlio in condizione di gravità, il D.M. 7.05.98 ha definito le modalità per lo svolgimento delle attività di riabilitazione che comprendono non solo gli aspetti sanitari (riabilitazione sanitaria) ma anche quelli sociali (riabilitazione sociale), la Legge 328/00 ha indicato le linee per il riordino degli emolumenti derivanti da invalidità civile, cecità e sordomutismo, la Legge 68/99 ha interamente riformato l'inserimento lavorativo, il Decreto Legislativo 130/2000 ha stabilito che il reddito da considerare per l'eventuale concorso alle spese dei servizi sociali è quello della persona con disabilità e non quello della sua famiglia, e infine, con il DPCM 29.11.2001, lo Stato ha stabilito i livelli essenziali di assistenza da garantire per l'intero territorio nazionale

#### **Le prospettive nella nuova concezione di salute e di disabilità dell'organizzazione mondiale della sanità: la classificazione ICF**

Nel maggio del 2001 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato la "Classificazione internazionale del funzionamento, della salute e disabilità, l'ICF, che 191 Paesi - tra cui l'Italia - riconoscono come nuova norma per classificare salute e disabilità. L'ICF (International Classification of Functioning) classifica la salute e gli stati di salute ad essa correlati attraverso il ricorso ad un linguaggio universale.

Il nuovo modello prende in considerazione tutti gli aspetti contestuali della persona, e permette la correlazione fra stato di salute e ambiente arrivando così alla definizione di *disabilità come: una condizione di salute in un ambiente sfavorevole.*

Tale definizione supera quella precedente (1980) attraverso la quale l'OMS proponeva una classificazione generale della menomazione (deficit) - disabilità (incapacità) e handicap (condizione di svantaggio conseguente ad un deficit - menomazione o disabilità che limita l'adempimento del ruolo normale di un soggetto, in relazione all'età, sesso e fattori socio-culturali).

Questa nuova classificazione comporterà l'abbandono della parola handicap,

	<p>divenuta in molti paesi espressione linguistica a forte connotazione negativa. L'Italia dopo aver avuto un ruolo determinante nel panorama internazionale di esperti che hanno contribuito alla definizione dell'ICF è ora impegnata nel lavoro di implementazione culturale e legislativo di questo indirizzo rivoluzionario dell'OMS.</p> <p>Con l'ICF si sono aperti e si apriranno nuovi scenari e prospettive a più livelli; una visione per molti versi rivoluzionaria che richiederà attenzione ed impegnodal campo medico-scientifico a quello giuridico-istituzionale.</p>
<p>Obiettivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- recupero delle abilità della vita quotidiana, attraverso tecniche adeguate di supporto psicologico e di orientamento funzionale ;</li> <li>- aumento della competenze dell'utente e dei familiari per la gestione delle manifestazioni dei disturbi psicopatologici anche attraverso interventi di "Copyng" e "Problem Solving" ;</li> <li>- ricerca di occasioni di sviluppo sociale e inserimento professionale e lavorativo ;</li> <li>- accompagnare l'utente in un processo di autonomia con investimenti significativi sulla persona, sulle sue qualità e sui suoi desideri e/o aspettative ;</li> <li>- valorizzare le competenze pragmatico-organizzative e le risorse del soggetto con contemporanea promozione di nuove capacità cognitive , comportamentali e socio-relazionali;</li> <li>- ridurre e/o prevenire eventuali situazioni di danno quali conseguenza di condizioni non tutelate e tutelanti del paziente con disagio psichico;</li> <li>- ostacolare e ridurre condizioni di pregiudizio sociale e culturale quali causa di isolamento del paziente, evitando la condanna del soggetto alla cronicizzazione della malattia ed alla perdita delle capacità di adattamento.</li> </ul>
<p>Strategie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizzare una rete di servizio sul territorio con il coinvolgimento di tutte le agenzie di carattere sociale, sanitario e riabilitativo che concorrono a creare condizioni di ben-essere per soggetti affetti da disabilità psichica .</li> <li>- Istituire rapporti positivi di confronto professionale tra gli uffici di servizio sociale comunale, il servizio salute mentale e le strutture di accoglienza con proficui scambi di informazioni tecniche e competenze.</li> <li>- Assicurare ad ogni persona disabile un intervento domiciliare e di supporto di almeno 6 ore settimanali, anche nei giorni festivi se necessario, modificabili in risposta alle esigenze del disabile e/o della sua famiglia, fermo restando il budget settimanale delle ore di servizio previste per singolo programma di intervento individuale.</li> <li>- Promuovere il reinserimento del soggetto disabile nel tessuto sociale attraverso il supporto da parte di operatori qualificati nello svolgimento di attività extradomiciliari, nella costruzione di una rete amicale e nella promozione /o partecipazione ai momenti di vita comunitaria.</li> <li>- Assicurare interventi di tipo infermieristico, di supporto e di connessione con l'intervento sanitario garantito dall'A.S.L. n°6 Mod.9 D.S.M. Partinico.</li> <li>- Stimolare nei soggetti disabili psichici una migliore gestione e/o cura della propria persona e degli aspetti pratico-funzionali della vita quotidiana, attraverso modalità di azioni non limitate all'accudimento igienico sanitario, ma volte soprattutto al recupero delle capacità</li> </ul>

