



Regione Abruzzo
Assessorato alle Politiche Sociali e Cultura

**uguaglianza, solidità,
innovazione:**
per i diritti sociali

Piano sociale regionale

2007-2009
(Bozza)



approvato con deliberazione del Consiglio Regionale

Pagina bianca

Indice generale

INTRODUZIONE	5
I. LE IDEE-GUIDA PER LA PROGRAMMAZIONE	9
I.1. Il profilo sociale della regione	...
I.2. Le scelte del nuovo Piano sociale regionale	...
II. OBIETTIVI E STRATEGIE DEL PIANO SOCIALE	33
II.1. Aree prioritarie e obiettivi	...
II.2. Diretrici strategiche di Piano	...
II.3. Indicatori comparativi e misurazione	...
III. IL SISTEMA DEI SERVIZI	47
III.1. La programmazione coordinata del sistema – le azioni di Piano	...
III.2. I livelli essenziali di assistenza sociale	...
III.3. L'integrazione sociosanitaria e il coordinamento delle politiche della salute	...
III.4. L'intersectorialità e la rete dei servizi	...
III.5. I servizi di area vasta	...
III.6. Gli interventi diretti regionali	...
IV. LA PROGRAMMAZIONE LOCALE	79
IV.1. Principi generali della programmazione locale	...
IV.2. Indirizzi per la definizione del profilo sociale locale e degli obiettivi	...
IV.3. Il Piano di zona dei servizi sociali	...
IV.4. Indirizzi per la gestione unitaria e integrata dei servizi a livello locale	...
IV.5. Indirizzi per l'affidamento dei servizi e la gestione partecipata	...
V. L'INNOVAZIONE E L'ACCOMPAGNAMENTO	101
V.1. Le azioni di Piano per l'innovazione del sistema	...
V.2. La formazione strategica e le professioni sociali	...

VI. LA POLITICA DELLA SPESA	107
VI.1. Il sistema di assegnazione delle risorse	...
VI.2. La compartecipazione degli enti	...
VI.3. La rendicontazione	...
VI.4. La premialità	...
VI.5. Le azioni di Piano per la politica della spesa	...
 VII. GESTIONE STRATEGICA DELLE INFORMAZIONI SOCIALI	 121
VII.1. Principi di gestione strategica delle informazioni sociali	...
VII.2. L'innovazione degli strumenti: l'Osservatorio sociale e il Sistema informativo (SIRES)	...
VII.3. La valutazione regionale e locale delle politiche sociali	...
 VIII. TAVOLE	 132
- I: Quadro di sintesi degli indicatori essenziali basati sull'evidenza, distinti per categoria	
- II: Azioni di Piano	
- III: Risorse finanziarie per il Piano sociale	
 IX. INDICE DEGLI ALLEGATI	
- Schema per la formazione del Piano di zona dei servizi sociali	
- Modello regionale di segretariato sociale	
- Linee guida regionali per il servizio di pronto intervento sociale	
- Linee guida e schema di riferimento della Carta per la cittadinanza sociale	
- Disposizioni e modulistica per la rendicontazione delle spese per i Piani di zona	
- Disposizioni e modulistica per la rendicontazione delle Spese per servizi ed interventi generali attuati dai comuni con il beneficio del Fondo sociale regionale	

INTRODUZIONE

Il percorso di realizzazione di un nuovo sistema di interventi e servizi sociali in Abruzzo è stato avviato con la legge regionale n. 22 del 1998, contenente le norme per la programmazione e l'organizzazione dei servizi sociali.

La legge, con la quale è stato anche approvato il primo piano sociale regionale, ha rappresentato uno spartiacque fondamentale nelle modalità di impostazione e gestione delle politiche sociali regionali, anticipando molti dei principi cardine della legge-quadro n. 328 del 2000 per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Tra le scelte strategiche del piano sociale 1998-2000, grande importanza ha avuto il principio di **sussidiarietà**, con il riconoscimento del ruolo delle comunità locali nella guida del proprio sviluppo, chiamate a darsi obiettivi e programmi propri nell'ambito di una cornice delineata dal piano sociale, e con l'impiego degli strumenti della collaborazione, partecipazione e impegno comune previsti nel piano stesso. Altra scelta che ha favorito cambiamenti importanti nella gestione dei servizi, è stata quella della individuazione di **ambiti territoriali** omogenei e adeguati, per territorio e popolazione, a fronteggiare le nuove esigenze di rappresentanza, promozione e protezione degli interessi specifici delle collettività di cui sono espressione. La scelta di operare per **livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS)**, inoltre, ha consentito di avviare su scala regionale la realizzazione di due "livelli minimi" di assistenza individuati nel servizio di segretariato sociale e nel servizio socio-psico-educativo per l'infanzia e l'adolescenza.

I maggiori investimenti del primo piano sociale sono stati orientati:

- allo sviluppo delle collaborazioni istituzionali all'interno dei 35 ambiti territoriali per la gestione unitaria dei servizi sociali;
- alla convergenza delle responsabilità istituzionali e sociali nell'area dei servizi alla persona;
- alla riqualificazione della spesa sociale.

Tutto questo ha contribuito a rimuovere molti degli ostacoli che impedivano l'accesso ai servizi in condizioni di equità e ha creato condizioni di maggiore tutela dei diritti delle persone più deboli, in particolare nelle aree svantaggiate e caratterizzate da un più rapido invecchiamento della popolazione.

Il secondo piano sociale triennale, approvato dal Consiglio Regionale nel 2002 ha consolidato questo percorso e, coerentemente con i principi e le disposizioni della legge 328, ne ha ampliato la portata.

Nel piano 2002-2004 sono state individuate quattro **aree prioritarie di intervento**, con obiettivi specifici, relative a:

- famiglia

- infanzia, adolescenza e giovani
- disabilità
- anziani

I 35 ambiti territoriali sociali, con i loro piani di zona, sono stati chiamati ad individuare e attuare, per ciascuna delle 4 aree prioritarie, precisi obiettivi e azioni legati alla realtà territoriale di riferimento, prevedendo anche strumenti di verifica.

Il piano sociale ha programmato, inoltre, azioni finalizzate a migliorare l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza sociale, investendo soprattutto sulle modalità di funzionamento dei servizi e degli interventi per rendere esigibili i diritti sociali. In particolare, il segretariato sociale e il pronto intervento sociale sono stati oggetto di apposite sperimentazioni a livello regionale, che hanno definito per ciascun servizio i modelli regionali di riferimento.

Per favorire l'integrazione sociosanitaria, i piani di zona sono stati adottati con accordo di programma sottoscritto dall'Ente di Ambito Sociale, dai Comuni dell'ambito, dall'Azienda USL e, nella maggior parte dei casi, anche dalla Provincia. Sono state, inoltre, attuate altre sperimentazioni regionali, non ancora compiutamente concluse, riferite sia all'integrazione socio sanitaria vera e propria che al punto unico di accesso, il quale prevede una possibilità di percorso unitario del cittadino per l'accesso ai servizi, per l'individuazione esatta del bisogno e per la presa in carico da parte dei servizi sociali, sanitari o sociosanitari.

La partecipazione e l'informazione ai cittadini è stata incentivata anche con la realizzazione di un'altra sperimentazione regionale, recentemente conclusasi con l'individuazione di un modello regionale di riferimento, condotta sulla "carta per la cittadinanza sociale", ulteriore elemento innovativo introdotto dalla legge quadro, ma già presente, in forma sperimentale, fin dal primo piano sociale regionale e che – tra le sue funzioni – ha anche quella di coniugare il diritto del cittadino all'informazione con il diritto alla partecipazione.

La principale differenza rispetto al primo piano sociale – in via generale – si può individuare nella scelta strategica di favorire lo sviluppo complessivo del sistema integrato di interventi e servizi sociali, in una prospettiva di superamento della visione tradizionale delle politiche di inclusione, fondata solo sull'assistenza. Questa scelta ha favorito l'avvio di una modalità di programmazione sociale basata su obiettivi di efficacia, oltre che di miglioramento del sistema di offerta, e il progressivo cambiamento del piano di zona da strumento prevalentemente di gestione dei servizi a livello locale (associata, unitaria, integrata...) a strumento di programmazione generale dei servizi alla persona.

Il Piano sociale regionale 2007-2009, elaborato dall'Assessorato regionale alle politiche sociali, si pone in evoluzione rispetto al passato, introducendo numerosi elementi di innovazione, mantenendo però l'esperienza maturata nei precedenti strumenti di programmazione, nel rispetto del principio cardine: **"meno assistenza monetaria, più servizi"**, che fin dall'inizio ha guidato le azioni di programmazione sociale della Regione Abruzzo.

Il terzo Piano sociale della Regione Abruzzo, in linea con questo orientamento, è fondato sui diritti di cittadinanza, e conferma l'importanza

assegnata su scala regionale ai diritti sociali, come riconosciuti dalla Costituzione, dall'Unione Europea, dalle Convenzioni internazionali. Tali documenti, spesso ignorati dalla politica, devono invece essere posti a fondamento di una nuova politica regionale e rappresentare la riflessione di partenza della programmazione locale. In Abruzzo, con il nuovo Piano sociale regionale, anche i responsabili politici devono essere impegnati a fare un salto di qualità nella cultura programmatica. E' necessario, però, attuare scelte ispirate alla giustizia sociale ed all'attuazione dei diritti, scervre da influenze clientelari e da facili azioni assistenzialistiche, cercando di guardare alto e di rendere il territorio amministrato un territorio delle opportunità e dei diritti.

Il nuovo Piano sociale regionale, in particolare:

- prevede per la prima volta l'area della inclusione e tutela sociale,
- promuove e consolida gli strumenti di partecipazione e controllo da parte dei cittadini,
- ritiene irrinunciabili tutte le azioni volte ad un'effettiva integrazione sociosanitaria, sia a livello di programmazione regionale che territoriale,
- amplia il livello della programmazione sociale locale, anche ricomprendendo all'interno di esso altri strumenti di programmazione previsti dalla normativa regionale e nazionale,
- avvia il processo di attuazione degli standard di erogazione dei LIVEAS che, nel rispetto della normativa nazionale, porterà nel triennio ad una omogeneità territoriale di erogazione dei servizi già strutturati nei precedenti piani,
- introduce elementi di controllo sul sistema dell'affidamento dei servizi con un'attenzione rivolta anche ai diritti degli operatori coinvolti nell'erogazione dei servizi sociali.

Le scelte del nuovo piano tengono conto delle **dinamiche di scenario** rilevate con l'attività di analisi dei bisogni sociali realizzata a livello regionale (invecchiamento, immigrazione, povertà, evoluzione dei contenuti assistenziali,) e del **contesto di riferimento** programmatico (natura e finalità del Piano sociale, risorse finanziarie, riforma costituzionale, Documento di Programmazione Economico Finanziaria Regionale-DPEFR, ...).

Il Piano sociale vuole avere un valore strategico all'interno di una prospettiva più complessiva di sviluppo del territorio, non limitata al semplice significato di risposta ai bisogni, ma estesa ad un progetto ampio di politiche sociali attive per il benessere e la migliore qualità di vita delle persone.

Il modello di welfare che ispira l'attuazione di questo progetto è basato innanzitutto sulla centralità delle politiche sociali, che non trovano riferimento e concretezza esclusivamente nel piano sociale regionale.

Il ruolo delle politiche sociali, infatti, è quello di favorire la costruzione di reti di servizi e di relazioni tra i soggetti del sistema, caratterizzate da un modello di welfare che non è quello "istituzionale", totalmente governato dagli enti pubblici, né quello "di mercato", in cui la regolazione è affidata alla legge della domanda e dell'offerta.

Il modello a cui le politiche sociali abruzzesi intendono ispirarsi è quello del “welfare di comunità”, che è attuazione concreta del principio di sussidiarietà. E' questo il modello della rete integrata che regola e incentiva lo sviluppo delle formazioni sociali, accanto a quello delle istituzioni pubbliche, e che consente la pluralità delle risposte, in una logica di diversità e di reciprocità, necessaria nella società attuale, sempre più complessa e differenziata.

Viene così orientata la politica regionale non verso una logica di welfare assistenziale o dei consumatori, ma verso la progressiva realizzazione del welfare di comunità.

I. LE IDEE-GUIDA PER LA PROGRAMMAZIONE

I.1. Il profilo sociale della regione

La definizione del **profilo sociale** costituisce il punto di partenza per orientare le nuove scelte di politica sociale regionale e facilitare la selezione delle priorità e le strategie necessarie per attuare percorsi efficaci di programmazione sociale. Il profilo sociale si costruisce dal **confronto delle condizioni sociali fra territori**, dall'**ascolto dei cittadini** e delle organizzazioni sociali, dal **contributo degli esperti**. Il profilo sociale è un esercizio vivo di rappresentazione di un territorio. Ed è questo il metodo che il nuovo piano sociale regionale ha inteso fare proprio e che anche i piani di zona, elaborati dagli ambiti, dovranno riuscire a sviluppare.

Definizioni del
profilo sociale

La Regione Abruzzo ha già realizzato, con la collaborazione della Fondazione Zancan di Padova, un rapporto di analisi dei bisogni per il nuovo Piano, ha riunito tavoli di esperti delle istituzioni locali, ha consultato gli amministratori locali con apposite ricerche. Durante l'attuazione del precedente Piano, alcuni ambiti territoriali hanno realizzato forum di incontro con i cittadini che hanno dato diversi suggerimenti, mentre i Centri Servizi per il Volontariato hanno realizzato ricerche mirate sui diritti di cittadinanza sociale e sulla percezione da parte dell'associazionismo della situazione sociale regionale. Rilevanti anche i dati disponibili relativi alla valutazione del Piano sociale regionale e della legge n. 285 del 1997, relativa alla promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza. Significative sono anche le indagini elaborate con il supporto della società Emme Erre di Padova in materia di spesa sociale e Piani di zona.

Il quadro delle
ricerche condotte,
preliminari al
nuovo Piano

La scelta di istituire un Osservatorio sociale regionale all'interno della struttura regionale che si occupa di programmazione sociale, ha consentito di disporre di uno strumento di rilevazione e di aiuto alla lettura dei fenomeni sociali abruzzesi, in grado di supportare i processi decisionali, sia regionali che locali.

L'Osservatorio dovrà essere adeguatamente potenziato in modo da far sì che esso diventi strumento sempre più efficace per un'azione unitaria di rilevazione dei bisogni e di lettura dei dati comunque disponibili, in una prospettiva di miglioramento della capacità complessiva del sistema di conoscere e monitorare i fenomeni sociali.

Mai come oggi si dispone di una massa di dati e di conoscenze tanto importanti per guidare la programmazione. Un quadro composito si è già avviato ed esso è la base di riflessione per questo piano e per i piani di zona, che da questo scaturiscono. Si tratta, quindi, di selezionare gli indicatori di maggiore evidenza nel ritrarre il profilo sociale (metodo *evidence-based*), ma anche di rinviare nel dettaglio alle singole ricerche che fotografano le diverse situazioni dei territori regionali (province, aziende USL, ambiti territoriali). Per questo la ricerca **Bisogni sociali e priorità per la programmazione della Regione Abruzzo**, pubblicata nel 2005, è da ritenersi parte integrante del presente profilo sociale.

L'Abruzzo visto dall'Europa

Secondo l'Ufficio di statistica europeo (Eurostat), l'Abruzzo è un ponte fra l'Ovest, il Sud e il Nord Italia ed è la prima regione del Mezzogiorno. Lo sviluppo economico, tuttavia, è ancora al di sotto della media italiana e la crescita economica non è autonoma, ha tuttora bisogno di assistenza. Si registra un forte squilibrio fra impoverimento, degrado e invecchiamento delle aree montane da un lato, e urbanizzazione disordinata delle fasce costiere dall'altro. La densità di popolazione è aumentata, ma rimane molto al di sotto della media nazionale. Dal 1991 al 2001 la popolazione dell'Abruzzo è cresciuta dell'1,1%, ma i giovani sotto i 25 anni sono diminuiti dal 31,8% al 26%, mentre gli anziani sopra i 65 anni sono passati dal 16 al 20%. La speranza di vita è fra le più alte in Italia, anche se questo dato in sé positivo, in presenza del già ricordato calo del tasso di natalità, non ha determinato incrementi di popolazione negli ultimi dieci anni, ad eccezione di quello assai modesto dovuto all'immigrazione. Per quanto riguarda il lavoro, il tasso di attività è sceso al 59,9% nel 2001, mentre nel 1991 era poco più alto della media nazionale. Il costo del lavoro è di circa il 10-20% più basso della media nazionale in tutti i settori (a parte quello bancario). I redditi delle famiglie sono al di sotto della media nazionale. La percentuale di persone con diploma è superiore alla media nazionale.

(sintesi da Eurostat, Ritratto delle Regioni, 2004)

<http://forum.europa.eu.int/irc/dsis/regportraits/info/data/en/itf1.htm>

Nel contesto europeo l'Abruzzo appare, dunque, come una regione ancora in bilico: capace di una grande accelerazione economica negli anni '80, ma poi frenata da un rallentamento ed un calo del prodotto interno lordo negli ultimi anni.

Tabella 1 - Caratteristiche geo-demografiche degli insediamenti e della popolazione nella Regione Abruzzo (2003) e collocazione rispetto alle regioni italiane

		Regione Abruzzo		Italia		Collocazione ABRUZZO fra le regioni italiane																							
Caratteristiche generali	Densità per Km ² della popolazione residente	119		191		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Per minore densità			
	Numero Comuni	305		8.100		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Per maggior numero di comuni			
	Media residenti per comune	4.216		7.147		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Per minore media di residenti per comune			
Comuni per zona altimetrica		v.a.	%	v.a.	%																								
	Montagna	166	54,4	2.604	32,1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Per maggiore % di comuni			
	Collina	139	45,6	3.370	41,6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Per maggiore % di comuni			
	Pianura	-	0,0	2.126	26,2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Per maggiore % di comuni (ultima con altre 6)			
	Totali	305	100,0	8.100	100,0																								
Residenti in comuni per zona altimetrica		v.a.	%	v.a.	%																								
	Montagna	375.618	29,2	7.463.539	12,9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Per maggiore % di residenti			
	Collina	910.278	70,8	22.760.136	39,3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Per maggiore % di residenti			
	Pianura	-	0	27.664.570	47,8	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Per maggiore % di residenti (ultima con altre 6)			
	Totali	1.285.896	100,0	57.888.245	100,0																								
Comuni per ampiezza demografica		v.a.	%	v.a.	%																								
	Fino a 5.000 abitanti	253	83,0	5.792	71,5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Per maggiore % di comuni			
	Da 5.001 a 20.000 abitanti	39	12,8	1.827	22,6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Per minore % di comuni			
	Da 20.001 a 100.000 abitanti	12	3,9	438	5,4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Per minore % di comuni			
	Oltre 100.000 abitanti	1	0,3	43	0,5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Per minore % di comuni			
Totali	305	100,0	8.100	100,0																									
Residenti in comuni per ampiezza demografica		v.a.	%	v.a.	%																								
	Fino a 5.000 abitanti	377.544	29,4	10.505.199	18,1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Per maggiore % di residenti			
	Da 5.001 a 20.000 abitanti	340.690	26,5	17.159.553	29,6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Per maggiore % di residenti			
	Da 20.001 a 100.000 abitanti	445.579	34,7	16.839.401	29,1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Per maggiore % di residenti			
	Oltre 100.000 abitanti	122.083	9,5	13.384.092	23,1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Per minore % di residenti			
Totali	1.285.896	100,0	57.888.245	100,0																									

Fonte: Dati ISTAT - Popolazione e movimento anagrafico dei comuni - Anno 2003 (Annuario, n. 16 - 2005)

Parallelamente l'**analisi demografica** conferma che la struttura per età della Regione ha una tendenza generalizzata al progressivo invecchiamento della popolazione. La situazione è sicuramente preoccupante: dal 1980 al 2004 il tasso di natalità è passato dall'11,5 all' 8,6 per mille. Questo significa che i bambini che nascono in Abruzzo sono poco più di 8 su mille, mentre le persone che muoiono sono 10,1 su mille. Nel 2004, quindi, la regione ha perso 1,5 abitanti su mille per saldo naturale (circa 2000 in meno complessivamente). Tuttavia, grazie alle immigrazioni sia italiane che estere, la popolazione è aumentata. Dal 1980 il tasso di immigrazione è passato dal 27,5 al 31,8 per mille, mentre quello di emigrazione dal 24,9 al 19,9 per mille: i tassi si sono, pertanto, invertiti.

L'evoluzione demografica abruzzese si può sintetizzare in: basso tasso di nascita, lieve incremento dovuto all'immigrazione, aumento dell'invecchiamento, diminuzione del tasso di attività e della forza lavoro.

Alcune caratteristiche geo-demografiche dell'Abruzzo

Il profilo sociale è determinato da una stretta correlazione fra i fattori ambientali, economici, sociali, culturali, ma anche dalla combinazione di quelli geomorfologici e demografici: dalla concorrenza di questi elementi dipende lo sviluppo territoriale globale. La tavola 1 aiuta a collocare la regione Abruzzo nel contesto italiano, evidenziando le peculiarità regionali:

- l'Abruzzo è la decima regione italiana per maggior numero di comuni, ma è la quinta regione per numero di residenti in ciascun comune e la settima per minore densità;
- per zona altimetrica l'Abruzzo è al quinto posto per maggiore percentuale di comuni di montagna, all'undicesimo per comuni di collina e appartiene al gruppo di regioni che – nella classificazione ISTAT – non hanno comuni di pianura; analogo discorso per percentuale di residenti per zone altimetriche;
- l'Abruzzo è al sesto posto per maggiore percentuale di comuni fino a 5.000 abitanti, al quinto per minore percentuale di comuni fra i 5001 e i 20.000 abitanti;
- infine, l'Abruzzo è all'ottavo posto per maggiore percentuale di residenti in comuni fino a 5.000 abitanti.

I dati testimoniano di una regione a forte dispersione amministrativa e territoriale, caratterizzata anche da piccolissime comunità locali di residenti.

Le più recenti ricerche mostrano che **il tasso di natalità incide significativamente sullo sviluppo economico di un territorio**: il beneficio sociale prodotto dai bambini è notevole, mentre il ristagno delle dinamiche demografiche è fonte di rallentamento economico e di improduttività. Un bambino in meno, secondo alcuni ricercatori, implica una diminuzione di circa 100.000 dollari sul Pil nell'arco di vita di una persona (Gosta Espin-Andersen, *I bambini nel welfare state. Un approccio all'investimento sociale*, in La Rivista delle Politiche Sociali, n. 4/2005). La denatalità crea un evidente ritardo nella sostenibilità a lungo termine dello sviluppo regionale: non è un caso che, a livello intraregionale, i territori con tassi di natalità più alti siano anche quelli con tassi di sviluppo più elevati.

Tabella 2 - Tassi generici di natalità e mortalità per regione 2002-2005 (per 1.000 abitanti)

REGIONI	Natalità				Mortalità			
	2002	2003	2004	2005*	2002	2003	2004	2005*
Piemonte	8,5	8,6	8,7	8,7	11,4	11,9	10,8	11,3
Valle d'Aosta	9,2	9,5	9,6	9,6	11,1	10,8	9,9	10,6
Lombardia	9,6	9,5	10,0	10,1	9,4	9,8	8,9	9,2
Trentino-Alto Adige	10,9	10,8	11,3	11,1	8,4	9,0	8,5	8,4
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>11,2</i>	<i>11,5</i>	<i>11,5</i>	<i>11,6</i>	<i>7,9</i>	<i>8,4</i>	<i>7,9</i>	<i>7,9</i>
<i>Trento</i>	<i>10,6</i>	<i>10,2</i>	<i>11,0</i>	<i>10,6</i>	<i>8,9</i>	<i>9,5</i>	<i>9,1</i>	<i>9,0</i>
Veneto	9,5	9,5	10,1	10,1	9,3	9,5	8,9	9,2
Friuli-Venezia Giulia	8,1	8,2	8,4	8,5	12,0	12,4	11,6	11,7
Liguria	7,3	7,3	7,6	7,7	13,7	14,6	12,9	13,7
Emilia-Romagna	8,9	8,8	9,3	9,4	11,4	11,9	10,9	11,2
Toscana	8,4	8,2	8,8	8,9	11,5	11,9	10,9	11,3
Umbria	8,6	8,5	8,9	9,3	11,1	11,3	10,7	11,6
Marche	8,6	8,6	8,9	9,0	10,3	11,0	10,1	10,4
Lazio	9,5	9,8	9,9	9,8	9,4	9,9	9,4	9,5
Abruzzo	8,3	8,6	8,6	8,9	10,5	10,7	10,1	10,8
Molise	8,1	8,1	7,9	8,0	10,6	11,1	10,7	11,5
Campania	11,4	11,4	11,3	11,3	8,2	8,6	8,0	8,5
Puglia	10,0	9,9	10,0	9,8	7,9	8,3	7,7	8,1
Basilicata	9,2	8,8	8,9	8,3	9,3	9,5	9,2	9,5
Calabria	9,2	9,4	9,3	9,3	8,5	9,1	8,5	9,2
Sicilia	10,3	10,4	10,3	10,4	9,3	9,7	8,9	9,5
Sardegna	8,1	8,3	8,0	8,3	8,4	8,9	8,1	8,7
ITALIA	9,4	9,4	9,7	9,7	9,8	10,2	9,4	9,8

Fonte: ISTAT – Il dato 2005 rappresenta una stima

Ma perché in Abruzzo nascono molti meno bambini che nella media italiana? La risposta è probabilmente da ricercare nella precarizzazione del lavoro, nell'alto costo delle case e nel deficit di servizi. I posti disponibili di asili nido, ad esempio, sono solo 4,1 ogni cento bambini nella fascia 0-2 anni (la media italiana è 7,4). Ma le cose non vanno meglio per le scuole: le scuole materne sono sempre più accentrate, poche sono le istituzioni scolastiche che applicano l'orario prolungato, mentre solo circa il 10% dei bambini abruzzesi riesce ad essere seguito dai servizi diurni pomeridiani (centri attivati con la legge 285/97).

In Abruzzo ci sono, quindi, più **anziani** che bambini, con il conseguente aumento del carico sociale, del tasso di ospedalizzazione, della spesa per la residenzialità, la diminuzione del tasso di attività e l'incertezza sulla sostenibilità del sistema di welfare. L'indice di vecchiaia nel 2004 è stato di 155,2 (la media italiana è 137,7): 21 abruzzesi su 100 hanno più di 65 anni, 13 abruzzesi circa su 100 hanno meno di 14 anni, 66 abruzzesi su 100 hanno fra 15 e 64 anni. In una dinamica demografica così evidente assumono un aspetto fondante le politiche di promozione della vita anziana attiva (livello diurno) e le politiche socio-assistenziali di tipo domiciliare, mirate alle fragilità e alla non-autosufficienza (la cui frequenza in Abruzzo è stimata dai Medici di medicina generale intorno al 3,9% sul totale degli anziani ultrasessantacinquenni), in grado di garantire un

Anziani e politiche di invecchiamento attivo

minore impatto di costi legati alla residenzialità sociale e sanitaria ed il diritto dell'anziano ad essere assistito nella propria casa. I carichi assistenziali da cronicità salgono particolarmente nei piccoli comuni montani, dove gli indici di invecchiamento possono anche raggiungere il 57%. I casi di demenza senile/Alzheimer stimati in Abruzzo sono pari a circa 15.000, di cui 2.500 gravi (Dati Osservatorio epidemiologico regionale, 2005).

Abruzzo multiculturale

Ma la dinamica demografica interna della regione subisce una rilevante modificazione per effetto dei **fenomeni migratori**: da regione degli emigranti, l'Abruzzo è diventata **regione degli immigrati**. Negli ultimi dieci anni la popolazione immigrata abruzzese è aumentata di dieci volte. Secondo il CNEL, (Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro) l'Abruzzo è "primo rappresentante del Meridione" e anche l'unica regione dell'area centrale a collocarsi nella fascia media come polo di attrazione e di integrazione. L'Abruzzo è ritenuto un territorio capace di offrire, sotto diversi profili, "un positivo potenziale di integrazione, tanto da essere assimilabile alle zone centro-settentrionali". L'immigrazione è il principale fattore che rende il bilancio demografico della Regione positivo. I cittadini stranieri residenti (2004) sono 38.582, di cui 7.900 minorenni (circa il 20%, undicesimo posto fra le regioni italiane). I permessi di soggiorno sono passati da 7.766 nel 1992 a 33.037 nel 2004. Nel 2003 le domande di regolarizzazione per lavoro domestico sono state 4.358 (nel 2002 erano state 10.301 per l'introduzione della nuova legge). Tuttavia, secondo il rapporto Caritas/Migrantes del 2006, in Abruzzo ci sono stati nel 2005 2.024 casi di immigrati clandestini, di cui 508 finiti con il rimpatrio. Nel 2006 le domande di accesso alle quote sono risultate pari a 10.270 (Caritas/Migrantes, 2006). Sempre, secondo dati Caritas, l'Abruzzo è fra le prime regioni del meridione per indice di potenziale complessivo di presenza di minori stranieri (2002), pari a 61, dietro alla Campania, ma sopra a tutte le altre regioni del centro-sud. Gli immigrati costituiscono il 12,5% degli utenti del Segretariato sociale, sebbene la spesa per persone immigrate e in situazione di povertà nel 2005 è stata di appena il 3,69% (dati Osservatorio sociale regionale).

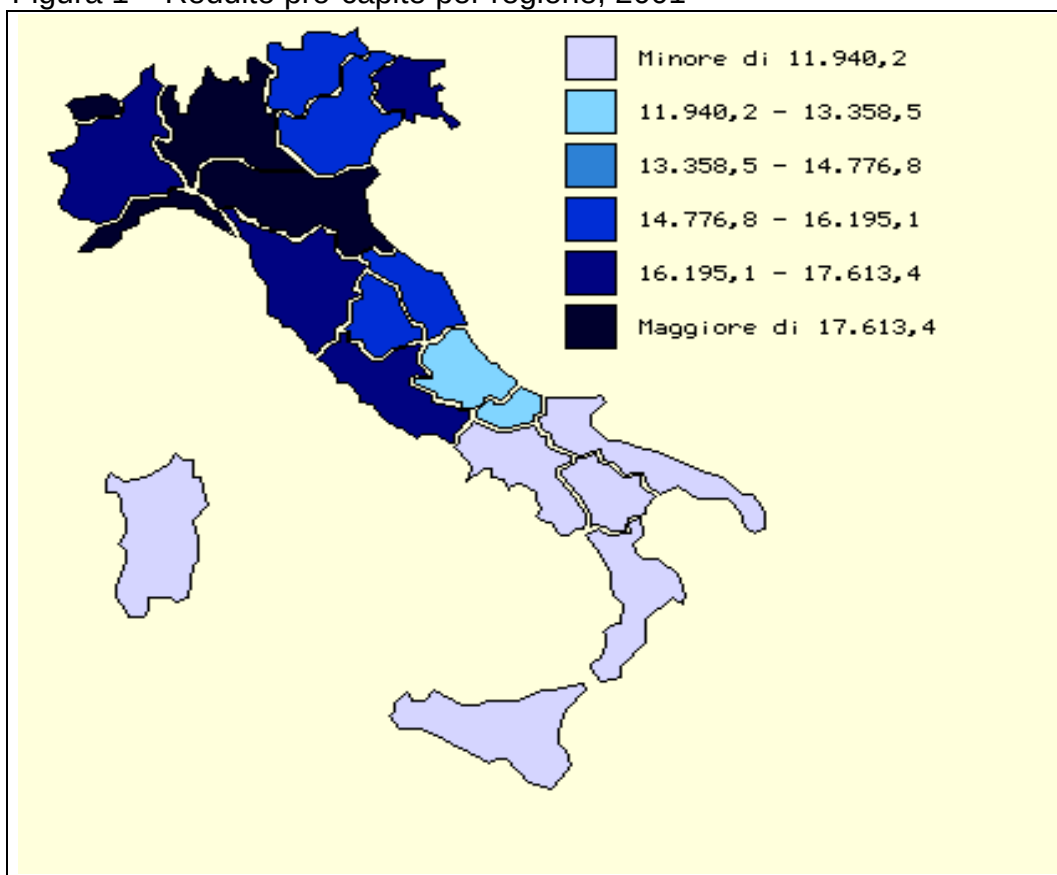
Interessante anche il dato (2002) dell'emigrazione degli abruzzesi residenti all'estero, pari a 136.986, un vero primato fra le regioni del centro-nord.

Le famiglie abruzzesi e la povertà

Le **famiglie abruzzesi** sono complessivamente 462.066 (dati Censimento 2001). Di queste, 31.678 sono rappresentate da madri sole con figli e 6.654 da padri soli con figli. Alto rispetto alla media nazionale anche il numero delle famiglie numerose: 31.642 famiglie sono costituite da 5 persone, 10.067 da 6 a più persone (circa la metà di quelle del Lazio). Le famiglie con almeno un componente straniero sono 11.582 (5678 completamente straniere).

Le famiglie in situazione di **povertà relativa** (spendono in consumi meno della quota di soglia della povertà) in Abruzzo sono 72.463. L'Istat, inoltre, ha calcolato che complessivamente le persone povere in Abruzzo sono 201.306. Coloro che ricevono una pensione sociale sono oltre 91 mila (dati 2003). Circa un abruzzese su sei è in situazione di povertà. Il reddito pro-capite disponibile è di € 13.071,4 (dati Istituto Guglielmo Tagliacarne, 2001): l'Abruzzo è al 13° posto fra le Regioni italiane.

Figura 1 – Reddito pro-capite per regione, 2001



Fonte: Istituto Guglielmo Tagliacarne

Secondo dati forniti dal Servizio Edilizia Residenziale della Regione, i Comuni che hanno richiesto il contributo per affitti a favore di famiglie indigenti sono stati, nel 2004, 148: a fronte di un fabbisogno stimato di € 7.254.860,53, la Regione ha potuto erogare solo € 1.897.858,51. Fra i Comuni maggiori si segnalano le 613 domande pervenute al Comune di Pescara, 219 L'Aquila, 162 Teramo, 241 Chieti, 370 Montesilvano. I dati di Montesilvano e Pescara insieme offrono un indicatore evidente di un'alta incidenza di povertà relativa nell'area metropolitana pescarese. L'Osservatorio sociale regionale ha avviato un nuovo sistema di monitoraggio della domanda sociale sulla base delle richieste pervenute ai Segretariati sociali degli ambiti. I dati relativi al primo semestre 2006 evidenziano che il 29,3% delle domande di accesso riguardano il servizio di sostegno economico. I dati relativi all'offerta dei servizi per l'anno 2005, raccolti sempre dall'Osservatorio, evidenziano che gli utenti sono stati 5.613.

Gli abruzzesi che lavorano sono 301.000 uomini e 191.000 donne (*Fonte: ISTAT, Rilevazione sulle forze di lavoro, media 2005*). Sono in cerca di occupazione 14.000 uomini (4,6% forza lavoro) e 28.000 donne (14,6% forza lavoro). Le persone che non lavorano, con età da 15 anni in su, sono 627.000, di cui 389.000 donne e 238.000 uomini. Il sistema economico "Abruzzo" è retto da poco più di 1 abruzzese su 3.

Mercato del lavoro
ed
inclusione
sociale

Sono dati su cui riflettere, non tanto in termini di tassi di disoccupazione, che sono nella media del centro Italia, quanto nel diverso impatto che essi hanno sulle donne e sul carico sociale.

La disoccupazione femminile

La carenza di servizi è forse una concausa di ostacolo allo sviluppo dell'Abruzzo insieme all'alto tasso di **disoccupazione femminile**. Il tasso di occupazione femminile è pari al 44,7 % nell'anno 2005, il più basso fra le regioni del Centro. La disoccupazione femminile è quasi doppia rispetto a quella maschile. Le donne abruzzesi sono ancora oggi le maggiori responsabili del lavoro di cura per le persone con scarsa autonomia che vivono nella propria famiglia (anziani, bambini, disabili). Per questo, spesso, sono costrette a restare lontano dal lavoro, e dal diritto al lavoro. Favorire maggiori investimenti di spesa per garantire servizi domiciliari e diurni per le persone con scarsa autosufficienza, come altresì per aumentare i posti disponibili negli asili nido, significherebbe anche liberare l'offerta di lavoro femminile ed offrire più risorse lavoro ad un mercato abruzzese molto carente. Più donne al lavoro comporterebbe anche la riduzione del numero delle famiglie in situazione di povertà, in quanto la probabilità di povertà si riduce di 3 o 4 volte, quando anche la madre lavora.

A fronte di questa stagnazione demografica, **l'immigrazione rappresenta una forte opportunità per incrementare il tasso di attività lavorativa** e le politiche di integrazione, di accoglienza e di promozione devono rappresentare una priorità del quadro di programmazione sociale del nuovo triennio, non solo per motivi legati alla solidarietà o all'interculturalità, ma anche quale **motore di sviluppo**.

La centralità delle politiche sociali attive nel contesto regionale

Anche le **politiche sociali attive**, basate sul **reinserimento delle persone colpite da patologie sociali o limitazioni funzionali, dipendenze, criminalità, devianze, prostituzione** (l'Abruzzo ha un triste primato sui delitti denunciati per favoreggiamento della prostituzione), etc., possono rappresentare uno strumento per riattivare coesione sociale e forze lavoro per lo sviluppo dell'Abruzzo, riguadagnando al concorso sociale persone che altrimenti rappresenterebbero un costo socio-sanitario molto più alto.

Si pensi che risiedono in Abruzzo 1620 detenuti (Ministero Giustizia, 2004), dato fra i più elevati nel Centro Italia, mentre i tossicodipendenti assistiti dai SerT nel 2004 sono stati 3.876 e quelli inseriti in strutture 394 (Ministero Solidarietà Sociale, Relazione annuale al Parlamento sullo Stato delle Tossicodipendenze, anno 2005).

La salute degli abruzzesi

Gli indicatori di salute in Abruzzo ed il tasso di mortalità sono, in generale, migliori rispetto alla media nazionale (specie per malattie cardiovascolari e tumore). Supera la media nazionale il tasso di mortalità per incidenti stradali e sul lavoro. Tuttavia il tasso di mortalità evitabile (prevenzione primaria, diagnosi precoce, assistenza) è superiore alla media nazionale, con forti squilibri territoriali (Relazione 2005, Osservatorio epidemiologico regionale). Ci sono circa 20 nuovi casi di AIDS ogni anno.

Il ricorso al ricovero è molto frequente: nell'arco di tre mesi 43 abruzzesi su mille hanno avuto almeno un giorno di ricovero (valore alto rispetto alla media nazionale – Indagine multiscopo Istat). Secondo recenti dati dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR), il tasso di ospedalizzazione presso presidi

ospedalieri dell'Abruzzo è stato nel 2003 di 275,77 (il più alto in Italia, salito a 276 per mille nel 2004).

Nell'indagine multiscopo sulle famiglie, l'ISTAT ha stimato che in Abruzzo ci siano **54,1 disabili ogni mille persone**, di cui 8,3 persone con invalidità per insufficienza intellettiva (*Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, 1999-2000). La stima di incidenza della disabilità è di circa 59.700 disabili, di cui l'83% sarebbe costituito da anziani non autosufficienti. I disabili certificati in Abruzzo, ai sensi della L. 104/92, comunicati dalle AUSL dal 1999 al 2003 sono pari a 14.179 (Dati Servizio Interventi socio-assistenziali, Regione Abruzzo, 2002). 700 sono i disabili adulti ricoverati presso presidi residenziali (Istat, 2003). Per quanto riguarda il **disagio mentale**, l'Abruzzo ha il primato delle dimissioni ospedaliere fra le regioni italiane nel 2002 (con 1.003,04 dimessi per disturbi psichici ogni centomila abitanti è la prima regione italiana: 6.171 in valore assoluto; fonte: Istat, *Dimissioni ospedaliere per disturbi psichici*, 2006). I disabili iscritti nelle liste del collocamento obbligatorio abruzzesi erano nel 2005 7.713 (di cui 4312 donne), mentre gli avviati al lavoro disabili sono stati 1.631, di cui 1599 in aziende obbligate (Ministero del Lavoro, III Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge 68/99, 2006). Gli alunni disabili nell'anno scolastico 2004-2005 sono stati 3.897 (+504 rispetto al 2003/2004) (Fonte: Ministero Istruzione).

La disabilità

Si tratta, quindi, di comprendere in che modo le politiche sociali attive dei prossimi anni possano incidere sul tessuto sociale per determinare **un'inversione significativa rispetto al rischio di declino demografico**, ed economico, della regione, che sembra oramai essere in atto negli ultimi anni (secondo le previsioni ISTAT la popolazione abruzzese resterà sostanzialmente stabile, anche se subirà un progressivo decremento dagli attuali 1.291.636 abitanti del 2005 ai 1.219.980 del 2050).

Il quadro descritto sulla base degli indicatori di evidenza è fortemente coincidente con la **percezione rilevata delle dinamiche sociali regionali da parte degli amministratori locali**, durante l'analisi dei bisogni già ricordata. Le aree di bisogno che vengono percepite in maggior crescita sono, nell'ordine, povertà e disoccupazione, giovani e anziani e, in misura più contenuta, le aree disabili, minori, immigrazione. Gli amministratori locali coinvolti nell'analisi dei bisogni hanno evidenziato la crescita dei bisogni, ma anche un miglioramento nel grado di copertura degli stessi nel corso dell'ultimo triennio, specialmente con riferimento all'area anziani.

Le preoccupazioni degli amministratori sono rivolte prevalentemente all'**area "povertà" e "disoccupazione" che ritengono cresciuta maggiormente, insieme a quella relativa ai "giovani"**. Proprio in relazione al tema della povertà e al diffondersi delle situazioni di disagio economico, gli amministratori evidenziano che, se i nuclei familiari abruzzesi dimostrano, rispetto ad altre regioni, una sostanziale tenuta, necessitano, tuttavia, specie in presenza di gravi carichi assistenziali di essere adeguatamente supportati (cfr. **Bisogni sociali** etc., pag. 41 e segg.).

L'ascolto: i
bisogni sociali
percepiti dagli
amministratori
locali

Questi dati sono coincidenti con la percezione da parte degli operatori delle organizzazioni del volontariato e del terzo settore abruzzesi: nel corso di un panel, i 351 operatori intervistati in tutta la regione dall'indagine dei Centri servizi

volontariato hanno inquadrato le nuove povertà abruzzesi soprattutto nell'ambito dei "problemi del lavoro" e della "povertà".

