



PIANO SOCIALE REGIONALE 2002 – 2004

**APPROVATO CON DELIBERAZIONE DI GIUNTA REGIONALE
N. 137/c DEL 22 MARZO 2002**

**ADOTTATO DAL CONSIGLIO REGIONALE CON VERBALE
N. 69/8 DEL 26 GIUGNO 2002**

INDICE

PREMESSA	p.	3
-----------------	----	---

SEZIONE 1:

UNA PROGRAMMAZIONE CHE METTE RADICI NELLA VALUTAZIONE DEI RISULTATI DEL PIANO SOCIALE REGIONALE 1998-2000

1. Le scelte del Piano sociale regionale 1998-2000	»	5
2. La verifica dei risultati nel Piano sociale regionale 1998-2000	»	7
3. Dalla conoscenza dei bisogni alla definizione di nuovi traguardi	»	8

SEZIONE 2:

UN SISTEMA DI WELFARE REGIONALE CAPACE DI DARE RISPOSTE PIÙ EFFICACI AI BISOGNI DELLE PERSONE, DELLE FAMIGLIE, DELLE COMUNITÀ LOCALI

1. Gli obiettivi di salute	»	18
1.1. Famiglia	»	18
1.2. Infanzia, adolescenza e giovani	»	23
1.3. Disabilità	»	31
1.4. Anziani	»	34
2. Gli obiettivi di sistema	»	38
2.1. Infanzia e famiglia	»	38
2.2. Disabilità	»	42
2.3. Anziani e persone non autosufficienti	»	44
2.4. Requisiti essenziali del sistema di offerta	»	45
3. La programmazione locale	»	55
3.1. Il piano di zona	»	55
3.2. Strategie per la realizzazione del piano di zona	»	55
3.3. Fasi metodologiche per la predisposizione del piano di zona	»	56

SEZIONE 3:

STRATEGIE PER FACILITARE IL RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI ATTESI

Introduzione	p.	63
1. Livelli essenziali di assistenza	»	64
2. Gestione unitaria dei servizi	»	66
3. Politica della spesa	»	72
4. Caratteri delle azioni innovative	»	79
5. Integrazione sociosanitaria	»	83
6. Collaborazioni istituzionali e sociali	»	88
7. Governo delle informazioni e valutazione partecipata	»	90
8. Formazione a servizio dei progetti di sviluppo dei servizi	»	91

ALLEGATI

Allegato A: schema del Piano di zona dei servizi sociali

Allegato B: tabelle finanziarie

Allegato C: parametri comunali

Allegato D: quadro di sintesi degli obiettivi e delle azioni

PREMESSA

Il Piano sociale regionale 2002-2004 consolida e sviluppa il sistema di welfare regionale avviato con il Piano sociale 1998-2000. Le linee ispiratrici sono le risposte universalistiche ai bisogni, la tutela dei soggetti deboli, la solidarietà, la priorità alle persone e alle famiglie che vivono in condizioni di esclusione e di emarginazione sociale, l'attenzione alle domande delle comunità locali. La promozione di un incontro positivo tra diritti e doveri è la strategia che orienta le diverse modalità di azione delle politiche sociali individuate dal Piano.

Le scelte tengono conto dei traguardi indicati dalla programmazione nazionale, in particolare dal Piano sociale nazionale 2001-2003, consapevoli che alcune scelte nazionali fatte dalla L. 328/00 e dal Piano sociale nazionale 2001-2003 erano state anticipate dalla Lr 22/98 e dal Piano sociale regionale 1998-2000, in particolare:

- la zonizzazione per la gestione unitaria dei servizi sociali prevista dall'articolo 8, comma 3, lettera a), della L. 328/00;
- la volontà di operare per livelli essenziali di assistenza, introducendo già con la Lr 22/98 soluzioni quali il segretariato sociale e l'assistenza domiciliare in ogni ambito sociale;
- l'introduzione dei piani di zona dei servizi alle persone come strumento unitario di programmazione e di governo locale del rapporto tra bisogni e risposte.

Al raggiungimento di questi obiettivi è stata finalizzata buona parte della politica della spesa sociale regionale, sperimentando con buoni risultati nuove modalità di finanziamento, che saranno ulteriormente qualificate nel prossimo triennio.

Il sistema di valutazione, in parte sperimentato e meglio organizzato per il prossimo triennio, consentirà un monitoraggio più sistematico dei risultati rispetto al passato e una comparazione tra misure di efficienza e di efficacia conseguite dai diversi ambiti territoriali.

Il Piano sociale regionale 2002-2004 si articola in tre sezioni:

- gli obiettivi di salute;
- gli obiettivi di sistema;
- le strategie per conseguire i risultati attesi ai diversi livelli.

Nella sezione dedicata agli obiettivi di salute sono messe a confronto misure di bisogno attuali con i risultati attesi nel triennio, evidenziando il modo in cui raggiungere tali risultati (con azioni e strategie) e le condizioni per documentarli, nonché i bisogni cui dare risposte prioritarie.

Nella sezione dedicata agli obiettivi di sistema di offerta vengono messe a confronto misure attuali con quelle attese, definendo l'offerta dei servizi da garantire con i livelli essenziali di assistenza previsti dalla L. 328/00 (art. 22) e dal Piano sociale nazionale 2001-2003. Anche in questo caso vengono definite le azioni e le strategie per organizzare e garantire i livelli in ogni ambito territoriale e le condizioni per finanziarli con le risorse proprie dei comuni, le risorse regionali, le risorse del fondo sociale nazionale, nonché con le risorse aggiuntive derivanti da altre fonti di finanziamento, anche della comunità europea.

Nel definire i risultati attesi per organizzare e qualificare il sistema di offerta sono inoltre precisate le condizioni gestionali per garantire qualità ed efficienza, grazie all'apporto dei diversi soggetti pubblici e privati no profit presenti nella comunità locale, approfondendo le modalità di collaborazione, in una logica di sussidiarietà e di valorizzazione di tutte le risorse solidali del territorio.