<p><b>Definizione delle attività.</b> <b>Funzionamento e metodologie operative.</b></p>	<p>residue.</p> <p>Si tratta di affiancare il paziente psichiatrico, oppure l'intero nucleo in cui è inserito, da persone che riescono a stabilire una relazione empatica ed efficace. L'intervento di sostegno domiciliare è volto a mantenere e/o recuperare autonomie personali e di organizzazione domestica. Il servizio rappresenta uno strumento per garantire alla persona di rimanere a vivere nel proprio contesto di vita evitandogli lo sradicamento del un ricovero in struttura. Il servizio è erogato in forma indiretta. Il servizio è rivolto a soggetti adulti sofferenti di disturbi psichici, per i quali il Servizio di Salute mentale abbia formulato uno specifico progetto di Intervento condiviso con l'utente interessato e i suoi familiari</p> <p>1) Nell'ambito della prima fase del servizio i referenti tecnici degli uffici di servizio sociale in collaborazione con il D.S.M. Mod.9 individueranno gli utenti da inserire al servizio come previsto da regolamento del D.S.S.n°41, raccolte le istanze di partecipazione in seguito a bando pubblico si procederà alla valutazione dei bisogni con schede tecniche Cansas-Camberwell Assesment of Need. Per le domande eccedenti il numero di inserimento disponibile sarà creata una graduatoria con lista d'attesa. Tempi : Giorni 10 dall'avvio del servizio.</p> <p>2) Nell'ambito della seconda fase, in seguito all'inserimento al servizio degli utenti e all'abbinamento con gli operatori si procederà alla redazione dei progetti di assistenza e recupero individualizzati tenendo in considerazione le esigenze sia di natura sociale, sia di natura riabilitativa-terapeutica. Tempi : Giorni 10 dall'avvio del servizio</p> <p>3) I progetti saranno monitorati con incontri mensili dell'équipe di professionisti del servizio (Psicologo e Assistente Sociale) con i tecnici dei Comuni del D.S.S.n°41 e i tecnici del D.S.M. Mod.9, inoltre si prevedono incontri settimanali di valutazione tra gli operatori, lo psicologo e l'assistente sociale. Tempi : Tutta la durata temporale del progetto ( Mesi 6)</p> <p>4) Nell'ambito della terza fase, si prevede l'impegno degli operatori nelle attività con gli utenti. Il monte ore previsto per ciascun operatore è di 12 ore settimanali, il monte ore di servizio rivolto agli utenti verrà concordato per singolo caso in riferimento al progetto individuale e avranno comunque caratteristica di flessibilità. Ciascun operatore concorderà i suoi interventi sulla base del progetto individualizzato con il referente terapeutico del D.S.M. dell'utente, con il tecnico dei servizi sociali competente per territorio, la famiglia e l'utente medesimo. Gli operatori del servizio "Assistenza Domiciliare Disabili Psicici" hanno il compito di accompagnare l'utente in un percorso di autonomia, di potenziamento di capacità residue e di recupero e/o ricostruzione di ruoli sociali, affettivi e/o parentali; svolgendo i loro interventi sia nell'ambito domestico che extradomestico.</p>
---	--