Tabella 3 - Nuove povertà in Abruzzo percepite dal Volontariato - Dati regionali

Tipologia di "nuova povertà"	N. risp	%
Pedofilia	2	0,6
Prostituzione/tratta	3	0,9
Gioco d'azzardo	3	0,9
Usura	4	1,1
Disabilità	5	1,4
Malattia mentale	6	1,7
Sicurezza/microcriminalità	6	1,7
Povertà culturale	7	2,0
Cultura dell'apparenza	7	2,0
Altri problemi	9	2,6
Dipendenze	16	4,6
Disagio familiare	19	5,4
Disagio giovanile/minorile	20	5,7
Solitudine/isolamento sociale	22	6,3
Anziani	34	9,7
Immigrazione	34	9,7
Mancanza di valori	34	9,7
Povertà	53	15,1
Problemi del lavoro	67	19,1
Totale	351	100,0

Fonte: CSV Abruzzo, Rapporto di ricerca Carta Cittadinanza sociale, 2004

Le differenze intra-regionali

Ma l'Abruzzo non è una regione ad una sola dimensione sociale: la storica pluralità dei contesti geografici, territoriali e sociali (gli "Abruzzi"), è una peculiarità anche contemporanea. Questa diversità dei territori rende i bisogni dei 35 ambiti sociali estremamente eterogenei e specifici, sebbene con ripartizioni abbastanza nette: le due macrosuddivisioni convenzionali fra costa e interno, che segnano due diversi modelli di sviluppo economico, di dinamica demografica, di intensità assistenziale, impattano in senso sia orizzontale (numerosità) che verticale (gerarchia delle priorità) sui bisogni: se i bisogni sociali degli ambiti capoluogo e di quelli costieri sembrano sempre più caratterizzarsi per dinamiche tipiche di aree metropolitane, tanto da far ipotizzare la nascita di un'unica area metropolitana litoranea regionale con baricentro Pescara, i bisogni degli ambiti montani sembrano al contrario essere condizionati dalla dispersione territoriale, dalla denatalità, dal basso tasso di immigrazione (ad eccezione della provincia di L'Aquila) e di attività. Nella tabella 4 gli indicatori selezionati descrivono le notevoli differenze intraregionali, che i singoli profili sociali locali dovranno essere in grado di far emergere in sede di formazione dei nuovi Piani di zona (cfr. § IV.2).

La lettura del quadro di insieme consente di evidenziare la stretta correlazione fra tasso di natalità, indice di vecchiaia e tasso di attività/disoccupazione femminile. Il dato sull'immigrazione spiega l'inversione di tendenza in Abruzzo: alcune delle zone più colpite da spopolamento registrano alte percentuali di presenza di immigrati.

Tabella 4 - Riepilogo degli indicatori per ambito territoriale sociale

Ambiti territoriali sociali	Prov.	Tasso natalità 2005 (x 1.000)	Tasso fecondità 2005 (x 1.000)	Indice Vecchiaia 2005 (x 100)	Stranieri residenti 2004 (x 100)	Tasso attività femmine 2001 (x 100)	Tasso attività maschi 2001 - (x 100)	Tasso disocc. 2001 - media - (x 100)	Tasso disocc. femmine 2001 - (x 100)	Tasso disocc. maschi 2001 (x 100)	Tasso disocc. giovane 2001 (x 100)
01 TORDINO	TE	9,68	39,66	142,0	3,29	39,9	60,0	6,3	8,4	4,8	17,1
02 VIBRATA	TE	10,14	41,57	132,1	7,28	39,0	58,9	7,2	10,3	5,0	18,3
03 FINO-VOMANO	TE	9,51	40,26	143,6	2,11	36,4	58,5	7,9	11,4	5,7	20,1
04 LAGA	TE	7,82	35,68	193,1	4,99	31,6	54,0	8,1	12,0	6,0	21,5
05 TERAMO	TE	8,89	36,83	147,0	2,32	40,4	57,0	8,9	11,6	6,8	28,3
06 GRAN SASSO	TE	8,47	37,82	174,2	2,30	30,1	55,2	10,2	16,5	7,0	26,7
07 COSTA SUD 1	TE	8,82	35,98	123,0	3,23	36,8	61,8	9,0	13,9	5,9	23,0
08 COSTA SUD 2	TE	10,07	42,03	134,5	2,74	38,1	61,6	7,1	10,8	4,7	18,1
09 ALTO ATERNO	AQ	6,64	30,26	208,6	3,18	31,6	53,0	10,0	15,9	6,4	30,6
10 L'AQUILA	AQ	8,94	36,10	146,6	3,44	42,3	58,9	10,1	13,3	7,5	37,8
11 MONTAGNA AQUILANA	AQ	5,74	29,71	310,0	5,93	24,0	47,1	11,1	16,7	7,7	36,4
12 MARSICA 1	AQ	8,07	34,89	143,7	7,54	32,6	58,4	13,8	19,3	10,6	45,2
13 MARSICA 2	AQ	8,31	35,58	168,5	4,38	29,6	55,9	13,6	20,3	10,1	37,6
14 VALLE ROVETO	AQ	7,71	33,09	153,5	1,81	23,7	57,4	13,9	23,3	9,6	39,4
15 VALLE DEL GIOVENCO	AQ	6,78	30,60	210,5	5,33	28,8	52,1	10,0	15,5	6,9	29,8
16 AVEZZANO	AQ	8,42	33,28	127,8	3,84	39,7	62,1	14,2	19,5	10,5	45,1
17 VALLE PELIGNA	AQ	7,48	34,86	226,4	3,41	24,9	50,7	12,6	21,3	7,9	44,1
18 SULMONA	AQ	7,45	31,57	164,6	2,90	35,9	56,0	12,2	17,1	8,8	45,8
19 SANGRO AQUILANO	AQ	7,84	33,82	184,6	3,69	28,2	54,9	13,4	16,9	11,2	37,4
20 AVENTINO	CH	6,26	30,03	254,9	2,40	26,2	51,9	9,3	15,4	5,8	29,9
21 SANGRO	CH	7,49	34,48	208,7	1,33	23,0	50,9	9,6	15,1	6,8	19,5
22 LANCIANO	CH	9,43	38,81	150,0	1,61	37,1	59,3	11,2	16,9	7,3	31,6
23 BASSO SANGRO	CH	8,98	39,10	167,1	2,15	34,8	59,2	9,1	15,3	5,3	27,0
24 VASTESE	CH	8,68	34,76	125,9	2,28	36,1	59,9	11,4	17,4	7,6	35,0
25 ALTO VASTESE	CH	5,69	28,42	264,5	1,02	25,3	51,1	10,3	17,0	6,7	29,1
26 COSTA SUD	CH	9,21	35,63	97,3	2,24	28,6	56,9	13,2	20,9	9,1	34,2
27 MAIELLETTA	CH	7,01	31,53	203,0	2,58	30,1	55,4	9,5	14,9	6,2	27,3
28 ORTONESE	CH	7,22	31,90	186,2	2,91	34,4	56,6	9,4	14,6	6,0	29,1
29 FORO-ALENTO	CH	10,11	40,75	126,2	2,63	34,5	57,8	8,7	13,5	5,6	24,9
30 CHIETI	CH	7,58	32,22	157,9	1,79	37,3	57,2	11,3	15,2	8,5	35,6
31 PESCARA	PE	8,72	37,37	177,6	2,00	34,8	57,0	12,0	15,7	9,4	37,0
32 MONTESILVANO	PE	10,37	40,42	105,2	3,73	39,4	63,2	11,6	16,8	8,2	31,8
33 AREA METROPOLITANA PESCARASE	PE	10,34	41,75	108,9	1,81	35,1	61,2	8,2	12,2	5,8	22,5
34 VESTINA	PE	7,39	32,56	169,9	1,26	30,9	53,4	9,0	12,6	6,8	24,3
35 MAIELLA-MORRONE	PE	7,89	33,79	162,1	2,20	27,2	56,0	9,2	15,0	6,2	25,2

Fonte: Rielaborazione dell'Osservatorio sociale regionale su dati Istat

E' utile, a questo punto, porsi una seconda domanda, in linea con gli indicatori OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico): ***che impatto hanno avuto ed hanno le politiche sociali ad oggi attuate nella Regione?***

Le modalità con cui le istituzioni pubbliche assistono i cittadini possono essere, in genere, di due macrotipologie:

1. **servizi diretti** erogati attraverso la rete territoriale di servizi ed interventi sociali e sociosanitari;
2. **trasferimenti monetari** (pensioni, contributi, indennità).

I primi dipendono principalmente dagli enti locali e dalle Regioni, i secondi prevalentemente dallo Stato centrale e dagli enti di previdenza. In termini monetari, nel 2003 l'Inps ha erogato in Abruzzo 68.658 pensioni di invalidità civile e 91.078 pensioni sociali. Complessivamente per invalidità civile ed assegni sociali, in Abruzzo vengono erogati oltre 376 milioni di euro all'anno. A questi sono da aggiungere le pensioni di inabilità. Nello stesso anno, la spesa pubblica dei Comuni per servizi sociali in Abruzzo è stata di euro € 67.370.936, comprensiva anche di una quota di contributi economici (*Fonte: ISTAT – Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei comuni, anno 2003*). Il rapporto fra assistenza erogata in servizi diretti ed assistenza erogata con trasferimenti monetari è in Abruzzo di quasi 1 a 5.

Secondo i dati dell'Osservatorio sociale regionale, il sistema dei servizi e degli interventi sociali in Abruzzo ha subito un notevole incremento di utenza, passando dai 175.781 del 2001 ai 291.680 del 2005, dovuto, in principal modo, alla "tenuta" del sistema gestionale-organizzativo, anche a fronte di un livello di spesa debole. Questo dato si pone anche come una "minaccia" per la stessa tenuta del sistema, a fronte di un'inadeguata dotazione di risorse finanziarie disponibili.

Le criticità maggiori si registrano sul fronte della mancata integrazione socio-sanitaria, anche dovuta ai differenti assetti della sanità territoriale e dei servizi sociali. Secondo un'indagine dell'Agenzia Socio-Sanitaria Regionale con dati del 2005, l'Abruzzo ha 73 distretti sanitari, di cui attivati solo 45. A livello italiano è un vero record: basti pensare, ad esempio, che l'Emilia-Romagna ne ha 39, il Veneto 56, il Piemonte 66, le Marche 24, la Toscana 42. Questa situazione provoca notevoli impatti negativi sull'integrazione, che deve realizzarsi principalmente fra distretto sanitario ed ambito sociale.

Il livello di spesa sociale nei Comuni abruzzesi, secondo la recente indagine ISTAT, appare ancora nella fascia bassa nel confronto con le altre regioni italiane (15° posto), mentre la spesa pro-capite in Abruzzo è di 52,7 euro a fronte di una media nazionale di € 91,3 .

Tabella 5 - Spesa totale e pro-capite per interventi e servizi sociali dei Comuni per Regione - Anno 2003

REGIONE	Spesa sociale Totale Comuni	Spesa media pro-capite (in €)
Piemonte	545.835.118	128,4
Valle d'Aosta	33.982.461	279,7
Lombardia	840.493.889	91,6
Trentino - Alto Adige	303.324.167	317,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	195.947.000	417,4
<i>Trento</i>	107.377.167	220,5
Veneto	476.284.622	103,3
Friuli - Venezia Giulia	183.757.365	153,8
Liguria	154.154.033	97,9
Emilia - Romagna	576.594.480	142,2
Toscana	414.933.150	117,2
Umbria	64.553.753	76,7
Marche	128.699.072	86,1
Lazio	519.134.884	100,3
Abruzzo	67.370.936	52,7
Molise	13.588.039	42,3
Campania	222.569.772	38,8
Puglia	158.024.100	39,2
Basilicata	25.708.109	43,1
Calabria	54.068.800	26,9
Sicilia	271.667.631	54,5
Sardegna	205.873.385	125,5
Totale ITALIA	5.260.617.766	91,3

Fonte: ISTAT, *Prima indagine censuaria spesa sociale Comuni, 2005*

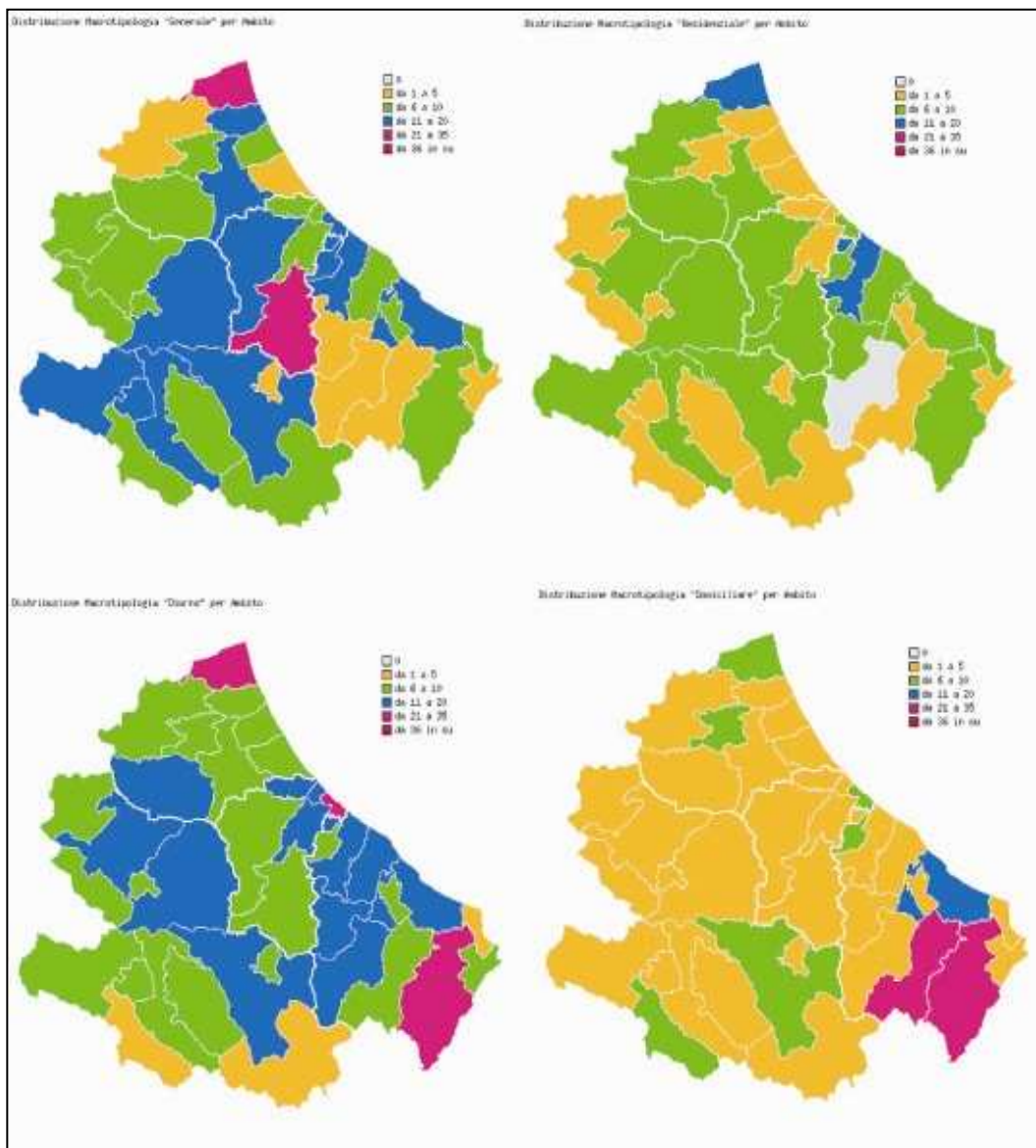
Anche lo sviluppo dei servizi in Abruzzo registra dinamiche non sempre omogenee su tutto il territorio regionale.

L'Osservatorio sociale regionale sta realizzando diverse mappature territoriali rispetto alla distribuzione dei livelli essenziali di servizio nella Regione Abruzzo.

Le mappe denotano una diversa distribuzione dei servizi per ambito territoriale e rilevano una scarsa presenza di servizi di livello domiciliare.

Anche le mappe confermano la necessità di operare sia un riequilibrio territoriale dei livelli essenziali, sia uno spostamento verso la domiciliarità delle tipologie.

Figura 2 - Mappe territoriali dei servizi di livello essenziale, divise per ambito territoriale, tipologia (generale, residenziale, diurno, domiciliare), numero di servizi rilevati



Fonte: Elaborazione Osservatorio sociale regionale su dati servizi 2004

Reperibili sul sito: www.osr.regione.abruzzo.it

Fabbisogni di
servizi secondo il
parere degli
amministratori
locali

Gli amministratori locali interpellati ritengono che il maggiore fabbisogno sia attualmente rappresentato dai servizi domiciliari e quelli intermedi, intesi questi ultimi come servizi forniti in luoghi diversi dall'abitazione e dalle strutture residenziali (come, ad esempio, i centri diurni, i nidi d'infanzia, il servizio mensa, ...). Emerge, in proposito, la necessità di potenziamento dell'assistenza domiciliare, del segretariato sociale e degli interventi semiresidenziali, con particolare riferimento all'integrazione scolastica per i disabili e ai centri diurni per disabili, anziani, minori.

Con l'attuazione dei piani di zona si evidenzia che, pur in carenza della definizione normativa dello Stato, su tutto il territorio regionale sono stati avviati livelli essenziali di assistenza sociale, fornendo ai cittadini risposte di tipo intermedio e domiciliare. Si registra anche una tendenza generalizzata ad investire risorse prevalentemente nei servizi rivolti alle persone anziane, ai minori e ai disabili.

Quanto all'accesso ai servizi, si è riscontrata una elevata tendenza alla differenziazione nella regolamentazione, situazione questa che incide sulla concreta esigibilità e fruizione dei servizi sociali da parte degli utenti.

Il profilo sociale evidenzia, dunque, alcuni aspetti-chiave di vulnerabilità sociale e di vulnerabilità di sistema, che devono essere poste alla base delle successive scelte del nuovo Piano sociale regionale:

Le principali
vulnerabilità
regionali del
sistema di welfare

1. un trend demografico preoccupante di cui i Piani di zona devono farsi carico congiuntamente alle altre politiche locali, investendo maggiori risorse nelle politiche di sostegno all'infanzia e alla famiglia;
2. una sfida di riconversione del modello assistenzialistico in modello di politiche sociali attive e per l'autonomia, specie per quanto riguarda le persone anziane, per prevenire l'insorgere della non-autosufficienza con la conseguente insostenibilità economica del sistema di welfare regionale, dovuta all'innalzamento del numero delle persone anziane nei prossimi anni;
3. un rilancio delle politiche e delle azioni di integrazione degli immigrati attraverso un sensibile incremento delle risorse destinate a tale scopo da parte dei singoli ambiti sociali, quale risorsa sociale fondamentale per un futuro regionale che si configura sempre più multiculturale;
4. una discontinuità forte delle politiche sociali attuate dagli ambiti sociali, specie quelli dell'interno, che registrano uno "schiacciamento" assistenzialistico sull'anziano e che invece devono essere in grado di favorire l'inversione del trend di declino del tasso di attività, del tasso di natalità e della occupazione femminile;
5. una capacità più inclusiva da parte dei singoli Piani di zona rispetto a categorie in precedenza escluse che pure hanno in Abruzzo un'incidenza rilevante (persone in situazione di vulnerabilità sociale e di povertà, persone con disturbi mentali, detenuti ed ex-detenuti, donne vittime di tratta, minori stranieri, etc.);
6. un'elaborazione significativa di politiche efficaci di contrasto all'emergere di nuove povertà fra le famiglie abruzzesi, il cui incremento progressivo di questi ultimi anni assume aspetti sempre più preoccupanti.

Vulnerabilità sociali		Bisogni sociali emersi
V.1.	Basso tasso di natalità	● Aumento di servizi per l'infanzia e le famiglie ● Consolidamento dei servizi diurni per l'infanzia e l'adolescenza ● Rilancio di investimenti per strutture per la prima infanzia, specie nelle zone interne
V.2.	Alto indice di vecchiaia	● Orientamento dei servizi all'autonomia e al sostegno delle fragilità ● Incremento ed ottimizzazione dei servizi per la non-autosufficienza ● Incremento del volume di servizi per la domiciliarità ● Attivazione di interventi specifici per anziani in situazione di gravità (demenza senile, grave non autosufficienza, altre cronicità, etc.)
V.3.	Incremento del tasso di povertà assoluta e relativa	● Sviluppo di servizi per il contrasto alla povertà e alla vulnerabilità sociale ● Riorganizzazione dei servizi di sostegno economico ● Sviluppo di nuove azioni di housing sociale
V.4	Basso tasso di attività lavorativa e differenze di genere	● Sostegno all'occupazione femminile tramite sviluppo di servizi di sollievo dal carico familiare e per il sostegno alle donne in difficoltà ● Incremento di interventi di politiche sociali attive per gruppi a rischio di esclusione ● Promozione della cittadinanza giovanile attiva
V.5.	Rischi di esclusione per specifici target privi di servizio	● Azioni di rete per il reinserimento di detenuti ed ex detenuti ● Sviluppo di interventi sociali per persone con disagio mentale ● Servizi di inserimento attivo di persone disabili
V.6.	Saldo migratorio positivo	● Sviluppo di servizi per l'integrazione attiva degli immigrati ● Promozione della multiculturalità come risorsa
Vulnerabilità di sistema		Bisogni di sistema
V.7	Bassa spesa sociale pro-capite	● Aumento delle risorse economiche regionali e comunali
V.8	Dispersione di risorse fra settori e scarsa integrazione	● Programmazione territoriale integrata e valutazione impatto sociale ● Riduzione di spesa per interventi singoli extra-programmazione ● Sviluppo di una programmazione regionale intersettoriale
V.9	Scarsa attenzione ai determinanti della salute e all'approccio integrato	● Sviluppo ed cooperazione operativa socio-sanitaria ● Coordinamento fra politiche sociali e politiche della salute
V.10	Scarsa fiducia nelle risposte istituzionali	● Partecipazione attiva dei cittadini alle decisioni ● Co-progettazione con il terzo settore e con i corpi sociali intermedi
V.11	Disuguaglianze di accesso ai servizi	● Applicazione uniforme dell'ISEE e compartecipazione spesa: proporzionalità
V.12	Scarsa dignità e riconoscimento del lavoro sociale	● Monitoraggio su contratti di lavoro nel settore sociale

Rispetto all'offerta vigente e alle sue vulnerabilità di sistema, emerge un quadro di priorità fondamentali di cui il presente Piano tiene conto:

- la necessità di **maggiori investimenti nella rete dei servizi sociali** da parte del Fondo sociale regionale, che dovrà essere adeguatamente incrementato;
- il **potenziamento dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria territoriale** e il riequilibrio fra spesa ospedaliera e spesa per l'assistenza sanitaria territoriale, oggi sbilanciato sulla prima;
- il **raccordo fra programmazione ed erogazione sociale e sanitaria** (incrocio fra piano sanitario e piano sociale, integrazione);
- l' **inadeguatezza di ulteriori politiche di trasferimento monetario** da parte della Regione, che, se gestite come in passato, non produrrebbero effetti significativi sui fabbisogni (l'esperienza della gestione degli assegni sociali, sperimentata dall'Abruzzo nel precedente Piano, non ha prodotto impatti, ma è risultata fortemente negativa);
- la costruzione di **percorsi personalizzati di assistenza (individualizzazione delle risposte di welfare)**, in cui le due componenti (servizi diretti e trasferimenti monetari) possano essere finalizzate a medesimi scopi.

I.2. Le scelte del nuovo Piano sociale regionale

Le scelte strategiche per il terzo piano sociale della Regione Abruzzo sono direttamente dipendenti da un sistema di valori e diritti sociali di riferimento, che orientano e definiscono il disegno complessivo delle politiche sociali regionali.

Il nuovo ciclo di programmazione sociale regionale 2007-2009 si connota per essere orientato ai diritti della persona, ancora prima che ai bisogni, ed intende contrastare una visione delle politiche sociali come politiche residuali o assistenziali, basate sul mero assistenzialismo. Al contrario le politiche sociali sono alla base di una società e vanno anteposte alle politiche economiche, in quanto è dall'investimento efficace e significativo sulle politiche sociali che dipende lo sviluppo di un territorio. Di questo devono tener conto le scelte di politica regionale e locale nel complesso.

Contestuale all'enunciazione delle priorità è, dunque, l'individuazione dei principi-cardine dai quali le priorità traggono origine.

EQUITA' come lotta alle disuguaglianze

Il primo principio-cardine di questa nuova programmazione è l'equità intesa come lotta alle disuguaglianze.

Amartya K. Sen, premio Nobel per l'economia nel 1998, rendendo centrale il fattore umano rispetto ai fenomeni economici, ha rinnovato l'analisi sulle disuguaglianze e sulla globalizzazione. Partendo da un esame critico dell'economia del benessere, che ha portato – fra l'altro – alla definizione di un indice di povertà largamente usato in letteratura, negli ultimi due decenni Sen ha sviluppato un approccio radicalmente nuovo alla teoria dell'eguaglianza e delle

La centralità dei
diritti

Disuguaglianze
come ostacolo
allo sviluppo

libertà, dimostrando come le disuguaglianze sono il maggior ostacolo allo sviluppo economico e sociale di un Paese.

Questo Piano sociale intende agire introducendo una nuova area di intervento, che abbia come finalità la riduzione delle disuguaglianze.

Il profilo sociale della Regione, tracciato nella prima parte del Piano, evidenzia come in Abruzzo sono ancora forti le disuguaglianze in almeno cinque settori:

- la **disuguaglianza economica**, che produce la più alta percentuale di famiglie povere delle regioni del Centro Italia, e riavvicina l'Abruzzo al malessere delle regioni meridionali (Percentuale di famiglie relativamente povere nell'anno 2004: Italia 11,7; Centro Italia 7,3; Mezzogiorno 25,0; Abruzzo 16,6. *Fonte: ISTAT – La povertà relativa in Italia nel 2004*);
- la **disuguaglianza di genere**, che rende la disoccupazione femminile doppia rispetto a quella maschile e che ostacola la partecipazione delle donne ad una politica sociale attiva;
- la **disuguaglianza nell'accesso ai servizi**, anche per la quasi totale assenza di regole che stabiliscano le priorità di bisogno e di accesso al sistema locale dei servizi sociali;
- la **disuguaglianza territoriale nell'erogazione dei servizi** dovuta alla mancata definizione, a livello nazionale, degli standard quantitativi e qualitativi dei LIVEAS;
- la **disuguaglianza nel mercato del lavoro sociale**, che nella sua precarietà e nella mancanza di tutela dei diritti tende a trasformare gli operatori sociali da agenti di qualità del sistema a utenti stessi dei servizi.

Le scelte del Piano contro le disuguaglianze

Le scelte del terzo Piano sociale per contrastare le disuguaglianze e promuovere l'equità, sono orientate verso:

- la creazione di una **nuova e specifica area di intervento dedicata all'inclusione sociale**, che prevede anche la prima fase di sperimentazione di un reddito di inserimento e/o di cittadinanza;
- lo sviluppo di **servizi domiciliari e intermedi** in grado di alleggerire il carico sociale delle donne all'interno della famiglia e di riaffermare il diritto della persona a restare nel proprio domicilio evitando le istituzionalizzazioni;
- la definizione di requisiti minimi, validi in tutti gli ambiti territoriali sociali, per garantire la **priorità degli accessi in base ai bisogni** e la compartecipazione alla spesa da parte delle persone con redditi medio-alti, al fine di ristabilire equità nella redistribuzione;
- la realizzazione di un **sistema di servizi essenziali di assistenza equamente distribuito su tutto il territorio regionale**, attraverso la progressiva attuazione dei LIVEAS;
- l'individuazione di meccanismi e procedure di verifica dell'**incidenza del costo del lavoro** e della corretta applicazione dei contratti collettivi e delle norme previdenziali.

DIRITTI SOCIALI e livelli essenziali

Il diritto all'assistenza è rimasto troppo spesso sulla carta. Gli squilibri territoriali della rete dei servizi, il divario fra bisogni e autoreferenzialità degli apparati amministrativi e la carenza di risorse hanno reso difficile una risposta adeguata ai bisogni.

Il riconoscimento dei diritti essenziali e paritari, senza differenze territoriali, passa attraverso la creazione di una rete di livelli essenziali di assistenza, che vanno garantiti in ogni Comune ed in ogni Ambito della Regione Abruzzo.

Riconoscimento
dei diritti nel
sistema
regionale dei
servizi

Il Piano 2007-2009 intende investire prioritariamente nella **rete dei servizi domiciliari** ed in quella dei **servizi intermedi**, favorendo la de-istituzionalizzazione, la de-ospedalizzazione, e la permanenza in famiglia di anziani, disabili, minori. I cittadini abruzzesi vanno assistiti direttamente al domicilio, sia per ridurre il carico sociale delle famiglie, che per liberare risorse sanitarie da reinvestire nel sociale. La non autosufficienza va contrastata con la strategia della domiciliarità dei servizi pubblici, anche per ridurre il fenomeno del lavoro nero connesso al lavoro di cura, che dovrà essere regolato e reso trasparente.

Altro diritto fondamentale è quello della **partecipazione attiva**. Nella stesura dei piani locali saranno promossi l'apporto attivo dei cittadini per la definizione dei servizi, la comunicazione chiara e trasparente delle scelte delle amministrazioni, il controllo e la valutazione partecipata. Strumenti di questa priorità saranno i Forum della programmazione partecipata per redigere i Piani di zona, la Carta per la Cittadinanza sociale, che dovrà essere lo strumento di monitoraggio pubblico dei servizi, il Segretariato sociale che dovrà promuovere una effettiva comunicazione sociale per rendere i servizi più accessibili.

La
partecipazione
attiva

Scelta strategica del Piano 2007-2009 è quella di promuovere l'incentivazione e il sostegno a tutte le forme di legame sociale, dal volontariato all'associazionismo, all'aiuto reciproco, alla partecipazione civica dei cittadini.

APERTURA: coordinamento ed integrazione

La mancata integrazione sociosanitaria in Abruzzo ed i relativi costi, lo sbilanciamento della spesa sanitaria sulle ospedalizzazioni (spesso improprie) rispetto all'assistenza territoriale, il frequente ricorso alle istituzionalizzazioni ed ai ricoveri (l'Abruzzo detiene uno dei tristi primati in questo campo, specie per quanto riguarda il settore disabili ed anziani), rendono urgente un'azione sinergica e coordinata per invertire la tendenza verso l'assistenzialismo e lo spreco delle risorse, ma anche per innovare ed investire di più sul territorio.

Il valore di riferimento strategico è, quindi, quello dell'intersectorialità, del dialogo e dell'apertura della programmazione delle politiche sociali alle politiche della salute e del lavoro. Secondo la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la salute oggi è interdipendente dai determinanti sociali, cioè da cause che sono di natura sociale: risolvere le patologie sociali significa fare prevenzione e promozione della salute

Intersectorialità
della nuova
programmazione
sociale

Il Piano sociale prevede misure per favorire **l'integrazione con le politiche sanitarie, con le politiche della formazione e lavoro, con le politiche per la casa, con le politiche giovanili e per la promozione culturale** che possano coordinarsi con gli altri piani di settore (nuovo Piano sanitario, Piano della formazione, Piani di sviluppo legati alla nuova programmazione europea 2007-2013, etc.).

In questi ultimi anni, numerosi interventi intersectoriali (progetti Equal ed Urban, altri progetti comunitari e di fondo sociale europeo, fondi Cipe, progetti Interreg, Patti territoriali, etc.) hanno consentito la sperimentazione, sul territorio regionale, di positive ed innovative esperienze di inclusione e di coesione sociale, cui però è talvolta mancato un effettivo raccordo programmatico e gestionale con le politiche sociali, con conseguente indebolimento dei risultati prodotti. In quest'ottica la sostenibilità futura di tali interventi risiede proprio nella capacità di rendere i Piani di zona più attrattivi nei confronti delle innovazioni intersectoriali, operando in una logica aperta di rete e di co-progettazione con i portatori di interessi e di esperienze locali.

L'integrazione
socio-sanitaria
quale passaggio
strategico

In particolare, nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria, fondamentale sarà lo sviluppo parallelo e congiunto di attività condivise fra distretti sanitari ed ambiti sociali e di servizi domiciliari, potenziando, da un lato, il livello domiciliare dei servizi dei Piani di zona, e favorendo dall'altro la riconversione della spesa dei ricoveri in spesa per l'assistenza domiciliare integrata da parte delle Aziende USL.

Una delle condizioni per realizzare l'integrazione fra le diverse politiche regionali, è quella di poter disporre di un quadro normativo aggiornato, coerente e funzionale all'integrazione stessa. Per questo motivo, una scelta strategica di particolare rilevanza, che va oltre le specifiche azioni di attuazione del Piano sociale, è quella di assicurare il rinnovamento e il coordinamento delle diverse fonti normative oggi vigenti nella nostra regione in materia di servizi alla persona.

QUALITA' della spesa, QUALITA' del servizio

La qualità della spesa sociale sarà anche la strategia trasversale, che guiderà tutte le scelte.

Il Piano sociale 2007-2009 conterrà una nuova politica della spesa, che, in discontinuità con il passato, sarà fondata su:

- un collegamento maggiore con il risultato,
- l'individuazione di criteri di riparto delle risorse commisurati ad indicatori di bisogno,
- la ridefinizione degli investimenti per l'innovazione, vincolandoli a progetti-obiettivo strategici,
- la riduzione degli stanziamenti per gli interventi non strutturali,
- il controllo di gestione.

Ottimizzazione
ed aumento
delle risorse

In particolare, la programmazione del Piano sociale 2007-2009 dovrà progressivamente ricomprendere altre tipologie di programmazione sociale (ad esempio, la L. 285/97 sui minori e la L. 162/98 sui disabili gravi), al fine di ottimizzare le risorse, ridurre i costi amministrativi legati alla gestione di

programmi settoriali restituendoli ai servizi, dare più organicità alle politiche territoriali.

Si dovrà provvedere all'**incremento del fondo sociale regionale**, che oggi può contare su una quota di risorse pari allo 0,39 per cento del totale delle spese correnti regionali (bilancio 2006), in modo da supportare più efficacemente i processi di cambiamento e miglioramento del sistema regionale dei servizi sociali.

Saranno, inoltre, destinate maggiori risorse alla programmazione territoriale degli interventi, diminuendo proporzionalmente la quota attualmente destinata ai comuni per l'attuazione degli "interventi generali" (cd. "attività consolidate").

D'altro canto, analogo sforzo sarà richiesto agli enti locali territoriali, che dovranno innalzare la propria quota di copertura della spesa sociale.

Le priorità d'intervento e gli obiettivi del Piano Sociale 2007-2009 richiedono l'attuazione di politiche sociali attive, in grado di promuovere e favorire la realizzazione di azioni diversificate, affidate a soggetti diversi, istituzionali e sociali.

Il Piano sociale ha l'ambizione di non essere solo lo strumento di attuazione diretta delle azioni precedentemente descritte, ma anche il riferimento e la guida per attivare cambiamenti più complessivi, che troveranno definizione e concretezza anche in altri strumenti d'intervento.

Il Piano riveste, quindi, un valore strategico all'interno di una prospettiva più ampia di sviluppo del territorio, in quanto frutto di attività e interventi di natura diversa, riconducibili anche ad altri livelli di responsabilità.

Alcune delle azioni prioritarie che devono concorrere alla promozione della inclusione sociale e allo sviluppo del benessere delle persone e dei nuclei familiari della nostra regione sono:

Priorità di azione

- produzione legislativa,
- programmazione,
- erogazione di servizi ed interventi sociali,
- integrazione, aggiornamento,
- organizzazione,
- promozione e formazione delle risorse umane.

La **produzione legislativa** sarà caratterizzata dall'ammodernamento e sviluppo delle fonti normative regionali, destinate sia a dare direzione e progetto al cambiamento in atto, sia ad assicurare una più efficace definizione di funzioni, ruoli e responsabilità nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

In particolare, l'azione di rilettura delle fonti normative riguarderà anche leggi regionali di settore di recente approvazione, elaborate in assenza di una legge regionale di riforma complessiva del sistema di welfare, in attuazione della legge 328/2000 e tenendo conto del nuovo Titolo V della Costituzione.

Attraverso lo strumento legislativo, si dovrà assicurare la necessaria continuità nella erogazione dei servizi sociali, anche in assenza dei piani programmatici di settore.

Il **consolidamento degli ambiti territoriali sociali**, ai quali resta affidato il governo locale del sistema integrato, consentirà di perfezionare l'organizzazione e la gestione dei servizi sociali, anche attraverso la valorizzazione delle sperimentazioni in atto per l'individuazione di nuovi modelli gestionali dei servizi sociosanitari.

Al fine di assicurare il più ampio coordinamento possibile fra le diverse politiche dei servizi alla persona, nel rispetto delle esigenze di dimensionamento adeguato e coerente con altre articolazioni territoriali (in particolare quelle dei distretti sanitari di base e delle comunità montane), si potrà provvedere ad una rimodulazione della attuale articolazione degli ambiti territoriali.

Il **rafforzamento delle azioni di programmazione sociale**, in una visione generale dei bisogni della società regionale, potrà favorire la definizione di obiettivi che vanno oltre la tradizionale impostazione per compartimenti stagni legati al target (anziani, minori, disabili, etc.). Una definizione che abbracci e colga le interazioni e le interdipendenze peculiari del tessuto sociale.

Occorre passare da una visione frantumata dei bisogni e delle risposte, ad una visione complessiva, coerente ed equilibrata, che integri i settori d'intervento con gli obiettivi di promozione sociale.

Tutto ciò richiede una reale capacità di raccordo e integrazione fra le scelte di programmazione delle politiche sociali in senso stretto, con quelle riconducibili alle altre politiche di servizi alla persona, in particolare le politiche per la sanità e l'integrazione sociosanitaria, le politiche del lavoro e della formazione, le politiche per la casa e dei lavori pubblici, le politiche giovanili e per la promozione culturale.

La capacità di programmare e attuare il cambiamento delineato dalle scelte strategiche del piano sociale regionale, dipende anche dalla **promozione e formazione delle risorse umane** chiamate ad operare nel sistema dei servizi. Si dovrà investire, in modo particolare, nella formazione e selezione dei responsabili dei servizi, anche in collaborazione con le Università abruzzesi, in modo da favorire la crescita di una classe dirigenziale idonea ad esercitare le funzioni di programmazione, controllo, verifica dei risultati prodotti.

Il terzo piano sociale regionale vuole coniugare la necessaria qualità tecnica della programmazione sociale con adeguati livelli di comprensione e comunicazione rispetto ai cittadini ai quali è rivolto.

E' importante, a tal fine, "dichiarare" quali sono le idee-guida che rappresentano i riferimenti generali su cui il piano sarà costruito ed attuato.

L'orientamento di base del piano è definito, innanzitutto, dai principi di uguaglianza – solidità – innovazione.

Uguaglianza

E' la parità di accesso alle opportunità. Rappresenta uno dei riferimenti fondamentali per la realizzazione di una società fondata sulla giustizia e sull'uguaglianza sociale fra tutti i cittadini che la compongono, ciascuno dei quali ha dei diritti e dei doveri che devono ben connettersi fra di loro. L'uguaglianza si raggiunge anche attraverso il principio di solidarietà, che impegna tutte le pubbliche istituzioni e la società civile nel suo complesso, a "rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona" (art. 3 Cost.).

La solidarietà non si confonde con l'assistenzialismo, perché riconosce a tutti pari dignità nella fruizione dei servizi, nel rispetto del principio di uguaglianza così come enunciato dalla Costituzione, sempre all'articolo 3: "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali". Tutto ciò richiede che sia prestata particolare attenzione verso i più deboli, nella condivisione delle loro necessità e per favorirne l'inclusione sociale e l'accesso ai servizi.

Solidità

Si realizza attraverso il consolidamento degli obiettivi della programmazione sociale precedente, introducendo elementi di certezza nei requisiti dei servizi sociali territoriali. E' un orientamento finalizzato ad assicurare equità e continuità nella erogazione dei servizi su tutto il territorio regionale, a partire dai bisogni prioritari e dalle risorse disponibili, identificando il sistema di responsabilità coinvolto nel raggiungimento dei risultati attesi e definendo condizioni e modalità per fare verifica e valutazione.

Innovazione

E' intesa come capacità del sistema di interventi e servizi sociali di dare risposte certe e appropriate ai processi di cambiamento e di differenziazione dei bisogni di assistenza e qualità della vita, tipici delle società attuali. Richiede il superamento della rigidità delle organizzazioni e la capacità di ragionare in termini di cambiamento.

Nel terzo piano sociale, l'innovazione può richiedere la revisione di scelte precedenti, anche in attuazione della specifica previsione del Documento di Programmazione Economico Finanziaria Regionale 2006-2008 (DPEFR), concernente "la nuova area di intervento della inclusione e tutela sociale, come risposta ai bisogni indotti dalle situazioni di forte emarginazione e povertà".

Le altre parole chiave che completano la definizione degli orientamenti del piano sociale, sono:

partecipazione

integrazione

promozione

territorio e sviluppo

inclusione

qualità

spesa sociale

sussidiarietà

II. OBIETTIVI E STRATEGIE DEL PIANO SOCIALE

II.1. Aree prioritarie ed obiettivi

I due precedenti piani sociali regionali hanno considerato prioritarie per la Regione Abruzzo le aree relative ai minori, alla famiglia, agli anziani e ai disabili, nelle quali definire obiettivi strategici da perseguire per rispondere ai bisogni della popolazione.

Gli ambiti sociali nei piani di zona hanno individuato ulteriori specifiche aree di bisogno per rispondere a particolari problemi espressi dalla popolazione locale.

Lo stesso Piano Nazionale 2001-2003, del resto, finalizzava la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali che rispondesse ai bisogni della popolazione, al perseguimento di quattro obiettivi prioritari: valorizzare e sostenere le responsabilità familiari, rafforzare i diritti dei minori, potenziare gli interventi di contrasto alla povertà, sostenere con servizi domiciliari le persone non autosufficienti (in particolare le persone anziane e le disabilità gravi) e di un quinto obiettivo riferito ad una serie di interventi che per la loro rilevanza, e in coerenza con quanto stabilito dalla normativa di settore, meritano specifico rilievo: l'inserimento degli immigrati, la prevenzione delle dipendenze, l'attenzione agli adolescenti.

In tale documento si precisava, inoltre, che le Regioni e gli Enti Locali nei loro piani avrebbero potuto assumere altri obiettivi, sulla base di specifiche scelte di priorità sociale, tenuto conto dei bisogni della popolazione di riferimento.

La conoscenza dei bisogni è, pertanto, indispensabile sia per una adeguata programmazione degli interventi, sia per il monitoraggio e la valutazione delle politiche.

Ma la sola analisi dei bisogni non è sufficiente alle scelte di programmazione: è necessario collegare l'analisi dei bisogni regionale con il sistema delle risposte e valutare la congruenza, l'equità il dimensionamento, per comprendere quali interventi sono necessari, per ri-orientare l'offerta non adeguata, per rendere più capace il sistema di welfare regionale di interpretare e rispondere alle domande di assistenza dei propri cittadini.