La sezione sulle strategie è dedicata alla politica della spesa, al sistema informativo regionale, alle condizioni per verificare e valutare i risultati ai diversi livelli, alle condizioni per qualificare le risorse umane (professionali e direzionali), alle condizioni di accesso ai servizi, alla riduzione delle disuguaglianze, alle modalità di tutela dei soggetti deboli. Specifica attenzione è data alle modalità di integrazione sociosanitaria, tenendo conto dei risultati delle sperimentazioni in corso nel territorio regionale.

SEZIONE 1:

UNA PROGRAMMAZIONE CHE METTE RADICI NELLA VALUTAZIONE DEI RISULTATI DEL PIANO SOCIALE REGIONALE 1998-2000

1. LE SCELTE DEL PIANO SOCIALE REGIONALE 1998-2000

Le idee guida che hanno ispirato la costruzione del Piano sociale regionale 1998-2000 sono la collaborazione, la condivisione di responsabilità, la valorizzazione di tutte le risorse presenti nelle comunità locali, la sussidiarietà, la semplificazione dei percorsi di accesso ai servizi, la rete di risposte nel territorio, i livelli essenziali di assistenza, la formazione a sostegno dei progetti di sviluppo dei servizi, la nuova politica della spesa.

La Lr 22/98 ha evidenziato le responsabilizzazioni necessarie perché i servizi alle persone possano dare risposte valide ed efficaci, senza assecondare passività e assistenzialismo, superando la frammentazione degli interventi e promuovendo la gestione unitaria dei servizi nel territorio.

Il Piano sociale regionale 1998-2000 ha investito nella realizzazione di livelli essenziali di assistenza sociale su tutto il territorio, individuando le necessarie collaborazioni istituzionali e sociali. Sussidiarietà e solidarietà hanno orientato gli investimenti negli ambiti territoriali.

Tutto questo ha contribuito a rimuovere molti 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. I maggiori investimenti 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.

Il conseguimento degli obiettivi posti dal piano sociale poteva cioè realizzarsi con successo solo assicurando nuova capacità di collaborazione tra le istituzioni che - a vario titolo - si occupano di servizi sociali, supe-

rando le difficoltà di dialogo e contrastando le cause di inefficienza e di spreco di risorse.

La collaborazione tra le istituzioni, però, da sola non poteva bastare. Per questo il piano sociale aveva un disegno più ambizioso: valorizzare il ruolo dei diversi soggetti sociali, le loro potenzialità, le reti di comunità, le associazioni, le cooperative sociali. È stato possibile coinvolgere molti di questi soggetti in un sistema di solidarietà dove svolgere ruoli attivi, entro un quadro programmatico capace di dare risposte adeguate all'evoluzione della domanda sociale.

La riqualificazione della spesa ha rappresentato un passaggio obbligato, finalizzato all'attuazione del nuovo sistema, che si basa su criteri tesi a razionalizzare l'erogazione dei fondi regionali, liberando risorse pubbliche aggiuntive. Questo ha avuto l'effetto di promuovere nuova «imprenditorialità sociale», determinando maggiore offerta di servizi alla persona e favorendo la partecipazione e la crescita civile.

2. LA VERIFICA DEI RISULTATI DEL PIANO SOCIALE REGIONALE 1998-2000

La verifica dei risultati raggiunti dal Piano sociale regionale tiene conto dei cambiamenti avvenuti nel triennio, in particolare:

- la capacità dei piani di zona di rispondere adeguatamente ai traguardi assegnati agli ambiti territoriali (relativamente all'organizzazione dell'offerta dei servizi, alla costruzione di un sistema di risposte organizzate per livelli essenziali di assistenza, alla priorità da dare alla metodologia di lavoro per progetti);
- l'andamento della spesa sociale nel triennio, per capire se e in che misura la politica della spesa ha rappresentato un fattore di cambiamento e di governo strategico delle scelte ai diversi livelli;
- l'attivazione in tutto il territorio regionale del segretariato sociale e la qualificazione dei servizi per l'infanzia e la famiglia.

La capacità di verificare i risultati conseguiti relativamente a questi problemi testimonia come il sistema informativo locale e regionale abbia avviato in tre anni un'autonoma capacità di documentare quanto accade nei servizi.

Le conoscenze disponibili si concentrano:

- sull'attuazione dei piani di zona;
- sull'organizzazione dell'offerta;
- sui servizi attuati nel triennio;
- sulle risposte per l'età evolutiva;
- sulle risposte per le persone anziane;
- sulle risposte per le persone disabili;
- sull'andamento della spesa;
- sull'attuazione della zonizzazione.

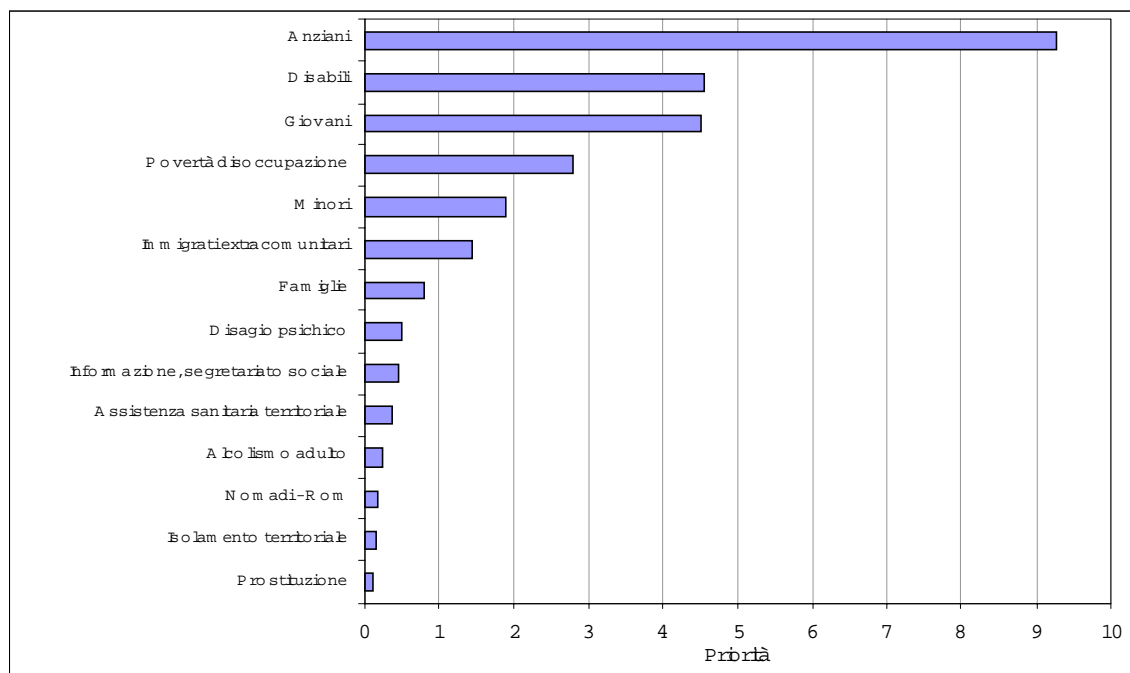
Consapevoli che molto resta ancora da fare, il Piano sociale regionale 2002-2004 indica le ulteriori condizioni per garantire una base sistematica di informazioni utilizzabili per verificare i risultati e gli esiti, anche al fine di promuovere forme di valutazione partecipata dei servizi.