**Attività specifiche del servizio :**

- Aiuto domestico comprendente tutte le attività finalizzate a mantenere l'ambiente abitativo decoroso e igienicamente curato;
- Disbrigo pratiche burocratico-amministrative, medico-sanitarie e farmaceutiche ;
- Igiene e cura della persona, comprendente oltre atutte le azioni necessarie per garantire alla persona un aspetto decoroso, anche la prestazione, se necessaria, riguardante l'effettuazione del bagno completo e/o della doccia alla persona che manca di autonomia e/o non capace ;
- Preparazione e assunzione dei pasti, comprendente la preparazione dei pasti in senso stretto, la cottura controllata e adeguata dei cibi e tutto ciò che è necessario affinché una persona impedita, incapace e/o inabile riesca a mangiare;
- Cambio della biancheria e servizio di lavanderia ;
- Servizio di accompagnamento, consistente in interventi effettuati per trasportare e/o accompagnare la persona interessata a visite mediche e/o di controllo periodico compresi centri di riabilitazione e/o presidi ambulatoriali pubblici e privati, per visite amicali e/o parentali oppure per favorire attività di socializzazione e di svago e/o per altre necessità personali ( farmacia, banca, posta, luoghi di culto, negozi etc.);
- Sostegno psicologico del disabile e dei suo familiari;
- Sostegno sociale del disabile e dei suoi familiari;
- Attività di socializzazione consistenti in interventi effettuati per conservare alla persona interessata, compatibilmente con il suo livello patologico, le relazioni interpersonali e sociali con il contesto in cui vive, e facendole superare stati di passività e rinuncia attraverso la promozione di momenti di svago e di incontro, favorendo la partecipazione ad incontri culturali, sportivi, religiosi, etc...

Tempi : Tutta la durata temporale del progetto ( Mesi 6)

**Destinatari**

Nell'ambito del Distretto Socio Sanitario n°41 il numero delle persone che sono affette da disabilità psichica è alquanto considerevole; un'alta percentuale è rappresentata da coloro che, in conseguenza dei disturbi psichici di cui sono affetti, possono essere considerati in varia misura disabili nel senso della non presenza di abilità di autotutela e gestione della persona. Secondo la letteratura scientifica di settore, l'incidenza delle malattie mentali è in notevole crescita nei paesi occidentali, dove la diffusione di tali patologie e le problematiche ad esse riconducibili si trova al terzo posto dopo quelle di natura cardiovascolare e oncologica .

Le problematiche dei disabili psichici difficilmente sono assimilabili a quelle dei disabili fisici, esse invece sono riconducibili ad una disfunzionalità sociale, per cui in conseguenza della malattia, il soggetto si autoesclude progressivamente dal mondo e perde la capacità di costruire relazioni sociali e affettive con gli altri, anche a causa di ripetuti insuccessi nello svolgimento dei ruoli di relazione richiesti (amicali, familiari, sociali, professionali), affinché l'unico ruolo che rimane è quello di paziente psichiatrico cronico. Tale processo crea una condizione a spirale (Spivak) perversa e autoreferenziale che provoca la progressiva perdita delle capacità residue del soggetto.

A quanto sopra espresso si intrecciano necessità e problematiche materiali

spesso urgenti, riconducibili al processo di destituzionalizzazione in ottemperanza alla legge 180 che prevede la chiusura definitiva (Anno 1996) dei manicomi; per cui al gran numero degli ex ospedalizzati psichiatrici si aggiungono i "nuovi cronici", in genere relativamente giovani.

Tale target è rappresentato da soggetti che in genere non percepiscono alcun reddito con esclusione di alcuni che, riconosciuti parzialmente invalidi, percepiscono solo un assegno minimo, tali soggetti potrebbero anche lavorare, ma lo stigma sociale e i pregiudizi diffusi sulle malattie mentali, precludono loro ogni speranza di ingresso nel mondo del lavoro.

Una esatta valutazione della domanda di salute mentale espressa dal territorio del D.S.S.n°41, nella sua totalità è molto difficile da realizzare poiché non tutti coloro che soffrono di tali disturbi si rivolgono ai servizi pubblici di assistenza.

I dati rilevati presentano una stima di 2050 soggetti a vario titolo affetti da disturbi psichici tra cronici e non, di fronte all'entità del fenomeno, appare necessario realizzare una programmazione e pianificazione di interventi realizzabili in rete con il coinvolgimento dei servizi pubblici e del privato sociale, volti alla prevenzione dell'emarginazione che il disagio psichico comporta al soggetto affetto ed alla sua famiglia e al potenziamento delle capacità residue personali attraverso il rafforzamento e sviluppo della sua autonomia.