La già menzionata ricerca, finalizzata all'analisi dei bisogni sociali per la definizione delle priorità di azione regionale, è stato il primo passo per la costruzione del nuovo piano sociale regionale.

La selezione delle aree prioritarie d'intervento per la Regione Abruzzo e delle strategie necessarie per l'attuazione del piano sociale regionale è scaturita, pertanto, da un'attenta analisi dei bisogni rapportata ad alcuni elementi strutturali dell'offerta e della spesa:

- analisi dei problemi della comunità locale, bisogni propriamente detti, stati di vulnerabilità, domande esplicite o implicite
- analisi delle risposte che il sistema dei servizi è in grado di dare alla domanda sociale, sulla base di priorità definite e condivise.

A conclusione dell'analisi dei bisogni sociali e dell'offerta dei servizi condotta nella Regione Abruzzo e dal profilo sociale delineato nel capitolo

precedente, appare evidente che i principali bisogni si collegano a due specifici fenomeni:

- invecchiamento e scarsa natalità (in particolare nell'entroterra)
- crescente povertà e disagio economico (causati da delocalizzazione, flessibilità del lavoro, disabilità, bassa scolarizzazione)

e che è necessario focalizzare l'attenzione su alcune specifiche problematiche:

- supporto per la creazione di nuove famiglie
- sostegno alle famiglie con gravi carichi assistenziali
- considerare l'immigrazione come risorsa da valorizzare e integrare
- necessità di potenziare l'assistenza domiciliare, anche ri-orientando le risorse;
- implementare e consolidare la rete del segretariato sociale: osservatorio privilegiato da potenziare

I dati che emergono dalle analisi sopra indicate conducono all'individuazione delle seguenti quattro aree prioritarie, in cui si concentrano i bisogni espressi dalla popolazione della Regione Abruzzo e a cui è necessario fornire risposte adeguate e garantire i livelli essenziali di assistenza sociale:

- **Infanzia, giovani e famiglia**
- **Integrazione ed inclusione sociale**
- **Persone anziane**
- **Disabilità**

Infanzia, giovani e famiglia

Se è vero che la funzione di cura svolta dalle famiglie abruzzesi dimostra, rispetto alle altre regioni italiane, una sostanziale tenuta, è anche vero che la situazione è in rapida evoluzione.

In particolare si rileva un crescente numero di famiglie che si fanno carico di diverse situazioni fortemente problematiche.

Il peso assistenziale di queste famiglie è assai rilevante e spesso si associa a situazioni di disagio economico dovuto alla perdita di lavoro in età avanzata o alla flessibilità del lavoro dei giovani che non consente una autonomia economica sufficiente a costituire un nucleo indipendente.

Da qui l'esigenza da un lato di supportare le famiglie con gravi carichi di cura e, dall'altro lato, di favorire e agevolare le giovani coppie.

I piani territoriali di attuazione della legge 285/1997 hanno rappresentato un importante stimolo per l'avvio di servizi e attività innovative rivolte ai minori, mentre gli interventi locali rivolti ai giovani risultano assai scarsi e raramente riescono ad essere incisivi, anche perché l'esigenza è quella di non progettare **per** i giovani, ma **con** i giovani.

La sfida futura dei servizi sociali abruzzesi si misura nella corretta gestione del ciclo intergenerazionale della dinamica demografica regionale, favorendo gli investimenti per i bambini e per gli adolescenti e giovani,

promuovendo la vita attiva degli anziani, accompagnando i compiti delle famiglie, facendosi carico dei bisogni delle persone non autosufficienti.

La dimensione e l'approccio intergenerazionale deve essere declinato in obiettivi trasversali, che riguardano da un lato la promozione della qualità della vita dei minori e dall'altro la creazione di un modello di solidarietà basato sull'incontro fra le generazioni.

Integrazione ed inclusione sociale

Il tema della famiglia si collega strettamente a quello della crescente povertà e al diffondersi di situazioni di disagio economico.

Le richieste di aiuto economico sono in costante espansione e riguardano non solo necessità straordinarie e non previste, ma anche esigenze quotidiane.

La questione della povertà non è solo collegata alla povertà economica, ma anche alle scarse relazioni, alle difficoltà crescenti nei rapporti familiari e sociali, a una comunità che anche in Abruzzo, sta perdendo quella valenza connettiva che consentiva di farsi carico dei problemi sociali. Una comunità sempre meno presente e percepibile, che deve essere ricostruita promuovendo la partecipazione e operando per tessere legami e relazioni nel territorio.

La situazione di calo demografico è compensata dalla crescente immigrazione che porta manodopera utile alle imprese locali ma che, se non se ne facilita l'integrazione nei primi anni di permanenza, rischia di degenerare in casi di emarginazione e degrado.

Il valore "integrazione" deve declinarsi in obiettivi in grado di assicurare coesione ed inclusione sociale.

Persone anziane

Risulta essere l'area dove si percepisce che l'offerta dei servizi ed interventi è stata particolarmente efficace nell'accrescere la domanda esistente, considerato che anche in Abruzzo si evidenzia una tendenza comune alle politiche sociali, ovvero una prevalenza di risorse destinate agli anziani.

Tuttavia, l'area problematica di gran lunga prevalente tra le persone anziane, è quella della non autosufficienza specialmente se collegata a problemi di reddito e di isolamento sociale-familiare.

L'aumento della durata della vita media, con la modificazione del rapporto fra tempo di vita e tempo di lavoro, orienta le politiche sociali per gli anziani verso la promozione di azioni per l'invecchiamento attivo.

Questo orientamento si unisce all'esigenza di consolidare e sviluppare gli interventi di sostegno alle persone anziane, in particolare quelle sole, in condizione di ridotta autonomia o non- autosufficienza.

Disabilità

La condizione di disabilità fisica e mentale rappresenta un fronte primario delle politiche sociali per la difesa dei diritti sociali e civili e, in particolare per la lotta contro le situazioni più gravi di esclusione sociale.

Gli obiettivi per la disabilità devono affrontare anche i problemi legati al ciclo di vita della famiglia che si prende cura del disabile, “durante noi e dopo di noi”.

----- O -----

Gli obiettivi del Piano, anche al fine di garantire una diretta applicabilità e misurabilità, sono articolati in

- **“OBIETTIVI ESSENZIALI”** da garantire in ogni ambito territoriale,
- **“OBIETTIVI COMPLEMENTARI”**, che possono declinarsi in azioni diverse a seconda delle peculiarità territoriali, del profilo sociale dell'ambito e delle esperienze in atto nei territori.

Area Infanzia, giovani e famiglia

La sfida futura dei servizi sociali abruzzesi si misura nella corretta gestione del ciclo intergenerazionale della dinamica demografica regionale, favorendo gli investimenti per i bambini e per gli adolescenti e giovani, promuovendo la vita attiva degli anziani, accompagnando i compiti delle famiglie, facendosi carico dei bisogni delle persone non autosufficienti.

La dimensione e l'approccio intergenerazionale deve essere declinato in obiettivi trasversali, che riguardano da un lato la promozione della qualità della vita dei minori e dall'altro la creazione di un modello di solidarietà basato sull'incontro fra le generazioni:

Obiettivi essenziali – Area A

A.1.E.	Incrementare i servizi per la prima infanzia, proponendo modelli flessibili ed innovativi per la cura dei bambini nelle ore diurne, a seconda delle specificità territoriali, sia tenendo conto dei modelli di cui alla L.R. 76/2000 (Norme in materia di servizi educativi per la prima infanzia), sia di nuovi modelli sperimentali, attraverso l'attivazione in ogni ambito sociale di una rete territoriale di servizi ed interventi socio-educativi per i bambini nella fascia 0-3 anni
A.2.E.	Valorizzare e sostenere l'inserimento e la partecipazione nella società dei giovani, anche attraverso strategie ed azioni finalizzate alla creazione di reti fra enti e associazioni operanti sul territorio
A.3.E.	Organizzare, in ciascun ambito territoriale, un servizio socio-psico-educativo per la famiglia, quale naturale evoluzione dell'analogo servizio destinato ai minori come livello minimo di servizio nei precedenti piani di zona, anche come articolazione specifica del servizio sociale professionale ed in collaborazione con i distretti sanitari di base, i consultori ed i pediatri di libera scelta
A.4.E.	Organizzare servizi di sollievo per le famiglie con gravi carichi assistenziali, anche valorizzando le pratiche dell'auto-mutuo aiuto
A.5.E.	Garantire l'erogazione del servizio per l'affidamento familiare e l'adozione in ogni ambito sociale, prevedendo la copertura del servizio anche tramite convenzioni di inter-ambito
A.6.E.	Garantire un servizio di assistenza educativa domiciliare per minori in tutti gli ambiti sociali, quale strumento di prevenzione del disagio e dell'istituzionalizzazione
A.7.E.	Garantire servizi di residenzialità, anche in convenzione, per bambini che vivono fuori dalla famiglia di origine
A.8.E.	Promuovere azioni per la prevenzione dei fenomeni di violenza fisica e psicologica su donne e minori, anche attraverso campagne di sensibilizzazione, progetti di prevenzione primaria, di educazione, di formazione per il contrasto al maltrattamento dei minori e delle donne in tutte le sue forme

Obiettivi complementari – Area A

A.1.C	Garantire in tutti i servizi che si occupano di infanzia e di famiglia l'adozione dell'approccio dell'integrazione e della non discriminazione, in particolare per garantire la piena inclusione dei bambini con disabilità e dei bambini immigrati
A.2.C	Valorizzare la partecipazione ed il protagonismo dei bambini e dei ragazzi alla vita civile della comunità locale e promuovere azioni positive per l'attuazione dei diritti definiti dalla Convenzione dell'ONU sui diritti del fanciullo
A.3.C	Integrare in ogni servizio ed intervento sociale l'approccio intergenerazionale solidale, promuovendo l'incontro fra le generazioni
A.4.C	Sviluppare i servizi di socializzazione pomeridiana, in rete con le istituzioni scolastiche e le associazioni locali, per la gestione educativa del tempo libero dei bambini e dei ragazzi
A.5.C	Sviluppare servizi ed interventi di contrasto alla povertà infantile (come, ad esempio, l'abbattimento dei costi legati all'accesso scolastico e sanitario, l'attività educativa di strada, il sostegno al reddito familiare, ...), anche all'interno dell'area inclusione sociale, al fine di ridurre le disparità nell'accesso all'istruzione ed ai servizi sociali dipendenti dal reddito (promozione del welfare locale delle capacità)
A.6.C	Sperimentare spazi di aggregazione, socializzazione e di espressione culturale, anche autogestiti, per gli adolescenti, in collaborazione con le scuole superiori ed i servizi sociali per i minorenni, al fine di prevenire i fenomeni di devianza, dipendenza e malessere giovanile
A.7.C	Favorire la conciliazione fra i tempi della vita e quelli del lavoro, promuovendo l'adozione di piani territoriali per gli orari o di progetti compatibili con le esigenze delle famiglie e delle donne in particolare
A.8.C	Promuovere a livello regionale la qualificazione del ruolo del "garante per l'infanzia"

Integrazione ed inclusione sociale

Il valore “integrazione” deve declinarsi in obiettivi in grado di assicurare coesione ed inclusione sociale. In particolare in Abruzzo, come emerge dal profilo sociale, è necessario:

Obiettivi essenziali – Area B

B.1.E.	Contrastare l'esclusione sociale e la povertà con idonee azioni territoriali, a seconda della natura dei fenomeni di esclusione presenti nell'ambito
B.2.E.	Riorganizzare in ogni ambito il servizio di sostegno economico in servizio di inclusione sociale con il superamento dell'erogazione dei sussidi e contributi una tantum e a pioggia e la predisposizione di redditi di inserimento sulla base di progetti personalizzati, attraverso una rete di collaborazione con i servizi alloggiativi, di inserimento lavorativo, di istruzione e formazione attivi sul territorio, finalizzata anche ad attivare forme sperimentali di concessione di microcrediti
B.3.E.	Adottare l'ISEE quale strumento di equità per stabilire le priorità di accesso al sistema locale dei servizi, in ogni ambito territoriale sociale
B.4.E.	Valorizzare, nei progetti e nelle azioni di inclusione, l'integrazione fra politiche sociali, politiche del lavoro, politiche per la formazione e politiche abitative, politiche della salute attraverso accordi locali e patti per l'inclusione sociale
B.5.E.	Prevedere un servizio di pronto intervento sociale, anche di inter-ambito, in grado di affrontare situazioni di emergenza sociale

Obiettivi complementari – Area B

B.1.C	Attivare percorsi partecipativi (forum) di concertazione, di sensibilizzazione e di gestione delle azioni inclusive con le associazioni rappresentative dei diversi gruppi a rischio di esclusione (associazioni di immigrati, associazioni di volontariato attive nell'assistenza alle persone in situazione di povertà, associazioni di mutuo aiuto, organizzazioni sindacali, etc.)
B.2.C	Sperimentare nuovi programmi di intervento in grado di contrastare la vulnerabilità delle famiglie dovuta a povertà con azioni multiple di sostegno al reddito, consumo responsabile, politiche abitative favorevoli (housing sociale), sostegno ed utilizzo dei programmi dell'ultimo minuto, finalizzati a trasformare gli sprechi in risorse per gli indigenti (progetti <i>last minute market</i>), accompagnamento ai servizi sanitari
B.3.C	Impegnare il mondo imprenditoriale in campagne di concreta responsabilità sociale con investimenti solidali a beneficio di progetti mirati di inclusione sociale promossi dagli ambiti sociali
B.4.C	Sviluppare servizi di accoglienza residenziale e diurna in favore

	delle persone senza fissa dimora, attualmente insufficienti a coprire gli attuali fabbisogni, specie nelle aree metropolitane e costiere
B.5.C	Attivare progetti di collaborazione con le case circondariali, con gli uffici di esecuzione penale esterna e con le associazioni, al fine di attivare iniziative di tutoring sociale per le persone detenute od ex-detenute garantendo il reinserimento sociale e l'accompagnamento all'uscita dal carcere, in particolare negli ambiti in cui siano presenti istituti penitenziari
B.6.C	Sviluppare interventi in favore delle persone immigrate con azioni di mediazione culturale, lavorativa, sociale, di formazione e di orientamento, di assistenza legale, anche in collaborazione con le Prefetture e le organizzazioni sindacali
B.7.C	Favorire le azioni di prevenzione delle dipendenze e potenziare le azioni di reinserimento sociale di persone affette da dipendenza, anche attraverso la collaborazione con i Servizi per le Tossicodipendenze

Persone anziane

L'aumento della durata della vita media, con la modificazione del rapporto fra tempo di vita e tempo di lavoro, orienta le politiche sociali per gli anziani verso la promozione di azioni per l'invecchiamento attivo.

Questo orientamento si unisce all'esigenza di consolidare e sviluppare gli interventi di sostegno alle persone anziane, in particolare quelle sole, in condizioni di ridotta autonomia o non-autosufficienza:

Obiettivi essenziali – Area C

C.1.E.	Favorire la de-istituzionalizzazione e la permanenza a domicilio delle persone anziane, incrementando i servizi di assistenza domiciliare integrata e la continuità assistenziale
C.2.E.	Garantire su tutto il territorio adeguati livelli di servizi domiciliari
C.3.E.	Promuovere, anche con l'apporto delle aziende USL e del servizio di <i>contact center</i> regionale, forme di tele-aiuto, tele-conforto e altre forme di assistenza telefonica
C.4.E.	Sperimentare l'utilizzazione di specifiche risorse finanziarie per la non autosufficienza
C.5.E.	Promuovere e incentivare la diffusione di forme di auto-mutuo-aiuto finalizzate a garantire la permanenza a casa degli anziani

Obiettivi complementari – Area C

C.1.C	Favorire azioni che promuovano la socializzazione degli anziani in condizione di emarginazione e solitudine, anche a causa di isolamento territoriale
C.2.C	Favorire forme di convivenza per gli anziani soli, anche attraverso l'incentivazione delle esperienze dei "gruppi appartamento"
C.3.C	Promuovere la partecipazione delle persone anziane e dei loro rappresentanti nella progettazione e nella valutazione delle risposte, sia a livello di programmazione, sia a livello di programmi specifici
C.4.C	Favorire la "vecchiaia attiva", promuovendo stili di vita per l'invecchiamento in buona salute e per la prevenzione della perdita di autonomia

Disabilità

La condizione di disabilità fisica e mentale rappresenta un fronte primario delle politiche sociali per la difesa dei diritti sociali e civili e, in particolare, per la lotta contro le situazioni più gravi di esclusione sociale.

Gli obiettivi per la disabilità devono affrontare anche i problemi legati al ciclo di vita della famiglia che si prende cura del disabile, “durante noi e dopo di noi”.

Obiettivi essenziali – Area D

D.1.E.	Sostenere la permanenza nel proprio ambiente di vita delle persone disabili con problemi di non autosufficienza, sostenendone l'autonomia e limitando quanto più possibile il ricorso all'istituzionalizzazione
D.2.E.	Promuovere il diritto allo studio e l'integrazione sociale degli alunni in situazione di handicap, facilitando la partecipazione alla vita scolastica, con interventi e risorse intersettoriali
D.3.E.	Garantire la predisposizione dei progetti personalizzati per le persone disabili, anche di quelle seguite in strutture ad alta integrazione assistenziale
D.4.E.	Promuovere le comunità per il “dopo di noi”
D.5.E.	Sviluppare i centri diurni a sostegno della permanenza nel proprio ambiente di vita delle persone con handicap grave
D.6.E.	Promuovere e valorizzare forme di aiuto per le persone con disagio mentale, anche attraverso lo sviluppo di progetti ad alta integrazione sociosanitaria

Obiettivi complementari – Area D

D.1.C.	Attivare risorse ed interventi per il contrasto di ciò che procura handicap, menomazioni e disabilità, in particolare favorendo la prevenzione degli incidenti stradali, al fine di contrastare le disabilità acquisite
D.2.C.	Attuare misure finalizzate a consentire al disabile grave una vita di relazione e sociale il più possibile indipendente, attraverso l'accesso a mezzi di trasporto, la promozione di programmi per il tempo libero e la pratica sportiva
D.3.C.	Promuovere l'attivazione di risorse intersettoriali finalizzate a dare sostegno alla eliminazione delle barriere architettoniche e la mobilità urbana delle persone con disabilità

II.2. Direttrici strategiche di Piano

Oltre agli obiettivi generali sopra elencati, il Piano sociale regionale prevede anche le **direttrici strategiche**, legate in modo specifico allo sviluppo del sistema integrato di servizi e interventi sociali.

Si tratta di direttrici strategiche regionali, che devono essere recepite ed attuate a livello di sistema territoriale, destinate a stabilire i caratteri fondamentali della rete dei servizi, per fare in modo che l'offerta sia distribuita e organizzata in termini di effettiva corrispondenza ai diritti sociali da garantire, in coerenza con le scelte strategiche della **equità**, della **apertura** e della **qualità** dei servizi.

Le direttrici strategiche si concretizzano in azioni ed interventi riferiti a tre aree di particolare importanza per il sistema integrato abruzzese di interventi e servizi sociali: la realizzazione dei livelli essenziali di assistenza sociale, l'attuazione della integrazione sociosanitaria e la definizione di una nuova politica della spesa.

Strategia 1 - Livelli essenziali di assistenza sociale

Una delle scelte strategiche del Piano sociale è la progressiva realizzazione di un equilibrio complessivo delle opportunità e dei servizi a livello territoriale, partendo dalla definizione dei livelli essenziali di assistenza, per garantire risposte efficaci al diritto sociale all'assistenza delle persone e delle famiglie.

I livelli essenziali di assistenza sociale da garantire in tutta la regione, tenendo conto delle risorse disponibili e con il concorso di una compartecipazione finanziaria differenziata e compatibile con le condizioni economiche dei beneficiari, sono:

- SERVIZI GENERALI: segretariato sociale; servizio sociale professionale; pronto intervento sociale.
- SERVIZI DOMICILIARI: assistenza domiciliare; assistenza domiciliare integrata; teleassistenza e altre forme di assistenza telefonica.
- SERVIZI INTERMEDI: centro diurno; servizio socio-psico-educativo per le famiglie; servizio affido familiare e adozioni; assistenza scolastica per l'autonomia e la comunicazione dei disabili.
- SERVIZI RESIDENZIALI: comunità di tipo familiare; comunità educativa per minori e disabili; residenza assistita; integrazione rette per l'ospitalità in strutture residenziali.

Strategia 2 - Integrazione sociosanitaria

I servizi e gli interventi di integrazione sociosanitaria si devono realizzare attraverso un processo assistenziale unitario, in grado di assicurare l'integrazione delle diverse politiche per la salute. Il sistema assistenziale deve essere concepito come un sistema "multicentrico e multidimensionale, nel quale devono prevalere la centralità del bisogno assistenziale e l'attenzione ad un'offerta idonea, appropriata ed efficace. In pratica, l'interrogativo di fondo per muoversi in tale direzione deve essere: *chi, perché, dove affrontare quali bisogni di salute, come, con chi, con quali risorse e con quali risultati?*"

Obiettivi specifici

- assicurare l'unità del processo programmatico negli strumenti di programmazione, sia sociali che sanitari, in una prospettiva di collaborazione tra enti locali territoriali e aziende USL, finalizzata alla promozione e alla tutela della salute delle persone e delle famiglie;
- provvedere alla riclassificazione del sistema delle unità di offerta dei servizi di integrazione sociosanitaria, d'intesa tra il comparto sanità e quello sociale;
- assicurare la regolazione del sistema di finanziamento dei servizi di integrazione sociosanitaria, con la definizione delle quote di pertinenza del fondo sanitario e del fondo sociale;
- consolidare e implementare le sperimentazioni in atto a livello regionale in materia di integrazione sociosanitaria, valorizzandone gli aspetti innovativi;
- garantire la realizzazione del "punto unico di accesso" alla rete dei servizi sociali e sociosanitari, quale modalità di accesso unitario e integrato a disposizione del cittadino e degli operatori.

Strategia 3 - Politica della spesa

La nuova politica della spesa dovrà fronteggiare alcuni fattori di criticità emersi durante la precedente fase di programmazione, anche al fine di raggiungere obiettivi di riequilibrio nella risposta ai bisogni, e dovrà essere sostenuta da un aumento consistente delle risorse finanziarie complessivamente destinate all'attuazione delle politiche sociali.

L'accesso ai servizi sociali dovrà essere garantito sulla base di regolamenti che individuino la differenza di compartecipazione alla spesa, o la gratuità, nella situazione economica delle persone, utilizzando lo strumento dell'ISEE.

Obiettivi specifici

- reperimento di risorse regionali aggiuntive rispetto a quelle storicamente consolidate, anche attraverso la liberazione di fondi attualmente utilizzati dal comparto sanitario;

- progressivo incremento del fondo sociale regionale dall'attuale 0,39 per cento all'1 per cento delle spese correnti del bilancio regionale;
- reperimento di altre risorse finanziarie statali, comunitarie e degli enti locali territoriali, con incremento della quota di partecipazione alla spesa complessiva di attuazione di programmi ed interventi;
- individuazione di nuovi criteri e indicatori di assegnazione delle risorse al territorio, in aggiunta a quelli già in uso, collegati con le aree prioritarie di intervento individuate dal Piano sociale e più puntuale definizione della finalizzazione di impiego delle risorse per "interventi generali" assegnate ai comuni singoli;
- introduzione di criteri di premialità connessa con l'assegnazione delle risorse e finalizzata ad incentivare i processi di cambiamento da attivare con il nuovo *welfare* regionale e a incanalarli verso obiettivi di efficienza, efficacia e qualità;
- istituzione da parte di ciascun ambito territoriale sociale, con il concorso della Regione, di uno specifico fondo destinato alla erogazione di contributi in favore dei comuni che devono fronteggiare le spese per l'ospitalità dei minori in strutture ricettive. Saranno previsti contributi regionali specifici per i comuni che sostengono i costi di ricovero per i minori immigrati non accompagnati;
- realizzazione di azioni di sostegno alle sperimentazioni per la gestione unitaria ed integrata dei servizi sociali a livello di ambito territoriale sociale e sperimentazione di forme di controllo di gestione sui risultati della attività svolta;
- attivazione di azioni finalizzate a collegare l'assegnazione delle risorse alla verifica dell'incidenza del costo del lavoro e della corretta applicazione dei contratti collettivi e delle norme in materia di previdenza e assistenza.

II.3. Indicatori comparativi e misurazione

La misurazione dei risultati e delle *performances* delle politiche sociali è una delle priorità strategiche del nuovo Piano sociale regionale, che intende operare secondo modalità gestionali delle risorse e delle azioni basate sull'osservazione diretta dei contesti sociali e degli effetti delle politiche a livello regionale e locale.

Strumenti fondamentali per consentire la mappatura dei bisogni, la lettura comparativa dei differenti contesti sociali abruzzesi e l'analisi delle prestazioni e dei risultati delle politiche e delle strategie di piano sono gli indicatori. La disponibilità di indicatori sociali comuni è, infatti, indispensabile per osservare e migliorare l'impatto delle politiche ed analizzare lo stato delle singole società locali.

Il sistema di analisi basato sul profilo sociale ed il sistema di monitoraggio e valutazione del presente Piano ruotano intorno agli indicatori, che hanno due principali caratteristiche:

- sono comuni a tutti i livelli di osservazione (regionale, provinciale, ambito, comunale) e consentono le **comparazioni** fra i territori;
- sono **basati sull'evidenza** in quanto descrivono sinteticamente la condizione sociale e gli effetti delle politiche, consentendo il monitoraggio sociale del territorio e delle *performances* delle politiche.

Il sistema di indicatori scelti per il Piano sociale è descritto nell'allegata Tavola I – “Quadro di sintesi degli indicatori essenziali basati sull'evidenza, distinti per categoria”.

Il sistema di analisi segue un approccio basato su tre categorie:

1. **Indicatori di contesto:** sono gli indicatori fondamentali che definiscono un profilo sociale locale, variabili sulle quali intende incidere il Piano ma in un'ottica di medio e lungo termine per favorire lo sviluppo sociale di un territorio, invertendo i segnali di possibile declino;
2. **Indicatori di impatto dei livelli essenziali:** sono indicatori di *performances* che misurano il grado, l'efficacia ed il volume di prestazione dei livelli essenziali di servizio definiti dagli obiettivi del Piano sociale regionale sui bisogni rilevati; gli indicatori sono tarati sui singoli obiettivi essenziali delle aree prioritarie;
3. **Indicatori di strategia:** sono indicatori sintetici che misurano il livello di conseguimento di alcuni obiettivi specifici delle direttrici strategiche regionali.

L' introduzione di un sistema di indicatori comporta un processo graduale e sperimentale, sicuramente non esaustivo, sia rispetto alla selezione degli indicatori ed alla loro pertinenza descrittiva sia rispetto al loro reperimento e misurazione. Tuttavia costituiscono un primo sistema di indicatori essenziali, che dovranno essere utilizzati su tutto il territorio regionale per la progressiva misurazione dell'impatto e dei risultati delle politiche sociali attivate. Gli indicatori, per quanto possibile, dovranno anche evidenziare le eventuali differenze di genere. Gli indicatori vengono misurati ex-ante (prima dello start-up delle azioni dei Piani di zona), in itinere (alla fine di ciascuna annualità di vigenza dei Piani) ed ex-post (riequilibrativi di tutto il triennio di attuazione).

La Direzione regionale competente in materia di politiche sociali, con apposita circolare, fornirà un quadro di dettaglio per la definizione, la rilevazione, l'elaborazione degli indicatori in ciascun ambito territoriale, sviluppando l'insieme degli indicatori introdotti dal presente piano. Gli ambiti territoriali sono tenuti a garantire un costante e valido flusso di analisi e di informazione sugli indicatori essenziali, secondo le disposizioni regionali e provinciali, e ad elaborare i propri strumenti di analisi e di valutazione con l'utilizzo degli indicatori di piano. I centri provinciali di analisi sociale e gli ambiti sociali possono definire ulteriori indicatori integrativi a quelli regionali sia per gli obiettivi complementari sia per le variabili di contesto, specifiche di ciascun territorio.

III. IL SISTEMA DEI SERVIZI

III.1. La programmazione coordinata del sistema – le azioni di Piano

La funzione affidata al sistema regionale dei servizi alla persona nel suo complesso, è innanzitutto quella di dare risposte adeguate ai bisogni di assistenza nel rispetto delle priorità fondamentali che emergono dal profilo sociale regionale.

Per assicurare l'assolvimento di tale funzione, il Piano sociale ha la finalità strategica di perseguire la progressiva realizzazione di un equilibrio complessivo delle opportunità e dei servizi presenti sul territorio, tenendo conto dei bisogni rilevati, in particolare di quelli che derivano da situazioni di marginalità e di esclusione sociale. Conseguentemente, le scelte di programmazione devono favorire la costruzione di un sistema dei servizi organizzato in modo da garantire la fruizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza sociale e capace di facilitare il riequilibrio territoriale delle risposte, di ridurre le disuguaglianze nell'accesso che penalizzano soprattutto i soggetti più deboli, di promuovere il coordinamento delle diverse politiche di intervento.

Il sistema dei servizi, tuttavia, oltre che rispondere ai bisogni di assistenza, è chiamato a svolgere anche una funzione di miglioramento delle condizioni socio-economiche complessive del territorio e di crescita del **capitale sociale**, inteso come l'insieme delle "risorse morali generali della comunità... distinte in tre principali componenti: la fiducia, norme e obbligazioni morali, reti sociali di attività dei cittadini" (*Robert Putnam, 1993*).

E' stata già affermata, nell'introduzione a questo documento, l'importanza strategica che può avere la programmazione sociale nell'ambito di una prospettiva più generale di sviluppo del territorio, estesa ad un progetto ampio di politiche sociali attive per il benessere e la migliore qualità di vita delle persone. Un progetto che affida alle scelte di programmazione del sistema dei servizi non solo il compito di realizzare l'integrazione sociale dei cittadini svantaggiati, ma anche quello di concorrere allo sviluppo delle comunità locali, determinando cambiamenti positivi anche nella dimensione più larga della cittadinanza.

Uno degli ostacoli da affrontare per la realizzazione di una simile prospettiva, è rappresentato dalla forte differenziazione delle politiche e delle forme di intervento nel settore dei servizi alla persona, che genera spesso un sistema molto polarizzato, poco adeguato a rispondere con successo alle tendenze socio-economiche in atto e ai cambiamenti sul piano demografico.

Un esempio della pluralità dei servizi alla persona, e dell'esigenza di armonizzare le relative politiche di attuazione, è dato dal decreto legislativo n. 112 del 31 marzo 1998, con il quale è stato definito il conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali. Il decreto, nella parte in cui si occupa dei **Servizi alla persona e alla comunità** (Titolo IV), include le seguenti materie, che hanno titolarità e riferimenti normativi molto diversi: la tutela della salute, i servizi sociali veri e propri, l'istruzione scolastica e la formazione professionale, beni e attività culturali, lo spettacolo, lo sport.

Oggi un territorio è caratterizzato non da un sistema, ma da tanti sistemi di welfare, a volte privi di efficaci raccordi sia programmatici che gestionali, con il pericolo concreto di effetti negativi sui risultati prodotti.

E', pertanto, indispensabile programmare – sia a livello regionale che locale – secondo una logica di insieme, superando la frammentazione degli interventi e precisando le diverse responsabilità, sia istituzionali che sociali, nei processi di sviluppo del territorio.

L'**apertura**, intesa come coordinamento e integrazione delle diverse politiche di settore, è una scelta strategica del Piano sociale 2007-2009, che – come è stato precedentemente affermato – è fondata sul valore di riferimento del dialogo e dell'apertura della programmazione delle politiche sociali in senso stretto verso altre politiche di settore, in particolare quelle della salute, della formazione e lavoro, quelle per la casa, per i giovani e per la promozione culturale.

Nel successivo paragrafo III.4. sono descritte le azioni e le misure direttamente finalizzate ad assicurare il coordinamento fra le diverse politiche di settore, in modo da ottimizzare l'apporto di ciascuna di esse ai processi di sviluppo del territorio e facilitare il funzionamento delle diverse reti di servizi (non solo pubblici) operanti sul territorio regionale.

La scelta del coordinamento e della integrazione nella programmazione regionale nei servizi alla persona, tuttavia, riguarda anche lo specifico settore dei servizi sociali in senso stretto, ancora caratterizzato dalla coesistenza di politiche e di azioni diversificate, non sempre coerentemente organizzate, con presenza di programmi di intervento circoscritti, finanziati e regolati da disposizioni a volte molto diversificate.

Come è stato rilevato dall'Osservatorio sociale regionale, i servizi attuati sulla base di uno strumento di programmazione rappresentano oggi una percentuale minoritaria rispetto ai servizi ed interventi complessivamente offerti ai cittadini della nostra regione.

La Tabella 7 mette in luce l'incidenza che hanno avuto nell'anno 2005 i servizi che sono frutto delle diverse programmazioni regionali, rispetto al totale dei servizi ed interventi erogati.

Tabella 6 - Settori di programmazione per interventi e servizi sociali regionali. Anno 2005.

Settore di programmazione	%
Piani di Zona dei servizi sociali	23,1
Piano regionale per la famiglia (L.R. 95/1995)	1,3
Piano sanitario regionale	2,2
Piano regionale per l'infanzia e l'adolescenza (L. 285/1997)	5,2
Piano territoriale per l'immigrazione (L.40/1998)	1,5
Attività sociale gestita in forma singola	40,9
Altro	25,8
Totale ABRUZZO	100,0

Fonte: Regione Abruzzo – Osservatorio Sociale Regionale, Analisi del sistema di offerta 2005

Una forte incidenza nell'attuale sistema regionale, come si può rilevare, è data dagli **interventi sociali** rispetto ai servizi. Gli interventi, che hanno natura episodica e sono legati spesso a una particolare periodicità, (vacanze per minori, soggiorni anziani, momenti di aggregazione, etc.), sono prevalentemente gestiti in forma singola ed hanno peculiarità fortemente localistiche.

Il coordinamento e l'integrazione nel sistema di *welfare* regionale, oltre che attraverso la riunificazione – per quanto possibile – degli attuali settori di programmazione sociale, si realizzano anche attraverso l'incremento dei servizi rientranti nell'alveo della programmazione, con una decisa riduzione della quota degli interventi singoli. Questi ultimi, tuttavia, non saranno cancellati, dovendo essere comunque garantita la possibilità di erogare una pluralità di interventi con la gestione in forma singola, in cui tra l'altro è compresa anche l'attività svolta dal privato sociale e dal volontariato organizzato.

Le Province concorrono alla programmazione del sistema integrato dei servizi sociali svolgendo le funzioni concernenti le attività di rilevazione e conoscenza dei dati sui bisogni, sulle risorse e sull'offerta di servizi presenti sul territorio, coordinate dall'Osservatorio sociale regionale, e quelle di partecipazione alla definizione ed attuazione dei Piani di zona, con compiti di coordinamento dei "servizi di area vasta" riferiti a più ambiti territoriali sociali, come previsto successivamente (§ III.5).

Le azioni di Piano

Il Piano sociale prevede specifiche "**azioni di Piano**" finalizzate a dare concretezza alle "diretrici strategiche" già individuate e – più in generale – ad introdurre nel sistema regionale dei servizi i necessari elementi di coerenza con i principi e gli obiettivi delle scelte di programmazione delle politiche regionali dei servizi alla persona, in attesa della legge di riforma del sistema di *welfare* regionale, con la quale si attuerà "l'ammodernamento e sviluppo delle fonti normative regionali destinate sia a dare direzione e progetto al cambiamento in atto, sia ad assicurare una più efficace definizione di funzioni, ruoli e responsabilità dei diversi soggetti del sistema." (*Documento di Programmazione Economico Finanziaria Regionale 2006 – 2008*)

Le azioni di Piano da realizzare ogni anno sono individuate e programmate dalla Giunta Regionale tenendo conto delle priorità di intervento da assicurare e delle risorse finanziarie disponibili. I relativi provvedimenti sono denominati "atti di indirizzo applicativo" e dispongono anche in merito all'impiego delle risorse finanziarie da utilizzare, se richieste dalla specifica azione di Piano, nell'ambito di quelle individuate nel Fondo sociale regionale e nel Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, secondo quanto stabilito dal successivo capitolo VI.

Gli atti di indirizzo applicativo relativi ad azioni di Piano in materia di integrazione sociosanitaria, sono proposti congiuntamente dagli Assessorati regionali alla Sanità ed alle Politiche Sociali.

La deliberazione delle azioni di Piano che hanno una particolare rilevanza territoriale e funzionale, come espressamente individuate nel Piano sociale, è preceduta dalla concertazione con le rappresentanze regionali delle autonomie locali territoriali (ANCI – UNCEM – UPA – Lega delle Autonomie) e delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

Tutte le azioni di Piano sono riportate nella Tavola riepilogativa allegata al Piano (Tavola I).

Al fine di favorire l'integrazione e la coerenza delle scelte di programmazione regionale nell'ambito dello specifico settore dei servizi ed interventi sociali, sono previste le seguenti azioni di Piano.

Azioni di Piano per la programmazione coordinata del sistema

1- Valore strategico del Piano sociale regionale

Introduzione degli obiettivi e delle strategie del Piano sociale 2007 – 2009, in quanto compatibili, nei piani di settore dotati di risorse finanziarie proprie e previsti dalle leggi regionali attualmente in vigore, quali la L.R. n. 95 del 1995 (Provvidenze in favore della famiglia) e la L.R. n. 46 del 2004, concernente interventi a sostegno degli stranieri immigrati.

2- Incidenza diretta del Piano sociale regionale

Incremento dell'incidenza del Piano sociale nel sistema regionale dei servizi, attraverso la previsione nei Piani di zona dei servizi sociali, con riferimento agli obiettivi del Piano stesso, delle azioni di programmazione e attuazione a livello locale concernenti:

- gli interventi previsti dalla legge n. 285 del 1997 (Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza), con decorrenza dall'anno 2008, a conclusione del 3° Piano regionale triennale adottato in attuazione della stessa legge 285/1997;
- gli interventi a favore dei portatori di handicap in situazione di gravità previsti dalla legge n. 162 del 1998 e finanziati annualmente con le risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali;
- gli interventi in materia di adozione internazionale di cui alla legge n. 476 del 1998.

3- Qualificazione degli "interventi" sociali

Riclassificazione e migliore definizione degli "interventi" sociali, intesi come attività sociali gestite in forma singola a livello locale, al fine di assicurare un migliore collegamento con le scelte di programmazione generale e un più efficace monitoraggio sulle attività svolte. La presente azione è collegata con l'obiettivo di politica della spesa concernente la "più puntuale finalizzazione di impiego delle risorse per interventi generali assegnate ai comuni singoli".

4- Carta per la cittadinanza sociale

Previsione della adozione in ogni ambito territoriale sociale della Carta per la cittadinanza sociale, quale *Carta dei servizi* del sistema locale dei servizi e degli interventi sociali offerti dall'ambito territoriale, intesa come un patto di cittadinanza sociale fra istituzioni e comunità dei cittadini. Le Carte saranno adottate secondo lo schema generale di riferimento approvato dalla Giunta Regionale con DGR n. 143 del 12.3.2004, con la funzione di costituire una "architettura" generale per la Carta, nel rispetto delle esigenze di autoregolazione proprie di ciascun ambito territoriale e capace di favorire percorsi di elaborazione finalizzati a far crescere la cultura del lavoro partecipato e la capacità di utilizzazione della Carta per la cittadinanza sociale. Gli ambiti sociali che non hanno mai adottato la Carta per la cittadinanza sociale provvederanno entro il primo semestre di attuazione del nuovo Piano di zona, nel rispetto delle linee guida e dello schema di riferimento allegati al Piano sociale. Entro lo stesso termine gli ambiti sociali che si sono già dotati di tale strumento, provvederanno alla revisione dello stesso per il necessario adeguamento al nuovo Piano di zona.

5- Valorizzazione del ruolo del terzo settore

Valorizzazione dell'apporto che i soggetti del terzo settore possono dare alla programmazione del sistema locale dei servizi sociali, attraverso idonee forme di consultazione e confronto, sia nella impostazione generale delle azioni delle politiche sociali, sia nella verifica dei risultati conseguiti.

III.2. I livelli essenziali di assistenza sociale

L'attuazione dei livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS) ha assunto un'importanza tutta particolare, soprattutto a seguito dell'introduzione nella nostra Costituzione della espressa riserva di competenza a favore del legislatore statale, che è oggi chiamato a determinare *"i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale"* (Art. 117, comma 2, lett. m), Cost.).

Il tema è dibattuto anche perché verte sulla ricerca del necessario equilibrio tra le ragioni della differenziazione e dell'autonomia territoriale e quelle dell'uniformità e dell'uguaglianza di trattamento da garantire su tutto il territorio nazionale, in particolare in quei campi più sensibili delle competenze regionali e locali che riguardano il godimento dei diritti sociali. Si tratta, infatti, di tenere conto non solo della necessità di un'omogenea individuazione dei servizi e delle prestazioni da erogare, ma anche della necessità di salvaguardare le esigenze e le caratteristiche emergenti dal territorio, evitando rischi di centralismo, statale o regionale che sia. Tutto ciò senza dimenticare il problema dell'entità delle risorse disponibili, dalle quali concretamente dipende il *livello* dei livelli essenziali.

In assenza (e in attesa) della definizione delle prestazioni essenziali su scala nazionale, il Piano sociale 2007-2009, nel solco dell'orientamento seguito con i precedenti Piani e tenendo conto delle attività sperimentali già attuate, prevede un'ulteriore articolazione sul territorio regionale dei livelli essenziali definiti dall'articolo 22 della legge n. 328/2000, finalizzata ad ampliare la consistenza e la qualità delle risposte presenti negli ambiti territoriali, ed intende anche stabilire l'orientamento, le modalità di funzionamento dei servizi ed interventi che concorrono ad assicurare l'esigibilità dei diritti sociali.

L'esigibilità dei diritti sociali è condizionata anche dalla capacità del sistema di valutare l'impatto reale delle scelte operate in materia di LIVEAS in termini di equità nell'accesso e nella distribuzione delle risorse, di reale collegamento con i bisogni rilevati e di promozione della cittadinanza attiva. In tale prospettiva, il Piano sociale intende sperimentare modalità innovative per la valutazione dei LIVEAS, da attuare con una specifica azione di Piano.

I servizi da garantire in tutta la regione, individuati con la scelta strategica di Piano n. 1, sono articolati in servizi generali, domiciliari, intermedi e residenziali, come di seguito specificato, ed assolvono alle funzioni descritte nelle definizioni relative a ciascun servizio.

Servizi generali:

▪ Segretariato sociale

Attività di informazione e consulenza in risposta al bisogno di informazione dei cittadini, con l'obiettivo di promuovere l'esigibilità dei diritti sociali. E' strumento di

orientamento del cittadino e di conoscenza di tutte le risorse della comunità: pubbliche, del terzo settore, private.