I risultati della verifica sono utilizzati nelle tre sezioni del piano per contestualizzare le scelte e per meglio definire i risultati attesi. Quelli qui non rappresentati sono disponibili nel rapporto valutativo preliminare alla costruzione del presente piano (Delib. GR n. 758 del 7 agosto 2001 "Rapporto intermedio").

3. DALLA CONOSCENZA DEI BISOGNI ALLA DEFINIZIONE DI NUOVI TRAGUARDI

I bisogni valutati come prioritari dagli amministratori locali si concentrano su quattro aree di problemi: le persone anziane, le persone disabili, i giovani, la povertà e la disoccupazione (figura 1).

Fig. 1 - Priorità di bisogno su scala regionale



Fonte: Rilevazione Regione Abruzzo giugno 2001

La distribuzione delle priorità di bisogno per aree geografiche presenta differenze nei pesi ma non nelle priorità.

Fig. 2 – Priorità di bisogno nell'area territoriale dell'Az. Usl Chieti

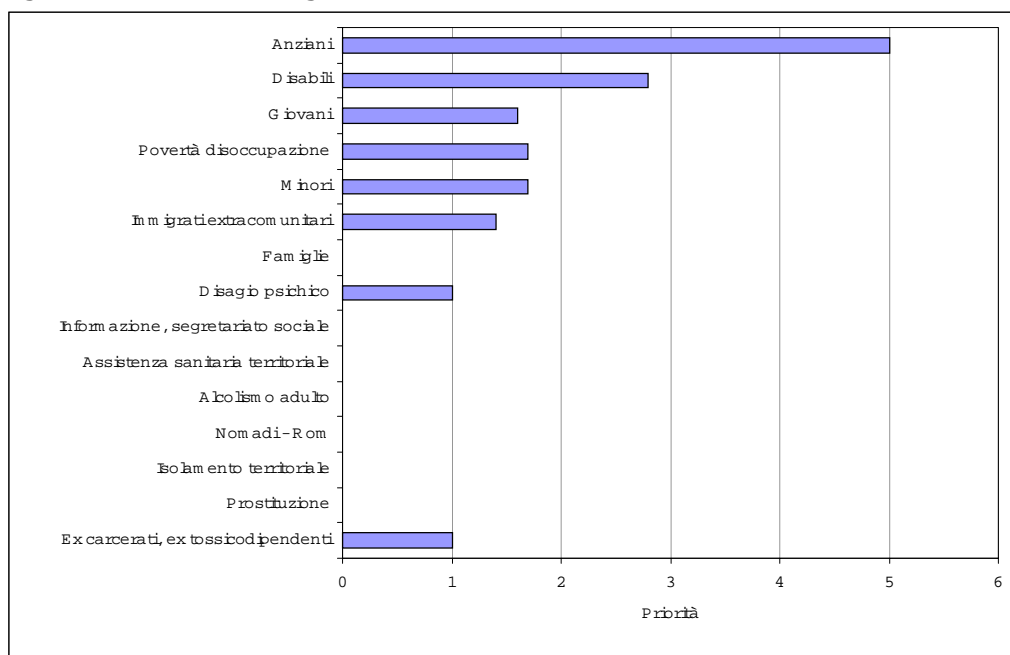


Fig. 3 - Priorit  di bisogno nell'area territoriale dell'Az. Usl Lanciano-Vasto

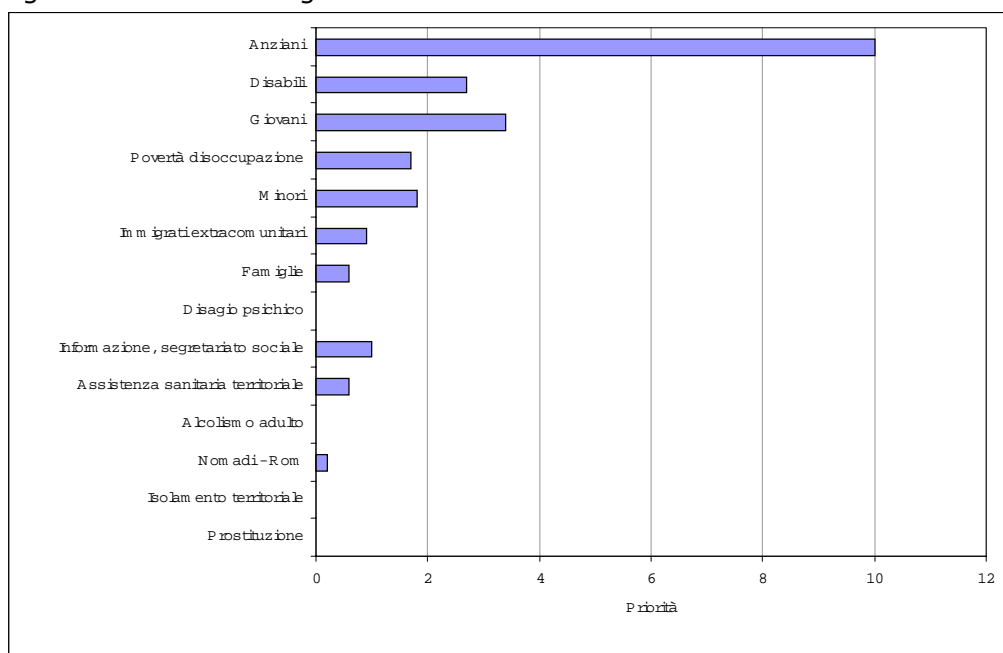


Fig. 4 - Priorità di bisogno nell'area territoriale dell'Az. Usl Pescara

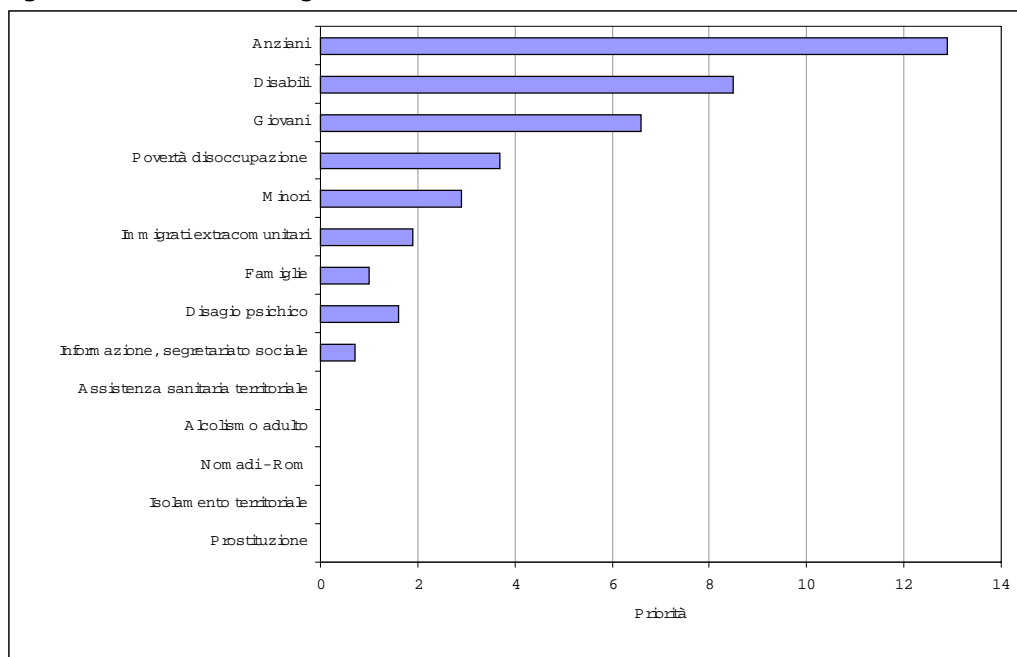


Fig. 5 - Priorità di bisogno nell'area territoriale dell'Az. Usl Teramo

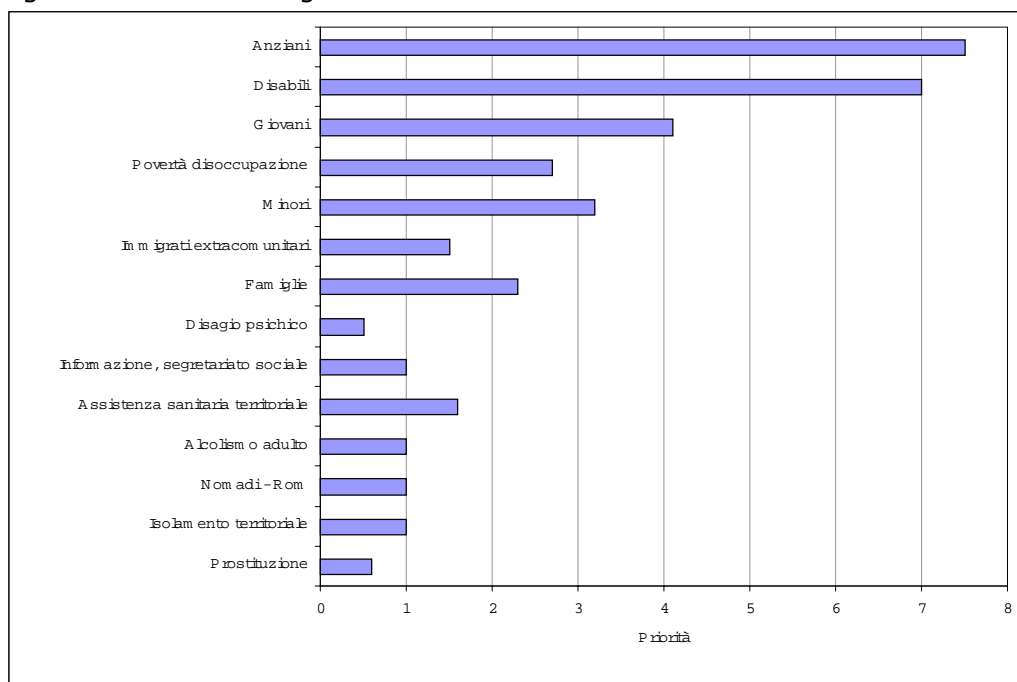


Fig. 6 - Priorità di bisogno nell'area territoriale dell'Az. Usl Avezzano-Sulmona