Il numero di utenti da inserire al servizio di assistenza domiciliare disabili psichici, in seguito all'analisi delle relazioni sociali prodotte dai singoli Comuni e sentito il parere dell'Azienda Sanitaria Locale - D.S.M. Mod.9 è quantificato in numero di 20 (venti) utenti disabili residenti nel D.S.S.n°41

**Modalità di accesso al servizio**

Il servizio di assistenza domiciliare per disabili psichici si configura tra i servizi di "Livello Essenziale" ovvero di servizi alla persona idonei a garantire cittadinanza sociale e qualità della vita alle persone, alle famiglie, ai soggetti disabili.

- bando pubblico con regolamento di inserimento al servizio redatto dagli uffici di servizio sociale dei Comuni del D.S.S.41 e dal D.S.M. Mod.9 e approvato dal Comitato dei Sindaci.
- al servizio di assistenza domiciliare per disabili psichici, possono accedere tutti i cittadini del distretto affetti da tale patologia e i loro nuclei familiari versanti nelle seguenti condizioni: si trovino in un stato di invalidità e/o riconoscimento giuridico che attesti le loro condizioni ai sensi della Legge 104/92 e/o riconoscimento sanitario dietro certificazione medica dello status di disabile psichico e relativa richiesta di inserimento al servizio supportata da anamnesi storica del paziente e percorso di presa in carico, non dispongano di sufficiente assistenza familiare, vivano in famiglie con gravi situazioni di disagio.

**Tempistica**

Il servizio di assistenza domiciliare in considerazione della sua specificità innovativa e sperimentale avrà la durata di mesi 6.

**Definizione struttura organizzativa. Equipe operativa personale**

Le attività sopra esposte saranno realizzate presso ogni Comune del D.S.S.n°41 in collaborazione con il modulo dipartimentale n°9 D.S.M. di Partinico dell'ASP Palermo per tutti gli interventi di natura sanitaria per competenza istituzionale; si prevede una sede operativa da realizzare presso ciascun Comune.

Personale a carico del progetto (Fondi Legge 328/00):  
 Personale:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 8 Assistenti Domiciliari e/o Assistenti ai servizi tutelari e domiciliari x 12 ore settimanali cadauno.</li> <li>- 8 Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica x 12 ore settimanali cadauno</li> <li>- 1 Assistente Sociale per 14 ore settimanali .</li> <li>- 1 Psicologo per 12 ore settimanali .</li> </ul> <p>Risorse professionali Azienda Sanitaria Locale n°6 per intervento e/o consulenza :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psichiatra</li> <li>- Psicologo</li> <li>- Sociologo</li> <li>- Assistente Sociale</li> <li>- Neuropsichiatra</li> <li>- Infermiere professionale</li> </ul> <p>Risorse professionali dei Comuni del D.S.S.n°41 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pedagoga</li> <li>- Assistenti Sociali</li> </ul>
<b>Comunicazione</b>	<p>Gli uffici di servizio sociale provvederanno attraverso bando pubblico e/o adeguati sistemi pubblicitari ad informare la cittadinanza tutta dell'avvio del servizio , l'accesso al servizio sarà garantito , tenendo in considerazione, oltre ai requisiti dovuti per legge e per riconosciuta certificazione sanitaria, anche particolari stati di bisogno e necessità del soggetto disabile psichico e del nucleo familiare di appartenenza.</p>
<b>Budget</b>	<p>Costo del servizio semestrale (personale) :84.998,68          Costi di gestione : € 3.000,00          Totale costo semestrale : €87.998,68          Costi comprensivi di I.V.A. al 4% = € 91.518,64 (di cui IVA € 3.519,95          Costo pubbl. bandi, materiale informativo e pubblicitario : € 838,64          Totale costo progetto semestrale : € 92.357,27</p>
<b>Identificazione dei rischi e delle risposte</b>	<p><b>Rischi di disservizio :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vasta territorialità del Distretto Socio Sanitario n° 41;</li> <li>- non sufficienti risorse economiche assegnate per ulteriore e adeguata risposta alle esigenze del territorio ( aumento dati disabilità psichica);</li> <li>- difficoltà in tempo reale da parte del Comune Capofila di Partinico delle attività di controllo in merito all'erogazione del servizio dovuta alla vastità del territorio del D.S.S.n°41.</li> </ul> <p><b>Risposte risolutive :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- attività di coordinamento e supervisione continua da parte degli uffici di servizio sociale comunali ;</li> <li>- continuo passaggio di informazioni tra gli uffici di servizio sociale comunali, servizi sanitari ed istituzioni per legge coinvolte ;</li> <li>- individuazione operatori responsabili per l'area D.S.S.n°41.</li> </ul>
<b>Controlli e valutazione</b>	<p>L'erogazione dei servizi e il loro livello qualitativo, comprendente il livello di risposta territoriale e il numero casi presi in carico, verranno in maniera continua controllata e verificata dai professionisti tecnici operanti presso gli uffici di servizio sociale comunali .</p> <p>La valutazione degli interventi riveste carattere aperto e continuativo, considerata l'implicita flessibilità insita nei servizi alla persona a tipologia individuale, il gruppo di lavoro organizzerà incontri mensili per verificare il raggiungimento dei risultati attesi e il livello qualitativo di erogazione, e/o rimodulare percorsi in fase di attuazione, se non considerati sufficientemente</p>