Assolve anche alle funzioni di:

- “porta unitaria” di accesso ai servizi sociali e sociosanitari quando, oltre a un bisogno informativo, si manifestano bisogni di natura sociale e sociosanitaria;
- “osservatorio”, in risposta all’esigenza di disporre di uno strumento di lettura dei fenomeni di evoluzione dei bisogni sociali e di monitoraggio delle risorse disponibili.

Il servizio di segretariato sociale è organizzato ed attuato in ciascun ambito territoriale in conformità alle indicazioni contenute nel modello regionale di segretariato sociale allegato al Piano sociale, contenente anche le indicazioni relative all’assetto organizzativo e alla dotazione di personale da assicurare entro il triennio di attuazione del Piano stesso.

▪ Servizio sociale professionale

Attività finalizzata alla lettura e decodificazione della domanda, alla presa in carico della persona, della famiglia e/o del gruppo sociale, all’attivazione ed integrazione dei servizi e delle risorse in rete, all’accompagnamento e all’aiuto nel processo di promozione ed emancipazione. Il servizio dispone almeno di n. 1 assistente sociale ogni 7000 abitanti residenti, con un impegno minimo di 36 ore settimanali, ed è dotato di adeguato supporto amministrativo.

▪ Pronto intervento sociale

Interventi temporanei di sostegno e soccorso ai soggetti in difficoltà e a rischio di emarginazione, finalizzati ad assicurare la tempestiva capacità di fronteggiare le emergenze personali e dei nuclei familiari.

Il servizio di pronto intervento sociale è organizzato ed attuato con il coordinamento delle province, in conformità alle indicazioni contenute nel documento di linee-guida allegato al Piano sociale e con il coinvolgimento del *call center* regionale.

Le Province, in particolare, provvedono ad organizzare e gestire la rete delle risposte di pronto intervento sociale nelle zone carenti e coordinano e promuovono quelle già presenti sul territorio.

Servizi domiciliari:

▪ Assistenza domiciliare (SAD)

Servizio finalizzato a favorire il mantenimento nel proprio nucleo familiare e contesto sociale delle persone a rischio di emarginazione o parzialmente non autosufficienti che necessitano di interventi di cura e di igiene della persona, di aiuto nella gestione della propria abitazione, di sostegno psicologico, di assistenza sociale o socio-educativa a domicilio.

▪ Assistenza domiciliare integrata (ADI)

Servizio finalizzato ad evitare ricoveri ospedalieri impropri e a mantenere nel proprio ambiente di vita le persone non autosufficienti o di recente dimissione ospedaliera, con l’erogazione a domicilio di prestazioni socioassistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative).

▪ Teleassistenza e altre forme di assistenza telefonica

Attività finalizzata ad assicurare una tutela a distanza e a favorire l’autonomia possibile, sia con la pronta disponibilità a ricevere le segnalazioni degli utenti in caso di emergenza, sia con contatti programmati con gli assistiti. Si realizza

attraverso l'attivazione di un servizio di assistenza telematica e/o telefonica a domicilio e si raccorda con i servizi di pronto intervento e sociale e di pronto soccorso, anche con l'eventuale apporto del servizio di *contact center* regionale.

Servizi intermedi:

▪ Centro diurno

Attività di socializzazione, aggregazione, recupero, sostegno (con funzione di sollievo anche alla famiglia con gravi carichi assistenziali in particolari momenti della giornata), svolte presso strutture polivalenti, di tipo aperto, rivolta a:

- minori, per la prevenzione e/o il superamento di situazioni di bisogno o disagio, al fine di favorire lo sviluppo della personalità del minore, anche attraverso l'apporto del progetto educativo individualizzato;
- disabili, per la prevenzione dell'istituzionalizzazione, lo sviluppo delle abilità operative, il miglioramento dell'autonomia della persona, la costruzione di una rete di relazioni e l'integrazione sociale, anche attraverso un adeguato percorso di inserimento lavorativo;
- anziani, per la prevenzione dell'istituzionalizzazione, il sostegno e sollievo all'anziano e alla famiglia, il miglioramento/mantenimento dell'autonomia residua della persona.

▪ Servizio socio-psico-educativo per le famiglie

Interventi di sostegno, erogati in apposite strutture o a domicilio, destinati a famiglie e nuclei familiari con soggetti a rischio di emarginazione, finalizzati a favorire la promozione, il trattamento e l'integrazione sociale del soggetto in difficoltà e della famiglia, favorendo l'autonoma capacità di affrontare le situazioni di disagio familiare.

▪ Servizio affido familiare e adozioni

Attività di intermediazione e supporto finalizzata, in caso di affido, a favorire l'accoglienza temporanea di un minore in un nucleo familiare quando la famiglia di origine sia momentaneamente impossibilitata a provvedervi in modo adeguato; in caso di adozione, a proteggere e tutelare la crescita di un minore in stato di abbandono attraverso l'accoglienza definitiva in un nucleo familiare. Per il servizio adozioni, l'equipe territoriale integrata per l'adozione nazionale e internazionale provvede alle attività istruttorie e di sostegno in collegamento con il Tribunale per i minorenni, la Regione, la Commissione per le adozioni internazionali.

▪ Assistenza scolastica per l'autonomia e la comunicazione dei disabili

Servizio che viene svolto nell'ambito scolastico, al fine di garantire il diritto allo studio degli alunni in situazione di handicap.

Gli interventi sono realizzati al fine di favorire la piena partecipazione alla vita scolastica del disabile che, in tal modo, rafforza ed implementa le proprie abilità. E' un supporto all'alunno disabile nei percorsi educativi e relazionali e non attiene alla cura materiale dello stesso e/o alla sua custodia (a cui è tenuta l'Amministrazione scolastica).

La necessità dell'intervento deve essere rilevata dal gruppo multidisciplinare nell'ambito della predisposizione del P.E.I. (progetto educativo individualizzato). Qualora il servizio di assistenza scolastica sia rivolto agli alunni disabili delle scuole superiori, lo stesso viene attuato dalle Province.

Servizi residenziali:

▪ Comunità di tipo familiare

Servizio residenziale gestito da un nucleo familiare, finalizzato a prevenire l'istituzionalizzazione e ad offrire accoglienza in un ambiente di tipo familiare a:

- minori, per favorire la ricostituzione del contesto familiare e la prevenzione e/o il superamento di situazioni di bisogno o di disagio con azioni prevalentemente educative e socioassistenziali, anche attraverso l'apporto del progetto educativo individualizzato;
- disabili, per il sostegno alla vita quotidiana, lo sviluppo delle abilità operative e sociali in rapporto alle potenzialità e capacità individuali, il miglioramento dell'autonomia della persona e il supporto in un eventuale percorso di inserimento lavorativo, nell'ambito del progetto educativo individualizzato;
- anziani, per il sostegno alla gestione della vita quotidiana e alla cura della persona.

▪ Comunità educativa per minori e disabili

Servizio residenziale finalizzato alla prevenzione e/o al superamento di situazioni di bisogno, di disagio fisico, psichico e relazionale, attraverso l'attuazione di interventi educativi o di reinserimento sociale con l'obiettivo di ricreare un contesto il più possibile vicino a quello familiare.

- **comunità educativa per minori:** accoglie temporaneamente il minore, qualora la famiglia di origine sia incapace o impossibilitata ad assolvere al proprio compito, favorendo l'armonico sviluppo della personalità per mezzo del progetto educativo individualizzato; che promuova i rapporti di solidarietà all'interno del gruppo dei pari, l'educazione alla condivisione di regole organizzative, i rapporti positivi dei ragazzi/ragazze con le loro famiglie e la partecipazione degli adolescenti alla progettualità ed alle decisioni relative ai diversi interventi con la scuola;
- **comunità alloggio per persone con disabilità:** accoglie persone con disabilità di tipo fisico, psichico, sensoriale, intellettuale o relazionale, promuovendo interventi che mirino al supporto ed al miglioramento della vita quotidiana, allo sviluppo delle abilità operative in rapporto alle potenzialità e alle capacità individuali ed alla promozione dell'autonomia della persona. Tali interventi si concretizzano mediante l'organizzazione di attività ricreativo-culturali ed educative collegate con il territorio, ovvero attraverso un adeguato percorso di inserimento sociale lavorativo.

▪ Residenza assistita (RA)

Servizio residenziale finalizzato al mantenimento e/o recupero dell'autonomia residua della persona, all'accoglienza e supporto alla vita quotidiana, alla prevenzione dell'isolamento di:

- disabili gravi, privi – anche temporaneamente – del sostegno familiare, per lo sviluppo delle abilità in rapporto alle potenzialità e capacità personali;
- anziani non autosufficienti, per i quali non sia possibile, temporaneamente o definitivamente, la permanenza nel proprio ambito familiare e sociale e/o altra forma di assistenza di carattere domiciliare.

▪ Integrazione rette per l'ospitalità in strutture residenziali

Interventi finalizzati a garantire agli utenti bisognosi o alle loro famiglie la copertura totale o parziale della retta per il soggiorno in strutture residenziali.

Il Piano di zona è lo strumento per la definizione concreta e per l'erogazione degli interventi e dei servizi rientranti nei LIVEAS, in quanto l'esigibilità di prestazioni garantite a tutti deve essere ancorata ai bisogni da fronteggiare, che – specie nel settore dell'assistenza – non possono essere compiutamente individuati se non dai livelli di governo più vicini ai cittadini. Ogni ambito territoriale, partendo dalla individuazione generale fatta dal Piano sociale, potrà precisare ed arricchire il proprio sistema locale dei servizi sociali, privilegiando le risposte ai bisogni prioritari, mobilitando risorse aggiuntive rispetto a quelle assegnate dalla Regione e promuovendo azioni di sviluppo mirate.

Nel Piano di zona, pertanto, vengono definite le caratteristiche specifiche dei servizi ed interventi che costituiscono il livello essenziale delle prestazioni da garantire:

1. sulla base della individuazione regionale dei livelli essenziali di assistenza e delle azioni di Piano attuative;
2. in conformità con l'indicazione che sarà adottata delle prestazioni individuate dallo Stato e dei requisiti funzionali, gestionali e organizzativi approvati dalla Regione;
3. secondo criteri di uniformità, equità, efficacia ed appropriatezza, assicurando priorità di accesso alle persone in situazione di marginalità sociale, di cui all'articolo 2, comma 3, della legge 328/2000;
4. con possibilità di gestione fra più ambiti territoriali di quei servizi che, per la natura dei bisogni da fronteggiare, come rilevati nel profilo sociale locale, per la tipologia di prestazioni o per altre esigenze organizzative, richiedono un bacino di utenza più ampio rispetto a quello del singolo ambito territoriale e, pertanto, si realizzano come “servizi di area vasta”;
5. sulla consistenza delle risorse finanziarie disponibili, ivi comprese quelle derivanti dalla compartecipazione degli utenti, da stabilire con modalità differenziate in rapporto alle condizioni economiche dei beneficiari.

Il Piano di zona definisce la scansione temporale di attuazione dei livelli essenziali nell'arco del triennio 2007-2009, assicurando già dal primo anno il consolidamento e l'erogazione dei livelli essenziali inerenti il segretariato sociale, il servizio sociale professionale, l'assistenza domiciliare e l'assistenza scolastica per l'autonomia e la comunicazione dei disabili.

Nella programmazione dei **servizi residenziali**, dovrà essere opportunamente valutata e incentivata la possibilità di realizzazione sotto forma di “servizi di area vasta”, come previsto al precedente punto 4.

Per altre tipologie di servizi residenziali, oltre a quelli precedentemente elencati, e per lo specifico servizio della **residenza assistita (RA)**, l'inserimento negli strumenti di programmazione a livello regionale e locale è subordinato alla completa attuazione dell'azione di Piano “Sostegno alle residenzialità specifiche” (§ III.5).

Le azioni di Piano riferite ai livelli essenziali di assistenza, sono principalmente indirizzate a qualificare i processi di definizione ed attuazione dei servizi stessi, intervenendo sulle modalità di funzionamento che definiscono l'orientamento generale del sistema di offerta.

Azioni di Piano per l'attuazione dei LIVEAS

1 - Regolazione dell'accesso ai servizi

Azioni di promozione della regolazione dell'accesso ai servizi essenziali, sulla base di criteri di omogeneità e di parità di trattamento su tutto il territorio regionale. L'azione è finalizzata a incentivare l'adozione dei "regolamenti per l'accesso" da parte degli ambiti territoriali, al fine di evitare discrepanze e vuoti normativi che possono pregiudicare la parità di trattamento dei cittadini nella fruizione dei servizi essenziali. La presente azione potrà concretizzarsi anche nella emanazione di disposizioni generali attinenti agli elementi principali in materia di accesso, quali i compiti istituzionali, le fasi procedurali, i tempi e le modalità di accesso ai servizi essenziali, i criteri di priorità per i soggetti deboli, le garanzie di esigibilità e di tutela del cittadino.

2 - Valutazione professionale del bisogno.

La valutazione del bisogno consiste nell'attività finalizzata a individuare la causa, l'evoluzione e la prognosi di un problema, tenendo conto del contesto e delle caratteristiche delle persone coinvolte. L'attività valutativa, svolta attraverso la connessione delle informazioni disponibili relative al caso, è una competenza propria del servizio sociale professionale o della Unità multidisciplinare, quando si tratta di bisogni complessi.

In ogni caso, la valutazione professionale del bisogno è condizione per accedere alla rete delle risposte sociali: domiciliari, intermedie e residenziali.

Il terzo Piano sociale regionale individua nel contratto fra la persona e il servizio per l'attuazione di un progetto personalizzato, l'elemento qualificante della valutazione professionale e della qualità di processo della presa in carico.

Il contratto va considerato come un patto fra l'utente, la sua famiglia e il servizio, in cui le parti si impegnano a realizzare le azioni previste dal progetto. Attraverso la negoziazione sulle modalità per affrontare il problema, il servizio passa da un lavoro **per** e **sulla** persona, a un lavoro **con** la persona.

Il contratto può diventare un elemento importante per la qualità del processo di presa in carico. Per la sua applicazione pratica, è necessario sperimentare le possibili soluzioni a livello locale, tenendo conto dell'esigenza di forte collaborazione tra servizi diversi che esso richiede.

3 - Valutazione di impatto dei LIVEAS.

La valutazione d'impatto delle scelte di programmazione sociale sul sistema di welfare regionale è strettamente connessa con la possibilità di attuare politiche d'intervento realmente efficaci.

Essa è indispensabile, in particolare, per i LIVEAS, al fine di riuscire a individuare le condizioni di erogazione più idonee con riferimento alla popolazione assistita, alle peculiarità territoriali, alle dimensioni e tipologia dei bisogni della popolazione, garantendo in ogni caso i requisiti essenziali del sistema di offerta.

Una possibile strategia per realizzare valutazioni di impatto riferite in modo specifico ai LIVEAS è quella basata sull'utilizzazione di indici tripolari riferiti a: condizioni di finanziamento (*input*), scelte di organizzazione delle risposte (*output*) e la capacità di dare risposta al bisogno considerato, cioè l'efficacia del servizio (*outcome*).

Per la misurazione dell'*outcome* sono utilizzati gli indicatori di impatto dei livelli essenziali descritti nel precedente § II.3 e riportati nella Tavola I allegata.

Questa strategia, progressivamente attuata, potrà consentire di rilevare sistematicamente le risorse impiegate, la quantità di risposta, la sua equità distributiva, la capacità di rispondere alla natura dei bisogni e alla loro intensità.

Essa avrà come unità di misura i singoli livelli essenziali di offerta, da un lato, e dall'altro le comunità locali che compongono il tessuto umano e sociale dell'Abruzzo.

III.3. L'integrazione sociosanitaria e il coordinamento delle politiche della salute

L'integrazione sociosanitaria costituisce una priorità strategica della programmazione regionale, sia sociale che sanitaria, perché essa è condizione indispensabile per riuscire a dare risposta ai bisogni complessi di assistenza, in quanto dipendenti da disturbi, patologie o problemi legati alla componente psicologica, sociale, familiare, relazionale e lavorativa, agli stili di vita e ai fattori ambientali.

Di fronte al disagio multifattoriale, è necessario considerare l'unicità e la globalità della persona in tutte le sue dimensioni, superando prassi settoriali ed integrando competenze e servizi diversi, in una prospettiva di prevenzione e sostegno, specie delle persone più deboli.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica la strada evolutiva della **nuova cultura della salute**. Nella prima definizione di salute (OMS, 1948) *“La salute è lo stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non semplicemente assenza dello stato di malattia o di infermità”* si sottolineava come la salute non dipendesse unicamente da fattori fisici e organici, ma coinvolgesse tutta la condizione esistenziale della persona umana (non soltanto “star bene”, ma anche “ben-essere”). Tali concetti sono stati ulteriormente rafforzati e sviluppati nella più recente definizione di salute (OMS, 1986) che ricompone dicotomie/separazioni (salute/malattia; sanitario/sociale; mente/corpo; risorsa privato/ risorsa pubblica) che pervadono ancora nel profondo molti degli attori deputati al governo del welfare: *La salute è una risorsa per la vita quotidiana, non l'obiettivo del vivere. La salute è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche. La salute si raggiunge allorché gli individui sviluppano e mobilitano al meglio le proprie risorse, in modo da soddisfare prerogative sia personali (fisiche e mentali), sia esterne (sociali e materiali). Salute e malattia non sono pertanto condizioni che si escludono a vicenda, bensì punti terminali di una comune continuità.*

Il superamento delle risposte settoriali, con l'integrazione delle diverse politiche per la salute e l'attuazione di servizi integrati, richiede l'adozione di scelte qualificanti, indirizzate al processo di riequilibrio delle responsabilità nelle politiche per la salute, con l'attribuzione di un nuovo ruolo agli Enti Locali rispetto alle Aziende USL. Ciò significa riorientare i flussi delle decisioni, mettendo gli Enti Locali nelle condizioni di essere parte attiva nelle scelte di programmazione, attuazione e valutazione degli interventi che coinvolgono i servizi socio sanitari.

Assicurare l'attivazione di processi assistenziali unitari in materia di prestazioni sociosanitarie, richiede che vengano soddisfatte condizioni diverse, afferenti sia al comparto sociale che sanitario.

Pregiudiziale, in tal senso, a livello regionale, appare l'urgente costruzione di tutta la cornice normativa di recepimento del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria), e successive modificazioni ed integrazioni, che consentirà di fatto di realizzare l'obiettivo strategico del Piano sociale regionale "di assicurare la unitarietà del processo programmatico negli strumenti di programmazione, sia sociale che sanitaria, in una prospettiva di collaborazione fra gli Enti Locali Territoriali e Aziende USL".

La nuova cornice normativa consentirà anche di meglio definire ruoli e compiti degli attori della integrazione: La Regione, nella veste di ente di programmazione, gli Enti Locali e le Aziende USL, gestori dei servizi.

Fra i nuovi riferimenti normativi da rendere disponibili, particolare importanza hanno quelli relativi all'individuazione e alla disciplina dei servizi inerenti l'area della integrazione sociosanitaria, secondo quanto disposto dall'articolo 3-septies del richiamato decreto legislativo 502/1992, dal DPCM 14 febbraio 2001 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie) e dal DPCM 29 novembre 2001 in materia di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

L'adeguamento della cornice normativa è funzionale alla realizzazione di un percorso di cambiamento del sistema dei servizi per l'integrazione sociosanitaria caratterizzato da alcuni passaggi cruciali:

- articolazione in Distretti delle Unità Sanitarie Locali ed individuazione territoriale degli stessi secondo i criteri previsti dall'articolo 3- quater del decreto legislativo n. 502/1992, da far coincidere, di norma, con gli ambiti territoriali sociali;
- disciplina regionale del modello organizzativo del Distretto, quale centro unitario di prestazioni e servizi ed ambito elettivo per perseguire l'integrazione sociosanitaria, in raccordo con l'ambito territoriale sociale, tenendo conto delle sperimentazioni in atto su buona parte del territorio regionale. Non appare superfluo ricordare come al Distretto sia attribuito dalla legge di riordino del Servizio Sanitario Nazionale un ruolo strategico nell'attuale sistema assistenziale, al fine di uscire dalle strette e costose mura della ospedalizzazione e approdare ad una assistenza territoriale virtuosa, capace di cogliere e dare risposte ai problemi generali di salute della popolazione soprattutto in tema di accesso al sistema dei servizi e di presa in carico delle esigenze dei cittadini. Il Punto Unico di Accesso rappresenta, in questa prospettiva, una risorsa a disposizione del cittadino e degli stessi operatori per indicare i percorsi previsti per affrontare i bisogni di salute sociali e sanitari espressi in modo unitario ed integrato. La valorizzazione, anche a livello normativo, della entità "Distretto" (Distretto integrato) inciderà in maniera decisiva nella nuova politica della spesa che nel tempo dovrà sostanzarsi in una maggiore assegnazione delle risorse finanziarie da destinare alle politiche sociali in conseguenza dell'inevitabile riequilibrio dei LEA;
- disciplina regionale di definizione dei contenuti del Programma delle attività territoriali (PAT) (articolo 3- quater, comma 3, del D.Lgs

502/1992) preposto, fra l'altro, a determinare le risorse per la integrazione socio- sanitaria (il c.d. budget di distretto permetterà agli Enti Locali una più diretta partecipazione al processo di programmazione –Piano di Zona e controllo delle risorse allocate nell'ambito territoriale integrato);

- disciplina regionale dei contenuti del Piano aziendale delle aziende USL;
- istituzione e funzionamento a regime degli organismi previsti obbligatoriamente dalla legge (Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio- sanitaria – Conferenza dei Sindaci – Comitato dei Sindaci del Distretto).

Per quanto riguarda più direttamente l'aspetto **della programmazione in materia sociosanitaria**, le scelte del Piano sociale e del Piano sanitario sono prioritariamente indirizzate ad assicurare il necessario raccordo operativo tra gli strumenti della programmazione territoriale e tra i servizi sociali e sanitari, sotto i tre profili della integrazione istituzionale, gestionale e professionale che vanno congiuntamente promossi e attuati.

L'integrazione **istituzionale** si fonda sulla collaborazione fra istituzioni diverse, in particolare le aziende USL e i comuni, in modo da assicurare coerenza e unitarietà al processo di programmazione sociosanitaria. A tal fine, mentre la programmazione dell'attività sanitaria è sottoposta al “parere” del Comitato dei Sindaci del Distretto, la programmazione delle attività sociosanitarie va definita “di intesa” fra comuni e aziende USL. Analogamente è necessaria la partecipazione dell'azienda USL all'accordo di programma per l'approvazione del Piano di zona dei servizi sociali. Al fine di favorire il raccordo istituzionale preliminare alla definizione delle scelte generali in materia di programmazione sociosanitaria, la Conferenza dei Sindaci concerta con il Direttore generale dell'azienda USL le azioni di integrazione sociosanitaria da attuare negli ambiti sociali e nei distretti del territorio di pertinenza, con riferimento agli obiettivi del Piano sociale e del Piano sanitario regionali. Le scelte di concertazione sono concretizzate e definite in modo coordinato nel Piano di zona dell'ambito sociale, nel Programma della attività territoriali del distretto e nel Piano aziendale dell'azienda USL.

L'integrazione **gestionale** riguarda l'assetto organizzativo e strutturale e richiede l'individuazione di soluzioni e procedure di coordinamento in grado di garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni. A tal fine è necessario individuare luoghi e procedure di coordinamento a livello territoriale, in modo da assicurare il raccordo e la collaborazione decisionale ed operativa, anche per ciò che attiene alla compatibilità finanziaria delle scelte di programmazione.

L'integrazione **professionale** è indispensabile al fine di favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni, di assicurare l'efficace valutazione multidimensionale del bisogno e per definire il progetto integrato personalizzato, oltre che per la valutazione periodica dei risultati. Il Piano sociale e il Piano sanitario prevedono azioni preordinate a realizzare l'integrazione professionale

attraverso la costituzione di unità di valutazione integrate, la gestione unitaria della documentazione, la definizione delle responsabilità nel lavoro integrato, la continuità assistenziale, la collaborazione tra strutture residenziali e territoriali.

Tra gli orientamenti per le attività finalizzate ad assicurare l'integrazione sociosanitaria, particolare importanza ha **l'Unitarietà del processo programmatico**.

Il macroobiettivo è quello di assicurare l'unitarietà del processo programmatico negli strumenti di programmazione, sia sociali che sanitari, in una prospettiva di collaborazione tra enti locali territoriali e aziende USL, finalizzata alla promozione e alla tutela della salute delle persone e delle famiglie.

Per conseguire questo obiettivo è necessario passare dalle programmazioni settoriali (di singolo ente territoriale, di singola area di bisogno, di singolo servizio...) ad una programmazione unitaria nei processi di elaborazione, nei risultati decisionali e nelle risposte erogate dalla rete integrata di offerta.

Pertanto anche quando l'integrazione prende avvio da istanze settoriali, nel suo risultato finale deve essere sostanzialmente unitaria, cioè *“fare sintesi delle diverse responsabilità e risorse necessarie per raggiungere gli obiettivi e i risultati attesi”*.

A questo fine è necessario valorizzare la grande lezione dei piani di zona, che in questi anni ha favorito la crescita di competenze e saperi tecnici e sociali spendibili su più vasta scala. Deve pertanto essere esportata a tutti i servizi alle persone e quindi anche a quelli sanitari. Anch'essi infatti, operando in questo modo, potranno più facilmente riorientare la propria offerta sui bisogni e meglio investire su obiettivi che richiedono l'integrazione a livello istituzionale, organizzativo-gestionale e professionale.

Su questi temi va colta l'opportunità di apprendere dall'esperienza dei piani di zona (PdZ) e della programmazione sociale degli ultimi anni (in termini di metodo, di strumenti e strategie), non solo consolidando i risultati positivi, non solo applicando quanto previsto dal Dlgs n. 229/99 in tema di Programmi delle attività territoriali (Pat), ma dando a questa prospettiva significati ulteriori, utili per la crescita del sistema di welfare abruzzese.

Per conseguire l'obiettivo della unitarietà del processo programmatico, l'approccio della gestione simultanea e coordinata di PdZ e Pat non è di per sé sufficiente, se altre regioni (ad esempio Sardegna e Toscana) hanno sentito la necessità di darsi strumenti effettivamente unitari: il Piano locale unitario dei servizi alle persone (Plus) per la Sardegna e il Piano integrato di salute (Pis) per la Toscana.

In entrambi i casi le regioni citate hanno cercato di dare risposte coerenti con i propri sistemi di welfare, avendo in mente l'obiettivo della programmazione unitaria su scala locale (di zona, ambito e distretto intesi come lo stesso territorio) e perseguendolo tenendo conto del livello di sviluppo dei servizi, della dirigenza, delle capacità di collaborare fra enti territoriali.

Va in particolare approfondita la praticabilità, nel breve periodo, di uno strumento unitario, nello specifico Abruzzese, quando il sistema sanitario deve ancora maturare competenze proprie su questo terreno. Si tratta di una scelta politica (di investire in questa direzione) oltre che tecnica, tenendo conto della conseguibilità di questo traguardo oltre il breve periodo.

Non vanno cioè confusi i mezzi (la natura unitaria dello strumento programmatico) con il fine (unitarietà della programmazione). Il piano può ipotizzare un percorso per gradi, in cui quello che in prima fase non è unitario nella forma lo è già nella sostanza.

In questo senso può essere valorizzata l'affermazione *“in una prospettiva di collaborazione tra enti locali territoriali e aziende USL, finalizzata alla promozione e alla tutela della salute delle persone e delle famiglie”*.

Se infatti per la promozione della salute delle persone e delle famiglie uno dei mezzi elettivi è la programmazione unitaria (con uno strumento unico o con meccanismi unitari idonei a legare strutturalmente PdZ e Pat), essa va graduata negli anni di attuazione del piano regionale, con linee guida vincolanti a cui collegare l'erogazione delle risorse.

Lo sviluppo di un “modello abruzzese” di integrazione sociosanitaria può procedere celermente a partire dalle azioni demandate al Governo regionale ed in particolare mediante la predisposizione di uno strumento unico di programmazione sociosanitaria, per le aree ad alta integrazione, a livello regionale quale obiettivo da raggiungere a breve termine (entro metà 2008) e mediante l'approvazione di uno strumento unico di programmazione sociosanitaria, per le aree ad alta integrazione, di linee guida sugli strumenti di programmazione congiunta sociosanitaria a livello locale, da raggiungere a medio termine (entro 2009).

Oltre all'unitarietà del processo programmatico è necessario assicurare la **Regolazione del sistema di finanziamento dei servizi di integrazione sociosanitaria**.

Il sistema di finanziamento delle risposte sociosanitarie va collegato al sistema di spesa. L'esperienza della programmazione sociale può dare utili indicazioni a questo fine, tenendo conto di come è stato profondamente modificato il sistema di spesa sociale nel corso degli anni, con risultati da sviluppare ulteriormente.

Il sistema dei servizi sociali regionali deve meglio integrarsi con quello sanitario per rendere certo, trasparente e verificabile il finanziamento delle risposte sociosanitarie e l'apporto dei diversi centri di responsabilità interessati all'utilizzo delle risorse.

Va a questo fine approfondita la possibilità di costituire un fondo dedicato per il finanziamento degli interventi sociosanitari, costituito da quota parte del fondo sanitario per i servizi sanitari distrettuali e da quota parte delle risorse comunali e di ambito destinate al finanziamento dei servizi sociali, come previsto anche dal Dlgs n. 229/99.

A questo fine l'art. 3 septies precisa che le *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria* sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale e, contestualmente, prevede che “La regione determina, sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza.”

Tenendo conto di queste principi si possono delineare le modalità di finanziamento per le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, sulla base di quote capitarie sociali da destinare cioè al finanziamento della parte sociale dei Lea integrati, definendo l'entità della quota procapite che i comuni si impegnano a

garantire, tenendo conto di quanto emerso dalla analisi della spesa sociale abruzzese.

Inoltre, ai sensi del comma 6, art. 3 septies la regione determina, sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza sanitaria.

In questo caso la dizione "quote capitarie" si riferisce ai trasferimenti di fondo sanitario regionale alle Asl per la parte distrettuale. In particolare si tratta di definire parametri idonei a esplicitare e vincolare una parte di questi trasferimenti al finanziamento dei Lea integrati.

Infine al comma 8, si prevede che: le regioni disciplinino i criteri e le modalità mediante i quali comuni e aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari. Quest'ultimo punto si riferisce alla strategia regionale di garanzia dei Lea integrati sociosanitari, delineata con scelte di piano, quantomeno in termini di soglie minime di finanziamento da garantire in tutto il territorio regionale, per ragioni di equità distributiva e per ragioni di impatto positivo sui bisogni della popolazione.

In armonia con le scelte programmatiche è necessario realizzare delle **azioni specifiche**. Le definizioni delle azioni specifiche per tutti i settori nei quali più alta è la necessità dell'integrazione sociosanitaria verranno declinati negli appositi atti di attuazione della programmazione regionale (Piano Sanitario, Progetti obiettivo, ecc).

In questa sede vengono individuati alcuni elementi che le caratterizzano:

1. finalizzate a problemi che mostrano, allo stato dell'arte, forti criticità/carenze nel sistema abruzzese (es. area salute mentale)
2. necessitano di una indispensabile integrazione tra i livelli istituzionali locali e tra gli operatori (es. aree svantaggio sociale, giovani, adolescenti)
3. affrontano problemi che hanno una forte ripercussione sulla qualità della vita dei soggetti coinvolti e delle loro famiglie (quindi non necessariamente i più frequenti o i più gravi qualora esiste evidenza di una adeguata risposta da parte dei servizi sanitari e sociali) (es. aree disabili, anziani, dipendenze)

Le **azioni di piano** da attuare, nell'ambito di una programmazione regionale coordinata per l'integrazione sociosanitaria, in attesa dell'adeguamento normativo di cui si è già rappresentata la necessità, hanno lo scopo di attivare soluzioni efficaci in grado di favorire processi di collaborazione e raccordo tra servizi sociali e servizi sanitari, sotto il profilo istituzionale, gestionale e professionale.

AZIONI DI PIANO

1 - Promuovere il territorio quale luogo primario di governo e gestione dei percorsi Sociosanitari

L'obiettivo da perseguire nel triennio è la realizzazione di un processo di riordino che garantisca un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, realizzato con il supporto del **sistema delle cure primarie** (medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, medici della continuità assistenziale). Un processo teso a fornire l'unitarietà tra prestazioni sanitarie e sociali, la continuità tra azioni di cura e riabilitazione, la realizzazione di percorsi assistenziali integrati, l'intersectorialità degli interventi, con il conseguente riequilibrio di risorse finanziarie e organizzative in rapporto all'attività svolta tra l'ospedale e il territorio a favore di quest'ultimo."

1.1 Il sistema delle "cure intermedie" e la continuità assistenziale

Le **cure intermedie** sono l'area di servizi integrati, sanitari e sociali – domiciliari, residenziali e semi- residenziali – finalizzata a garantire la **continuità assistenziale in primis** dopo la dimissione ospedaliera, ma anche nell'utilizzo delle diverse strutture territoriali, per favorire il rapido recupero funzionale e la massima autonomia dei pazienti.

Il problema della continuità è una questione cruciale che investe le responsabilità del distretto, i suoi rapporti con l'ospedale, la sua capacità di governare i diversi fattori produttivi interni ed esterni al sistema di offerta pubblico, comprensivo del privato accreditato e del privato sociale.

La domanda di *continuità assistenziale* nasce dall'esigenza di garantire la continuità della presa in carico del paziente nei passaggi tra i diversi setting operativi dei servizi (domicilio -> ospedale -> territorio -> residenze -> cure domiciliari), per evitare che il paziente e la famiglia si trovino da soli a ricercare le soluzioni possibili per i problemi da risolvere.

La garanzia della continuità assistenziale permette di ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso, i ricoveri inutili o inappropriati, le dimissioni non programmate (talora assimilabili a forme di interruzione non motivata dell'assistenza), il consumo di prestazioni ambulatoriali specialistiche (svincolate da percorsi diagnostico- terapeutici-assistenziali), il consumo di prestazioni assistenziali afferenti a centri di offerta svincolati da una logica di rete e incapaci di interconnettere i diversi centri di responsabilità.

La *continuità assistenziale* assume una rilevanza tutta particolare nell'assistenza dei soggetti fragili (le persone disabili, gli anziani non autosufficienti, le persone affette da patologie in fase terminale) che spesso, per motivi prevalentemente socio-economici, sono quelle che hanno più difficoltà a districarsi all'interno del sistema dell'offerta e quindi, anche in presenza di servizi accessibili, non riescono a fruirne in modo adeguato.

Accessibilità e fruibilità dei servizi rappresentano gli elementi fondamentali del concetto di equità: garantire la presa in carico globale dei soggetti fragili, attraverso una organizzazione a rete dei servizi, lo sviluppo dei percorsi di

assistenza per patologia, l'adozione di strumenti tecnici che presidiano la reale copertura delle diverse interfacce del sistema (domicilio/servizi territoriali/ospedale/servizi territoriali/domicilio).

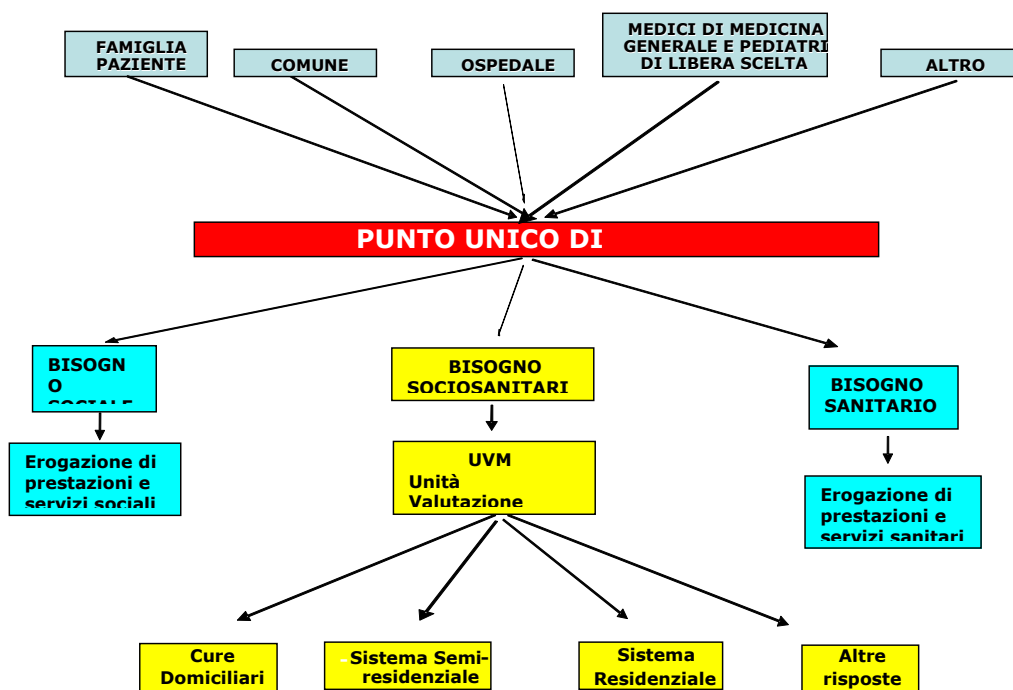
I caratteri qualificanti della continuità assistenziale sono :

- L'accessibilità alle prestazioni ed ai servizi (orari, unitarietà d'accesso, trasparenza nelle liste di attesa);
- L'accoglienza della domanda, l'orientamento e, quando necessario, l'accompagnamento, con particolare riferimento ai soggetti deboli,
- La valutazione integrata del bisogno e la predisposizione e la gestione di progetti personalizzati di assistenza;
- L'integrazione gestionale e/o professionale tra i servizi distrettuali, tra distretto e produttori accreditati, tra distretto, ospedale ed altri centri di offerta residenziale e diurna;
- Le opzioni assistenziali facilitanti la deospedalizzazione

La dimissione protetta, percorso principale nell'assicurare la continuità assistenziale all'atto della dimissione ospedaliera, prevenire le riammissioni ospedaliere improprie, garantire il recupero funzionale e, attraverso l'integrazione con i Servizi Sociali, dare una risposta flessibile alle associate problematiche socio-economiche ed abitative degli Assistiti.

Il modello organizzativo e operativo che, alla luce delle esperienze locali, dovrà essere implementato entro il prossimo biennio, è quello riportato nella figura seguente.

Figura 3 - Modello organizzativo e operativo del Punto Unico di Accesso (PUA)



Per i bisogni sanitari inerenti al Dipartimento di Salute Mentale ed il Dipartimento delle dipendenze patologiche è possibile l'accesso diretto.

1.2 Punto unico di accesso

La L. 328/2000, il Piano Sociale Nazionale, il Piano Sociale Regionale 2002- 2004, individuano il Punto Unico di Accesso come "una risorsa a disposizione del Cittadino e degli Operatori, per individuare i percorsi più efficaci per affrontare i bisogni di ordine sanitario, sociale e socio-sanitario, in modo unitario ed integrato".

E' definito come una modalità organizzativa concordata tra Distretto ed Ambito Sociale.

Obiettivi:

- Garantire ai Cittadini ed agli Operatori una porta unitaria di accesso ai servizi sociosanitari del territorio
- Garantire una capillare azione informativa sui percorsi assistenziali, sociali e socio sanitari
- Garantire l'invio all'UVM per la valutazione del bisogno sociosanitario e per l'eventuale presa in carico
- Garantire la continuità del percorso assistenziale

Il P.U.A. Può essere attivato, tramite diverse modalità di comunicazioni, da:

Singolo Cittadino o familiare, Medico di medicina generale o Pediatra di libera scelta, Servizi sociali, Servizi sanitari (Unità operative ospedaliere, RSA, Consultori familiari, Servizi di riabilitazione etc), Servizi istituzionali (scuola , Tribunale per i minorenni, Ambiti sociali, etc), Servizi non istituzionali (Case di riposo, cooperative sociali, associazioni di volontariato etc.)

Le funzioni ed il personale di front- office saranno definite di comune intesa tra il Distretto Sanitario e l'Ambito Sociale, al fine di garantire unitarietà di accesso.

Le funzioni di back- office e di coordinamento del servizio saranno assicurate dal Direttore del distretto o da un suo delegato in stretta collaborazione con il Responsabile dell'ufficio di Piano dell'Ambito

Dovrà essere previsto uno stretto collegamento con i servizi di Segretariato Sociale e con i MMG e con i PLS, in particolare per le situazioni urgenti o che necessitano di accompagnamento nell'accesso. Dovrà essere definita una modulistica ed una documentazione professionale comune e condivisa nell'ottica di una valutazione multidimensionale.

Dovranno essere approntati e condivisi idonei protocolli operativi con gli altri servizi, sia sanitari che sociali, e condivisi con i MMG e PLS del territorio che definiscano le procedure da porre in essere per garantire l'attuazione dei progetti personalizzati intesi come risposta integrata a bisogni complessi che, ponendo al centro dell'intervento l'Utente e la sua famiglia, tessano intorno a loro una rete di sostegno e di supporto nel breve, medio e lungo periodo, a seconda della natura, dell'intensità e della durata del bisogno.

Particolare attenzione dovrà essere posta al raccordo con l'ospedale per i casi di dimissione protetta ed assistita.

L'equipe del P.U.A. dovrà essere in grado di discriminare il bisogno espresso, indicando percorsi sociali, sanitari e sociosanitari di risposta, dove solo per le risposte sociosanitarie viene richiesto il coinvolgimento della Unità di Valutazione Multidimensionale

1.3 Valutazione multidimensionale del bisogno

L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), unica per l'ammissione alle cure domiciliari e per l'ammissione in regime di ricovero residenziale o semiresidenziale e per la predisposizione del progetto personalizzato o piano assistenziale individualizzato del soggetto con bisogno sociosanitario, deve essere prevista nel Distretto Sanitario di Base ed è composta dal Responsabile del DSB, dal Medico di medicina generale (MMG) dell'utente, dall'Assistente Sociale, da un infermiere e dal medico specialista (geriatra, neurologo, cardiologo, ecc) competente per la specifica patologia clinica. Va comunque assicurato il necessario supporto amministrativo.

E' un gruppo altamente qualificato di persone che in base alla propria professionalità ed esperienza predispone il progetto personalizzato del soggetto che presenta una pluralità di bisogni sociali e/o sociosanitari e/o sanitari.

Si occupa delle seguenti attività:

- Analisi e valutazione multidimensionale del bisogno;
- Individuazione del setting operativo dove indirizzare il paziente (domicilio, semiresidenza, residenze sanitarie)
- Elaborazione del progetto personalizzato di assistenza in cui vengono definiti le persone coinvolte, i risultati attesi e le attività;
- Verifica e valutazione del progetto personalizzato e del bisogno a distanza di alcuni mesi o a seguito di cambiamenti del quadro sociosanitario, della situazione psicosociale e di quella sanitaria . Nel caso in cui le verifiche e le valutazioni periodiche diano esiti diversi da quelli previsti, è necessario procedere ad una riformulazione del progetto personalizzato;
- Rilevazione dell'utilizzo di interventi sanitari, sociosanitari e sociali.