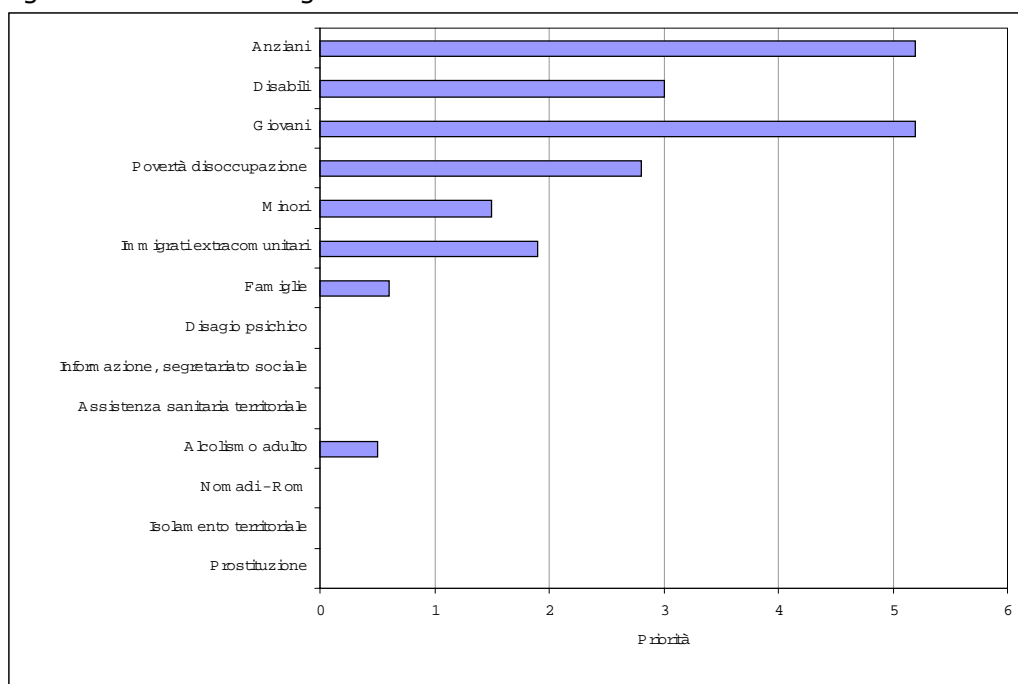
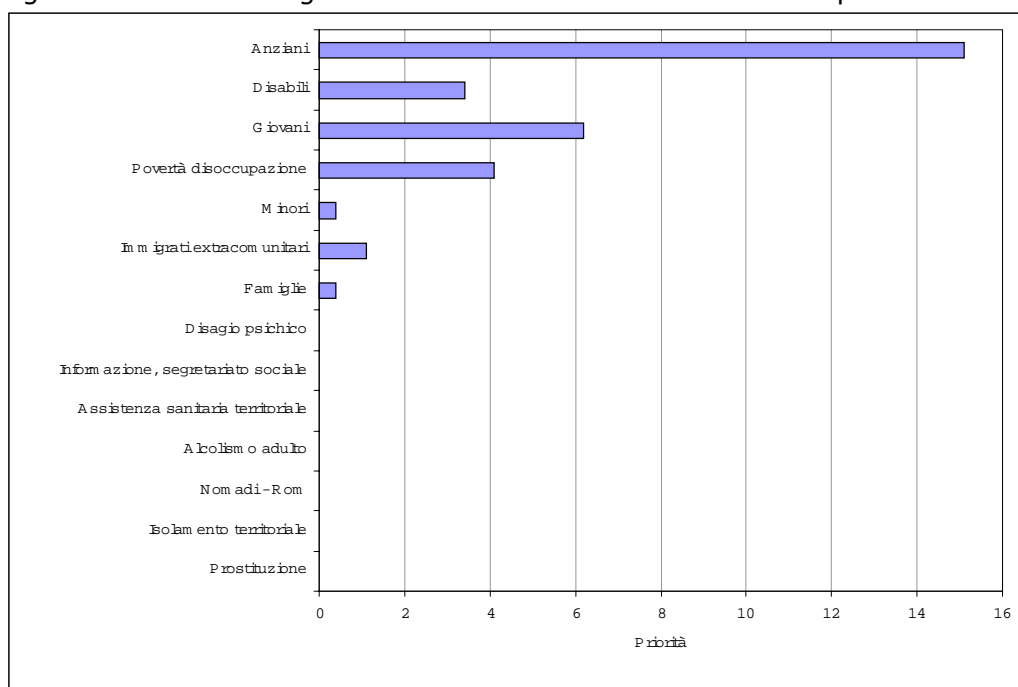


Fig. 7 - Priorità di bisogno nell'area territoriale dell'Az. Usl L'Aquila



Il dettaglio degli ambiti territoriali evidenzia dove la programmazione locale di ambito dovrà porsi traguardi specifici, verificando nel triennio quali e quante risposte saranno state date ai bisogni qui indicati come

prioritari e la loro efficacia. Il successivo dettaglio offre ulteriori elementi utilizzabili dalla programmazione locale sociale e sociosanitaria.

Tab. 1 - Problemi prioritari per ambito territoriale e per Azienda Usl di riferimento

Ambiti territoriali Ausl Teramo	Comuni*	Problemi prioritari
<i>Ambito 1 - Tordino</i>	Giulianova, Mosciano S. Angelo	Zingari, disabili, anziani
<i>Ambito 2 - Vibrata</i>	Ancarano, Martinsicuro, Nere- to, Sant'Egidio alla Vibrata	Anziani e disabili, immigrati, minori,
<i>Ambito 3 - Fino-Vomano</i>	Arsita, Bisenti, Canzano, Ca- stellalto, Cermignano	Disabili, anziani
<i>Ambito 4 - Laga</i>	Comunità Laga	Disabili, disoccupazione, di- pendenza
<i>Ambito 5 - Teramo</i>	Teramo	Disabili
<i>Ambito 6 - Gran Sasso</i>	Comunità montana	Anziani
<i>Ambito 7 - Costa Sud 1</i>	Pineto, Silvi	Disabili, minori, disoccupazio- ne
<i>Ambito 8 - Costa Sud 2</i>	Roseto	Minori, anziani, disabili