adeguati al soggetto disabile psichico fruitore del servizio.

**Strumenti :**

- Questionari di valutazione del servizio da somministrare alle famiglie;
- Schede di rilevazione numero interventi e/o servizi effettuati in rapporto agli obiettivi del progetto ;
- Questionari di valutazione del servizio da somministrate ove è possibile agli utenti disabili psichici inseriti al servizio.

**Metodologia :**

le figure professionali dell'Assistente Sociale e dello Psicologo coordinatori del servizio, cureranno il rapporto tra la famiglia del disabile, la struttura sanitaria e i servizi esistenti sul territorio del D.S.S.n°41, al fine di valutare la validità dei risultati raggiunti si provvederà a :

- Compilazione di un progetto individuale per utente contenente il programma di intervento e le figure professionali interessate;
- Verifica mensile della qualità della relazione e della realizzazione del programma tra le professionalità interessate e gli utenti ricettori del servizio;
- Modifica in itinere degli interventi, qualora si rendesse necessario;
- Verifica trimestrale dei risultati del progetto in termini di riabilitazione socio-sanitaria, tra i servizi sociali comunali e l'azienda sanitaria locale ,
- Verifica finale del programma con sistemi di efficacia ed efficienza;
- Analisi SWOT;
- Stesura relazione finale e restituzione agli enti coinvolti.

**Riferimenti  
Legislativi  
e normativi**

**La dichiarazione di Madrid.**

Promulgata nel 2002 in occasione dell'Anno Internazionale della Disabilità (2003), essa sposta l'asse di interesse da una visione eminentemente medico - scientifica ad una prettamente sociale.

Diversi i punti trattati: dall'integrazione scolastica a quella lavorativa, dall'assistenza all'associazionismo dei disabili. Ciò sul quale si pone più volte l'accento è sul concetto di discriminazione come atteggiamento generale da combattere non solo con strumenti legislativi ma anche culturali.

Per questo uno dei concetti sviluppati è quello dell'autodeterminazione dei disabili, che si esplica anche attraverso la creazione di proprie associazioni (e qui il tema si intreccia con quello della Vita Indipendente. Chiaramente viene affrontata anche la questione delle donne disabili e della loro doppia discriminazione sociale.

Per ottenere ciò è necessaria una visione globale, dove diversi attori interagiscono per un unico scopo: quindi certamente si richiamano alle loro responsabilità organizzazioni politiche sia centrali che locali, ma anche sindacati, massmedia, imprese.

**La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità.**

Promulgata dall'ONU nel 2007, la convenzione si richiama esplicitamente a diversi principi della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani: non discriminazione, eguaglianza, pari opportunità, rispetto dell'identità individuale.

Si compone di 50 articoli, dei quali i primi 30 si incentrano sui diritti fondamentali (associazionismo, diritto di cura, diritto alla formazione

personale, ecc.), mentre gli altri 20 riguardano le strategie operative atte a promuovere la cultura della disabilità.