1.4 Piano Assistenziale Individualizzato / Progetto personalizzato

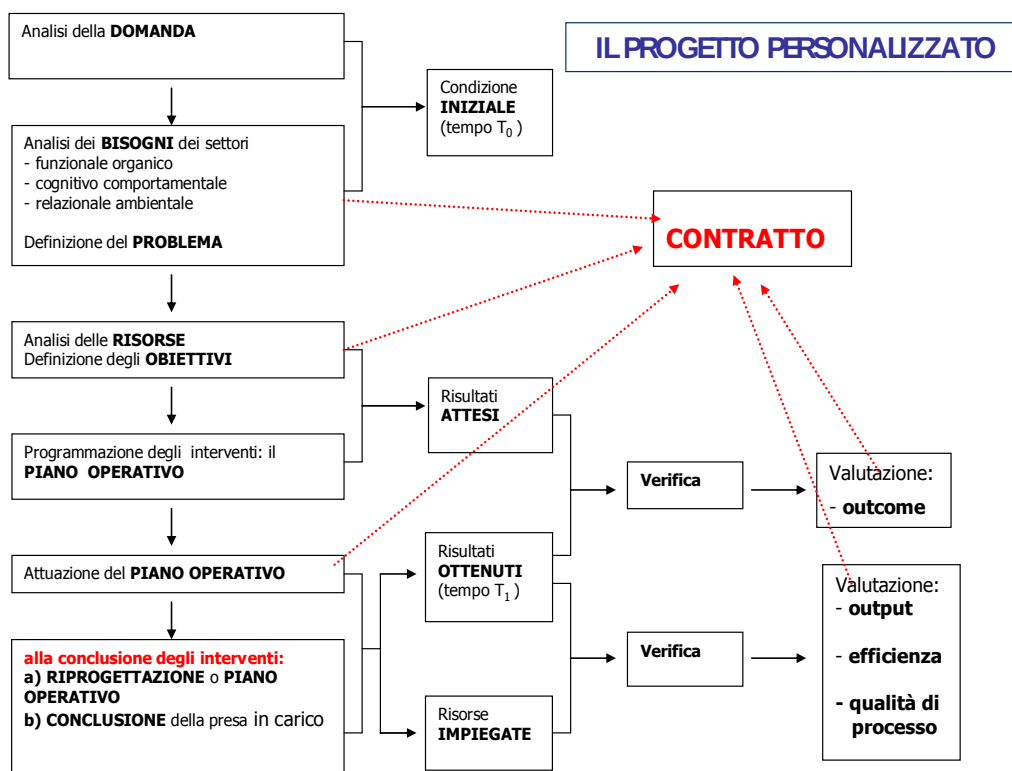
Progetti personalizzati, basati su modalità condivise e confrontabili per la loro predisposizione, tenendo conto della metodologia di lavoro per progetti ben identificata dall'art. 2 del Dpcm 14 febbraio 2001, e tale per cui alla valutazione del bisogno (corredata da fattori osservabili e misurabili) deve far seguito la definizione dei risultati attesi, anch'essi misurabili in sede tecnica e, per quanto

possibile, anche in sede di valutazione partecipata di efficacia con la persona utente e la sua famiglia.

Nei progetti personalizzati viene identificata la Intensità assistenziale in funzione della natura e complessità del bisogno. La stessa viene definita sulla base della quantità e qualità delle risorse (professionali e di altra natura) impiegate per l'attuazione del progetto personalizzato

Una volta definite le specifiche tecniche, cliniche, professionali e organizzative del processo assistenziale, le stesse sono articolate in termini di processo assistenziale clinico e organizzativo (socio-sanitario).

Figura 4 – Schema di flusso del progetto personalizzato.



L'utilizzo dello schema di flusso decisionale appena proposto evidenzia non solo l'utilità ma anche la necessità di collegare stabilmente tra loro le varie fasi dell'intervento: accesso, valutazione della domanda, definizione del bisogno, predisposizione del progetto personalizzato di assistenza, attuazione e valutazione.

Quando questo non avviene sono abbastanza evidenti le criticità e le carenze tecniche che compromettono la qualità dell'assistenza.

I risultati rappresentano una possibile soluzione a quanto previsto dall'atto di indirizzo sull'integrazione socio-sanitaria del 14 febbraio 2001, che indica in modo descrittivo le specifiche generali del processo "essenziali" e che poi nell'ambito di questa ricerca ha trovato traduzione metodologica e tecnica, utilizzata in modo sperimentale dalle unità operative con i casi di studio.

I riscontri delle sperimentazioni effettuate sul territorio abruzzese non hanno evidenziato particolari difficoltà in ordine al tempo richiesto per la gestione degli strumenti e i metodi proposti, in quanto i tempi sono risultati compatibili con i carichi di lavoro degli operatori coinvolti.

1.5 Promozione del sistema delle Cure Domiciliari

I risultati della recente indagine sul sistema delle cure domiciliari in Abruzzo (ASR-Abruzzo , dati anno 2005) mostrano un quadro caratterizzato da:

- Un tasso di assistenza domiciliare (nelle sue diverse forme) della popolazione ultrasessantacinquenne ancora quantitativamente insufficiente per la copertura dei bisogni della popolazione;
- Una percentuale fortemente carente delle forme di assistenza domiciliare integrata (ADI complessa) che prevede la copresenza del personale dei servizi sociali;
- Una diffusione delle varie forme di assistenza domiciliare che non risulta omogenea tra i diversi distretti con difformità anche in ambito intra- aziendale;
- Una forte diversificazione dei modelli organizzativi ed operativi adottati tra le diverse aziende;
- Una carenza generalizzata di sistemi informativi/informatici sia sul versante della lettura dei dati sanitari (caratteristiche del paziente, tipologia delle prestazioni erogate, esiti dell'assistenza) sia su quello economico- finanziario, per cui non è dato di conoscere il livello di assorbimento di risorse da parte del sistema delle cure domiciliari.

Le criticità che risultano, indicano in modo evidente la necessità di un potenziamento e promozione dell'offerta domiciliare. Si prevede di realizzare a breve termine (entro il 2007):

- la redazione e approvazione delle linee guida regionali sul sistema delle cure domiciliari
- la formazione degli operatori e attivazione delle diverse modalità di erogazione dell'assistenza domiciliare
- la revisione della quota di finanziamento da parte nella Sanità del LEA domiciliare, con una copertura, per le prestazioni sociali, almeno dell'80%.

A medio termine (entro il 2009) si prevede di realizzare l'incremento progressivo del finanziamento del LEA domiciliare, stimabile nell'ordine di 5 milioni di euro alla fine del triennio.

2 - Sviluppo dei Piani Locali per la non-autosufficienza

Al fine di sostenere la qualità di vita delle persone anziane con più di sessantacinque anni in condizioni di non autosufficienza, sono promossi a livello locale interventi caratterizzati da un elevato grado di integrazione sociale e sanitaria, finalizzati alla domiciliarità, pianificati e gestiti tramite il Piano Locale per la non autosufficienza (PLNA).

Il Piano Locale per la non Autosufficienza si caratterizza come strumento di concertazione tra Ente di Ambito Sociale e Distretto sanitario di base e stabilisce le modalità operative per l'attuazione degli interventi territoriali e domiciliari per la non autosufficienza, nel rispetto delle indicazioni fornite dal DPCM 29.11.2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza). Esso intende favorire la creazione e lo sviluppo continuo di una rete composita ed organizzata di politiche, di risorse e di interventi a sostegno della domiciliarità e delle famiglie e dei nuclei familiari che si fanno carico della cura, dell'assistenza e della tutela delle persone anziane non autosufficienti.

Il Piano Locale per la non autosufficienza è predisposto attraverso il raccordo istituzionale, gestionale e professionale tra ambito sociale territoriale e distretto, nel rispetto degli indirizzi che saranno emanati dalla Giunta Regionale con apposito atto di indirizzo applicativo. Il Piano definisce, in particolare:

il sistema delle responsabilità locali nell'attuazione delle politiche sociali e sanitarie per la domiciliarità;

- individua i processi unitari per la valutazione del bisogno di cura da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM);
- individua un processo di presa in carico attraverso il progetto individualizzato di intervento, di sostegno e di accompagnamento dell'anziano non autosufficiente e della sua famiglia, da valutare nella loro globalità, in rapporto alla situazione di bisogno di assistenza rilevato mediante utilizzazione di specifiche scale di valutazione;
- le risorse da impiegare (professionali e finanziarie, sociali e sanitarie, eventuali quote di cofinanziamento e di partecipazione da parte di enti e fondazioni);
- gli strumenti per la valutazione degli interventi attuati.

3 – Tutela della salute mentale

In armonia con le scelte strategiche indicate nelle linee del 3° Piano Sociale Regionale, e in attesa della emanazione del provvedimento regionale attuativo del DPCM 14/02/2001 sulle attività sociosanitarie da costruire con modalità concordate fra i comparti sanitario e sociale, anche al fine della quantificazione degli oneri relativi alla attività sanitaria e a quella sociale, si delineano alcuni profili di attività in tema di salute mentale.

In questo settore di integrazione sociosanitaria, si registrano in Abruzzo i più alti tassi di dimissioni ospedaliere di pazienti affetti da disturbi psichici in Italia secondo gli ultimi dati ISTAT, che pongono la nostra regione ai primi due posti nel periodo 1999-2001 e al primo posto in assoluto nel 2002, con poco più di 964

dimissioni ogni 10.000 abitanti. Tutto ciò a fronte di una media nazionale pari a 593,12 (Cfr. l'ospedalizzazione di pazienti affetti da disturbi psichici 1999-2001. ISTAT, giugno 2006).

La presenza di disagio psichico, soprattutto in forma grave, richiede una molteplicità di interventi che possono riguardare anche l'arco della vita intera.

Tali interventi concernono, aspetti sanitari, educativi, sociali ed assistenziali. La molteplicità delle problematiche da affrontare porta inevitabilmente all'intervento di più soggetti istituzionali (Aziende USL – Regione – Comuni – Scuole - Associazioni), di più tipologie di servizi e relative figure professionali (medici – riabilitatori – psicologi – insegnanti – assistenti sociali – educatori).

Al fine di evitare la parcellizzazione degli interventi e di salvaguardare la lettura unitaria e globale della persona con disagio psichico, nonché di consentire a quest'ultima e alla sua famiglia una progettazione personalizzata condivisa e caratterizzata da interventi sanitari, sociosanitari, sociali e di integrazione sociale, è necessario operare in modo integrato a livello di progettazioni istituzionali e di gestione operativa.

Occorre, altresì, rivisitare la natura delle politiche degli interventi per il disagio psichico con particolare riguardo:

- alla creazione di una rete diffusa di servizi collocati a livello distrettuale o interdistrettuale per la presa in carico delle persone con disagio psichico;
- alla rimodulazione dei servizi riabilitativi, finalizzata alla progettualità individuale con l'assunzione della piena responsabilità da parte del Centro di salute mentale territoriale competente;
- a favorire lo sviluppo di strutture residenziali e semi-residenziali, non totalizzanti, finalizzate alla piena integrazione sociale.

Fra le criticità più evidenti nella nostra Regione in tema di salute mentale, oltre al già citato tasso di dimissioni ospedaliere di pazienti affetti da disturbi psichici, si segnalano principalmente:

- una risposta quasi esclusivamente di tipo sanitario con eccessivo ricorso ad una residenzialità psichiatrica, produttiva di nuove criticità, al punto di ritenere che non sia stato ancora superato il modello custodialistico rappresentato dagli ex ospedali psichiatrici;
- la mancata attuazione del processo di riorganizzazione dei servizi secondo il modello dipartimentale a centralità territoriale (CSM) in costante e forte interazione con il Distretto Sanitario di Base e l'Ambito Territoriale Sociale, come già previsto dal precedente Piano Sanitario Regionale;
- la non piena applicazione del progetto obiettivo nazionale sulla tutela della salute mentale il quale precisa quali devono essere le strutture di servizi definendone gli standard di funzionamento ed avviando la priorità a promuovere pratiche e politiche di impulso a programmi ed interventi centrati sulla comunità. Il cambiamento dei luoghi e dei metodi della cura, spostando l'attenzione dalla malattia in sé alla totalità della persona, ai

suoi bisogni e diritti, alle sue capacità, promuovendo cittadinanza, innalzando la qualità della vita, favorendo autonomia ed emancipazione.

In armonia con il progetto obiettivo nazionale della tutela della salute mentale e del Piano Sociale Regionale 2007-2009, le priorità da perseguire da parte degli Ambiti Territoriali Sociali concernono:

- la pianificazione di concerto con il Dipartimento di Salute Mentale ed il Centro di Salute Mentale territorialmente competente di un Programma territoriale sociosanitario sulla Salute Mentale, da approvare attraverso apposito accordo di programma, che ricomprenda al suo interno tutti gli interventi sociali e sanitari da attivare sul territorio per la definizione dei progetti riabilitativi sociosanitari individualizzati, centrati sulla persona e sui suoi bisogni;
- la pianificazione di interventi di prevenzione, terapia e riabilitazione dei disturbi mentali da parte del CSM territorialmente competente attraverso collegamenti funzionali fra strutture a carattere sanitario, servizi sociali ed Istituzioni a carattere educativo, scolastico e giudiziario;
- il coinvolgimento familiare (anche attraverso le Associazioni) nella predisposizione, diffusione e verifica dei progetti personalizzati;
- il rafforzamento della rete di interventi domiciliari, anche prevedendo percorsi di accoglienza ed accudimento rimodulati rispetto ai bisogni espressi e rilevati;
- la previsione di modalità di intervento integrati nelle situazioni di emergenza;
- l'attivazione di strumenti innovativi per la integrazione sociale e lavorativa, anche favorendo la nascita e lo sviluppo di cooperative sociali di tipo "B", superando barriere e pregiudizi che ancora oggi riducono le opportunità per utenti e familiari.

In ciascuna Azienda USL, il compito di contrastare i processi di ospedalizzazione inappropriata e di istituzionalizzazione e di pervenire al decentramento dei servizi nel territorio è affidato al Dipartimento di Salute Mentale (DSM).

Gli interventi rivolti alle persone con disagio psichico dovranno essere ricompresi all'interno del Piano territoriale che dovrà esplicitare anche le modalità di impiego nei progetti riabilitativi personalizzati.

Il C.S.M., predispone un progetto personalizzato di interventi redatto, in raccordo con il Servizio Sociale Professionale dell'Ambito Territoriale Sociale, sulla base di valutazioni multidimensionali, in modo da evidenziare la natura dei bisogni, la complessità e l'intensità degli interventi assistenziali di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale, la loro durata e i relativi costi.

Il progetto personalizzato è soggetto a verifica e valutazione da parte del gruppo di operatori che lo hanno redatto, e viene rimodulato in presenza di nuovi elementi o in caso di esiti diversi da quelli programmati.

Per quanto riguarda le priorità, gli obiettivi, le risorse e l'organizzazione territoriale sanitaria si rimanda al nuovo Piano Sanitario Regionale e/o al Progetto Obiettivo Regionale per la Salute Mentale che dovrà recepire gli interventi previsti all'interno del Piano Sociale Regionale 2007-2009 definendone le specificità di propria competenza.

4 – Coordinamento attività di monitoraggio delle disuguaglianze nella salute

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 richiama il tema dell'equità identificandolo tra i principi ispiratori del sistema, oltre l'universalità del servizio e la cooperazione *"I sistemi sanitari riflettono le disuguaglianze della nostra società, derivanti dalle diverse condizioni socio- economiche e, per converso, possono risultare strumento per il contrasto delle conseguenze sulla salute di tali diverse condizioni. Per questo è rilevante perseguire con maggiore incisività l'obiettivo dell'equità e dell'equilibrio nella disponibilità di risorse, in relazione ai bisogni di salute dei differenti contesti sociali"*.

Il PSN sviluppa il tema dell'equità in relazione alla garanzia di accessibilità ai servizi e ad un'adeguata appropriatezza di utilizzo degli stessi. Il contrasto/superamento delle disuguaglianze viene inserito tra gli obiettivi triennali di maggiore garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza: infatti a tale proposito, oltre alle diversità di tipo economico sociale e demografico legate al territorio, vengono richiamati alcuni aspetti che ostacolano l'uniformità di fruizione dei LEA (distribuzione dei servizi sul territorio e delle prestazioni specialistiche, onerosità della quota di partecipazione, liste di attesa).

Tali indicazioni connotano l'importanza degli strumenti di studio e monitoraggio sulle disuguaglianze nella salute.

Si prevede a tal fine l'istituzione, all'interno dell'ASR-Abruzzo, di un Osservatorio sulle Disuguaglianze nella Salute che, operando in stretta connessione con l'Osservatorio delle Politiche Sociali, persegua le seguenti finalità:

- Elaborazione di metodologie e strumenti per la rilevazione periodica (flussi informativi, dati, indicatori, report) di dati sul fenomeno delle disuguaglianze nella salute nei diversi macrolivelli assistenziali.
- Elaborazione di metodologie e strumenti epidemiologico- statistici e loro sperimentazione per lo studio delle disuguaglianze: nella salute, nell'accesso ai servizi; nella qualità delle prestazioni, nell'efficacia e nell'utilizzo delle risorse

L'osservatorio delle disuguaglianze nella salute opererà anche assicurando il contatto con l'osservatorio sociale regionale (OSR) e il progressivo coordinamento dei rispettivi programmi di attività.

5 - Sperimentazioni

E' opportuno consolidare le sperimentazioni in atto a livello regionale in materia di integrazione sociosanitaria, valorizzandone gli aspetti innovativi.

Tra i principali risultati delle sperimentazioni attuate, risultati utilizzati nell'impianto del presente piano, sono da ricordare:

- Il coinvolgimento dei medici di medicina generale

- La formazione del personale sanitario e sociale coinvolto nei percorsi di sperimentazione. La formazione è stata finalizzata a garantire le nuove competenze e gli strumenti clinici, progettuali e valutativi necessari per l'introduzione delle nuove soluzioni proposte (modello di sperimentazione)
- La messa a disposizione di strumenti tecnici per la valutazione preliminare e successiva di efficacia. Tra gli strumenti di ricerca utilizzati dagli operatori abruzzesi coinvolti sono da ricordare:
 1. per la valutazione multidimensionale: metodologia S- P con schema polare
 2. per la classificazione per livello di intensità del bisogno: indice BV
 3. per la valutazione del carico assistenziale: ICA (indice di copertura assistenziale)
 4. per il coinvolgimento della rete formale e informale: LDP (livello di protezione nello spazio di vita)
 5. per la valutazione di efficacia (outcome): schema polare (SP) con evidenza di outcome assoluto (confronto mappe) e relativo (indici di efficacia)
 6. il coinvolgimento delle persone utenti e dei familiari: indice di responsabilizzazione (SDR)
 7. la valutazione dei livelli di assistenza sociosanitari domiciliari (indici tripolari ISL)

III.4. L'intersectorialità e la rete dei servizi

Il Piano sociale regionale 2007-2009 non è solo strumento per il funzionamento dei servizi e degli interventi sociali. Il terzo Piano sociale dell'Abruzzo si connota anche come **piano della sostenibilità e dello sviluppo sociale**. Questa scelta strategica di sistema si fonda su una nuova visione della *governance* sociale, basata sulla multidimensionalità dei bisogni sociali e sulle risposte intersectoriali da parte delle amministrazioni e dei servizi.

Le politiche di welfare, come si è già affermato, sono intersectoriali e abbracciano diversi sistemi: l'educazione e la formazione, l'alloggio, il lavoro, la salute, l'ambiente, l'urbanistica, lo sviluppo economico, la cultura, etc..

Oggi occorre lavorare di più e meglio per realizzare non solo una migliore coerenza fra le diverse politiche regionali e locali della sfera sociale, ma anche una più efficace sinergia fra le misure adottate in ciascun settore per il raggiungimento di obiettivi di politica sociale condivisi.

A livello regionale, oltre all'integrazione socio-sanitaria, deve essere perseguita anche l'integrazione delle politiche sociali con le politiche per la formazione ed il lavoro, con le politiche della casa e dei lavori pubblici, con le politiche di sviluppo regionale finanziate dai fondi strutturali, con le politiche

ambientali ed urbanistiche, con le politiche per lo sviluppo delle aree interne, rurali e montane e quelle per i trasporti e la mobilità.

Anche a livello provinciale e di ambito sociale occorrerà rafforzare l'intersectorialità delle politiche sociali. Già **il Gruppo di Piano dovrà necessariamente prevedere al suo interno componenti delegati dei diversi assessorati e settori dei Comuni, delle Comunità Montane, delle Unioni di Comuni** (ad esempio, assessorati alla pubblica istruzione, cultura, sport, urbanistica, trasporti, lavoro, politiche comunitarie, etc.), coordinati dal settore delle politiche sociali.

Oggi gli strumenti di pianificazione locale giocano un ruolo fondamentale per lo sviluppo e la sostenibilità sociale: i Piani regolatori possono disegnare un ambiente urbano più inclusivo ed accessibile, i Piani urbani del traffico possono facilitare la mobilità e l'accessibilità ai servizi, i Piani territoriali degli orari (di cui alla L.R. 40/2005, che si auspica saranno sempre più diffusi in Abruzzo) consentono una migliore conciliazione dei tempi del lavoro con quelli della vita, i Piani delle opere pubbliche possono contribuire all'individuazione di nuove infrastrutture sociali, i progetti europei e di sviluppo locale possono concorrere all'innovazione gestionale, e si potrebbe ancora continuare. E' da rilevare come, in alcuni comuni italiani, si stia oggi lavorando ai Piani dei servizi, che ricomprendono e riorganizzano funzionalmente la rete dei servizi resi dall'ente locale alla comunità.

E' chiaro, quindi, che i Piani di zona debbono essere in grado di favorire una significativa interconnessione fra questi strumenti di pianificazione locale e/o di finanziamento per realizzare una migliore sostenibilità sociale del territorio e dare più coerenza alle politiche di sviluppo locale.

Azioni di Piano per l'intersectorialità

1 - Tavolo del welfare regionale

Istituzione, entro il primo anno di attuazione del Piano sociale, di un **tavolo regionale inter-assessorile del welfare**, coordinato dall'assessore alle politiche sociali, al fine di creare una forte integrazione degli strumenti di pianificazione che impattano sulla società abruzzese. L'obiettivo è quello di redigere, entro il triennio di attuazione del Piano, **un'agenda sociale regionale**, approvata dalla Giunta regionale, che contenga direttive generali per coordinare le misure di politica sociale nei settori economico, occupazionale, alloggiativo, educativo e formativo, ambientale, mobilità, di competenza dei diversi settori della Giunta Regionale.

2 - Intersectorialità del Piano di zona

Previsione, nello schema di riferimento del Piano di zona, **della nuova sezione dedicata all'intersectorialità**, nella quale sarà inserito un **documento di direttive** elaborato dal Gruppo di Piano e che dovrà indicare soggetti, azioni e strumenti per lo sviluppo delle prassi di lavoro integrato ed intersectoriale.

3 - Ricerca azione preliminare al riordino delle IPAB per la costituzione delle Aziende Pubbliche di servizio alla persona (A.P.S.)

Nell'ambito delle attività di studio ed analisi finalizzate alla definizione del nuovo quadro di riferimento normativo per le politiche sociali in Abruzzo, particolare

attenzione sarà dedicata al riordino delle IPAB, nel rispetto delle indicazioni contenute nella legge n. 328/2000 e nel decreto legislativo n. 207/2001.

Saranno approfondite con un'apposita ricerca-azione – tra l'altro – le condizioni per assicurare il pieno inserimento delle IPAB nel sistema dei servizi, anche attraverso la promozione del ruolo di programmazione e di coprogettazione della rete dei servizi negli ambiti sociali territoriali.

III.5. I servizi di area vasta

Il ricorso al principio e ai metodi della intersettorialità, consente anche al sistema dei servizi nel suo complesso di affrontare meglio quelle situazioni che, per complessità intrinseca o per difficoltà operative e strutturali degli enti chiamati ad intervenire, richiedono risposte ampie e coordinate.

Sempre più spesso i problemi che incidono negativamente sul superamento degli squilibri territoriali nell'offerta dei servizi e sulle opportunità di sviluppo sociale, dipendono da esigenze o fenomeni che non possono essere adeguatamente affrontati a livello locale dal singolo comune o ambito territoriale. Si pensi, ad esempio, al funzionamento di strutture che necessitano di un bacino di utenza multizonale, all'impatto prodotto da ondate migratorie, alla gestione delle risposte di pronto intervento sociale per le emergenze personali e familiari.

In questi casi, il Piano sociale individua il possibile rimedio nei **servizi di area vasta**, che consistono in servizi o interventi organizzati per affrontare in modo unitario, con azioni concertate tra soggetti diversi, le problematiche che hanno rilevanza più ampia rispetto al singolo ambito territoriale.

Sono previste due distinte categorie di servizi di area vasta:

1. I servizi di area vasta individuati come risposta a bisogni espressi o rilevati a livello locale ed inseriti nei Piani di zona o in altri strumenti di intervento territoriale. Questi servizi sono programmati ed attuati con il concorso e il coordinamento della Provincia, nel rispetto degli indirizzi generali stabiliti dalla Giunta Regionale con apposito atto di indirizzo applicativo.
2. I servizi di area vasta individuati dal Piano sociale regionale per l'attivazione o il potenziamento di risposte con ampia valenza territoriale, coordinate direttamente dalla Regione con il concorso degli altri soggetti pubblici e privati da coinvolgere in relazione alla natura dei bisogni da fronteggiare. Questi servizi sono attuati con lo strumento delle "azioni di Piano", come di seguito specificato, e possono anche essere inseriti nei Piani di zona o in altri strumenti di intervento territoriale.

La scelta delle specifiche azioni di Piano finalizzate alla realizzazione dei servizi di area vasta di cui al precedente punto n. 2, deriva dalla analisi dei bisogni effettuata a livello regionale e dalle scelte strategiche che chiariscono e definiscono l'orientamento generale del Piano sociale.

Azioni di Piano per i servizi di area vasta

1 - Pronto intervento sociale

Il servizio di pronto intervento sociale è destinato a fronteggiare, con risposte di tipo temporaneo, situazioni di emergenza personali o familiari, riguardanti i bisogni di persone in grave difficoltà, prima della presa in carico da parte del servizio competente.

Il pronto intervento sociale è realizzato in conformità alle indicazioni contenute nel Documento di Linee Guida allegato al Piano sociale ed è attuato con l'intesa e la collaborazione fra le Province e gli ambiti territoriali sociali, sotto il coordinamento regionale, anche con il coinvolgimento del *call center* regionale.

La rete dei servizi di pronto intervento sociale è organizzata direttamente dalle Province e si avvale anche di convenzionamento con soggetti pubblici e privati in grado di fornire risposte immediate e appropriate alle situazioni di emergenza. Gli ambiti che dispongono già di una rete organizzata di risposte di pronto intervento sociale, concordano con la provincia di riferimento le opportune modalità di collegamento, collaborazione e utilizzo della rete provinciale.

2 - Lotta alla povertà

Attuazione programmi di intervento a livello regionale contro la vulnerabilità delle famiglie dovuta alla povertà, consistenti in azioni diversificate di sostegno al reddito, consumo responsabile, politiche abitative favorevoli, accompagnamento ai servizi sanitari, anche attraverso forme appropriate di informazione preventiva. Tra le diverse azioni, sono previste anche quelle finalizzate al sostegno ed utilizzo dei programmi dell'*ultimo minuto* (progetti last minute market).

3 - Sostegno alle residenzialità specifiche

L'esigenza di provvedere ad assicurare risposte di tipo residenziale a specifici bisogni, è fondata su una lettura approfondita e aggiornata delle esigenze che si manifestano sul territorio regionale. L'esito di apposite indagini di settore, consentirà alla Giunta Regionale di strutturare e attuare azioni di sostegno, riconversione o realizzazione di strutture per residenzialità specifiche, reperendo e utilizzando le risorse finanziarie destinate ad interventi strutturali.

4 - Qualificazione del ruolo del "Garante dell'infanzia"

Interventi per la promozione e la qualificazione del ruolo del "Garante dell'infanzia" a livello regionale, incentivando il servizio istituito in attuazione della legge regionale n. 46 del 1988 ed affidato al Comitato Italiano per l'UNICEF – Delegazione regionale abruzzese, attraverso la promozione di una proposta condivisa di una nuova iniziativa legislativa.

5 - Sostegno al servizio "Equipe adozioni"

Il funzionamento del servizio "Equipe adozioni e affido" è disciplinato dal "Protocollo operativo e metodologico per gli interventi di servizio sociale e di psicologia territoriale per gli adempimenti relativi alle procedure di adozione internazionale e nazionale" (D.G.R. n. 72/2004).

Il servizio è attuato dalle *équipes* istituite con la deliberazione del Consiglio Regionale 44/12 del 3 agosto 2001 e successive modificazioni, sotto il coordinamento regionale. Esso è finalizzato ad informare, preparare e accompagnare le coppie aspiranti all'adozione o all'affido ed a garantire tutti gli adempimenti connessi con le procedure relative, previsti dalle disposizioni vigenti.

III.6. Gli interventi diretti regionali

Gli interventi diretti, oltre a rappresentare la risposta all'esigenza di effettuare attività strumentali rispetto alle funzioni più propriamente regionali, trovano anche giustificazione in caso di problematiche di carattere eccezionale, per le quali è opportuno il coinvolgimento della Regione, ovvero quando si rende necessario un intervento diretto per la straordinarietà oggettiva degli eventi e delle situazioni di riferimento che possono incidere, direttamente o indirettamente, sul sistema regionale dei servizi.

Nel dettaglio, e in analogia con quanto già stabilito dal precedente Piano sociale, gli interventi diretti regionali consistono in:

- attuazione diretta o sostegno a progetti-obiettivo ritenuti prioritari per la programmazione e migliore funzionamento del sistema dei servizi;
- cofinanziamento di progetti nazionali o comunitari, anche elaborati e proposti da altri soggetti pubblici e organizzazioni del terzo settore;
- attività di comunicazione sociale a livello regionale, finalizzata – in particolare – a migliorare l'accesso al sistema dei servizi sociali, la partecipazione e la promozione della cittadinanza attiva;
- azioni di promozione e supporto dei soggetti, pubblici e privati, operanti nell'ambito del sistema regionale dei servizi e degli interventi sociali (sperimentazione, ricerca, aggiornamento, ...);
- interventi eccezionali, caratterizzati dalla straordinarietà oggettiva degli eventi e delle problematiche di riferimento.

Gli interventi diretti regionali sono individuati e programmati annualmente dalla Giunta Regionale con apposito atto di indirizzo applicativo e sono attuati con l'impiego delle risorse provenienti dalla quota del Fondo sociale regionale appositamente stanziata, secondo quanto stabilito dal successivo capitolo VI.

Pagina bianca

IV. LA PROGRAMMAZIONE LOCALE

IV.1. Principi generali della programmazione locale

L'art. 6 della legge quadro 328/2000 stabilisce i principi fondamentali per la programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali, individuandoli in:

- **coordinamento ed integrazione** con gli interventi sanitari e dell'istruzione, nonché con le politiche attive di formazione, di avviamento e reinserimento al lavoro;
- **concertazione e cooperazione** tra i diversi livelli istituzionali, tra questi e gli altri soggetti sociali e del terzo settore, che partecipano con proprie risorse alla realizzazione della rete, le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale, nonché le Aziende USL per le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, comprese nei livelli essenziali del Sistema Sanitario Nazionale.

Se l'obiettivo prioritario del piano sociale regionale è quello di promuovere e far crescere un sistema capace di intervenire sul piano culturale, istituzionale e organizzativo, creando un sistema di welfare che sostenga lo sviluppo delle comunità locali e il benessere dei propri cittadini, alla programmazione locale – nella piena applicazione del principio di sussidiarietà – viene attribuito un ruolo fondamentale per dare risposte ai problemi delle persone, delle famiglie e ridurre le disuguaglianze nell'accesso alla rete dei servizi che penalizzano soprattutto le persone più deboli.

A tal fine, nella definizione dei piani di zona e degli altri strumenti di programmazione locale (quali ad esempio il piano della famiglia, ai sensi della L.R. 95/1995 ed il piano per l'immigrazione, ai sensi della L.R. 46/2004) dovrà essere posta particolare attenzione – pur nel rispetto degli obiettivi e delle strategie individuate dal Piano Sociale Regionale – nell'ottimizzare le risorse disponibili (stimolando l'attivazione di tutte le opportunità della comunità locale), evitare gli sprechi e le duplicazioni degli interventi, riequilibrare le risposte a livello territoriale (creando una rete di servizi ed interventi flessibili), garantire livelli essenziali e uniformi di assistenza anche nelle aree svantaggiate.

Per assolvere pienamente alla funzione programmatica che gli compete, l'ambito sociale territoriale, oltre a saper progettare e realizzare gli interventi sociali, deve essere in grado di conoscere il proprio territorio, i cambiamenti in atto e le prospettive future, deve, altresì, essere capace di coordinare le risorse pubbliche e private esistenti nel territorio di competenza ed, infine, saper valutare i risultati per verificare la programmazione attuata.

Per la piena attuazione di tale funzione, l'ente di ambito sociale deve disporre di adeguate risorse finanziarie e organizzative, ma deve necessariamente adottare anche strategie che favoriscano e sviluppino la partecipazione dei cittadini, attivare la concertazione e il coordinamento con tutti i soggetti pubblici e privati, con il terzo settore e il volontariato, relazionarsi periodicamente con l'Organo politico rappresentativo, prevedere iniziative di formazione e aggiornamento del personale, dotarsi di una dirigenza preparata e motivata.

L'art. 19 della legge 328/2000 individua nel piano di zona lo strumento unitario di programmazione locale finalizzato a permettere il passaggio da una cultura "assistenziale" ad **una cultura che pone al centro dell'attenzione la persona**, intorno alla quale costruire la rete dei servizi.

La piena attuazione del sistema di welfare disegnato dal Piano Sociale Regionale è affidata, infatti, ai piani di zona, considerati il più importante strumento di programmazione locale per mezzo del quale:

- si integrano gli interventi e le politiche sociali, mettendo insieme per la prima volta la programmazione di base già sperimentata con i due precedenti piani sociali con quella finora considerata in modo autonomo e separato, in quanto supportata da specifiche fonti di finanziamento (fondi ex L. 285/1997 per l'infanzia e l'adolescenza, fondi ex L. 162/1998 per i disabili gravi ed altri fondi provenienti dal Fondo Nazionale per le Politiche Sociali) o da risorse locali e comunitarie;
- si consolida la programmazione a livello di ambito sociale territoriale, grazie alle maggiori risorse destinate agli interventi frutto di programmazione;
- si programmano in modo congiunto con i Distretti Sanitari di Base gli interventi socio-sanitari, nell'ottica dell'integrazione operativa a livello territoriale.

IV.2. Indirizzi per la definizione del profilo sociale locale e degli obiettivi

La prima sezione dei Piani di zona è dedicata all'analisi del contesto sociale, dei bisogni e delle risorse. L'insieme di questa sezione rappresenta il **profilo sociale locale**, una definizione più complessa della sola analisi dei bisogni.

L'analisi dei bisogni è una metodologia utilizzata nella pianificazione degli interventi, volta a fotografare la situazione di partenza e a valutare i bisogni cui dare una risposta. La cosiddetta "analisi dei bisogni" non deve trarre in inganno: non può essere considerata soltanto una ricerca svolta con criteri scientifici, ma va inquadrata come **processo valutativo** di una situazione di partenza.

Questi presupposti possono rappresentare uno scarto importante, perché non limitano la fase di rilevazione dei bisogni ad un puro processo di conoscenza, che è alla base della decisione (il piano, il progetto) e successivamente della prestazione (il servizio), ma la allargano ad un complesso sistema di valutazione del bisogno, che utilizza un insieme di dati e di informazioni sociali (gli indicatori) a scopi valutativi.

L'analisi dei bisogni è stata anche definita come la metodologia in grado di realizzare un "social profile": il profilo sociale è un insieme comprensivo di tutte le caratteristiche-chiave di una popolazione, di una comunità e di un'area. Altro nodo chiave dell'analisi dei bisogni è la **partecipazione**, un principio che occorre riuscire ad implementare in uno schema di lavoro, atto a produrre un impatto sociale di efficacia per rispondere ai bisogni.

Il profilo sociale locale deve, dunque, ricomprendere la **valutazione dei bisogni**, ma deve saper lanciare anche un ponte verso la programmazione, per non restare confinata in un ambito di ricerca pura. Questo ponte è rappresentato dalla **valutazione di impatto sociale** (*social impact assessment*, abbreviato in SIA, ed in italiano in VIS), che ricomprende una serie di tecniche atte a testare preventivamente se la risposta in termini di decisione-azione sia congruente a raggiungere e soddisfare il bisogno.

Queste modalità di analisi rappresentano un'innovazione significativa, in grado di riagganciare la rilevazione e l'indagine sui bisogni alla programmazione, da cui spesso rischia di restare isolata. Si tratterà adesso di illustrare il quadro operativo da seguire per l'elaborazione del profilo sociale locale.

La valutazione dei bisogni (*needs assessment*) è di solito basata su rigorosi criteri scientifici. A tale scopo le istituzioni internazionali, nazionali e regionali hanno elaborato dei comuni strumenti di rilevazione ed analisi, raggiungendo importanti accordi su indicatori omogenei al fine di poter misurare meglio le differenze e le analogie sociali fra i diversi territori e per elaborare politiche in grado di colmare i gap evidenziati dagli **indicatori comparativi**.

Anche la Regione Abruzzo, con il presente Piano (si veda il paragrafo II.3) ha definito un proprio set di indicatori sociali che consentono l'analisi e la comparazione. La scelta degli indicatori comporta già un giudizio, una valutazione: l'indicatore ha l'evidente vantaggio di circoscrivere un fenomeno sociale e di misurarlo secondo scale e livelli differenti, ma ha anche il limite di fornire una informazione selettiva che tiene conto di un solo aspetto. Per questo il set di indicatori comporta una molteplicità di indicatori in grado di rinviarci le caratteristiche fondanti di un contesto sociale e di una collettività con tutte le sue sfaccettature, rendendola **comparabile** con altre.

Il **profilo sociale** indica le caratteristiche peculiari di una data comunità e società di persone. Dal profilo sociale noi dovremmo essere in grado di comprendere le peculiarità, cioè il perché un determinato ambito territoriale sia diverso dagli altri.

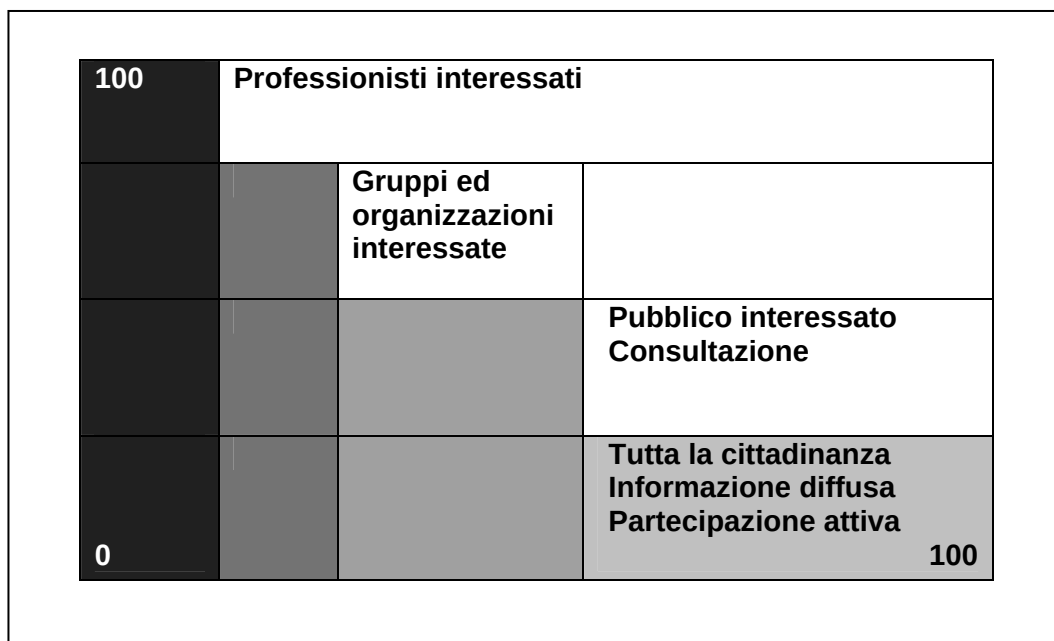
Il profilo sociale può realizzarsi attraverso l'assemblaggio del set di **indicatori comparativi di contesto** di cui al § II.3, che consentono di esaminare le variabili territoriali, la loro misurazione, la loro riduzione in unità sociali significative. A questi indicatori occorrerà fare riferimento per l'elaborazione del profilo sociale locale. Oggi disponiamo di una massa enorme di dati statistici, che rischiano di generare una grande confusione nell'analisi, come è accaduto talvolta in passato con analisi dei bisogni iperprolifiche, ma del tutto sganciate dalla programmazione. Il profilo sociale deve essere, invece, **sintetico**, offrendo le coordinate di contesto attraverso gli indicatori basati sull'evidenza.

Altra dimensione del profilo sociale è la raccolta dei dati basati sulle interviste dirette ai cittadini (*bisogni percepiti* e *bisogni espressi*, tuttavia non sempre coincidenti con i *bisogni effettivi* e dei *bisogni comparativi* che andranno attentamente recuperati da un'analisi competente) che di quella comunità fanno parte (elaborazione partecipata del profilo sociale). La sperimentazione in corso nella Regione sulla domanda sociale nei Segretariati appare come una delle possibili fonti di dati per gli ambiti, restituiti direttamente dal bisogno manifestato dal cittadino. Un altro strumento partecipativo per l'elaborazione del profilo è il **workshop di pianificazione** (planning workshop), che già la Regione ha sperimentato, in parte, con i Forum collegati all'elaborazione del Patto e della Carta per la Cittadinanza Sociale. I workshop di pianificazione sono i luoghi dove i Gruppi di Piano si aprono ai cittadini, e conducono, attraverso opportune simulazioni, ad elaborare soluzioni rispetto ai bisogni manifestati. Spesso questi spazi partecipativi possono essere formalizzati, ad esempio, attraverso un Comitato di Vigilanza o di Garanzia del Cittadino per tenere sotto controllo l'aggancio dei piani e delle politiche al profilo sociale.

Nella figura seguente è stata esemplificata una *matrice di partecipazione pubblica*, rappresentata tramite una scala di intensità della partecipazione. Ad oggi il livello abruzzese nei processi partecipativi alle politiche sociali si segnala

fra il primo ed il secondo livello (partecipazione dei professionisti e dei gruppi interessati: si ricordi, ad esempio, la struttura dei precedenti gruppi di piano). La strategia del profilo sociale deve essere in grado di far compiere un ulteriore salto ai livelli successivi.