Ambiti territoriali Ausl L'Aquila	Comuni*	Problemi prioritari
<i>Ambito 9 - Alto Aterno</i>	Barete, Capitignano, Pizzoli, Tornimparte, Comunità mon- tana	Anziani, disabili, minori
<i>Ambito 10 - L'Aquila</i>	L'Aquila	Anziani
<i>Ambito 11 - Montagna Aquila</i>	Acciano, Barisciano, Comunità montana, Capestrano, Ca- stelvechio Calvisio, Fagnano Alto, Fontecchio, Navelli, Poggio Picenze, Rocca di Mez- zo, S. Demetrio n. V., S. Pio delle Camere, Tione degli A- bruzzi	Anziani, minori, giovani

Ambiti territoriali Ausl Avezzano-Sulmona	Comuni*	Problemi prioritari
<i>Ambito 12 - Marsica 1</i>	Celano	Minori
<i>Ambito 13 - Marsica 2</i>	Pereto	Disabili
<i>Ambito 14 - Valle Roveto</i>	Comunità mon. Valle Roveto	Minori, tossicodipendenza
<i>Ambito 15 - Valle del Giovenco</i>	Collarmele, Comunità monta- na Valle del Giovenco	Anziani
<i>Ambito 16 - Avezzano</i>	Avezzano	Minori
<i>Ambito 17 - Valle Peligna</i>	Pratola Peligna, Raiano, Seci- naro	Anziani
<i>Ambito 18 - Sulmona</i>	Sulmona	Disabili
<i>Ambito 19 - Sangro Aquilano</i>	Castel di Sangro, Comunità montana	Poveri, anziani e disabili

Ambiti territoriali Ausl Lanciano-Vasto	Comuni*	Problemi prioritari
<i>Ambito 20 - Aventino</i>	Casoli, Lama dei Peligni	Emarginazione, anziani
<i>Ambito 21 - Sangro</i>	Atessa, Villa S. Maria	Disabili, anziani
<i>Ambito 22 - Lanciano</i>	Lanciano	Anziani e disabili
<i>Ambito 23 - Basso Sangro</i>	Fossacesia/Mozzogroga	Anziani
<i>Ambito 24 - Vastese</i>	Casalbordino, Vasto	Anziani, disabili
<i>Ambito 25 - Alto Vastese</i>	Castiglione M. Marino, Liscia, San Buono, Scerni	Anziani, disoccupazione
<i>Ambito 26 - Costa Sud</i>	Lentella, San Salvo	Anziani

Ambiti territoriali Ausl Chieti	Comuni*	Problemi prioritari
<i>Ambito 27 - Maielletta</i>	Guardiagrele, Pennapiedimonte, Comunità montana	Anziani, Disabili e Giovani
<i>Ambito 28 - Ortonese</i>	Montebelluna	Anziani
<i>Ambito 29 - Foro-Aleno</i>	Casacanditella, S. Giovanni Teatino, S. Martino, Francavilla, Miglianico	Disabili, disoccupazione, anziani, giovani
<i>Ambito 30 - Chieti</i>	Chieti	Disabili

Ambiti territoriali Ausl Pescara	Comuni*	Problemi prioritari
<i>Ambito 31 - Pescara</i>	Pescara	Minori
<i>Ambito 32 - Montesilvano</i>	Montesilvano	Disabili
<i>Ambito 33 - Area Metropolitana Pescara</i>	Cappelle sul Tavo, Città S. Angelo, Elice, Moscufo, Pianella	Anziani, disabili, giovani
<i>Ambito 34 - Vestina</i>	Bussi sul Tirino, Civitavecchia, Civitella Casanova, Collecchio, Loreto Aprutino, Penne, Comunità montana	Disabili, anziani, tossicodipendenze
<i>Ambito 35 - Maiella Morrone</i>	Popoli, Salle, S. Eufemia a Maiella, Serramonacesca, Tocco da Casauria, Torre de' Passeri, Comunità montana	Malati mentali, anziani, giovani, disabili

* I Comuni indicati sono quelli che hanno partecipato all'analisi dei bisogni.

Bisogni emergenti da indicatori demografici

La successiva analisi, basata su indicatori demografici, evidenzia ulteriori elementi problematici, che la programmazione di ambito è chiamata ad affrontare. In particolare, gli indici si concentrano su due questioni particolarmente incidenti sulla qualità della convivenza sociale: i carichi assistenziali delle famiglie e i rapporti tra generazioni¹.

¹ Si tratta di indici parzialmente diversi da quelli usualmente elaborati dall'Istat, che confrontano il peso quantitativo dei diversi gruppi di età al fine di evidenziare quali sono le risorse e le esigenze in termini di "cura sociale" che ogni area territoriale manifesta. Ogni età della vita presenta infatti diverse capacità/necessità di essere presa in cura o, viceversa, di offrire cura alle altre età. Gli indici si basano sulla seguente distinzione delle età: prima età (infanzia e preadolescenza, 0-15); giovinezza (15-29), età adulta (30-59); terza età (60-74); quarta età (75 e +). I dati sono rilevati al 1° gennaio 2000.

Gli indici di seguito proposti sono costruiti con riferimento ai 35 ambiti sociali di cui alla Lr n. 22/98.

- *Dipendenza senile* (75+/30-59): rapporto tra la quarta età (75 e +), nella quale è più probabile l'emergere della non autosufficienza, e l'età adulta lavorativa (30-59).
- *Rapporto tra quarta e terza età* (75+/60-74): indica quante persone con più di 75 anni ci sono per ogni persona di età 60-74 anni. Il dato può essere utilizzato per stimare quanto la terza età può essere risorsa in favore della quarta età.
- *Rapporto tra terza età e bambini* (60-74/0-9): indica quante persone vi sono nella terza età per ogni bambino. Può essere utilizzato per stimare le potenzialità degli anziani nell'integrare il lavoro di cura delle famiglie con bambini.
- *Dipendenza globale* [(0-14)+(75+)/30-59]: indica quanti minori e persone nella quarta età vi sono per persona adulta (30-59). Consente di stimare il carico assistenziale della prima e quarta età sull'età di mezzo.
- *Rapporto giovani ed età adulta* (15-29/30-59): indica quanti sono i giovani per ogni adulto nell'età centrale. Anche in questo caso, come in quello successivo, si può utilizzare l'indice per valutare il carico sociale delle famiglie.
- *Rapporto tra prima età e adulti* (0-14/30-59): indica il peso dei minori di 15 anni sulla popolazione in età lavorativa.