#### Principi generali della Convenzione

La prima cosa che risulta evidente dalla Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità è che manca una definizione chiara del concetto di disabilità, preferendo parlare, piuttosto, di persone disabili. Questo perché manca ancora, a livello internazionale, un'univoca e coerente definizione del concetto di "disabilità" (nonostante l'adozione dell'ICF), della quale pur si sente la necessità, in quanto basilare per qualsiasi strategia di ricerca e di pianificazione politica.<sup>[6]</sup>

Tuttavia l'articolo 1 parla esplicitamente di persone disabili, definendole come "coloro che presentano una duratura e sostanziale alterazione fisica, psichica, intellettuale o sensoriale la cui interazione con varie barriere può costituire un impedimento alla loro piena ed effettiva partecipazione nella società, sulla base dell'uguaglianza con gli altri. Inoltre l'articolo definisce anche lo scopo stesso della Convenzione, che è quello di promuovere tutti i diritti delle persone disabili al fine di assicurare uno stato di uguaglianza. Anche l'articolo 3 è fondamentale, perché indica i principi stessi entro i quali la Convenzione si muove, elencandoli esplicitamente:

1. il rispetto della persona nelle sue scelte di autodeterminazione;
2. la non discriminazione; di genere, di identità sessuale, di etnia, di confessione religiosa.
3. l'integrazione sociale;
4. l'accettazione delle condizioni di diversità della persona disabile;
5. rispetto delle pari opportunità e dell'uguaglianza tra uomini e donne;
6. l'accessibilità;
7. il rispetto dello sviluppo dei bambini disabili ( fisici, psichici, sensoriali)

#### Il recepimento in Italia

L'Italia ha recepito la Convenzione con legge ordinaria numero 18 del 3 marzo 2009. Con la ratifica si è dato anche il via libera al progetto d'istituzione di un osservatorio sulla disabilità presieduto dal ministro del lavoro e composto da 40 membri e che coinvolge sia i molti osservatori diffusi a livello regionale, sia le associazioni di disabili, sia anche le rappresentanze sindacali. Tale osservatorio dura in carica 3 anni (eventualmente prorogabili per un ulteriore triennio), ed oltre a promuovere la Convenzione, avrà anche il compito di promuovere la raccolta di dati statistici che illustrino le condizioni delle persone con disabilità, al fine sia di predisporre una relazione sullo stato di attuazione delle politiche sulla disabilità, sia di predisporre un programma biennale di promozione dei diritti e di integrazione sociale.

Legge 5 febbraio 1992, n. 104

"Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate."

(Pubblicata in G. U. 17 febbraio 1992, n. 39, S.O.)

Legge 13 maggio 1978, n. 180

" Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori " (1)  
pubblicata nella Gazz. Uff. 16 maggio 1978, n. 133.

Legge 8 novembre 2000, n. 328

"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di

	interventi e servizi sociali" Legge Regione Sicilia n° 22/86 -Standard strutturali ed organizzativi dei servizi socio assistenziali
<b>Leaves – Livello essenziale di servizio</b>	- assistenza e cura della persona negli atti fondamentali della vita.
<b>Redazione</b>	Dott.ssa Angela Maria Puccio – Coordinatore Gruppo Piano Legge 328/00 D.S.S.n°41 – Responsabile del Settore Servizi Sociali. Dott. Mario Caruso – Referente Tecnico Legge 328/00 D.S.S.n°41. Consulenza Tecnica D.S.M. Mod.9 Partinico-A.S.P palermo. Consulenza Tecnica U.O.A.D.I. – A.S.P. Palermo Consulenza Tecnica Servizio N.P.I. – A.S.P. Palermo. Consulenza Tecnica Tavolo di concertazione tematica "Ambito Disabilità" D.S.S.n°41 .

PIANO ECONOMICO ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI PSICHICI

FINANZIAMENTO PREMIALITA' €92.357,27

ASSIST. DOMIC. RETR. h.€13,51 X N. 8 U. X12 h. SETT. X 26 SETT. = € 33.770,88

RIABILITAT. PSICHIATR. RETR. h.€16,15 X N. 8 U. X12 h. SETT. X 26 SETT. = €40.310,40

ASSIST. SOCIALE RETR. h.€16,15 X N. 1 U. X 14 h. SETT. X 26 SETT. = € 5.878,60

PSICOLOGO RETR. h.€16,15 X N. 1 U. X 13 h. SETT. X 26 SETT. = € 5.038,80

Totale spesa personale = €84.998,68 +

Spese di gestione = € 3.000,00

(utenze, buste paga, segreteria, cancelleria etcc..)