Figura 5 - Scala di intensità della partecipazione alla pianificazione



La **valutazione di impatto sociale (VIS)** cerca di predire e di valutare gli effetti sociali di una politica, di un programma o di un progetto quando esso è ancora nella fase di pianificazione, attraverso, ad esempio, ricerche anticipatorie e previsioni sociali.

E' chiaro, dunque, che, per chiudere il ciclo dell'analisi dei bisogni, il piano di zona dei servizi sociali debba essere ispirato nelle scelte e nelle decisioni da una coerente valutazione di impatto sociale dei progetti e dei servizi che lo compongono.

Ad oggi, solitamente, un'azione si articola in obiettivi ed in risultati attesi, che sono tuttavia esiti di intuizioni o di stime sommarie, senza che vi sia alla base una tecnica ed una metodica precisa. La valutazione di impatto sociale può rappresentare questa metodica, tuttavia molto complessa, ma non per questo impossibile da attuare con progressione.

Il processo di valutazione dell'impatto sociale si articola in almeno sei step:

1. profilo sociale;
2. stima/proiezione "senza il progetto": previsioni di quali cambiamenti accadrebbero se il progetto non venisse realizzato, ad esempio quali trend aumenterebbero, etc.; questa stima può essere fotografata tramite gli indicatori di contesto che si intende modificare con gli indicatori di *performances*;
3. stima/proiezione con il progetto: quali sono gli esiti che ci si attende a medio e lungo termine in termini di modificazione degli indicatori di contesto;
4. identificazione degli impatti significativi: impatti iniziali difficili; impatti successivi più elusivi; previsione dei rischi;

5. descrizione ed illustrazione: presentare i risultati ottenuti ed i dati raccolti; la presentazione potrebbe essere più qualitativa che quantitativa;
6. valutare insieme ai cittadini: implica associare valori e assegnare pesi alle alternative ed ai loro effetti.

E' indubbio che una buona valutazione dell'impatto sociale di un piano, prima della sua approvazione, appare una strategia efficace per riagganciare i programmi ai bisogni, passando da una visione lineare (bisogno --- > servizio) ad una visione ciclica (bisogno --> obiettivi --- > servizio --- > impatto). Uno schema logico così delineato trova nella VIS una fase fondamentale anche di valutazione a lungo termine degli effetti della politica sociale stessa a livello locale.

Il profilo sociale per il Piano di zona

La costruzione del profilo sociale e la definizione degli obiettivi per i Piani di zona può essere così sintetizzata:

1. Definizione del percorso e del cronoprogramma per la redazione del Profilo sociale da parte del Gruppo di Piano;
2. Raccolta dei dati relativi agli indicatori di contesto e agli indicatori di impatto (indicatori di *performance*) dei servizi nel precedente triennio per comune e per ambito, prima dell'avvio del Piano (possono essere utilizzati i dati dell'Osservatorio sociale regionale del modello OSR01 – serie storica dal 2001 al 2005 - ed i dati ISTAT);
3. Ricerca locale sui bisogni percepiti ed i bisogni espressi dai cittadini dell'ambito (a tal fine possono essere anche utilizzati i dati sulla domanda rilevati dal sistema informativo del segretariato sociale per gli ambiti che hanno partecipato alla sperimentazione) e confronto con i bisogni effettivi-funzionali e quelli comparati;
4. Consultazioni pubbliche del Gruppo di Piano con le organizzazioni sindacali, imprenditoriali e datoriali, le organizzazioni del volontariato e del terzo settore, le associazioni di famiglie e dei consumatori, le organizzazioni delle professioni sociali, le istituzioni scolastiche, per l'analisi partecipata del profilo sociale e la definizione degli obiettivi, tarati su quelli regionali;
5. Forum pubblici con i cittadini, ai quali sono chiamati a partecipare gli amministratori, per la valutazione partecipata dei risultati del precedente Piano, l'emersione dei bisogni ancora insoddisfatti, l'analisi partecipata del profilo sociale, la condivisione degli obiettivi; ipotesi di costituzione del Comitato di Garanzia del Cittadino fra i cittadini partecipanti ai forum; per le modalità di organizzazione e svolgimento dei Forum possono essere mutate le indicazioni fornite dalla Regione per la redazione della Carta per la Cittadinanza sociale;
6. Stesura del profilo sociale, definizione degli obiettivi e valutazione di impatto sociale degli obiettivi definiti nel Piano.

IV.3. Il Piano di zona dei servizi sociali

IV.3.1. Definizione

L'art. 19 della Legge quadro 328/2000, già citato in precedenza, stabilisce che *"I Comuni associati negli ambiti territoriali..., d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, provvedono, nell'ambito delle risorse disponibili...per gli interventi sociali e socio-sanitari, secondo le indicazioni del piano regionale..., a definire il piano di zona che individua:*

- a) gli obiettivi strategici e le priorità d'intervento nonché gli strumenti e i mezzi per la relativa realizzazione;*
- b) le modalità organizzative dei servizi, le risorse finanziarie, strutturali e professionali, i requisiti di qualità....,*
- c) le forme di rilevazione dei dati nell'ambito del sistema informativo...;*
- d) le modalità per garantire l'integrazione tra servizi e prestazioni,*
- e) le modalità per garantire il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali, con particolare riferimento all'amministrazione penitenziaria e della giustizia;*
- f) le modalità per la collaborazione dei servizi territoriali con i soggetti operanti nell'ambito della solidarietà sociale a livello locale e con le altre risorse della comunità;*
- g) le forme di concertazione con l'azienda unità sanitaria locale e con i soggetti [del terzo settore]"*.

Il piano di zona dei servizi sociali è, pertanto, lo **strumento di programmazione strategica** per la gestione unitaria dei servizi alla persona e attua, a livello locale, le scelte e gli obiettivi di politica sociale previsti dal Piano Sociale Regionale. Esso è finalizzato a:

- progettare e realizzare il sistema integrato di interventi e servizi sociali a livello locale, con il coinvolgimento della comunità locale;
- dare risposte ai bisogni emergenti dal territorio, costruendo il profilo sociale locale, definendo obiettivi coerenti con le indicazioni del piano sociale regionale e prevedendo la valutazione di impatto sociale del piano di zona;
- qualificare la spesa per la realizzazione del piano, mobilitando, attivando e coordinando le risorse, pubbliche e private, disponibili sul territorio;
- definire, in materia di integrazione sociosanitaria, la ripartizione della spesa a carico di ciascun soggetto coinvolto nelle azioni programmate;
- prevedere iniziative di formazione e aggiornamento del personale coinvolto nel sistema dei servizi.

L'efficacia del piano di zona è strettamente legata all'**adozione di specifiche strategie**:

- attivare modalità per favorire e sviluppare la partecipazione attiva dei cittadini e il coinvolgimento dei soggetti sociali rappresentativi della comunità locale (predeterminando indirizzi e criteri di scelta dei soggetti da coinvolgere), oltre che di divulgazione, nei loro confronti, delle iniziative legate alla fase di formazione e di valutazione del piano di zona;
- conoscere il territorio di riferimento, i cambiamenti in atto e le prospettive future per focalizzare l'attenzione sui bisogni dei cittadini e della comunità locale e sulle condizioni per rendere esigibili i diritti sociali. La scelta degli obiettivi specifici del piano di zona, tenuto conto delle aree prioritarie

d'intervento individuate dal Piano Sociale Regionale, deve partire dai bisogni della collettività locale e dalla valorizzazione delle risorse del territorio di riferimento, piuttosto che della rete dei servizi esistenti;

- valutare i risultati e verificare la programmazione attuata, definendo un processo valutativo che trovi una logica sequenza nel profilo sociale locale e nel rapporto valutativo annuale del piano di zona;
- definire esplicitamente il sistema delle responsabilità, stabilendo le modalità di gestione unitaria delle risorse, non solo finanziarie, provenienti dai Comuni e dai diversi enti ed organismi che concorrono alla formazione ed attuazione del piano di zona ed individuando nell'Ufficio di Piano il soggetto referente per l'attuazione del piano medesimo.

IV.3.2. Gli attori

Gli ambiti sociali territoriali in cui è suddiviso il territorio abruzzese, così come individuati espressamente dal Consiglio Regionale, sono rappresentati dall'**Ente di Ambito Sociale (EAS)**.

Negli ambiti sociali formati da un solo Comune, l'EAS coincide con il Comune stesso, mentre, in quelli formati da più Comuni, la forma associativa, con l'individuazione dell'EAS, deve essere formalmente deliberata dai Consigli Comunali di tutti i Comuni appartenenti all'Ambito sociale, nel rispetto di quanto stabilito dal T.U.E.L. n. 267 del 2000.

L'individuazione dell'EAS, comunque, non è direttamente collegata al periodo di durata del Piano Sociale Regionale, in quanto attiene alla definizione dell'assetto organizzativo generale e territoriale dell'ambito sociale di riferimento. Per questo motivo, l'EAS, formalmente individuato con provvedimenti dei Consigli dei Comuni di appartenenza, in assenza di modifiche territoriali o di specifiche esigenze locali, mantiene tale investitura per periodi non connessi alla durata di un piano sociale regionale.

In attuazione del presente Piano Sociale, pertanto, non è necessario provvedere a una nuova individuazione dell'EAS, né a riconferma dello stesso, se non in conseguenza di modifiche dei confini territoriali dell'ambito, effettuate con provvedimenti del Consiglio Regionale o per scelta dei Comuni interessati, in conseguenza di specifiche esigenze locali.

Nel processo di predisposizione e di successiva attuazione del piano di zona, particolare importanza ha il ruolo dell'EAS, in quanto soggetto istituzionale che rappresenta l'ambito sociale e che esercita la funzione amministrativa in materia sociale, assicurando la regia dei processi istituzionali di competenza dell'ambito stesso, anche attraverso l'Ufficio di Piano.

Per ciò che attiene, in particolare, alla formazione e attuazione del piano di zona, l'EAS riceve i finanziamenti regionali e statali di competenza dell'intero ambito sociale e ne è responsabile, anche politicamente.

La responsabilità delle scelte politiche e programmatiche è, invece, affidata al **Sindaco** o alla **Sindaca** e, negli ambiti sociali formati da più Comuni, alla **Conferenza dei Sindaci**, cui spettano, in particolare i compiti di:

- avviare il processo programmatico per la predisposizione del piano di zona. La responsabilità di avviare tale processo spetta al Sindaco e, negli Ambiti formati da più Comuni, al Referente della Conferenza dei Sindaci, ovvero, in caso di inerzia, al Sindaco del Comune di maggior dimensione demografica dell'Ambito;

- promuovere e curare la formazione del piano di zona ed, in particolare, stabilire:
 - a. tempi, modalità e procedure per il coordinamento istituzionale sulle linee di indirizzo del piano di zona;
 - b. modalità per la concertazione da concludere, specialmente per ciò che attiene ai rapporti con le organizzazioni sindacali di categoria, con un *accordo formale di concertazione*, debitamente sottoscritto;
 - c. modalità specifiche di consultazione e di coinvolgimento dei soggetti e delle organizzazioni del terzo settore di cui all'art. 1, comma 4, della legge 328/2000, nel rispetto delle disposizioni statali e regionali emanate in materia (per quanto attiene alla partecipazione delle cooperative sociali radicate nel territorio, le stesse possono esprimerla in via diretta o tramite le proprie organizzazioni rappresentative);
- nominare il gruppo di piano;
- approvare il profilo sociale locale, secondo quanto previsto nel precedente Paragrafo IV.2;
- individuare le priorità d'intervento e definire le risorse utilizzabili;
- definire l'accordo di programma per l'approvazione formale del piano di zona e per le successive, eventuali modifiche;
- approvare, per quanto di competenza, le eventuali rimodulazioni finanziarie del quadro economico del piano di zona, le rendicontazioni annuali e i rapporti valutativi annuali del piano di zona.

La Conferenza dei Sindaci, nella prima seduta per la formazione del nuovo piano di zona, provvede a stabilire le norme di procedura per le proprie riunioni ed attività (anche, in particolare, il numero legale per la validità delle riunioni) ed individua, al suo interno, nelle forme ritenute più opportune, il soggetto referente, il quale svolge le funzioni di coordinatore dei lavori.

Importanza strategica, nell'intero percorso, formativo e valutativo, del piano di zona riveste anche il **Gruppo di Piano**, strumento operativo del Sindaco o della Conferenza dei Sindaci, la cui durata è corrispondente a quella del piano di zona.

Esso, infatti, svolge compiti di grande importanza, compreso quello della stesura e valutazione del piano di zona e rappresenta, anche, lo strumento di partecipazione e coinvolgimento delle diverse realtà presenti nell'Ambito Sociale.

Nella fase di formazione del Piano di Zona, al Gruppo di Piano è affidato l'incarico di stesura del "profilo sociale locale", della definizione degli obiettivi, del documento di direttive per l'intersectorialità e della valutazione di impatto sociale degli obiettivi definiti nel Piano, seguendo gli indirizzi descritti nel precedente paragrafo, nonché quello della stesura complessiva del piano di zona.

Nel corso dell'attuazione del piano di zona, il Gruppo di Piano è coinvolto nelle fasi relative alla eventuale rimodulazione finanziaria annuale del piano e nella valutazione annuale degli obiettivi, collaborando con l'Ufficio di Piano alla stesura del Rapporto valutativo annuale.

Il Gruppo di Piano, in conseguenza degli esiti della valutazione annuale, potrà attivarsi per promuovere eventuali modifiche o integrazioni del piano di zona.

Del Gruppo di Piano fanno parte rappresentanti politici, tecnici e rappresentanti delle istituzioni pubbliche (comuni, comunità montane, province, Ministero della Giustizia, istituzioni scolastiche ed altre istituzioni statali, etc.) e della comunità locale nelle sue diverse espressioni (volontariato, cooperazione, comitati, associazioni di promozione sociale, ecc.) e almeno un rappresentante

dell'Azienda USL. In particolare, devono far parte del Gruppo di Piano gli assessori degli enti locali coinvolti (o loro delegati), referenti dei settori d'intervento chiamati a promuovere l'intersectorialità della rete dei servizi, così come previsto al Paragrafo III.4 del Piano sociale.

Il Gruppo di Piano, nella prima seduta, su indicazione della Conferenza dei Sindaci, approva il proprio regolamento di funzionamento (che può prevedere anche la formazione di sottogruppi per materia) e, in particolare, stabilisce il numero legale per la validità delle riunioni; è prevista, altresì, la nomina di un referente con i compiti di convocare le sedute, coordinare i lavori, redigere i verbali e i rapporti da inoltrare al Sindaco/Sindaca o alla Conferenza dei Sindaci circa l'andamento dei lavori.

I politici componenti del gruppo di piano garantiscono, inoltre, una costante informazione ai Sindaci e orientano le decisioni in ordine alla predisposizione della proposta del piano di zona e di, eventuali, rimodulazioni in itinere.

In relazione al Gruppo di Piano, il Sindaco/Sindaca o la Conferenza dei Sindaci provvedono a:

- definirne preliminarmente la composizione, garantendo la presenza dei rappresentanti suddetti, ma assicurando anche l'efficienza operativa dello stesso, non appesantendone inutilmente la struttura;
- acquisire, entro termini preventivamente stabiliti, le designazioni delle persone da nominare, assicurando una ampia divulgazione dell'iniziativa presso i soggetti istituzionali del territorio;
- nominare ufficialmente il gruppo di piano e definire i tempi e le modalità di funzionamento, tenendo conto delle fasi formative del piano di zona e delle successive fasi di valutazione, prevedendo almeno due riunioni annuali.

Lo strumento operativo per la traduzione dei piani di zona in concrete azioni sul territorio è rappresentato dall'**Ufficio di Piano**, strumento esecutivo tramite il quale l'EAS provvede all'attuazione del piano stesso.

Con tale modalità si avvia un modello organizzativo e di gestione dei servizi (diretta o mediante soggetti terzi) orientato ai risultati, tale da rendere possibile la gestione dei processi, con le relative fasi di controllo e di valutazione.

Le funzioni attribuite all'Ufficio di Piano, all'interno del livello di competenza amministrativo-gestionale che gli compete, consistono, principalmente, in:

- coordinamento delle attività e rapporti con Comuni ed altri soggetti coinvolti nell'attuazione del piano di zona;
- gestione dei servizi;
- predisposizione di bandi e gestione delle gare;
- amministrazione;
- rendicontazione;
- monitoraggio e valutazione;
- sistema informativo.

IV.3.3. Piano di Zona: contenuto e iter formativo

Il piano di zona dei servizi sociali, redatto dal Gruppo di Piano sullo schema allegato al piano sociale regionale, è articolato con riferimento ai seguenti contenuti:

- verifica dei risultati ottenuti con la precedente programmazione;
- obiettivi prioritari e indicazione dei LIVEAS;
- azioni per il raggiungimento dei diversi obiettivi e relativi tempi;
- indicatori di verifica;
- responsabilità necessarie per la loro attuazione;
- risorse finanziarie e relativo quadro finanziario, suddiviso per annualità.

Nella definizione degli obiettivi e dei risultati attesi è necessario dare precedenza alle aree espressamente indicate nel precedente capitolo del piano sociale regionale e, in ogni caso, vanno prioritariamente definite le condizioni per garantire i LIVEAS.

Al piano di zona deve essere allegato il profilo sociale locale, redatto in conformità a quanto stabilito al precedente paragrafo "indirizzi per la definizione del profilo sociale locale e degli obiettivi".

Il piano di zona, inoltre, deve definire i criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun Comune, dell'Azienda USL, degli altri soggetti partecipanti all'accordo di programma di approvazione del Piano.

Nei criteri di ripartizione devono essere indicate anche le risorse vincolate al raggiungimento di specifici progetti di intervento.

Il piano di zona, su iniziativa del Sindaco/Sindaca, o della Conferenza dei Sindaci, viene adottato con **accordo di programma**, previa deliberazione di approvazione da parte dei Consigli Comunali.

All'accordo partecipano, oltre ai soggetti pubblici (Comuni, Azienda USL, EAS, Comunità Montane, Province, Unioni di Comuni, Istituzioni statali, IPAB, etc.), e i soggetti del terzo settore di cui al quarto comma dell'art. 19, Legge 328/2000, che, attraverso specifiche forme di intesa, concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del Piano di Zona.

Ciascun soggetto sottoscrittore dell'accordo di programma è tenuto all'approvazione preliminare del piano di zona da parte degli organi competenti, nel rispetto del proprio specifico ordinamento, senza, tuttavia, che si configuri l'obbligo di trasmissione, alla Regione Abruzzo, dell'atto di approvazione.

L'EAS, trasmette, in originale, alla Regione Abruzzo, Direzione "Qualità della Vita", entro 120 giorni dalla pubblicazione del presente Piano Sociale, la seguente documentazione:

- lettera di trasmissione della documentazione contenente, per gli ambiti formati da più Comuni, anche l'indicazione dell'EAS attualmente in carica, nonché gli estremi delle deliberazioni con cui i Consigli Comunali dei Comuni appartenenti all'Ambito hanno proceduto all'individuazione dello stesso;
- profilo sociale locale sottoscritto dal Sindaco ovvero, in caso di ambiti formati da più Comuni, (da trasmettere anche a mezzo posta elettronica), corredato della necessaria deliberazione di approvazione della Conferenza dei Sindaci;
- piano di zona, redatto secondo lo schema allegato al presente piano sociale (da trasmettere anche a mezzo posta elettronica), corredato dall'Accordo di programma, debitamente sottoscritto in originale da

ciascun partecipante. Altri allegati del piano di zona sono costituiti dall'accordo formale di concertazione sindacale e dal documento di direttive per l'intersectorialità.

La Giunta Regionale, entro 60 giorni dal ricevimento, accertata la legittimazione dell'EAS alla presentazione del piano di zona e la completezza della documentazione, provvede alla verifica di compatibilità con quanto indicato dal Piano Sociale Regionale. Detta verifica, effettuata sulla scorta della valutazione di merito di un apposito gruppo tecnico interno alla Direzione regionale competente, è condizione per l'erogazione dei finanziamenti appositamente previsti nel successivo capitolo sulla politica della spesa.

I Comuni che non adottano il piano di zona tramite accordo di programma, sono esclusi da tutti i finanziamenti a tale scopo previsti, fermo restando l'esercizio del potere sostitutivo in caso di mancata attuazione dei LIVEAS.

Della mancata approvazione del piano di zona viene data notizia nelle forme ritenute opportune dalla Giunta Regionale.

Nell'arco del triennio, potranno essere apportate rimodulazioni finanziarie annuali al piano di zona. Tali rimodulazioni, approvate, preventivamente, dalla Conferenza dei Sindaci (in caso di Ambiti formati da più Comuni), devono essere oggetto di apposito atto dell'organo esecutivo dell'EAS e trasmesse alla Regione entro il 31 dicembre dell'anno di riferimento della rimodulazione.

A titolo esemplificativo, l'iter formativo del Piano di Zona è riepilogato e rappresentato nella Tabella n. 7.

Tabella 7 - Iter formativo del Piano di Zona

FASI	SOGGETTI	
	Ambiti formati da un solo Comune	Ambiti formati da più Comuni
Avvio del processo programmatico	Sindaco/Sindaca	Conferenza dei Sindaci (oppure il Comune di maggior dimensione demografica)
Individuazione delle modalità di funzionamento e nomina del coordinatore della Conferenza dei Sindaci		Conferenza dei Sindaci
Determinazioni preliminari in merito a: - coordinamento istituzionale; - concertazione sindacale; - rapporti con il terzo settore; - composizione del Gruppo di Piano	Sindaco/Sindaca	Conferenza dei Sindaci
Designazione dei componenti e nomina del Gruppo di Piano	Sindaco/Sindaca	Conferenza dei Sindaci
Stesura del Profilo Sociale Locale, del Documento di direttive e valutazione di impatto sociale degli obiettivi del piano di zona	Gruppo di Piano	Gruppo di Piano
Approvazione del profilo sociale locale e definizione delle priorità e delle risorse	Sindaco/Sindaca	Conferenza dei Sindaci

Stesura del piano di zona: - individuazione degli obiettivi; - individuazione di azioni, strategie e progetti per la realizzazione degli obiettivi; - individuazione dei livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS); - individuazione degli indicatori di impatto sociale; - individuazione delle modalità per la valutazione del piano di zona; - indicazioni per la politica locale della spesa; - predisposizione del quadro finanziario	Gruppo di Piano	Gruppo di Piano
Approvazione del piano di zona	Accordo di programma (su iniziativa del Sindaco/Sindaca)	Accordo di programma (su iniziativa della Conferenza dei Sindaci)
Trasmissione del piano di zona alla Regione	EAS	EAS

E' prevista, inoltre, la possibilità di apportare modifiche e integrazioni, motivate, al piano di zona, nel caso tale necessità emerga, sia a seguito della valutazione annuale del piano (rapporto valutativo annuale) ovvero per altri motivazioni, anche connesse ad una eventuale nuova individuazione dell'EAS, dovuta a modifica territoriale dell'ambito di riferimento o a esigenze locali.

In tale caso, il piano di zona modificato, corredato di tutta la documentazione necessaria (accordo di programma e allegati) deve trasmesso alla competente Direzione regionale entro il 31 dicembre precedente all'anno di riferimento della modifica, per la necessaria verifica di compatibilità da parte della Giunta Regionale.

IV.3.4. Piano di Zona: rendicontazione e valutazione

Entro il 31 marzo di ciascun anno l'EAS trasmette alla Regione Abruzzo – Direzione Qualità della Vita- il rendiconto e il rapporto valutativo relativi all'annualità del piano di zona immediatamente precedente.

La documentazione da trasmettere per la rendicontazione, in originale o in copia conforme all'originale, consiste in:

1. lettera di trasmissione della documentazione trasmessa, sottoscritta dal Responsabile dell'EAS;
2. rendicontazione delle spese impegnate per la realizzazione del piano di zona riferite all'annualità precedente (1 gennaio – 31 dicembre), redatta secondo gli schemi allegati al presente piano sociale e contenente il quadro finanziario (sottoscritto dal Responsabile dei Servizi Sociali e dal Responsabile dei Servizi Finanziari) e la relazione illustrativa (sottoscritta

dal Responsabile dei Servizi Sociali), da trasmettere anche per posta elettronica;

3. (in caso di ambiti formati da più Comuni):
 - eventuali deliberazioni della Conferenza dei Sindaci relative a rimodulazioni del quadro economico del piano di zona relativo all'annualità da rendicontare;
 - deliberazione di approvazione della Conferenza dei Sindaci della rendicontazione, di cui al precedente punto 2. ;
4. atto, del competente Organo dell'EAS, di approvazione della rendicontazione, di cui al precedente punto 2.
5. eventuali ricevute di somme restituite alla Regione, relative a quote di contributo assegnato e non utilizzato.

La documentazione da trasmettere relativamente al rapporto valutativo, in originale o in copia conforme all'originale, consiste in:

1. lettera di trasmissione della documentazione trasmessa, sottoscritta dal Responsabile dell'EAS;
2. rapporto valutativo del piano di zona, riferito all'annualità precedente (1 gennaio – 31 dicembre), redatto secondo l'apposito schema (da trasmettere anche a mezzo posta elettronica), debitamente sottoscritto dal Responsabile dei Servizi Sociali e dal Responsabile dei Servizi Finanziari;
3. deliberazione di approvazione della Conferenza dei Sindaci del rapporto valutativo, di cui al precedente punto 2. ;
4. atto, del competente Organo dell'EAS, di approvazione del rapporto valutativo, di cui al precedente punto 2.

La mancata presentazione di tale presentazione sospende, nell'anno successivo a quello di presentazione, l'assegnazione dei contributi previsti dal piano sociale regionale per la realizzazione dei piani di zona.

IV.4. Indirizzi per la gestione unitaria e integrata dei servizi a livello locale

La riforma del welfare locale disegnata dalla legge quadro 328/2000 va collocata nel quadro degli intensi cambiamenti che hanno interessato il sistema amministrativo italiano nel corso degli anni novanta e dei primi anni del 2000, con particolare riferimento al complesso delle "leggi Bassanini" che hanno attuato il decentramento e la semplificazione amministrativa, al nuovo Testo Unico per gli Enti Locali (D. Lgs. 267/2000) ed alla legge Costituzionale n. 3/2001, che ha ridisegnato le competenze tra Stato e Regioni.

Alla luce di tali norme spetta ai Comuni, in quanto titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali, adottare sul piano territoriale gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa e ai rapporti con i cittadini.

E' lasciata alla competenza regionale, ai sensi dell'art. 8, comma 3, lett. a) della richiamata legge 328/2000, la determinazione degli ambiti territoriali e delle modalità e degli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete.

La Regione Abruzzo, in occasione dei precedenti piani sociali, ha cercato di orientare gli Enti Locali nella definizione delle modalità più adeguate per la gestione unitaria dei servizi sociali per ciascun ambito territoriale, fornendo indirizzi che gradualmente accompagnassero i Comuni nella costruzione della rete integrata dei servizi sociali, nel rispetto della sfera di autonomia ad essi garantita dalla Costituzione.

Per consentire l'effettiva realizzazione della gestione integrata e unitaria della rete dei servizi è necessario che, accanto all'assetto giuridico-istituzionale definito dagli Organi competenti, siano definite anche l'organizzazione dell'ambito territoriale e le funzioni e responsabilità assegnate a ciascun soggetto interessato.

L'obiettivo ultimo della gestione integrata è quello di arrivare progressivamente a considerare il piano di zona come l'unico strumento di programmazione sociale dell'intero ambito, in cui tutti gli interventi siano tra loro coordinati e gestiti in maniera unitaria, senza che questo rappresenti una minaccia per l'autonomia e la capacità di governo di un territorio da parte del singolo Ente Locale.

E' possibile infatti prevedere, in particolar modo negli ambii territoriali formati da più comuni, pur nella gestione unitaria dell'intero piano di zona, la possibilità di affidare ad altri Enti presenti nello stesso ambito la gestione dei servizi relativi a singole aree d'intervento, a condizione che siano garantite in ogni caso l'unitarietà delle azioni da porre in essere e la rispondenza delle stesse alle indicazioni del piano di zona approvato.

Affidamento della gestione di aree di intervento

L'affidamento della gestione dei servizi ed interventi riferiti a singole aree di bisogno previste dal Piano di Zona (quelle già presenti nel Piano sociale, più le altre eventualmente individuate dall'ambito territoriale), consiste nell'attribuzione a un comune o altro ente pubblico presente nell'ambito territoriale delle funzioni specifiche di coordinamento ed attuazione dei servizi e azioni previsti dalla specifica area di bisogno per l'intero territorio dell'ambito sociale.

L'ente affidatario assume la denominazione di **Ente responsabile di Area** e provvede in particolare, nel rispetto degli accordi formalmente assunti, a:

- indire e gestire le procedure di affidamento dei servizi ed interventi relativi all'area specifica di cui è responsabile;
- stipulare le necessarie convenzioni e atti di collaborazione con altri enti, organizzazioni e soggetti privati per dare attuazione alle scelte del Piano di zona;
- rendicontare all'Ente di Ambito Sociale la spesa e gli investimenti sostenuti nella specifica area assegnata.

L'Ente di Ambito Sociale assegna all'Ente Responsabile di Area le risorse che, nel Piano di Zona, sono destinate a sostenere i servizi ed interventi previsti nell'area di bisogno attribuita.

L'Ente di Ambito Sociale resta l'unico responsabile nei confronti della Regione dell'attuazione del Piano di Zona e dell'uso delle risorse complessivamente assegnate all'ambito territoriale. Esso, inoltre, cura il coordinamento generale delle attività previste nel Piano di Zona e l'attività di informazione e consultazione fra tutti i soggetti firmatari dell'accordo di programma di approvazione del Piano stesso.

La gestione delle risorse finanziarie è affidata ad un solo soggetto responsabile (l'Ente di Ambito Sociale), che deve puntare, piuttosto che alla semplice ripartizione delle risorse stesse tra i Comuni dell'ambito sociale, ad attuare azioni di politica della spesa finalizzate ad estendere gradualmente:

- la percentuale di risorse del piano di zona che vengono gestite in forma unitaria, per cui un solo Ente realizza un certo servizio per tutto il territorio dell'ambito, potendo eventualmente distribuire le competenze per servizi diversi ad enti diversi;
- la quota di risorse che ciascun Comune destina alla spesa sociale, prevedendo in ciascun piano di zona specifiche sanzioni nei confronti dei Comuni inadempienti.

Nell'attuazione del Piano di Zona è necessario ribadire la distinzione tra la funzione di indirizzo, propria dell'organo di indirizzo politico-istituzionale, individuato nel Sindaco/Sindaca e nella Conferenza dei Sindaci, e quella più strettamente tecnico-gestionale, che è propria degli organi e della struttura operativo-gestionale e, in particolare, all'Ufficio di Piano previsto nel precedente § IV.3.2.

Con il presente piano appare opportuno ricomporre tutto il ventaglio delle possibilità a disposizione dei Comuni per la gestione associata dei servizi sociali, così come definite dal T.U.E.L (D. Lgs. 267/2000 e successive modificazioni ed integrazioni) e dai precedenti piani sociali regionali, ed in particolare, nelle tabelle che seguono si riassumono:

- le forme gestionali utilizzabili per lo svolgimento delle competenze amministrative in materia sociale dei Comuni in associazione;
- lo strumento per la definizione e l'attuazione dei piani di zona, in quanto programmi d'intervento che richiedono, per la loro completa realizzazione, l'azione integrata e coordinata di diverse Istituzioni.

Tabella 8 - Forme di gestione associata dei Comuni per la realizzazione del piano di zona

Denominazione	Riferimento Normativo	Descrizione
Convenzione	artt. 30 e 42 del T.U.E.L. 267/2000 e successive integrazioni e modificazioni	E' il modello di riferimento più semplice per definire la gestione associata di servizi sociali tra più Enti. La sottoscrizione della convenzione è riservata esclusivamente agli Enti Locali: lo schema di convenzione viene approvato da parte dell'Organo consiliare di ciascuna amministrazione e diviene vero e proprio regolamento per l'accordo tra più enti locali che definiscono le regole di funzionamento della struttura e nominano, al loro interno, l'ente capofila, ente di ambito sociale (EAS), senza l'obbligo di costituire sovrastrutture politiche e organi sociali. Attraverso la convenzione non può essere disposto il generico svolgimento di servizi di interesse locale, ma i servizi devono essere individuati specificatamente. La convenzione deve necessariamente stabilire i fini, la durata, la forma di consultazione degli Enti contraenti, i loro rapporti finanziari ed i reciproci obblighi e garanzie. La convenzione deve essere deliberata dai singoli Consigli Comunali degli Enti sottoscrittori, i quali dovranno indicare anche l'ente di ambito sociale al quale affidare il compito di coordinamento della gestione. Nei due precedenti piani sociali la convenzione fra Comuni è stata la forma associativa adottata prevalentemente dagli ambiti sociali formati da Comuni non montani e costieri, con l'individuazione, generalmente, del Comune di maggiori dimensioni, quale Ente di Ambito Sociale.

		Nel caso di ambiti formati da Comuni Montani, la forma associativa può corrispondere alla Comunità Montana, con individuazione della Comunità Montana quale Ente di Ambito Sociale. Nei due precedenti piani è stata la forma associativa adottata (sempre con utilizzo dello strumento della Convenzione) da tutti gli ambiti il cui territorio coincide esattamente con quello della Comunità Montana. La Comunità Montana è stato l'EAS individuato anche in caso di Ambiti formati da Comuni montani appartenenti a più Comunità Montane e in caso di presenza nello stesso ambito di una minoranza di Comuni non montani.
Consorzio	art. 31 del T.U.E.L. 267/2000 e successive integrazioni e modificazioni	E' un modello più evoluto di gestione associata, ma anche una forma più strutturata che in qualche modo, per i costi di gestione e per i tempi di attivazione, oltre che per la definizione di ruoli e di funzioni, può essere considerato un punto di arrivo per quegli Enti che intendono arrivare ad una forma molto strutturata di gestione associativa, allargata anche a più servizi. Tale modalità associativa prevede la definizione di una struttura politica, con l'individuazione di organi sociali (consiglio di amministrazione, collegio dei revisori). Il procedimento di costituzione di un Consorzio è particolarmente lungo in quanto è necessario prevedere la stesura dello statuto e la relativa approvazione da parte degli enti locali in sede consiliare, definire uno schema di convenzione per disciplinare i rapporti tra l'amministrazione comunale e l'organismo societario o consortile (da sottoporre anch'esso all'approvazione degli enti locali in sede consiliare) e stipulare la costituzione per atto pubblico dinanzi ad un notaio. Nei due precedenti piani sociali tale forma associativa non è mai stata utilizzata.
Unione di Comuni	art. 32 del T.U.E.L. 267/2000 e successive integrazioni e modificazioni	Si tratta di un modello che, assumendo la natura di "ente locale", rappresenta la forma associativa più idonea all'esercizio congiunto di un'ampia pluralità di funzioni. L'atto costitutivo e lo statuto dell'Unione sono approvati dai Consigli dei Comuni partecipanti con le procedure e la maggioranza richieste per le modifiche statutarie. Lo statuto individua

		gli organi dell'unione e le modalità per la loro costituzione ed individua altresì le funzioni svolte dall'Unione e le corrispondenti risorse. Nel corso di attuazione del precedente piano sociale regionale tale forma associativa è stata utilizzata in un unico ambito.
--	--	---

Tabella 9 - Strumento per la definizione e l'attuazione del piano di zona

Denominazione	Riferimento Normativo	Descrizione
Accordo di programma	art. 34 del T.U.E.L. 267/2000 e successive integrazioni e modificazioni – art. 19 L. 328/2000	E' lo strumento preferenziale per la definizione e l'attuazione di opere, di interventi o di programmi di intervento che richiedono, per la loro completa realizzazione, l'azione integrata e coordinata di diverse istituzioni. E' anche lo strumento previsto dalla legge quadro 328/2000 per l'adozione, di norma, del piano di zona. In proposito la Legge 328/2000 stabilisce che, <i>per assicurare l'adeguato coordinamento delle risorse umane finanziarie, partecipano all'accordo i soggetti pubblici di cui al comma 1, nonché i soggetti di cui all'art. 1, comma 4, e all'articolo 10, che attraverso l'accreditamento o specifiche forme di concertazione concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali previsto nel piano</i>. L'accordo di programma è stato utilizzato per l'adozione dei 35 piani di zona, approvati dagli ambiti sociali in relazione al precedente piano sociale ed alcuni di essi, secondo quanto stabilito dal comma 3 del citato art. 19 della Legge 328/2000, sono stati sottoscritti anche da organismi privati.

IV.5. Indirizzi per l'affidamento dei servizi e la gestione partecipata

Gli interventi e i servizi sociali rientrano nella categoria dei servizi pubblici locali "privi di rilevanza economica" e possono venire erogati con forme gestionali di tipo diverso. I comuni singoli o associati, infatti, adottano a livello locale l'assetto più funzionale *"alla gestione, alla spesa ed al rapporto con i cittadini"*, secondo le modalità stabilite dal T.U. n. 267/2000 (art. 6 della legge n. 328 del 2000).

La scelta dello strumento gestionale adeguato alla natura e allo scopo del servizio da erogare, pur essendo discrezionale, è legata strettamente alla valutazione degli interessi pubblici coinvolti e degli obiettivi programmati. A seguito della più recente giurisprudenza costituzionale (sentenza 27 luglio 2004, n. 272), le forme utilizzabili per la gestione dei servizi privi di rilevanza economica sono quelle della gestione in economia, dell'istituzione, dell'azienda speciale e della società a partecipazione pubblica locale.

Tabella 10 - Forme di gestione dei servizi previsti nel piano di zona

Denominazione	Riferimento Normativo	Descrizione
Gestione in economia	artt. da 112 a 116 del T.U.E.L. 267/2000 e successive integrazioni e modificazioni	E' utilizzata in caso di servizi di modeste dimensioni economiche o nel caso in cui per caratteristiche specifiche dei servizi non sia opportuno procedere alla costituzione di enti strumentali o Società partecipate
Gestione con affidamento a: ▪ Istituzione ▪ Azienda speciale ▪ Società partecipata		E' utilizzata in caso sussistano ragioni tecniche, economiche o di opportunità sociale per far ricorso ad uno specifico apparato organizzativo esterno all'ente locale, al quale affidare la realizzazione del servizio.

La gestione in economia può essere realizzata anche con il supporto di soggetti esterni all'ente locale, mediante affidamento in appalto, con la conseguente applicabilità per la loro individuazione della normativa sugli appalti pubblici e quella sugli acquisti di beni e servizi in economia.

Disposizioni più specifiche per l'affidamento dei servizi sociali, sono contenute nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri datato 30 marzo 2001 (*Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell'art. 5 della legge 8 novembre 2000, n. 328*). Il suo contenuto, sotto un profilo di carattere generale, può essere ricondotto a due finalità distinte:

- la regolazione dei rapporti che devono intercorrere tra enti locali e soggetti del terzo settore nell'affidamento dei servizi sociali;
- la valorizzazione del ruolo del terzo settore nell'attività di programmazione e progettazione del sistema integrato di interventi servizi sociali.

Le disposizioni del DPCM, pur a seguito della modifica del Titolo V della Costituzione, con l'attribuzione della competenza piena sulle politiche sociali alle regioni, costituiscono il riferimento necessario da seguire per l'affidamento dei servizi alla persona, nelle more dell'intervento del legislatore regionale ed in virtù del principio costituzionale della continuità.

Si richiama, per la rilevanza che ha, la disposizione del DPCM che stabilisce che i comuni devono procedere all'aggiudicazione dei servizi sulla base

dell'offerta economicamente più vantaggiosa, tenendo conto in particolare dei seguenti elementi qualitativi:

- le modalità adottate per il contenimento del *turn over* degli operatori;
- gli strumenti di qualificazione organizzativa del lavoro;
- la conoscenza degli specifici problemi sociali del territorio e delle risorse sociali della comunità;
- il rispetto dei trattamenti economici previsti dalla contrattazione collettiva e delle norme in materia di previdenza e assistenza.

Il DPCM, inoltre, sancisce il divieto per i comuni di procedere all'affidamento dei servizi con il metodo del massimo ribasso e stabilisce, inoltre, che *“nel rispetto dei principi di pubblicità e trasparenza dell'azione della pubblica amministrazione e di libera concorrenza tra i privati nel rapportarsi ad essa, sono da privilegiare le procedure di aggiudicazione ristrette e negoziate. In tale ambito le procedure ristrette permettono di valutare e valorizzare diversi elementi di qualità che il comune intende ottenere dal servizio appaltato”* (articolo 6, comma 2).

Tenendo conto del quadro di riferimento generale finora descritto, con il Piano sociale sono precisati gli **indirizzi regionali** per gli affidamenti e gli acquisti di servizi e prestazioni, in attesa della emanazione di nuove disposizioni normative di carattere generale.

I comuni e gli altri soggetti istituzionali responsabili dei servizi sociali a livello locale, nei limiti consentiti dalle disposizioni normative nazionali e comunitarie che disciplinano l'affidamento dei servizi da parte della pubblica amministrazione, fanno ricorso a forme di aggiudicazione dei servizi che consentano ai soggetti operanti nel terzo settore di esprimere pienamente la propria progettualità.

L'indicazione è quella di privilegiare, ove possibile e funzionale, per l'affidamento dei servizi sociali il ricorso all'**appalto-concorso** quale strumento che più di ogni altro consente di valorizzare la progettualità dei partecipanti e la possibilità di valutare la qualità delle prestazioni offerte e del personale che si propone di impiegare.

Nelle procedure di selezione per l'affidamento della gestione dei servizi, è **escluso il ricorso al metodo del massimo ribasso**. Per l'individuazione del contraente viene utilizzato il criterio dell'offerta più vantaggiosa sotto il profilo economico, sulla base del rapporto qualità-prezzo, da valutare con criteri che consentano di effettuare una valutazione complessiva sulle caratteristiche di affidabilità, sulla qualificazione operativa, sulla serietà gestionale delle organizzazioni concorrenti, nel rispetto degli elementi stabiliti dal DPCM 30 marzo 2001, prima richiamati. In ogni caso il fattore prezzo deve essere considerato con un peso inferiore al cinquanta per cento del peso globale dei criteri di aggiudicazione.

I contratti di affidamento e di acquisto di servizi e di prestazioni prevedono le modalità per la verifica periodica dei relativi adempimenti ed i provvedimenti da adottare in caso di inadempienza. Essi, in particolare, garantiscono il rispetto della dignità e della qualità del lavoro, nonché il rispetto delle norme in materia di previdenza ed assistenza e, in caso di gara d'appalto, delle norme previste dalla

legge 7 novembre 2000, n. 327 (Valutazione costi del lavoro e della sicurezza nelle gare di appalto).