Le tabelle successive presentano la distribuzione degli indici in ogni ambito sociale per facilitare la programmazione locale e individuare le aree di azione prioritaria (di promozione, prevenzione e di contrasto al disagio) nei piani di zona.

Fig. 8 - Distribuzione dell'indice di dipendenza senile (75+/30-59)

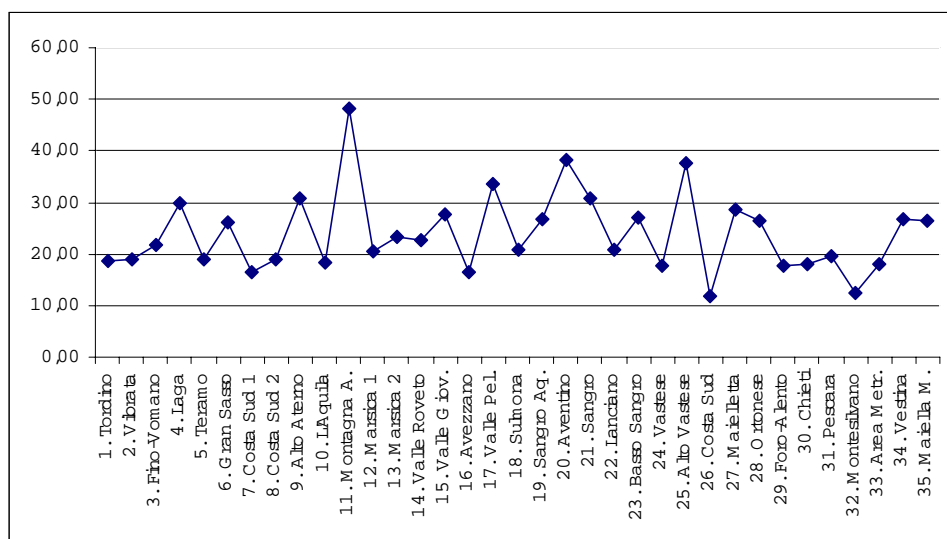


Fig. 9 - Distribuzione del rapporto tra quarta e terza età (75+/60-74)

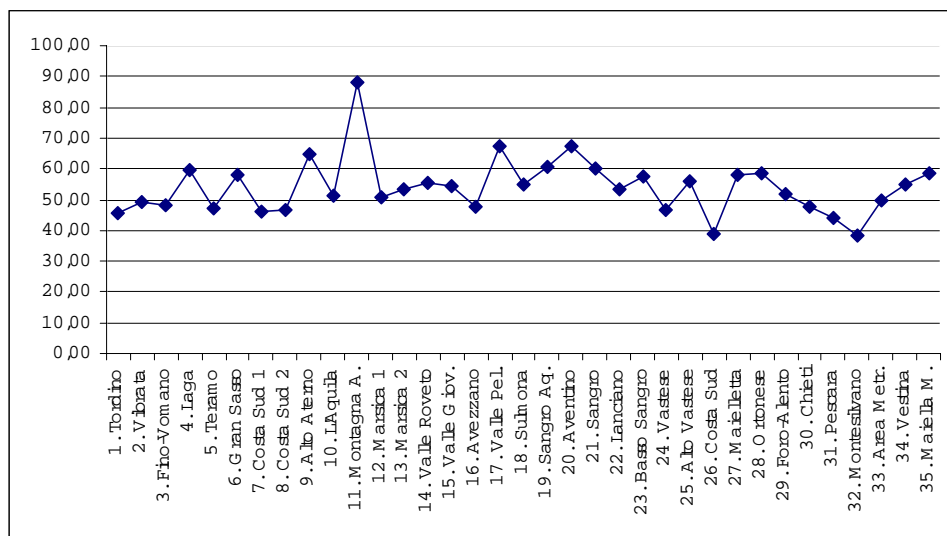


Fig. 10 - Distribuzione del rapporto tra terza età e bambini (60-74/0-9)