Totale = € 87.998,68 +

i.v.a. al 4% = € 3.519,95

Totale costo del servizio = € 91.518,64

Spese per pubblicizzazione, opuscoli, deplian etc... = € 838,64

---

Totale finanziamento = €92.357,27

Repubblica Italiana

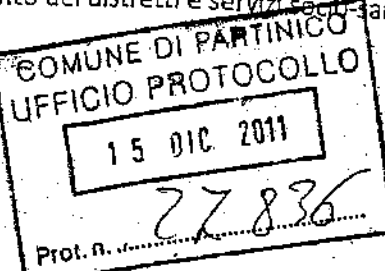
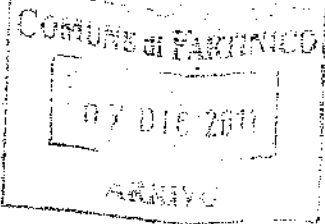


REGIONE SICILIANA

Assessorato della famiglia, delle politiche sociali e del Lavoro

Dipartimento della famiglia e delle politiche sociali

Servizio 2 "Coordinamento dei distretti e servizi socio-sanitari - Ufficio Piano"



Prot. N. 51037

Palermo, li 30.11.2011

**OGGETTO:** Fondo Nazionale Politiche Sociali - Assegnazione premialità.  
Allegato 1.

Ai Distretti socio-sanitari della Regione Sicilia

Il DPRS del 2/03/2009 "Approvazione del Programma regionale delle politiche sociali e socio-sanitarie 2010" al punto 5.1. "Le modalità di riparto" prevede che una quota del F.N.P.S sia destinata alla premialità, "finalizzata a finanziare le azioni di sviluppo distrettuale a seguito della valutazione del monitoraggio S.I.R.I.S. dell'attuazione dei piani di zona".

Detta quota, pari a € 9.797.061,38 per il triennio 2010-2012, così come previsto al punto 5.3 del citato D.P.R.S., dovrà essere assegnata annualmente tenuto conto dell'attività di monitoraggio qualitativo ed economico-finanziario realizzata attraverso il caricamento dei dati nel S.I.R.I.S..

Come è noto questo Dipartimento, al fine di integrare i dati rilevati attraverso in S.I.R.I.S., non pienamente funzionante in diverse realtà territoriali, con note prot. 40853 del 29/09/2010 e prot. 2958 del 28/01/2011 ha richiesto a ciascun distretto i dati relativi all'utilizzo delle risorse assegnate per la Prima Triennialità e per il Riequilibrio, con riguardo allo stato di attuazione delle singole Azioni e lo stato di avanzamento della spesa.

Alla luce dei dati così acquisiti, con D.D. n. 2193 del 21/11/2011 è stata assegnata e impegnata la prima annualità della premialità pari a € 3.265.687,00, come riportato nel prospetto allegato alla presente (ALL.1), ripartita in applicazione delle determinazioni assessoriali secondo i due criteri sopra indicati.

In esecuzione del decreto di riparto, si è già provveduto ad erogare a ciascun distretto il 50% della somma dovuta per la prima annualità, vincolando il saldo alla presentazione di specifica programmazione riguardante l'utilizzo della stessa.

Al riguardo, si specifica che la programmazione della "premierità" si inserisce nell'ambito dell'attuale Piano di Zona 2010-2012 e dovrà dunque essere approvata secondo la procedura di cui alla circolare n. 4247 del 31/10/2006 avente per oggetto "La variazione dei Piani di Zona".

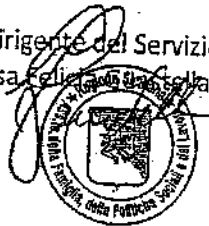
Pertanto ciascun distretto è tenuto a presentare la proposta di programmazione dell'intera somma indicata nell'Allegato 1, evidenziando la coerenza con il piano di Zona in corso di attuazione; si ricorda che la proposta potrà essere considerata esecutiva previa valutazione positiva di questo Assessorato che provvederà ad erogare il saldo nel rispetto di quanto previsto dalla legge regionale n. 4 del 16 aprile 2003, art. 93 1bis, previa presentazione di apposita istanza.

Appare opportuno evidenziare che trattasi di somme vincolate che dovranno essere oggetto di specifica di rendicontazione da presentare entro 60 gg. dalla completa liquidazione della somma.