I comuni e gli altri soggetti istituzionali si avvalgono della collaborazione delle organizzazioni di volontariato per l'ideazione, la progettazione e la realizzazione del sistema locale dei servizi sociali integrati, anche mediante stipula di convenzioni, ai sensi della L.R. 37/1993, di attuazione della legge 11 agosto 1991, n. 266 (Legge quadro sul volontariato), soprattutto per le attività di carattere promozionale, divulgativo e formativo, compatibili con la natura e le finalità del volontariato. A tal fine prevedono modalità di rimborso spese coerenti con le caratteristiche di gratuità e solidarietà che qualificano l'azione del volontariato organizzato.

Azioni di Piano per l'affidamento e la gestione dei servizi

1- Direttive generali per la partecipazione alle gare e la valutazione delle offerte

Al fine di definire in modo esaustivo gli indirizzi generali per regolare i sistemi di affidamento dei servizi alla persona, saranno emanate apposite direttive in materia di requisiti per la partecipazione alle gare, nonché i criteri per la valutazione della qualità delle offerte. Il relativo provvedimento conterrà, in particolare:

- l'individuazione dei criteri preferenziali per la scelta del contraente nelle procedure per la fornitura di servizi sociali, sociosanitari e socio-educativi;
- la disciplina del ricorso a forme di contrattazione programmata tra i soggetti pubblici e quelli del terzo settore per l'assunzione di reciproci impegni di collaborazione relativi alla realizzazione di progetti, piani e programmi, individuando i presupposti, le procedure da seguire e le modalità di garanzia, nel rispetto dei principi di pubblicità e trasparenza dell'azione della pubblica amministrazione e delle disposizioni che regolano la concessione di sovvenzioni, contributi, ausili finanziari e vantaggi economici in genere;
- la predisposizione dello schema tipo di convenzione per regolamentare i rapporti tra i soggetti pubblici e quelli del terzo settore nella gestione dei servizi alla persona e alla comunità.

2- Istruttorie pubbliche per la progettazione partecipata

Le istruttorie pubbliche previste dall'articolo 7 del DPCM 30 marzo 2001 sono strumenti innovativi, non ancora utilizzati nella nostra regione, che consentono ai comuni e agli altri soggetti istituzionali responsabili dei servizi sociali a livello locale di promuovere la partecipazione attiva dei soggetti sociali, realizzando forme di co-progettazione di interventi e servizi nuovi. Esse si configurano come manifestazioni di disponibilità a collaborare con la pubblica amministrazione in ordine a specifiche problematiche sociali, per le quali è necessario intervenire con modalità sperimentali e innovative.

E' indispensabile adottare appositi indirizzi per definire modalità uniformi di indicazione e funzionamento delle istruttorie pubbliche, prevedendo – in particolare – la possibilità di partecipazione per i soggetti del terzo settore attivi nel territorio di riferimento in ordine alle problematiche sociali individuate, le loro organizzazioni di rappresentanza, le organizzazioni sindacali, le associazioni di tutela degli utenti del territorio di riferimento, nonché i cittadini interessati. Gli

indirizzi regionali individuano anche adeguate forme di sostegno, prevedendo il ricorso a forme di contrattazione programmata, quale modalità prioritaria di collaborazione finalizzata alla realizzazione degli obiettivi previsti.

3- Incentivazione del ruolo attivo dei cittadini e dei giovani

Al fine di sostenere l'impegno attivo e solidale dei cittadini singoli e associati nell'ambito dell'offerta di servizi sociali, vengono adottati specifici indirizzi regionali concernenti le iniziative di scambio e di reciprocità, in particolare attinenti alle "banche del tempo solidale", o altre analoghe forme di aiuto reciproco per le persone in difficoltà e di pronta ospitalità temporanea per situazioni di emergenza.

In particolare, sono adottate misure per incentivare la partecipazione delle ragazze e dei giovani ai progetti di servizio civile, anche attraverso azioni finalizzate alla creazione di reti fra enti e associazioni operanti sul territorio.

4- Monitoraggio e controllo del costo del lavoro

Attivazione di procedure e interventi a livello regionale, in modo coordinato fra le strutture organizzative competenti e con l'apporto delle organizzazioni sindacali, finalizzati a verificare la corretta applicazione dei contratti collettivi di lavoro e delle norme previdenziali nella gestione dei servizi alla persona, attraverso una specifica attività di verifica, anche a campione, e di monitoraggio sull'incidenza del costo del lavoro.

V. L'INNOVAZIONE E L'ACCOMPAGNAMENTO

V.1. Le azioni di Piano per l'innovazione del sistema

L'**innovazione** è una delle scelte fondamentali del Piano sociale 2007-2009, destinata a definire l'orientamento generale del Piano stesso, insieme a quelle dell'*uguaglianza* e della *solidità*. Come precisato nel paragrafo I.2, essa è intesa come *“capacità del sistema di interventi e servizi sociali di dare risposte certe e appropriate ai processi di cambiamento e di differenziazione dei bisogni di assistenza e qualità della vita, tipici delle società attuali.”*

La promozione della capacità di innovazione è particolarmente importante in un sistema che non è fondato sulle logiche di mercato, ma ispirato, come quello delineato dal Piano abruzzese, al modello del *welfare* di comunità.

L'**innovazione**, quindi, è un aspetto fondamentale, e una condizione, per attuare la riforma del *welfare* locale, in quanto rappresenta una componente sostanziale delle strategie finalizzate a facilitare i processi di cambiamento. Anche il Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2001-2003 ne ha sottolineato la rilevanza, affermando che *“la complessità dei fenomeni legati ai mutamenti sociali richiede una forte innovazione nella definizione delle politiche sociali, la creazione di sinergie e collaborazioni fra tutti i soggetti coinvolti e la valorizzazione delle risorse e delle potenzialità disponibili.”*

La capacità di innovare è strettamente legata all'attività di **accompagnamento** degli enti e degli altri soggetti impegnati nel funzionamento del sistema integrato di interventi e servizi sociali, che la Regione è chiamata a porre in essere, in una logica di sussidiarietà. Le Regioni, infatti, non hanno responsabilità diretta nella erogazione dei servizi sociali, a differenza di quelli sanitari, ed il ruolo che ad esse compete è in buona misura qualificato oggi proprio dalle azioni di promozione, facilitazione e assistenza che riescono a realizzare in favore degli enti e degli altri soggetti chiamati direttamente ad operare. Tali azioni possono consistere nella realizzazione di programmi e progetti diversi, finalizzati in particolare a:

- promuovere e assistere lo sviluppo di competenze e metodologie di lavoro specifiche a supporto dei sistemi di governance locali;
- promuovere e supportare la progettazione di politiche sociali innovative per la lotta all'esclusione sociale e per la costruzione della rete dei servizi articolata per livelli essenziali di assistenza;
- implementare e mettere a regime strumenti innovativi a supporto della costruzione, della gestione e del monitoraggio delle reti integrate di interventi;
- realizzare percorsi di assistenza formativa e tecnica rivolti alle risorse umane impegnate nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

L'**accompagnamento** è una condizione di successo per la concreta attuazione delle politiche sociali, perché aiuta a favorire il passaggio dalla enunciazione degli obiettivi e degli intenti, alla reale attuazione delle politiche stesse.

Sia l'innovazione che l'accompagnamento richiedono un preciso impegno di implementazione e di coordinamento delle diverse azioni che è possibile

realizzare, anche per vincere le difficoltà che le organizzazioni manifestano di fronte alle prospettive di innovazione e di cambiamento tecnico e culturale.

Il Piano sociale 2007-2009 intende estendere a tutto il territorio regionale e consolidare le sperimentazioni finora attuate, ma vuole anche rilanciare l'innovazione su nuove e specifiche aree di indagine e sperimentazione, legate in modo particolare alla conoscenza e definizione dei fenomeni sociali che richiedono nuove forme di intervento e regolazione.

Tale orientamento deve essere attuato favorendo anche la partecipazione e il coinvolgimento dei soggetti sociali e degli enti locali, in quanto più vicini alla conoscenza diretta dei bisogni da fronteggiare e portatori di idee, energie e competenze con le quale partecipare attivamente alla individuazione delle possibili soluzioni da perseguire.

Azioni di Piano per l'innovazione del sistema

1- Progetti-obiettivo regionali per la sperimentazione

Nel triennio di attuazione del Piano sociale, al fine di individuare e sperimentare modalità innovative di intervento in alcuni settori di particolare importanza e innovazione, la Regione può predisporre e attuare direttamente progetti-obiettivo finalizzati alla realizzazione di indagini a campione mirate alla individuazione dei nuovi bisogni sociali e alla elaborazione di nuovi indicatori da utilizzare nella rilevazione e valutazione delle situazioni di nuove povertà ed emarginazione sociale, in grado di monitorare il fenomeno e di favorire l'elaborazione delle risposte più efficaci.

2- Promozione e sostegno della innovazione proposta dal territorio

La Regione sostiene l'attuazione di idee progettuali innovative, formulate attraverso proposte avanzate da soggetti sociali in genere ed enti pubblici, finalizzate – in particolare – ad offrire risposte efficaci a bisogni nuovi o non facilmente fronteggiabili con i servizi e gli interventi ordinariamente offerti dal sistema regionale di *welfare*.

L'acquisizione delle proposte innovative è effettuata sulla scorta di appositi avvisi predisposti dalla Giunta Regionale e adeguatamente pubblicizzati, contenenti anche i criteri di massima da utilizzare nella selezione.

Le proposte ritenute particolarmente innovative e attuabili, sono realizzate, nel limite delle somme appositamente individuate dalla Giunta Regionale nell'ambito del *budget* complessivamente destinato all'attuazione delle azioni di Piano.

3- Istituzione della "Banca dati dell'innovazione"

Lo scambio di buone prassi e l'apprendimento reciproco rappresentano una importante possibilità di crescita e miglioramento per il sistema regionale di servizi e interventi sociali.

A tal fine è istituita presso l'Osservatorio sociale regionale la Banca dati delle buone prassi sull'innovazione, presso cui sono registrate e catalogate le esperienze comunque rilevate e ritenute particolarmente innovative a livello regionale e locale.

La Banca dati è organizzata in modo da assicurarne la facilità di accesso e il continuo aggiornamento.

4- Programma per l'informazione, la formazione e l'assistenza tecnica

Come azione di accompagnamento dei processi di programmazione sociale e di consolidamento del sistema di welfare abruzzese, la Regione predispone uno o più programmi di intervento con la finalità generale di sostenere i soggetti pubblici e privati impegnati nella realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, ivi compresa l'amministrazione regionale nell'azione di coordinamento della nuova fase di programmazione sociale che si apre con il Piano sociale 2007-2009.

Gli obiettivi specifici e le attività da realizzare nell'ambito dei programmi di intervento, sono i seguenti

- fornire direttamente agli ambiti territoriali sociali un supporto concreto in tutto il percorso di programmazione sociale, a partire dalla stesura del nuovo Piano di Zona;
- fornire Assistenza tecnica alla Regione per recepire le istanze provenienti dal territorio ed analizzare le esperienze in atto;
- individuare punti di criticità e punti di forza dei processi locali di costruzione delle reti integrate di interventi e servizi sociali allo scopo di consolidare i sistemi di welfare locali;
- pianificare e realizzare azioni di assistenza formativa calibrate sia sulle priorità individuate dalla Regione, che sulla base delle esigenze rilevate sul territorio e avvertite come tali dagli operatori;
- promuovere scambi di esperienze e segnalare casi di successo per favorire il realizzarsi di interazioni e sinergie.

V.2. La formazione strategica e le professioni sociali.

La Regione riconosce la formazione degli operatori come un elemento fondamentale per la qualità del sistema integrato di servizi alla persona e per il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia delle prestazioni erogate, e ne promuove lo sviluppo, attraverso la qualificazione e riqualificazione delle diverse professionalità.

La definizione dei profili professionali e dei percorsi formativi deve tener conto della forte dinamicità e complessità degli aspetti fondamentali che determinano l'esigenza di qualificare le risorse umane chiamate ad operare nel sistema dei servizi.

Il primo aspetto è costituito dalla impetuosa crescita dei bisogni sociali sia dal punto di vista quantitativo, che qualitativo, ovvero delle diverse modalità con cui le esigenze di volta in volta si manifestano (bisogni correlati ai portatori di patologie che conducono alla marginalizzazione, famiglie multiproblematiche, immigrati lasciati a se stessi, soggetti deboli in cerca di inserimento lavorativo).

L'andamento di questo aspetto rende necessario pianificare non solo le specifiche modalità di risposta professionale tenendo conto delle necessità attuali, ma soprattutto un impianto metodologico dato da un "sistema di profili e percorsi formativi" che sappia rispondere alla ricorrente trasformazione dei vecchi bisogni e all'emersione di bisogni sempre nuovi.

Strettamente correlato al precedente c'è l'aspetto relativo all'individuazione dei profili professionali nell'area sociale, in una prospettiva in continua evoluzione. La materia, infatti, è stata sottoposta a revisioni legislative di vario genere, di livello nazionale prima, e regionale poi.

Oggi è indispensabile assicurare il coordinamento fra il comparto sociale e quello della formazione professionale, al fine di evitare effetti di precarietà e di sovrapposizione nel campo dei profili professionali, reso di ancora più difficile regolazione a causa della complicazione prodotta dalla tendenza a rinchiudere in recinti istituzionali i singoli nuclei di professionalità (albi, registri,).

L'ulteriore aspetto riguarda l'inquadramento, la progettazione e la gestione dei percorsi formativi per il conferimento dei titoli professionali. A fronte di esigenze sociali sempre nuove, si rende necessario che i diversi enti e soggetti operanti nel settore della formazione propongano itinerari formativi caratterizzati da requisiti minimi omogenei.

In questo quadro di riferimento generale, in relazione ai fabbisogni formativi e alle esigenze di riqualificazione e integrazione delle diverse professionalità, il Piano sociale regionale definisce gli indirizzi per i profili professionali e promuove la qualificazione e la tutela degli operatori sociali, sociosanitari e socio-educativi attraverso:

- o la raccolta della domanda di nuove competenze che provengono dal territorio;
- o l'individuazione delle figure professionali del *welfare* regionale, dei percorsi formativi di ognuna, delle competenze certificate, tenendo conto – tramite un'adeguata metodologia – di quelle acquisite nel lavoro degli operatori sociali;
- o il raccordo con gli atenei sul valore dei crediti regionali per l'accesso ai corsi universitari;
- o la concertazione con le altre regioni e lo Stato in merito alle figure professionali;
- o la definizione, con la Formazione professionale, di parametri adeguati per le qualifiche regionali: percorso formativo, crediti, certificazioni, etc.;
- o la promozione di un'offerta formativa in quantità e qualità tale da coprire il fabbisogno dei servizi esistenti e mirata anche agli operatori privi di qualifica con la certificazione delle competenze acquisite nel lavoro;
- o la vigilanza sul rispetto e sulla corretta applicazione delle norme contrattuali a tutela degli operatori del settore.

L'esigenza di rinnovamento, dettata dal cambiamento del quadro normativo e dalla rapida evoluzione dei fenomeni sociali, si fronteggia anche sviluppando azioni adeguate di aggiornamento e sviluppo delle risorse umane già coinvolte – a diverso titolo – nel sistema dei servizi alla persona.

La formazione continua persegue gli obiettivi generali dell'aggiornamento delle conoscenze e dello sviluppo delle capacità operative e professionali possedute in termini di:

- o analisi e approfondimento dell'attuale processo di evoluzione dei modelli organizzativi dei servizi alla persona e delle politiche sociali;
- o capacità di lettura della posizione soggettiva di ognuno in rapporto all'esigenza di innovazione e cambiamento, sia a livello tecnico/professionale che culturale;
- o acquisizione degli strumenti conoscitivi e operativi utilizzabili.

La formazione continua deve coinvolgere soggetti diversi, in particolare, i responsabili/dirigenti dei servizi, per le competenze di rilievo gestionale, al fine di facilitare i processi di cambiamento; gli operatori, per i comportamenti

professionali, al fine di assicurare la qualità del processo professionale e organizzativo; gli amministratori, per i profili legati alla migliore definizione delle politiche d'intervento. In ogni caso, la strategia formativa deve privilegiare le ragioni dell'efficacia, facendo in modo che nelle azioni formative siano compresenti i diversi soggetti interessati alla soluzione dei problemi, per meglio affrontarli e superarli.

Gli interventi regionali di formazione continua sono programmati ed attuati nell'ambito dell'azione di Piano "Programma per l'informazione, la formazione e l'assistenza tecnica", prevista nel precedente paragrafo relativo all'innovazione del sistema (§ V.1).

Pagina bianca

VI. LA POLITICA DELLA SPESA

VI.1. Il sistema di assegnazione delle risorse

Il raggiungimento degli obiettivi disegnati dal piano sociale regionale è strettamente collegato alle risorse finanziarie disponibili per la loro realizzazione.

La politica della spesa riveste, pertanto, il ruolo fondamentale di strategia trasversale cui è affidato il compito di realizzare le scelte regionali.

Per l'attuazione del piano sociale regionale concorrono, innanzitutto, le risorse specificamente stanziare dalla Regione con il Fondo Sociale Regionale e dallo Stato con il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, come descritte nella seguente Tabella n. 11.

In aggiunta alle risorse suddette, devono essere considerate anche quelle finalizzate ad interventi sociali da parte di altri settori della Regione (sanità, trasporti, formazione professionale e lavoro, lavori pubblici, sport, turismo, ecc.), le risorse proprie destinate dai Comuni alla realizzazione dei piani di zona e degli altri interventi sociali, le risorse specificamente finalizzate da Comunità Montane ed Unioni dei Comuni, le risorse stanziare per il sociale delle Province, le risorse provenienti da progetti e programmi comunitari, ma anche risorse provenienti da altri enti e organismi pubblici e privati, oltre che dai cittadini attraverso le quote di partecipazione alla spesa stabilita utilizzando lo strumento dell'ISEE

Le risorse finanziarie finalizzate direttamente dalla Regione alla realizzazione del piano sociale regionale si sintetizzano nella tabella che segue:

Tabella 11 - Risorse finanziarie

A - RISORSE REGIONALI (FSR)		Importo	B - RISORSE STATALI (FNPS)		Importo
A. 1 - Risorse destinate ai Comuni per l'attuazione di interventi generali		5.000.000,00	B. 1 - Piani di zona	90% delle risorse finalizzate ai piani di zona	10.800.000,00 (2007) 14.760.000,00 (dal 2008)
A. 2 - Risorse destinate ai piani di zona per l'attuazione degli interventi programmati nell'area integrazione ed inclusione sociale		4.500.000,00	B. 2 - Incentivi per la gestione associata dei servizi sociali	10% delle risorse finalizzate ai piani di zona - previsione	1.200.000,00 (2007) 1.640.000,00 (dal 2008)
A.3 - Risorse destinate al funzionamento dell'Osservatorio Sociale Regionale e		300.000,00 (*)			

del Sistema Informativo Regionale	
A.4 – Interventi diretti regionali	500.000,00 + somme non utilizzate delle quote: A.1 – A.5
A.5 – Azioni di piano	Risorse non finalizzate + somme non utilizzate delle quote A.2 – A.3 – B.1 – B.2

(*) per il 2007 l'importo è comprensivo dello stanziamento di €. 200.000,00 per il finanziamento del SIRES, stabilito dalla L.R. 6/2005 per il triennio 2005-2007

A. Le “risorse regionali”, sono quelle del Fondo Sociale Regionale, iscritte del bilancio di competenza di ciascuna annualità

La dotazione annuale del Fondo Sociale Regionale, negli anni precedenti è stata utilizzata anche per fronteggiare situazioni di emergenza – sempre relative al comparto sociale – che non hanno permesso una effettiva crescita delle risorse da utilizzare per la realizzazione delle azioni previste dal piano, alle quali è stata destinata una somma progressivamente inferiore, come si evince dalla seconda riga della tabella che segue:

Tabella 12 - Destinazione delle risorse regionali (FSR)

Risorse provenienti dal FSR	2003 (in migliaia di euro)	2004 (in migliaia di euro)	2005 (in migliaia di euro)	2006 (in migliaia di euro)
Somme destinate con legge di bilancio ad altre attività sociali	200	535	900	4.100 (*)
Somme disponibili per l'attuazione del Piano Sociale	11.100	11.565	11.100	9.600
Dotazione del cap. 71520 del bilancio regionale	11.300	12.100	12.000	13.700

(*) L'importo è comprensivo delle risorse finalizzate a sostenere il programma di interventi della legge 285/1997 e gli interventi previsti dalla legge 162/1998, non finanziati nell'anno precedente per insufficienza dei fondi statali assegnati alle Regioni (FNPS)

Il Fondo Sociale Regionale, per sostenere gli obiettivi del presente piano sociale regionale dovrà essere necessariamente incrementato, in attuazione della scelta strategica, già descritta nel presente piano, per ciò che concerne le risorse direttamente finalizzate all'attuazione del piano di incrementare il fondo

sociale regionale rispetto al totale delle spese correnti regionali *“in modo da supportare più efficacemente i processi di cambiamento e miglioramento del sistema regionale dei servizi sociali”*.

In particolare non si potrà dare completa attuazione alle “azioni di piano”, in quanto direttamente collegate alla quota variabile del Fondo Sociale da utilizzare (risorse non finalizzate), tenuto conto delle quote fisse già prestabilite.

Le “risorse regionali” complessivamente disponibili per l’attuazione del piano sociale regionale, come precedentemente descritte, sono distinte in:

A1. - Risorse destinate ai Comuni per l’attuazione di interventi generali

Una quota pari a €. 5.000.000,00 è ripartita ed assegnata annualmente a tutti i Comuni della Regione quale contributo per l’attuazione degli interventi generali.

La ripartizione è effettuata con determinazione dirigenziale entro 30 giorni dalla pubblicazione del bilancio regionale, sulla base dei criteri successivamente indicati.

L’ammontare del contributo da assegnare a ciascun Comune per gli interventi generali è calcolato sulla base di indicatori demografici e sociali, utilizzando gli ultimi dati disponibili ISTAT, come di seguito specificato:

- 80% delle risorse è suddiviso fra tutti i Comuni in proporzione alla popolazione residente;
- 10% delle risorse è suddiviso fra tutti gli ambiti in proporzione al tasso di natalità;
- 10% delle risorse è suddiviso fra tutti gli ambiti in proporzione all’indice di vecchiaia.

I Comuni utilizzano le somme assegnate per interventi e servizi nel rispetto delle indicazioni che saranno fornite dalla Giunta Regionale in attuazione dell’azione di piano: Qualificazione degli “interventi” sociali (§ III.1)

Fino all’emanazione dell’atto applicativo, il contributo deve essere utilizzato dai Comuni, con vincolo di destinazione, per l’attuazione di interventi generali previsti dalla legge quadro 328/2000 e per l’erogazione di servizi ed interventi sociali ai sensi dell’art. 128 del D. Lgs. n. 112/1997, con la raccomandazione di evitare duplicazioni dei servizi già programmati nei piani di zona degli ambiti di appartenenza.

In alternativa i Comuni potranno destinare, in tutto o in parte, il contributo assegnato all’attuazione del piano di zona, mediante trasferimento all’ente di ambito sociale, in tal caso la somma trasferita deve essere rendicontata sia dal Comune che dall’ente di ambito.

Le risorse assegnate costituiscono quote di cofinanziamento delle spese relative agli interventi e servizi attuati dai Comuni e non possono superare l’80% della spesa complessivamente impegnata per la realizzazione degli interventi generali, calcolata al netto di altre risorse aggiuntive eventualmente utilizzate per la realizzazione degli stessi (altre risorse regionali, risorse della Comunità Montana, dell’Unione di Comuni, della Provincia, della Comunità Europea, ecc.)

La quota gravante direttamente su ciascun Comune deve essere pari ad almeno il 20% della spesa complessivamente impegnata per la realizzazione

degli interventi generali – anche nel caso di trasferimento all'EAS per l'attuazione del piano di zona- calcolata al netto di altre risorse aggiuntive eventualmente utilizzate per la realizzazione degli stessi (altre risorse regionali, risorse della Comunità Montana, dell'Unione di Comuni, della Provincia, della Comunità Europea, ecc.)

I contributi assegnati e non rendicontati alla Regione, nei tempi e con le modalità previste al successivo paragrafo VI.3., sono soggetti a compensazione sull'analogo contributo che sarà concesso nell'anno successivo a quello di presentazione della rendicontazione medesima.

Eventuali risorse non assegnate ai Comuni a seguito di compensazione per insufficiente rendicontazione di contributi pregressi o comunque non utilizzate dai Comuni, sono destinate ad incrementare le risorse della quota A.4 "Interventi diretti regionali".

A.2. - Risorse destinate ai piani di zona per l'attuazione degli interventi programmati nell'area "integrazione ed inclusione sociale"

Una quota pari almeno a €. 4.500.000,00 è ripartita ed attribuita annualmente agli ambiti territoriali sociali per il finanziamento degli interventi programmati nell'area "integrazione ed inclusione sociale" dei piani di zona, ammessi a contributo regionale per l'anno di riferimento.

Per aver diritto al finanziamento il piano di zona deve essere stato sottoposto all'esame della Giunta regionale per la necessaria verifica di compatibilità con le scelte del piano sociale regionale.

L'assegnazione dei contributi agli Enti di Ambito Sociale è effettuata annualmente entro 30 giorni dalla pubblicazione del bilancio regionale.

L'ammontare del contributo da assegnare a ciascun ambito, finalizzato all'area della integrazione e inclusione sociale", è calcolato sulla base dei criteri e degli indicatori demografici e sociali successivamente indicati, utilizzando i dati disponibili:

- 70% delle risorse è suddiviso fra tutti gli ambiti, ammessi a contributo, in proporzione alla popolazione residente;
- 15% delle risorse è suddiviso fra tutti gli ambiti, ammessi a contributo, in proporzione diretta al tasso di disoccupazione femminile;
- 15% delle risorse è suddiviso fra tutti gli ambiti, ammessi a contributo, in proporzione diretta alla media del tasso di disoccupazione.

Il contributo da assegnare a ciascun ambito non può comunque essere superiore a quello previsto nel quadro finanziario di ciascuna annualità del piano di zona.

Le risorse assegnate costituiscono quote di cofinanziamento delle spese relative agli interventi e servizi attuati in relazione all' area d'intervento "integrazione ed inclusione sociale" ricompresi nel piano di zona, calcolata al netto di altre risorse aggiuntive eventualmente utilizzate per la realizzazione del piano di zona (altre risorse regionali, risorse della Comunità Montana, dell'Unione di Comuni, della Provincia, della Comunità Europea, ecc.)

La quota di spesa complessivamente gravante sui Comuni dell'Ambito deve essere pari ad almeno il 20% della spesa impegnata per la realizzazione degli interventi e servizi attuati in relazione all' area d'intervento "integrazione ed inclusione sociale", ricompresi nel piano di zona nell'annualità di riferimento (calcolata al netto di altre risorse aggiuntive eventualmente utilizzate per la realizzazione del piano di zona (altre risorse regionali, risorse della Comunità Montana, dell'Unione di Comuni, della Provincia, della Comunità Europea, ecc.).

I contributi assegnati e non rendicontati alla Regione, nei tempi e con le modalità previste al successivo paragrafo VI.3., sono soggetti a compensazione sull'analogo contributo che sarà concesso nell'anno successivo a quello di presentazione della rendicontazione medesima.

Eventuali risorse non assegnate, per insufficienza dei piani di zona presentati e ritenuti compatibili dalla Giunta Regionale o per insufficiente rendicontazione di contributi pregressi o comunque risorse non utilizzati dagli EAS, sono destinate ad incrementare le risorse della quota A.5 "Azioni di Piano".

A3. – Risorse destinate al funzionamento dell'Osservatorio sociale regionale e del sistema informativo regionale sociale

Una quota pari a €. 300.000,00 del Fondo Sociale Regionale è destinata annualmente al funzionamento dell'Osservatorio sociale regionale (OSR) e del Sistema informativo regionale (SIRES), suddivisa in €. 100.000,00 per l'OSR e in €. 200.000,00 per il SIRES.

La Giunta Regionale con propri atti approva annualmente il programma degli interventi previsti per il funzionamento dell'OSR, predisposto dalla Direzione Regionale competente e il programma annuale degli interventi previsti per il funzionamento del SIRES, comprensivo anche del servizio regionale di *call center/contact center*, predisposto – con il coordinamento della Regione – dall'Agenzia regionale per l'Informatica e la telematica (ARIT), previo parere della Struttura Regionale di Supporto "Sistema Informativo Regionale".

Eventuali risorse della presente quota non assegnate, per insufficienza dei programmi approvati, sono destinate ad incrementare le risorse della quota A.4 "Interventi diretti regionali".

A.4 – Interventi diretti regionali

La quota di € 500.000,00 del Fondo sociale regionale è annualmente destinata al finanziamento degli "interventi diretti regionali", descritti nel Piano sociale (§ III.6.).

In tale quota confluiscono, annualmente anche le somme non utilizzate provenienti dal Fondo Sociale Regionale:

- dalla quota A1 - Risorse destinate ai Comuni per l'attuazione di interventi generali;
- dalla quota A.3 - Risorse destinate al funzionamento dell'Osservatorio sociale regionale e del sistema informativo regionale;
- dalla quota A.5 – Azioni di piano.

L'impiego dei fondi disponibili è stabilito annualmente dalla Giunta Regionale con specifico atto di indirizzo applicativo.

A.5 – Azioni di piano

La quota del Fondo sociale regionale non finalizzata, è annualmente destinata al finanziamento delle azioni di attuazione del piano sociale regionale denominate “azioni di Piano”, come precedentemente definite (§ III.1.) e riassunte nel successivo elenco.

In tale quota confluiscono annualmente anche le somme non utilizzate provenienti dal Fondo Sociale Regionale – quota A.2 – Risorse destinate ai piani di zona per l'attuazione degli interventi programmati nell'area “integrazione ed inclusione sociale” e dal Fondo Nazionale per le Politiche Sociali – quota B.1) – Piani di Zona e dalla quota B.2) – Incentivi per la gestione associata dei servizi sociali.

Per il finanziamento di alcune azioni che richiedono una spesa particolarmente rilevante, possono confluire, in tale quota, anche somme del FNPS appositamente individuate dalla Giunta regionale in sede di ripartizione annuale delle risorse con specifica finalizzazione.

La Giunta Regionale, con proprio atto di indirizzo applicativo e sulla base delle risorse effettivamente disponibili, individua le azioni di Piano da attuare e stabilisce la dotazione di risorse assegnate a ciascuna azione.

Come già precisato, per le azioni di Piano di particolare rilevanza territoriale e funzionale indicate nella Tabella allegata, la deliberazione dell'atto di indirizzo applicativo è preceduta dalla concertazione con le rappresentanze regionali delle autonomie locali territoriali e delle organizzazioni sindacali maggiormente significative. Per le azioni di Piano in materia di integrazione sociosanitaria, la proposta alla Giunta Regionale è formulata congiuntamente dagli Assessorati alle Politiche Sociali e alla Sanità.

La realizzazione delle azioni di piano, che consistono prevalentemente in interventi rivolti direttamente al territorio (Piani locali per la non-autosufficienza; Fondo per i minori allontanati dalla famiglia; Sostegno alle residenzialità specifica; Tutela della salute mentale; Lotta alla povertà; etc.), dipende pertanto dalla effettiva dotazione del Fondo Sociale Regionale.

Come si è già avuto modo di rilevare (§ V.1), l'efficacia delle politiche sociali regionali è strettamente legata alla capacità della Regione di offrire agli enti direttamente coinvolti nel sistema integrato di interventi e servizi sociali gli strumenti e le opportunità (anche finanziarie) per dare concretezza agli intenti ed obiettivi della pianificazione territoriale.

Le azioni di Piano assolvono a questa condizione. Un'insufficiente dotazione del Fondo Sociale Regionale, pertanto, può vanificarne la portata, rischiando di compromettere l'efficacia complessiva del Piano sociale regionale.

Tabella 13 – Riepilogo azioni di Piano

Azione di piano	Definizione
La programmazione coordinata del sistema	1. Valore strategico del Piano sociale regionale 2. Incidenza diretta del Piano sociale regionale 3. Qualificazione degli interventi sociali 4. Carta per la cittadinanza sociale 5. Valorizzazione del ruolo del terzo settore
L'attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza	1. Regolazione dell'accesso ai servizi 2. Valutazione professionale del bisogno 3. Valutazione di impatto dei LIVEAS
L'integrazione socio-sanitaria	1. Promuovere il territorio quale luogo primario di governo e gestione dei percorsi sociosanitari 2. Sviluppo dei piani locali per la non-autosufficienza 3. Tutela della salute mentale 4. Coordinamento attività di monitoraggio delle disuguaglianze nella salute 5. Sperimentazioni
L'intersectorialità	1. Tavolo del welfare regionale 2. Intersectorialità del piano di zona
I servizi di area vasta	1. Pronto intervento sociale 2. Lotta alla povertà 3. Sostegno alle residenzialità specifiche 4. Qualificazione del ruolo del Garante per l'infanzia 5. Sostegno al Servizio "Equipe adozioni e affido"
L'affidamento e la gestione dei servizi	1. Direttive generali per la partecipazione alle gare e valutazione delle offerte 2. Istruttoria pubblica per la progettazione partecipata 3. Incentivazione del ruolo attivo dei cittadini e dei giovani 4. Monitoraggio e controllo del costo del lavoro
L'innovazione del sistema	1. Progetti obiettivo regionali per la sperimentazione 2. Promozione e sostegno per l'innovazione del territorio 3. Istituzione della banca dati dell'innovazione 4. Programma per l'informazione, la formazione e l'assistenza tecnica
La politica della spesa	1. Fondo per i minori, allontanati dalla famiglia e dei minori non accompagnati 2. Azioni di controllo di gestione sull'attuazione dei piani di zona

I Comuni e gli Enti di ambito sociale destinatari dei contributi assegnati per l'attuazione degli interventi generali e dei piani di zona, qualora nell'anno precedente a quello di riferimento, abbiano restituito somme non utilizzate e/o siano stati soggetti a compensazione, non possono presentare progetti obiettivo per ottenere i contributi previsti dall'azione di Piano per l'innovazione "Promozione e sostegno per l'innovazione proposta dal territorio" (§ V.1).

Eventuali risorse non utilizzate, a valere sulla presente quota, sono destinate ad incrementare le risorse della quota A.4 "Interventi diretti regionali".

B. Le "risorse statali", sono quelle del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS), messe a disposizione annualmente dal Ministro della Solidarietà Sociale di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, senza vincolo di destinazione.

Entro trenta giorni dalla pubblicazione del decreto ministeriale sulla Gazzetta Ufficiale, la Giunta Regionale provvede a stabilire, sulla base degli obiettivi e delle indicazioni del presente piano sociale, l'entità delle risorse direttamente utilizzabili per la realizzazione dei piani di zona ("risorse indistinte statali") e quelle da finalizzare ad altre attività sociali, anche gestite da più Direzioni Regionali, provvedendo ad individuare specifiche risorse da destinare al funzionamento degli Osservatori provinciali.

Le risorse da destinare annualmente al finanziamento dei piani di zona (quote B.1 e B.2), non possono essere inferiori a quelle a tale scopo stanziare nell'anno precedente.

Per l'annualità 2007 la quota del FNPS destinata al finanziamento dei piani di zona (B.1 e B.2) ammonta a 12 milioni di euro, con un notevole incremento rispetto all'analoga quota prevista dal precedente Piano sociale regionale. Tale incremento rappresenta un ulteriore segnale della volontà di rinnovamento del presente Piano in merito all'esigenza di investire risorse adeguate nella programmazione locale. Volontà testimoniata anche dalla quota del Fondo Sociale Regionale destinata ai Piani di Zona per l'area dell'inclusione sociale.

Nella storia della programmazione sociale abruzzese, è la prima volta che risorse così ingenti sono direttamente assegnate al territorio per l'attuazione delle politiche sociali.

Dall'annualità 2008, la quota delle "risorse statali" destinata al finanziamento dei piani di zona ricomprende anche le risorse provenienti dalla legge n. 285/1997 e dalla legge n. 162/1998 e, precedentemente destinate dalla Giunta Regionale, coerentemente con le leggi di riferimento, rispettivamente alla programmazione di interventi sui minori e di interventi per i disabili gravi.

La Giunta Regionale provvederà con proprio atto di indirizzo applicativo, in attuazione dell'azione di piano "Incidenza diretta del Piano sociale regionale" (§ III.1), a disciplinare le modalità e l'entità dell'incremento delle "risorse indistinte statali" destinate al finanziamento dei piani di zona e l'utilizzo di eventuali quote residuali provenienti da dette leggi di settore.

La tabella n. 15 che segue, evidenzia l'entità delle risorse statali nel periodo 2003-2006, destinate al finanziamento dei piani di zona e quella delle risorse destinate alla programmazione di interventi per i minori (L. 285/1997) e per i disabili gravi (L. 162/1998).

Tabella 14 - Destinazione delle risorse statali (FNPS)

Risorse provenienti dal FNPS	2003 (in migliaia di euro)	2004 (in migliaia di euro)	2005 (in migliaia di euro)	2006 (in migliaia di euro)
Piani di zona	10.455 (*)	10.455 (*)	10.500	10.500 (****)
Piano annuale L. 285/1997	(**)	3.000	(***)	3.000 (****)
Piano di interventi per disabili gravi	1.400	1.400	1.042	1.400 (****)

(*) – l'importo destinato al finanziamento dei piani di zona negli anni 2003 e 2004 è ridotto in relazione alla mancata approvazione del piano di zona da parte di due Comuni

(**) – nell'anno 2003 non vi è stata una nuova programmazione ai sensi della L. 285/1997, i servizi sono stati attuati con le residue risorse provenienti dall'annualità precedente.

(***) – nell'anno 2005 le risorse indistinte del FNPS sono state insufficienti a garantire la copertura finanziaria del piano annuale della L. 285/1997, copertura che è stata, eccezionalmente, garantita con le risorse provenienti dal FSR 2006

(****) – le risorse del FNPS sono in corso di accertamento e le risorse indicate sono da considerarsi indicative.

Le "risorse statali" da destinare al finanziamento dei piani di zona nel triennio di attuazione del Piano sociale, sono previste negli importi negli importi di €. 12.000.000,00 per il 2007 e in €. 16.400.000,00 per le annualità 2008 e 2009, come precisato nella Tavola III allegata al Piano, e sono attribuite agli ambiti territoriali così come indicato nei successivi punti B.1) e B.2):

B.1) – Piani di Zona.

Una quota pari al 90% delle risorse statali, destinate dalla Giunta Regionale al finanziamento dei piani di zona, è attribuita agli ambiti territoriali sociali, ammessi a contributo regionale per l'anno di riferimento.

Per essere ammesso a contributo il piano di zona deve essere stato sottoposto all'esame della Giunta regionale per la necessaria verifica di compatibilità con le scelte del piano sociale regionale.

L'assegnazione dei contributi agli Enti di Ambito Sociale è effettuata annualmente con determinazione dirigenziale dall'avvenuto accertamento contabile delle risorse trasferite dallo Stato.

L'ammontare del contributo da assegnare a ciascun ambito per i piani di zona è calcolato in misura proporzionale alla quota già assegnata a ciascun ambito territoriale nella precedente fase di programmazione sociale (importi 2005).

Eventuali modifiche all'articolazione territoriale degli ambiti sociali comportano il corrispondente adeguamento delle quote dovute agli ambiti interessati alla modifica, calcolata sulla popolazione residente.

Gli importi da assegnare a ciascun ambito, calcolati tenendo conto della quantificazione prevista delle assegnazioni statali per gli anni 2007-2008 e 2009, sono descritti nell'allegata Tavola 3.

Il contributo da assegnare a ciascun ambito non può comunque essere superiore a quello previsto nel quadro finanziario di ciascuna annualità del piano di zona.

Le risorse assegnate costituiscono quote di cofinanziamento delle spese relative agli interventi e servizi da realizzare in attuazione del Piano di zona, con esclusione di quelli previsti nell'area di intervento "integrazione ed esclusione sociale", assistita già dalle risorse finalizzate di cui alla quota A.2.

Le risorse della quota B.2 non possono superare l'80% della spesa complessivamente impegnata per la realizzazione del piano di zona nell'annualità di riferimento, calcolata al netto di altre risorse aggiuntive eventualmente utilizzate per la realizzazione del piano di zona (altre risorse regionali, risorse della Comunità Montana, dell'Unione di Comuni, della Provincia, della Comunità Europea, ecc.).

La quota di spesa complessivamente gravante sui Comuni dell'Ambito deve essere pari ad almeno il 20% della spesa impegnata per la realizzazione degli interventi e servizi attuati in relazione all'area d'intervento "integrazione ed inclusione sociale", ricompresi nel piano di zona nell'annualità di riferimento (calcolata al netto di altre risorse aggiuntive eventualmente utilizzate per la realizzazione del piano di zona (altre risorse regionali, risorse della Comunità Montana, dell'Unione di Comuni, della Provincia, della Comunità Europea, ecc.).

I contributi assegnati e non rendicontati alla Regione, nei tempi e con le modalità previste al successivo paragrafo VI.3., sono soggetti a compensazione sull'analogo contributo che sarà concesso nell'anno successivo a quello di presentazione della rendicontazione medesima.

Eventuali risorse non assegnate, per insufficienza dei piani di zona presentati e ritenuti compatibili dalla Giunta Regionale o per insufficiente rendicontazione di contributi pregressi o comunque risorse non utilizzati dagli EAS, sono destinate ad incrementare le risorse della quota A.5 "Azioni di Piano".

B.2) – Incentivi per la gestione associata dei servizi sociali

Una quota pari al 10% delle risorse statali destinata al finanziamento dei piani di zona è attribuita agli ambiti territoriali sociali per incentivare la gestione associata dei servizi sociali.

In particolare il finanziamento è attribuito agli ambiti in relazione all'istituzione formale dell'Ufficio di Piano per l'attuazione del piano di zona e deve essere utilizzato esclusivamente per il funzionamento di detto organismo.

L'istituzione dell'ufficio di piano deve essere chiaramente individuabile nel piano di zona presentato dall'ambito sociale.

L'assegnazione del finanziamento agli ambiti avviene contestualmente all'assegnazione del contributo per l'attuazione del piano di zona.

L'ammontare del finanziamento destinato agli ambiti, il cui piano di zona, sottoposto favorevolmente all'esame della Giunta regionale per la necessaria verifica di compatibilità con le scelte del piano sociale regionale è così calcolato:

- 50% delle risorse è suddiviso in parti uguali fra tutti gli ambiti;
- 50% delle risorse è suddiviso fra tutti gli ambiti, formati da più Comuni, sulla base dei seguenti criteri:
 - il 20% in proporzione al numero di Comuni appartenenti all'Ambito e che partecipano all'attuazione del piano di zona;
 - il 40% in proporzione alla popolazione residente;
 - il 40% in proporzione inversa alla densità demografica.