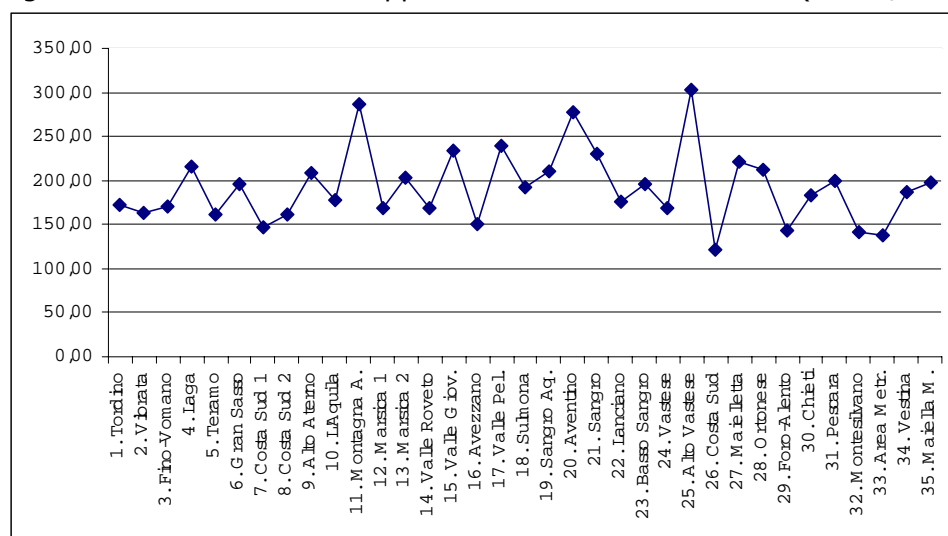


Fig. 11 - Distribuzione dell'indice di dipendenza globale $[(0-14)+(75+)/30-59]$

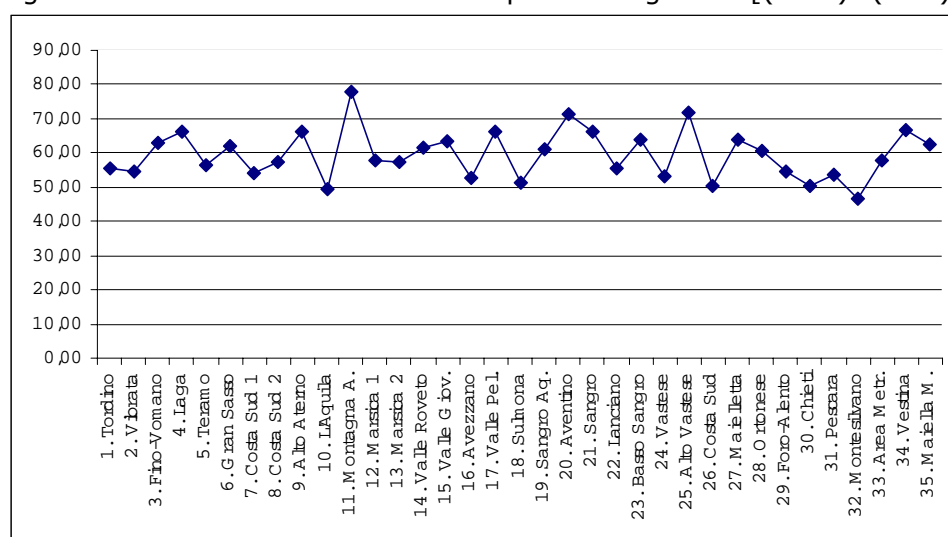


Fig. 12 - Distribuzione del rapporto giovani e adulti (15-29/30-59)

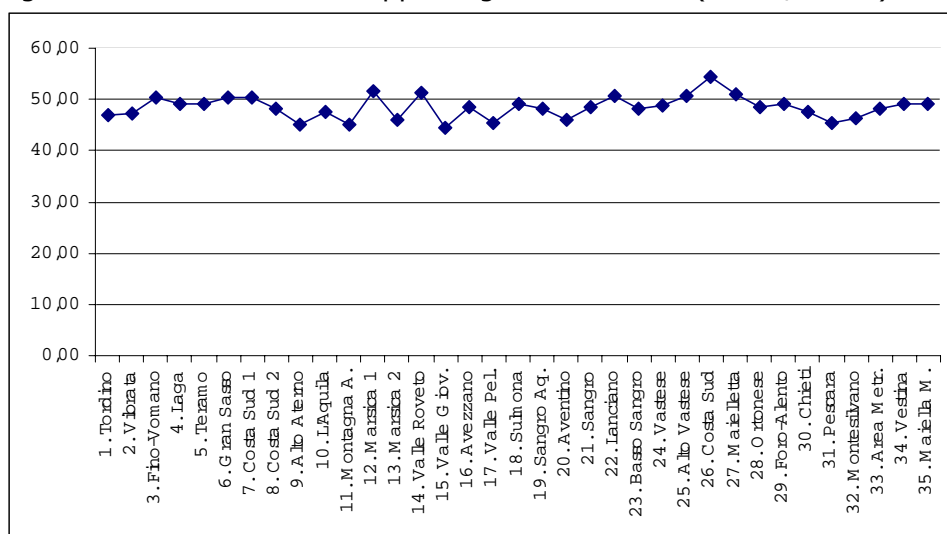
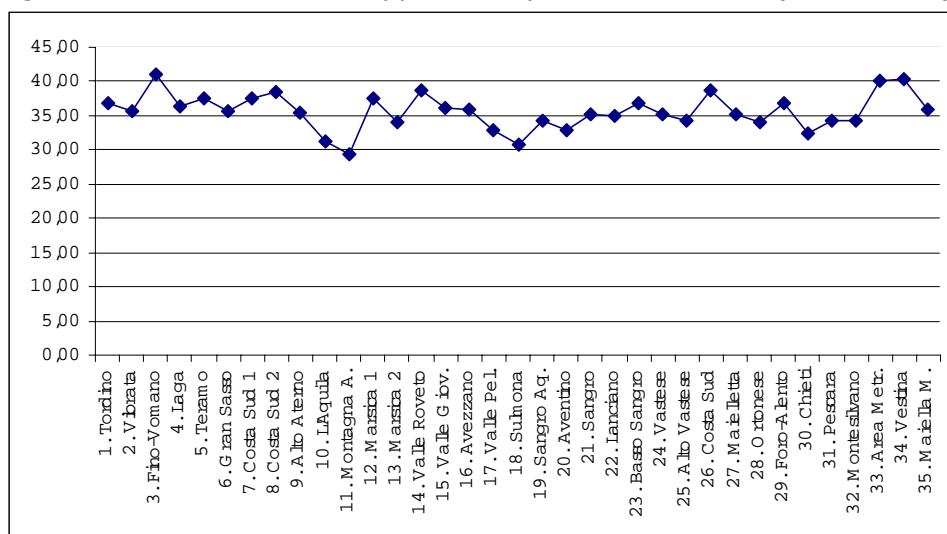


Fig. 13 - Distribuzione del rapporto tra prima età e adulti (0-14/30-59)



I bisogni evidenziati in questa sezione e in quelle successive sono utilizzati per definire gli obiettivi di salute e di sistema del piano regionale e le relative azioni. Ogni ambito potrà utilizzarli come mappa di riferimento per predisporre i piani di zona, approfondendone la rilevanza e il grado di priorità a livello locale.

Questo potrà facilitare una programmazione dove ogni territorio arricchisce di valori aggiunti le scelte regionali, privilegiando al loro interno le risposte ai propri bisogni prioritari. L'Osservatorio sociale regionale monitorerà il rapporto tra le scelte generali, di piano regionale, e le scelte specifiche dei piani di zona, al fine di facilitare il raggiungimento dei risultati attesi.