Si precisa che gli adempimenti sopra indicati (programmazione e rendicontazione) costituiranno un presupposto per l'erogazione della seconda annualità della premialità, che in ogni caso verrà ripartita tenuto conto dello stato di attuazione dell'attuale Piano di Zona 2010-2012.

Si resta in attesa di ricevere quanto richiesto.

Il Dirigente del Servizio  
D.ssa Felicia S. S. S. S. S.



Distribuzione di...		Assegni di...	
D1	Agrigento	€	10.504,26
D2	Bivona	€	61.449,82
D3	Canicatti	€	38.240,38
D4	Casteltermini	€	86.388,36
D5	Licata	€	58.271,40
D6	Ribera	€	110.855,28
D7	Sciacca	€	36.573,81
D8	Caltanissetta	€	6.503,47
D9	Gela	€	23.346,74
D10	Mussomeli	€	107.565,97
D11	San Cataldo	€	24.367,91
D12	Adrano	€	109.979,52
D13	Caltagirone	€	111.584,86
D14	Acireale	€	45.700,66
D15	Bronte	€	109.345,41
D16	Catania	€	50.688,59
D17	Giarre	€	90.872,35
D18	Paternò	€	87.199,21
D19	Gravina di Catania	€	19.130,13
D20	Palagonia	€	109.382,24
D21	Agira	€	8.957,78
D22	Enna	€	22.401,64
D23	Nicosia	€	25.691,68
D24	Piazza Armerina	€	53.531,45
D25	Lipari	€	62.240,06
D26	Messina	€	6.395,57
D27	Milazzo	€	63.467,13
D28	Barcellona Pozzo di Gotto	€	93.812,15
D29	Mistretta	€	79.565,55
D30	Patti	€	18.036,32
D31	S. Agata di Militello	€	61.463,11
D32	Taormina	€	82.869,80
D33	Cefalù	€	30.949,90
D34	Carini	€	111.590,70
D35	Petralia Sottana	€	28.886,27
D36	Misilmeri	€	33.484,71
D37	Termini Imerese	€	102.130,59
D38	Lercara Friddi	€	28.710,98
D39	Bagheria	€	45.915,74
D40	Corleone	€	103.839,88
D41	Partinico	€	92.357,27
D42	Palermo	€	53.166,60
D43	Vittoria	€	107.513,26
D44	Ragusa	€	99.179,81
D45	Modica	€	98.321,64
D46	Noto	€	46.960,57
D47	Augusta	€	54.226,93
D48	Siracusa	€	100.425,99
D49	Lentini	€	29.645,04
D50	Trapani	€	20.206,61
D51	Pantelleria	€	60.991,47
D52	Marsala	€	47.472,96
D53	Mazara del Vallo	€	24.121,55
D54	Castelvetrano	€	49.079,17
D55	Alcamo	€	20.126,91
TOTALE		€	3.265.687,13



IL SINDACO  
Dott. Salvatore Lo Duca

L'ASSESSORE ANZIANO



IL SEGRETARIO GENERALE  
Dott. Vincenzo Pioppo

*(Signature)*

**REFERITO DI PUBBLICAZIONE**  
(Art.11, comma 1, L.R. 44/91)

REG. PUBBL. N. \_\_\_\_\_

Certifico io sottoscritto Segretario Generale su conforme dichiarazione del Responsabile Albo Pretorio, che copia del presente verbale viene pubblicato il giorno 19-04-2012 all'Albo Pretorio ove rimarrà esposta per 15 giorni consecutivi.

Il Messo Comunale

Il Responsabile Albo Pretorio \_\_\_\_\_

IL SEGRETARIO GENERALE  
Dr. Vincenzo Pioppo

*(Signature)*

Il sottoscritto Segretario Generale, visti gli atti d'ufficio

**ATTESTA**

- > CHE la presente deliberazione è divenuta esecutiva il \_\_\_\_\_;
- decorsi 10 giorni dalla data di inizio della pubblicazione, non essendo pervenute richieste di invio al controllo (Art. 12, comma 1, L.R. 44/91);
- Dichiarata Immediatamente Esecutiva (art.12, Comma 2, L.R. n°44/91));
- \_\_\_\_\_

Data 17 APR. 2012



IL SEGRETARIO GENERALE  
Dr. Vincenzo Pioppo

*(Signature)*