I finanziamenti assegnati non prevedono quote di cofinanziamento da parte dei Comuni, ma devono essere rendicontati dall'Ente di Ambito Sociale in sede di rendicontazione del piano di zona ed essere utilizzati interamente ed esclusivamente per le spese di funzionamento dell'Ufficio di Piano.

I contributi assegnati e non rendicontati alla Regione, nei tempi e con le modalità previste al successivo paragrafo VI.3., sono soggetti a compensazione sull'analogo contributo che sarà concesso nell'anno successivo a quello di presentazione della rendicontazione medesima.

Eventuali risorse non assegnate, per insufficienza dei piani di zona presentati e ritenuti compatibili dalla Giunta Regionale o per insufficiente rendicontazione di contributi pregressi o comunque risorse non utilizzati dagli EAS, sono destinate ad incrementare le risorse della quota A.5 "Azioni di Piano".

VI.2. La compartecipazione degli enti

I sottoscrittori dell'accordo di programma per l'approvazione del piano di zona sono tenuti a sostenere l'attuazione del piano secondo quanto espressamente contenuto nell'accordo.

In particolare i Comuni sono tenuti a trasferire agli enti di ambito sociale le risorse provenienti dai bilanci comunali necessarie per l'attuazione dei piani di zona, secondo quanto previsto nei quadri finanziari.

Il mancato rispetto degli impegni assunti dai Comuni comporta, per i Comuni inadempienti, l'esclusione, nell'annualità successiva a quella in cui si accerta il mancato rispetto degli impegni assunti in relazione all'attuazione del piano di zona, dal beneficio dei contributi previsti del FSR per gli interventi generali e il trasferimento degli stessi all'ente di ambito sociale di riferimento.

La sanzione è attivabile sulla base di organica documentata richiesta da parte dell'Ente di Ambito Sociale creditore.

VI.3. La rendicontazione

Gli Enti di Ambito Sociale e i Comuni sono tenuti a presentare alla Regione Abruzzo la rendicontazioni dei contributi assegnati per l'attuazione dei piani di zona e per l'attuazione degli interventi generali.

La rendicontazione deve essere trasmessa alla Regione entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento, nel rispetto delle modalità indicate nell'allegato al presente piano.

Gli enti di ambito sociale e i comuni sono tenuti a verificare la corretta applicazione dei contratti collettivi di lavoro e delle norme di previdenza e assistenza, così come precedentemente indicato. A tal fine, nel provvedimento di approvazione della rendicontazione, è necessario dare atto del rispetto della disposizione suddetta, in carenza della quale, in sede di esame della rendicontazione stessa, non sarà possibile per la Regione riconoscere le spese sostenute per gli interventi di riferimento.

Non sono, altresì, riconosciute, in sede di rendicontazione, le spese sostenute per il funzionamento degli organi degli enti strumentali sociali.

La mancata o insufficiente rendicontazione dei contributi assegnati comporta la compensazione della somma non rendicontata, qualora non restituita alla Regione, sull'analogo contributo che sarà assegnato nell'anno successivo a quello della presentazione del rendiconto.

Del mancato o incompleto utilizzo da parte dei Comuni e degli Enti di Ambito Sociale dei contributi assegnati sarà data formale notizia sul BURA sia in caso di restituzione che in caso di compensazione.

I Comuni e gli Enti di Ambito Sociale che non utilizzano completamente il contributo assegnato, non possono presentare, nell'anno successivo a quello dell'avvenuta restituzione e/o compensazione, i progetti obiettivo annualmente previsti dalle azioni di piano per l'innovazione.

Il fondo sociale di zona

Il fondo sociale di zona rappresenta l'insieme delle risorse economiche disponibili presso ciascun ambito per la realizzazione degli interventi del piano di zona e di tutti gli altri interventi sociali attuati dall'ente di ambito sociale.

Esso si compone di:

- risorse statali
- risorse regionali
- risorse dei comuni
- altre risorse (della Comunità Montana, della Provincia, della Comunità Montana, dell'Unione di Comuni, delle Associazioni, delle Fondazioni, ecc...)

In sede di rendicontazione ciascun Ente di Ambito Sociale, dovrà in allegato al quadro finanziario, riepilogare l'ammontare del proprio fondo sociale di zona, specificando la destinazione delle singole risorse assegnate dai vari soggetti, al fine di permettere alla Regione una completa ricognizione delle risorse disponibili sul territorio

VI.4. La premialità

Possono presentare progetti obiettivo per ottenere i contributi previsti dalle azioni di piano per l'innovazione i comuni e gli enti di ambito sociale destinatari dei contributi assegnati per l'attuazione degli interventi generali e dei piani di zona, che - nell'anno precedente a quello di riferimento – non hanno restituito somme inutilizzate e/o non siano stati soggetti a compensazione.

VI. 5. Le azioni di piano per la politica della spesa

1- Fondo per i minori allontanati dalla famiglia e dei minori non accompagnati

La Regione incentiva con specifici contributi l'istituzione di un Fondo, presso ciascun ambito sociale, destinato a sostenere la spesa dei Comuni per i minori allontanati dalla famiglia con provvedimento del Giudice o dei minori non accompagnati.

La Regione stabilisce, con proprio atto di indirizzo applicativo, le modalità e il funzionamento del Fondo, stabilendo altresì l'importo da destinare all'intervento e le modalità per il riparto e l'assegnazione dei contributi agli ambiti, nonché le modalità di rendicontazione.

Una parte del Fondo deve essere destinata al sostegno specifico sulle spese che i Comuni sostengono per i minori immigrati non accompagnati non residenti nel proprio territorio.

Il fondo deve essere alimentato, annualmente, da un contributo regionale e da risorse proprie dei Comuni dell'ambito di appartenenza.

Le risorse del Fondo non utilizzate entro l'anno di riferimento per mancanza di situazioni verificatesi, e già preventivamente impegnate, possono essere utilizzate nel corso dell'anno successivo, previa comunicazione alla Regione in sede di rendicontazione del contributo assegnato

In caso di mancata istituzione del Fondo, ai comuni facenti parte dell'ambito sociale inadempiente non saranno assegnate risorse finanziarie a sostegno delle spese sostenute per i minori allontanati dalla famiglia o non accompagnati.

2 - Azioni di controllo di gestione sull'attuazione dei piani di zona

La Regione Abruzzo sostiene gli ambiti sociali che adottano forme di controllo di gestione per l'attuazione del piano di zona.

Con proprio atto di indirizzo applicativo la Giunta Regionale definisce le tipologie di controllo di gestione che intende sperimentare sul territorio, le zone di sperimentazione e l'importo da destinare all'intervento.

Pagina bianca

VII. GESTIONE STRATEGICA DELLE INFORMAZIONI SOCIALI

VII.1. Principi di gestione strategica delle informazioni sociali

La raccolta dei dati e delle informazioni sulle politiche pubbliche costituisce una risorsa strategica fondamentale per il processo decisionale e per il miglioramento delle azioni svolte dalla Pubblica amministrazione.

La Regione Abruzzo, fin dal primo Piano sociale regionale (1998-2000), si è posta il problema di destinare un'area specifica all'attività di gestione delle informazioni sociali, sebbene non sempre in un'ottica strategica per la complessità e la frammentazione delle competenze, da un lato prevedendo un Sistema Informativo (art. 10 della L.R. 22/1998), dall'altro un Osservatorio regionale sul Sistema dei Servizi Socio-Assistenziali (art. 13). Il secondo Piano sociale regionale (2002-2004) ha specificamente previsto un'azione innovativa per il potenziamento di tale attività. Ancor prima dell'attivazione di questi strumenti di gestione delle informazioni sociali, la Regione doveva anche organizzare l'attivazione di un Osservatorio per l'infanzia e l'adolescenza, nelle more di attuazione della L. 451/97 (art. 4).

Con la Delibera n. 2137 del 1998 la Giunta Regionale decise di avviare sperimentalmente l'Osservatorio sociale, iniziando ad attivare una Sezione Infanzia e Adolescenza. I capisaldi di questa collaborazione individuavano un **coordinamento regionale** con il decentramento delle rilevazioni e della raccolta delle informazioni a **livello provinciale** (istituzione di un centro per ogni provincia). Dal terzo progetto in poi (anno 2000-2001), la Sezione Infanzia e Adolescenza è stata a regime superata, in quanto l'Osservatorio inizia ad avere come campo di indagine tutti i servizi sociali, che, nel frattempo, grazie anche all'implementazione del primo Piano sociale, erano stati attivati in Abruzzo. Fra il 2001 ed il 2002, l'Osservatorio modifica profondamente la sua struttura introducendo nel sistema di monitoraggio anche i **35 ambiti sociali**.

Cambia anche la tecnologia con l'utilizzo della rete internet (web-based) per il caricamento e l'invio telematico dei dati all'interno dell'area riservata del nuovo portale osr.regione.abruzzo.it. Il sistema di tipo lineare diventa un sistema di tipo circolare, in cui le Province assumono una nuova funzione di assistenza tecnica, supervisione, inserimento dati per il privato sociale ed i servizi di area vasta.

Nel 2003 e nel 2004, in occasione del secondo Piano sociale regionale, si procede alla progettazione di un nuovo strumento di rilevazione e monitoraggio, la Cartella sociale del cittadino e di un documento regolativo chiave: l'Atto di indirizzo applicativo sul governo delle informazioni sociali (DGR n. 298 del 14.03.2005), dove vengono definiti ruoli, compiti, funzioni e responsabilità nell'ambito del nuovo Sistema Informativo Regionale Sociale (S.I.RE.S.), che per la prima volta acquista questa denominazione, e che vede un nuovo organismo entrare nella rete: l'Agenzia Regionale per l'Informatica e la Telematica. L'introduzione della tecnologia Internet, dopo una prima fase di rodaggio, incontra subito un buon successo, in quanto consente un aggiornamento costante della base dati, una facilità di utilizzo per la semplicità di compilazione della *form*, una trasmissione in tempo reale dei dati alla Regione. Grazie a tali rilevazioni, tutti gli ambiti sociali possono disporre di report annuali sui servizi territoriali attivati, che, già in fase di redazione del secondo Piano di zona, si sono

rivelati particolarmente importanti per la mappatura e la valutazione di efficacia dei servizi.

L'insieme delle attività condotte dal 1999 al 2006 (tabella 15) testimoniano il ruolo chiave giocato dall'Osservatorio sociale regionale nella gestione del nascente sistema dei servizi sociali.

L'Osservatorio ha, infatti, consentito:

- di monitorare l'impatto quali-quantitativo delle politiche nella crescita del sistema e delle risposte ai cittadini,
- di introdurre innovazioni tecnologiche anche nella redazione dei documenti programmatori e di budget (la procedura digitale per la redazione dei Piani di zona 2003-2005 è stata realizzata con le tecnologie dell'Osservatorio),
- di favorire un'ampia circolazione delle informazioni utili per tutti gli attori sociali attraverso il portale sociale (gli accessi sono triplicati in questi anni con 28.539 utenti e 39.433 visite nel 2005),
- di fornire dati aggiornati ai programmatori e agli amministratori locali sia per la verifica dell'efficacia dei Piani a livello territoriale di interesse sia per la redazione delle mappe delle Carte per la cittadinanza sociale sperimentate dagli ambiti.

Tabella 15 – Evoluzione cronologica dell'Osservatorio sociale regionale

Annualità	Attività	Attori Coinvolti
1999	• Avvio Osservatorio Infanzia e Adolescenza (l. 451/97) • Avvio prima rilevazione: censimento strutture • Costituzione centri documentazione infanzia	Regione Province
2000	• Messa a regime Osservatorio Infanzia e Adolescenza • Seconda rilevazione servizi infanzia. • Pubblicazione Mappa dei servizi infanzia	Regione Province
2001	• Transizione da Osservatorio infanzia a Osservatorio sociale • Predisposizione nuovi strumenti di rilevazione	Regione Province
2002	• Nuova architettura • Creazione dell'Osservatorio sociale regionale - Attivazione del Portale • Invio dati tramite tecnologia internet • Prima rilevazione censuaria su tutti i servizi sociali (scheda OSR01) • Digitalizzazione dei dati per il Piano sociale regionale	Regione Province Ambiti
2003	• Creazione di una nuova architettura di Sistema Informativo	Regione Province

	- Nuove funzioni del II Piano sociale regionale - II rilevazione annuale - Attivazione del Centro di documentazione sociale regionale	Ambiti
2004	- Progettazione del SIRES Cartella sociale del cittadino - Attivazione della sezione News Portale e creazione newsletter - Collaborazione con Università di Chieti - III rilevazione annuale	Regione Arit Province Ambiti
2005	- Test e formazione del SIRES – Cartella sociale - Sperimentazione Monitoraggio domanda Segretariato sociale - Approvazione Atto di indirizzo sul governo delle informazioni sociali - Analisi dei bisogni per il terzo Piano sociale regionale - IV rilevazione annuale - Restyling del Portale	Regione Arit Province Ambiti
2006	- Riordino del Sistema verso il nuovo Piano sociale - Progetto strategico Osservatori Caritas - V rilevazione annuale - Realizzazione Mappa dei servizi	Regione Arit Province Ambiti

Le attività di indagine e di sperimentazione svolte nel corso di questi anni dall'Ufficio Osservatorio sociale regionale (tabella 16) hanno consentito non solo di acquisire una serie di nuove competenze strategiche ad una molteplicità di livelli di governo delle politiche sociali, ma anche di poter disporre di una serie di output e di prodotti, che ricomprendono 12 banche dati contenenti la serie storica sul sistema dei servizi sociali in Abruzzo (dal 2001 al 2005), i Piani di zona, le Associazioni, la domanda sociale nella sperimentazione dei Segretariati sociali, e nuovi strumenti di *governance* delle informazioni (Modello di segretariato sociale) e dei dati finanziari (bilancio sociale).

Tabella 16 - Principali ricerche e prodotti dell'Ufficio Osservatorio sociale regionale

	Indagini svolte	Prodotti
1	Rilevazione dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza	Banca-dati dei servizi per l'infanzia 1999
2	Rilevazione dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza e dei livelli essenziali	Banca-dati dei servizi 2000 Mappa dei servizi
3	Rilevazione dei servizi e degli interventi sociali e socio-sanitari	Banca-dati 2001 e report – 1100 record

4	Rilevazione dei servizi e degli interventi sociali e socio-sanitari	Banca-dati 2002 e report
5	Rilevazione dei servizi e degli interventi sociali e socio-sanitari	Banca-dati 2003 e report
6	Rilevazione dei servizi e degli interventi sociali e socio-sanitari	Banca-dati 2004 e report
7	Rilevazione dei servizi e degli interventi sociali e socio-sanitari	Banca-dati 2005 e report – 1800 record
8	Informatizzazione delle procedure di pianificazione	Banca-dati dei Piani di zona 2003-2005
9	Rilevazione delle associazioni operanti sul territorio (con CSV Abruzzo)	Banca-dati on-line Associazioni censite per la Carta della Cittadinanza sociale
10	Ricerca sul sistema di offerta in collaborazione con l'Università di Chieti	Rapporto finale della ricerca sul sistema di offerta dei servizi sociali 2001-2002
11	Rilevazione dei segretariati sociali per il call center regionale	Banca-dati dei Segretariati sociali e delle sedi periferiche
12	Documentazione statistica e centro di documentazione	Fondo librario
13	Monitoraggio della domanda nei Segretariati sociali	Banca-dati della sperimentazione – Anno 2005
14	Indagine campionaria sui bisogni rilevati (con Fondazione Zancan)	Banca-dati per l'analisi dei bisogni – Anno 2005
15	Modello di riferimento per il Segretariato sociale (in collaborazione con Fondazione Zancan)	Documento contenente il modello di riferimento regionale per l'implementazione dei Segretariati sociali
16	Sperimentazione del Punto Unico di Accesso (con Fondazione Zancan)	Documento di lavoro sul Punto Unico di Accesso
17	Sperimentazione del Bilancio Sociale	Documento di lavoro sulle linee guida per il bilancio sociale degli ambiti sociali

Tuttavia le esperienze maturate in questi anni con gli strumenti per la gestione delle informazioni sociali hanno consentito anche di individuare i punti di forza e di debolezza del sistema implementato (tabella 17), dai quali poter ripartire per valutare potenzialità e rischi della futura programmazione di riordino dell'Osservatorio con il terzo Piano sociale, che viene anche a coincidere con quella che possiamo denominare “fase 3”.

La programmazione dell'Osservatorio sociale regionale ha consentito ad oggi di creare una rete tecnologica stabile per il Sistema informativo sociale, connettendo Regione-Province-Ambiti e gestendo i rispettivi flussi informativi. Il punto di forza più importante è stato quindi il consolidamento dell'**infrastruttura tecnologica**, composta dalla **rete hardware** finanziata dalla Regione e dal **sistema software web-based** realizzato con il portale sociale regionale. Questa

infrastruttura è cresciuta congiuntamente alla **banca-dati censuaria** sul sistema di offerta dei servizi sociali (la prima *mission* dell'Osservatorio, così come disegnata dalla L.R. 22/98), che consente oggi di avere una mappa generale di tutti i servizi sociali e socio-sanitari attivi sul territorio regionale ed un monitoraggio costante delle attività svolte da questi servizi (utenza, costi, risorse umane, prestazioni), e al **centro di documentazione sociale**. Gli ambiti, principali beneficiari, insieme alla Regione ed alle Province, dell'attività informativa, hanno potuto utilizzare per la prima volta una metodologia programmatica basata sull'analisi, grazie al feed-back attivato (report annuali), utile per la classificazione ed il monitoraggio dei servizi, sviluppando nel tempo una nuova cultura del dato e dell'informazione.

Tabella 17 – Punti di forza e punti di debolezza

Punti di forza	Punti di debolezza
▪ Creazione di una rete tecnologica stabile di rilevazione Province-Ambiti ▪ Istituzione di 4 centri di analisi sociale nelle province abruzzesi ▪ Consolidamento dell'infrastruttura tecnologica del Sistema informativo sociale istituzionale ▪ Dal dato all'informazione sociale a 360°: la funzione del portale sociale ▪ Creazione di una banca dati censuaria sui servizi sociali ▪ Sviluppo di una cultura del dato e del monitoraggio fra i soggetti gestori ▪ Analisi dell'offerta da parte di ciascun ambito sociale ▪ Creazione di un centro di documentazione sociale regionale ▪ Progettazione del software per la cartella sociale del cittadino	▪ Svolgimento concorrente di attività di rilevazione da parte di altri settori della Giunta Regionale, non concordate ▪ Frammentazione gestionale dell'attività di rilevazione in materia di politiche sociali, sovrapposizione temporale e duplicazione di richieste informative agli ambiti ▪ Difficoltà degli ambiti e delle province alla corretta compilazione dei dati ▪ Insufficiente sviluppo di un sistema permanente di analisi dei bisogni per ritardo nell'avvio Cartella sociale e difficoltà all'acquisizione da altre fonti informative ▪ Ridotta visibilità dei risultati statistici, disponibili agli ambiti, ma poco conosciuti dall'opinione pubblica in generale

VII.2. L'innovazione degli strumenti: l'Osservatorio sociale ed il Sistema informativo (SIRES)

La programmazione delle attività dell'Osservatorio sociale regionale, istituito dall'art. 10 della L.R. 22/1998, si realizza sulla base degli indirizzi formulati nel Piano sociale regionale e nel programma annuale di attività, previsto dall'Atto di indirizzo applicativo sul governo delle informazioni sociali.

L'Osservatorio sociale regionale è il principale strumento di gestione delle informazioni sociali della Regione Abruzzo. Il **governo strategico delle informazioni** è un processo che implica la pianificazione, l'organizzazione

ed il controllo dei dati. Le sue funzioni integrate ricomprendono la gestione delle informazioni socio-demografiche, amministrative, organizzative, valutative e finanziarie relative alle politiche sociali regionali.

Nell'assolvimento di questa funzione, pertanto, l'Osservatorio deve svolgere un'azione unitaria di rilevazione dei bisogni e di lettura dei dati comunque disponibili, anche provenienti da altre strutture e centri di rilevazione, in modo da diventare **punto di riferimento generale** di tutte le informazioni sociali disponibili, utilizzabili dall'intero sistema regionale dei servizi e degli interventi sociali.

La finalità dell'Osservatorio sociale regionale nella nuova programmazione del Piano sociale risiede nell'utilizzo appropriato delle risorse organizzative e strumentali ad oggi sviluppate per avere il massimo effetto, per il conseguimento dei seguenti obiettivi:

- potenziare il sistema informativo per renderlo integrato, connesso ed orientato al cittadino, al fine di contribuire a migliorare l'efficacia dei servizi sociali erogati dagli ambiti territoriali e dagli altri attori sociali;
- raccogliere, classificare, analizzare, archiviare tutte le informazioni necessarie per l'assunzione di decisioni politiche e tecniche, basate sulla conoscenza e relative al sistema dei servizi e degli interventi sociali a livello regionale, provinciale e locale;
- ottimizzare l'uso delle proprie risorse e gestire l'innovazione attraverso l'organizzazione interna e territoriale;
- sviluppare la capacità di gestione delle informazioni sociali a livello di singolo servizio, comunale, di ambito sociale e provinciale;
- migliorare la sostenibilità e l'affidabilità della rete informativa costituita dalla Regione per cogliere i futuri bisogni di welfare.

L'Osservatorio dovrà operare nel rispetto di alcuni principi-chiave:

- le informazioni sociali devono essere di qualità ed accessibili ai cittadini e a tutti i possibili utenti, nonché collegate all'assunzione di decisioni basate sulla conoscenza per il miglioramento dell'efficacia dei servizi alla persona;
- le azioni dell'Osservatorio devono essere conformi e coerenti con la pianificazione sociale regionale e con i relativi strumenti attuativi e tenere conto delle indicazioni del Sistema Informativo Nazionale sui Servizi Sociali, di cui alla L. 328/2000, in corso di attivazione;
- le migliori prassi di gestione delle informazioni sono attuate attraverso un lavoro di partnership interna (direzioni regionali e servizi interni alla Direzione Qualità della Vita) ed esterna (Province, Ambiti sociali, Comuni, Istituzioni, Istat, Centri di Ricerca, etc);
- le risorse informative e gli indicatori per le decisioni di politica sociale basati sull'evidenza (evidence-based) devono essere accurati, tempestivi, rilevanti, completi, concisi e facilmente leggibili;
- i principi di scambiabilità, condivisione, interoperabilità, privacy dei dati sono fondamentali per tutte le strutture coinvolte nella gestione delle informazioni;
- l'attività deve essere orientata a beneficio sia di chi governa il sistema delle politiche sociali sia dei cittadini.

Le attività dell'Osservatorio sociale regionale (figura __), anche sulla base delle competenze attribuite dall'Atto di indirizzo, vengono così riorganizzate nell'arco del triennio 2007-2009:

Area 1 - la pianificazione e la valutazione delle strategie informative sociali a livello regionale e locale, in collaborazione con le amministrazioni provinciali;

Area 2 - la definizione di modelli organizzativi omogenei e procedure di coordinamento per i servizi di informazione sociale e di accesso a livello regionale, provinciale e di ambito sociale;

Area 3 - il coordinamento per lo sviluppo e la manutenzione delle infrastrutture tecnologiche del S.I.RE.S., per il tramite dell'Agenzia Regionale per l'Informatica e la Telematica (A.R.I.T.);

Area 4 - la gestione dei dati attraverso il Sistema Informativo Regionale Sociale (S.I.RE.S);

Area 5 - la gestione delle attività di elaborazione statistica;

Area 6 - la gestione della Biblioteca regionale di documentazione sociale;

Area 7 - la disseminazione e la divulgazione delle informazioni sociali e la comunicazione sociale;

Area 8 - la sperimentazione applicativa di strumenti di e-Welfare in favore dei cittadini (call center, card, etc.).

Figura 6 – Attività dell'Osservatorio sociale regionale 2007-2009



Area 1. Pianificazione e valutazione delle strategie informative sociali

Annualmente l'Osservatorio sociale regionale predispone un programma di attività, declinando gli obiettivi e le strategie individuate nel Piano sociale regionale, tenendo conto anche delle specifiche previsioni dell'Atto di indirizzo.

Il programma ricomprende i singoli progetti di intervento per ciascuna area e viene redatto da un Gruppo di lavoro, composto dal Gruppo di coordinamento

di cui all'Atto di indirizzo e dai responsabili di Servizio di tutti i servizi regionali di interesse per le politiche sociali, al fine di ottimizzare, raccordare e coordinare la rilevazione e la gestione dati.

Il programma è approvato dalla Giunta Regionale e viene preparato e valutato dal Gruppo di coordinamento Regione-Province.

Il programma prevede specifiche azioni di formazione in ciascuna area di sviluppo dell'Osservatorio atte ad accompagnare l'accrescimento delle competenze da parte di tutti i soggetti attivi nel governo delle informazioni sociali.

Per la gestione del Sistema Informativo a livello di ambito locale le relative risorse annuali, devono essere previste dagli Ambiti Sociali in sede di programmazione dei Piani di Zona.

Il programma annuale stabilisce anche le quote da assegnare a ciascuna provincia per la gestione dei Centri provinciali di analisi sociale. Le Province cofinanziano i progetti annuali di gestione con almeno il 20% del totale del contributo regionale assegnato.

Il mancato o incompleto invio dei dati e dei rapporti sociali di cui al § VI.3 da parte degli ambiti o delle province può comportare misure sanzionatorie.

Area 2. Definizione procedure di coordinamento per i servizi di informazione sociale

L'Osservatorio sociale regionale cura la predisposizione di **linee-guida per la definizione di procedure e di modelli di coordinamento organizzativo omogenei per alcuni servizi di informazione** a livello regionale e locale.

Riprendendo le sperimentazioni effettuate in passato, l'Osservatorio dovrà curare la messa regime e la verifica di tali servizi e dei relativi strumenti, garantendo assistenza tecnica e fornendo specifiche direttive agli ambiti locali ed alle province.

In particolare, le esperienze maturate sulla **Carta per la cittadinanza sociale**, opportunamente ridefinite sulla base delle buone prassi raggiunte, dovranno entrare a regime in tutti gli ambiti territoriali sociali ed essere finanziate con le risorse ordinarie del Piano di zona.

Area 3. Coordinamento per lo sviluppo e la manutenzione delle infrastrutture tecnologiche

L'Osservatorio promuove e supervisiona l'infrastruttura tecnologica consistente nelle due strutture server (Regione Abruzzo – Direzione Qualità della vita per il Portale Sociale Regionale e Agenzia Regionale per l'Informatica e la Telematica per il SIREs- Cartella sociale) e nella rete infrastrutturale locale (province ed ambiti territoriali sociali).

L'ARIT, sulla base delle indicazioni dell'Osservatorio sociale, gestisce tutta l'attività di manutenzione delle infrastrutture tecnologiche di propria competenza, il loro potenziamento e l'ammodernamento.

Area 4. Gestione dei dati attraverso il Sistema Informativo REgionale Sociale (S.I.RE.S)

L'Osservatorio programma annualmente l'attività di gestione dati, anche conformemente ai fabbisogni informativi individuati dall'istituendo Sistema Informativo Nazionale sui servizi sociali di cui all'art. 21 della L.328/2000.

In particolare, nel triennio 2007-2009, l'attività di gestione dei dati sarà articolata sulle seguenti macroaree:

- a. dati epidemiologici e sociali;

- b. bisogni e domanda sociale;
- c. sistema di offerta delle prestazioni e dei servizi sociali;
- d. monitoraggio della spesa sociale;
- e. valutazione di qualità dell'offerta.

I dati epidemiologici e sociali sono attentamente monitorati attraverso l'accesso alle banche dati esistenti, alle fonti librerie e statistiche della Biblioteca sociale regionale, alle fonti interne alla Regione (politiche del lavoro, casa, salute, etc.). L'Osservatorio, sulla base degli indicatori individuati nel Piano, definisce dettagliatamente il set di indicatori sociali comparativi, che dovranno essere costantemente monitorati per delineare un profilo sociale della Regione utile a fotografare, secondo una periodicità almeno annuale, le dinamiche sociali (cfr. II.3). A tal fine sarà anche attivata una collaborazione fra l'Osservatorio sociale e il servizio di informazione statistica.

I bisogni e la domanda sociale vengono rilevati sia attraverso la **Cartella sociale del cittadino**, gestita informaticamente dall'A.R.I.T., sia attraverso la **domanda sociale pervenuta ai Segretariati sociali** e trasmessa alla Regione tramite l'apposita form telematica. Nel programma annuale possono essere decise singole **indagini multiscope**, anche campionarie, sui bisogni e la domanda sociale su specifici campi di interesse. Altresì il progetto in sperimentazione con due Caritas diocesane rappresenta un'importante interfaccia per il monitoraggio dei bisogni connessi alle nuove povertà.

Il sistema di offerta è stato storicamente rilevato con il modello OSR01. Tale modello, opportunamente adeguato ai nuovi fabbisogni informativi, continuerà ad essere applicato, al fine di aggiornare costantemente sia la mappa dei servizi che determinare la serie storica sull'evoluzione dei servizi nella Regione.

Tutta la gestione dati si inquadra nell'ambito del Sistema Informativo REgionale Sociale (S.I.RE.S), il quale sarà dotato di specifiche "chiavi" per la scambiabilità dei dati.

Area 5. Gestione delle attività di elaborazione statistico-sociale

La struttura dell'Osservatorio dovrà essere supportata per la gestione delle attività di elaborazione e di analisi statistica dei dati gestiti nell'ambito del SIRES. In tal modo l'Osservatorio provvederà a curare il controllo della qualità dei dati e ad elaborare report periodici per ciascuna area di gestione dati.

L'Osservatorio potrà avvalersi di collaborazioni scientifiche ed istituire forum di riflessione con esperti di settore ed organizzazioni sociali per la lettura condivisa dei dati.

Area 6. Gestione della Biblioteca regionale di documentazione sociale

Nel nuovo triennio l'attività avviata con successo nelle ultime annualità di acquisizione di testi, riviste, documentazione, statistiche di interesse sociale, potrà essere potenziata e resa accessibile. La Biblioteca contiene già una raccolta aggiornata dei più importanti testi a livello internazionale (Eurostat, OCSE, etc.) e nazionale (Istat, Censis, testi specialistici delle principali case editrici, etc.) in materia, che andrà arricchita e completata con nuove accensioni. Il patrimonio di documentazione costituisce un'importante risorsa per la progettazione delle politiche a livello regionale e locale e per la lettura storica dei fenomeni sociali della Regione in un'ottica europea.

Area 7. Disseminazione delle informazioni sociali e comunicazione sociale

La comunicazione sociale e la disseminazione delle informazioni sociali rappresenta uno dei più importanti risultati ottenuti in questi anni dall'Osservatorio. In tale ottica va potenziato lo strumento del **portale sociale regionale** (www.osr.regione.abruzzo.it), non solo quale porta centrale del SIRES, ma anche come porta di accesso e di diffusione delle informazioni da parte del cittadino, con la creazione di sezioni aggiornate per tematica. Gli strumenti ad oggi attivati (aggiornamento news sociali, newsletter, mappa dei servizi, etc.), andranno ulteriormente potenziati sia attraverso un "giornale" telematico delle politiche sociali sia attraverso l'attivazione di nuovi strumenti che consentano un accesso multicanale e non solo via web. Il portale potrà così progressivamente diventare il "**social network**" delle politiche sociali abruzzesi, degli operatori e dei cittadini.

Oltre al portale potranno essere realizzate campagne informative sociali e giornate, forum, tavoli di discussione pubblica e di lettura partecipata delle informazioni sociali.

Area 8. Sperimentazione applicativa di strumenti di e-Welfare in favore dei cittadini

La società dell'informazione ha consentito ad oggi l'attivazione di numerosi strumenti di e-Welfare, che hanno migliorato l'efficacia dei servizi resi al cittadino. Le sperimentazioni condotte durante il secondo Piano sociale ne sono una testimonianza. Nel nuovo triennio l'Osservatorio potrà anche sperimentare l'utilizzo di nuove tecnologie che migliorino il servizio reso al cittadino, quali l'adozione di desk informativi (ad esempio, una rete di "infostrutture sociali") e di modalità di prenotazione ed accesso unificate alle prestazioni rese dalla rete dei servizi (carta sociale).

VII.3. La valutazione regionale e locale delle politiche sociali

La valutazione è un filo rosso che percorre le tante sezioni del presente Piano sociale regionale.

La **valutazione dei bisogni**, la **valutazione delle performances**, la **valutazione di impatto sociale** (§ IV.2), gli **indicatori comparativi** (§ II.3) sono tutti i diversi approcci che il Piano chiarisce rispetto alla necessità di valutare i risultati, l'impatto delle politiche e l'evoluzione del sistema sociale.

La valutazione del sistema dei servizi e degli interventi sociali non può e non deve limitarsi alla sola valutazione dei risultati del Piano, ma deve essere in grado di leggere il sistema nella sua globalità. Il Piano è, infatti, il principale strumento di politica sociale, sebbene determini il funzionamento solo di parte del sistema. Si pone, dunque, la questione di delineare un **modello integrato di valutazione delle politiche sociali**, che ricomprenda la valutazione del Piano e la valutazione dei risultati dei programmi settoriali vigenti.

La sovrapposizione delle rilevazioni connesse alla valutazione, la disomogeneità delle metodologie e dei dati raccolti, e, a volte, anche la carenza di strumenti di valutazione per alcuni programmi specifici, oltre a recare confusione negli attori coinvolti, non hanno consentito di poter ricostruire un quadro integrale delle politiche sociali territoriali.

Il **modello integrato di valutazione**, basato sul sistema di monitoraggio attivato dal S.I.RE.S., dall'Osservatorio sociale, dai Centri provinciali di analisi

sociale, ha tre dimensioni: regionale, provinciale e locale. Il modello è multistrato ed è basato su:

- valutazione di contesto sociale (indicatori di contesto),
- valutazione/analisi dei bisogni sociali,
- valutazione di impatto sociale (VIS),
- valutazione delle prestazioni (indicatori di *performances*),
- valutazione dei risultati delle politiche e dei programmi sociali (*outcomes*).

Altra caratteristica del modello di valutazione è l'adozione della prospettiva comparativa: la valutazione deve essere in grado di leggere le analogie e le differenze, le simmetrie e gli squilibri fra i diversi livelli territoriali, comparando i dati regionali con le altre regioni italiane ed europee, i dati provinciali con le altre province italiane e abruzzesi, i dati di ambito e comunali con gli altri comuni italiani e ambiti/comuni abruzzesi, etc.. L'approccio deve essere di tipo partecipativo: la valutazione non è solo uno strumento tecnico interno, ma è strumento di giustificazione verso la collettività dell'impiego delle risorse gestite. La periodicità della valutazione deve essere almeno annuale.

Progressivamente, la valutazione dovrà essere realizzata con il **Rapporto sociale annuale**, basato sul modello integrato di valutazione, nel rispetto delle linee guida che saranno emanate successivamente dalla Regione.

I **Rapporti sociali annuali**, redatti da Regione, Province e Ambiti territoriali sociali, saranno pubblicati sul portale sociale regionale.

Continua, in ogni caso, ad applicarsi, il metodo di valutazione basato sul "Rapporto valutativo", deliberato dalla Giunta Regionale con atto n. 696 del 9 agosto 2004, previo adeguamento dello stesso ai principi e disposizioni del nuovo Piano Sociale.

TAVOLA I – QUADRO DI SINTESI DEGLI INDICATORI ESSENZIALI BASATI SULL'EVIDENZA, DISTINTI PER CATEGORIA

INDICATORI	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Indicatori di contesto										
Contesto X -	Bilancio demografico	Struttura familiare	Tasso di natalità	Tasso di fecondità	Indice di vecchiaia	Popolazione immigrata	Tassi disocc. e attività per genere	Tassi povertà e altre variabili economiche	Tassi di scolarizzazione	Dati variabili di contesto
Indicatori di impatto dei livelli essenziali										
Infanzia-famiglia A_E	Tasso copertura posti asili/serv. int. per pop. 0-2 anni	Tasso di partecipazion e giovanile 15-25 anni ai servizi attivati	Tasso di copertura su tot. famiglie	Tasso copertura su tot. famiglie con disabile	Numero affidi e adozioni	Numero bambini e famiglie seguite	Numero minori in comunità	Numero segnalazioni casi violenza ai minori		
Inclusione sociale B_E	Tasso copertura servizi di inclusione per gruppo target	Percentuale di prog. pers. con reddito inser. su tot. utenti	Tasso di accessi con ISEE su tot. utenti	Percentuale prog. integrati. su tot. utenti	Numero contatti e interventi P.I.S.					
Anziani C_E	Tasso di copertura domiciliarità su tot. anziani	Tassi copertura serv. domic. h/utente -	Numero utenti assistiti a distanza	Tasso copertura anziani non autosufficienti						
Disabilità D_E	Tassi copertura serv. dom. su tot. disabili	Numero di disabili fruitori assistenza scolastica specialistica/ media oraria di assistenza	Percentuale di prog. pers. su tot. pop. disab.	Numero posti disponibili di comunità "dopo di noi"	Tasso copertura servizi diurni su tot. pop. disabile	Numero pers. con disagio mentale in carico				
Indicatori di strategia										
Strategia S -	Percentuali di spesa per area	Percentuali di spesa per livello essenziale	Quote investite Azienda Usl e Ambito per integraz.	PUA attivati su totale ambiti	Percentuale di finanziamento da parte ambito	Percentuale di compartecipa z. utenza	Quota pro-capite investita utente per serv.			

Gli indicatori sono identificati dalla combinazione della lettera con il numero corrispondente. Gli indicatori di contesto vengono contrassegnati con la lettera X e sono utilizzati per il profilo sociale locale. Gli indicatori di impatto dei livelli essenziali corrispondono agli obiettivi essenziali individuati per ciascuna area prioritaria. Ad esempio, l'indicatore A.1.E. dovrà essere utilizzato per misurare il raggiungimento dell'obiettivo A.1.E., l'indicatore A.2.E per l'obiettivo A.2.E, e via di seguito. Gli indicatori di strategia sono indicatori sintetici che misurano il livello di conseguimento di alcuni obiettivi specifici delle direttrici strategiche regionali.

TAVOLA II – AZIONI DI PIANO

Azioni di Piano per:	la programmazione coordinata del sistema (§ III.1)	l'attuazione dei LIVEAS (§ III.2)	l'integrazione sociosanitaria (§ III.3)	l'intersectorialità e la rete dei servizi (§ III.4)	i servizi di area vasta (§ III.5)	l'affidamento e la gestione dei servizi (§ IV.4)	l'innovazione del sistema (§ V.1)
1	Valore strategico del Piano sociale regionale	Regolazione dell'accesso ai servizi	Promuovere il territorio quale luogo primario di governo e gestione dei percorsi sociosanitari	Tavolo del <i>welfare</i> regionale	Pronto intervento sociale	Direttive generali per la partecipazione alle gare e la valutazione delle offerte	Progetti-obiettivo regionali per la sperimentazione
2	Incidenza diretta del Piano sociale regionale	Valutazione professionale del bisogno	Sviluppo dei Piani locali per la non-autosufficienza	Intersectorialità del Piano di zona	Lotta alla povertà	Istruttorie pubbliche per la progettazione partecipata	Promozione e sostegno della innovazione proposta dal territorio
3	Qualificazione degli "interventi" sociali	Valutazione di impatto dei LIVEAS	Tutela della salute mentale	Ricerca azione preliminare al riordino delle IPAB	Sostegno alle residenzialità specifiche	Incentivazione del ruolo attivo dei cittadini e dei giovani	Istituzione della "Banca dati dell'innovazione"
4	Carta per la cittadinanza sociale		Coordinamento delle attività di monitoraggio delle disuguaglianze nella salute		Qualificazione del ruolo del "Garante dell'infanzia"	Monitoraggio e controllo del costo del lavoro	Programma per l'informazione, la formazione e l'assistenza tecnica
5	Valorizzazione del ruolo del terzo settore		Sperimentazioni		Sostegno al servizio "Equipe adozioni"		

- Le azioni di Piano di particolare rilevanza territoriale e funzionale, da attuare sulla base di preventiva concertazione istituzionale e sindacale, sono evidenziate in grigio.
- Tutte le azioni di Piano per l'integrazione sociosanitaria sono attuate con deliberazioni della Giunta Regionale proposte congiuntamente dagli assessorati alle Politiche Sociali e alla Sanità.
- L'azione di Piano per l'integrazione sociosanitaria "Promuovere il territorio quale luogo primario di governo e gestione dei percorsi sociosanitari" si articola nelle seguenti azioni di dettaglio:
 - 1.1 Il sistema delle "cure intermedie" e la continuità assistenziale
 - 1.2 Punto unico di accesso
 - 1.3 Valutazione multidimensionale del bisogno
 - 1.4 Piano assistenziale individualizzato / Progetto personalizzato
 - 1.5 Promozione del sistema delle cure domiciliari

TAVOLA III – RISORSE FINANZIARIE PER IL PIANO SOCIALE (importi in Euro)

RISORSE REGIONALI (Fondo sociale regionale)				RISORSE STATALI (Fondo nazionale politiche sociali)			
	2007	2008	2009		2007	2008	2009
A1: Risorse ai comuni per "interventi" generali	5.000.000,00	5.000.000,00	5.000.000,00	B1: Risorse agli ambiti sociali per i piani di zona	10.800.000,00	14.760.000,00	14.760.000,00
A2: Risorse agli ambiti sociali per l'area "integrazione ed inclusione sociale"	4.500.000,00	4.500.000,00	4.500.000,00	B2: Risorse per incentivi alla gestione associata	1.200.000,00	1.640.000,00	1.640.000,00
A3: Risorse per l'Osservatorio sociale e il SIRES	300.000,00	300.000,00	300.000,00	=	=	=	=
A4: Risorse per gli "interventi diretti" regionali	500.000,00	500.000,00	500.000,00	=	=	=	=
Totale risorse finalizzate	10.300.000,00	10.300.000,00	10.300.000,00	Totale risorse finalizzate	12.000.000,00	16.400.000,00	16.400.000,00
A5: Risorse al territorio per le azioni di Piano	importi dipendenti dall'ammontare annuale del FSR			Risorse non destinate ai Piani di zona	importi dipendenti dall'ammontare annuale del FNPS		

La Tavola III quantifica le risorse finanziarie provenienti dal Fondo sociale regionale e dal Fondo nazionale per le politiche sociali direttamente finalizzate all'attuazione del Piano sociale regionale 2007 – 2009. Gli importi annuali sono intesi come previsione essenziale assicurata dal Piano sociale nell'arco del triennio considerato.

La quantificazione delle risorse regionali per le azioni di Piano (A.5) e delle risorse statali per altre finalizzazioni, è legata direttamente alla dotazione annuale dei due Fondi.